

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señala la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - b. Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - c. Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - d. Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- a. El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - b. La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - c. En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - d. La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- a. La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - b. La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - c. Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - d. La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- a. La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - b. El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - c. La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - d. El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- a. El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - b. El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es el tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - b. Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - c. Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - d. Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- a. El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - b. La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - c. En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - d. La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- a. La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - b. La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - c. Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - d. La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- a. La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - b. El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - c. La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - d. El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- a. El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - b. El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperaflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- a. Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - b. Cambio de comportamiento significativo.
 - c. No pasar por la fase de gateo.
 - d. Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- a. El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - b. La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - c. En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - d. Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- a. Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - b. Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - c. Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- a. Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - b. Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - c. Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - d. Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- a. En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - b. En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - c. Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - d. Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - b. Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - c. El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - d. La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- a. Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - b. La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - c. La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - d. Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- a. Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - b. La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - c. Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - d. Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - b. Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - c. Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - d. Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- a. El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - b. La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - c. En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - d. La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- a. La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - b. La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - c. Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - d. La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- a. La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - b. El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - c. La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - d. El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- a. El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - b. El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminos, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el término adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - b. Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - c. Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - d. Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- a. El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - b. La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - c. En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - d. La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- a. La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - b. La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - c. Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - d. La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- a. La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - b. El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - c. La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - d. El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- a. El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - b. El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el término adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - b. Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - c. Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - d. Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- a. El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - b. La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - c. En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - d. La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- a. La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - b. La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - c. Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - d. La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- a. La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - b. El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - c. La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - d. El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- a. El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - b. El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- a. Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - b. Cambio de comportamiento significativo.
 - c. No pasar por la fase de gateo.
 - d. Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- a. El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el término adecuado es retraso global del desarrollo.
 - b. La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - c. En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - d. Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- a. Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - b. Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - c. Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- a. Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - b. Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - c. Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - d. Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - b. Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - c. Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - d. Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- a. El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - b. La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - c. En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - d. La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- a. La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - b. La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - c. Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - d. La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- a. La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - b. El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - c. La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - d. El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- a. El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - b. El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señala la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - b. Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - c. Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - d. Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- a. El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - b. La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - c. En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - d. La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- a. La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - b. La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - c. Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - d. La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- a. La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - b. El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - c. La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - d. El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- a. El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - b. El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- a. Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - b. Cambio de comportamiento significativo.
 - c. No pasar por la fase de gateo.
 - d. Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- a. El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el término adecuado es retraso global del desarrollo.
 - b. La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - c. En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - d. Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- a. Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - b. Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - c. Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- a. Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - b. Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - c. Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - d. Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- a. En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - b. En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - c. Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - d. Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - b. Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - c. El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - d. La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- a. Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - b. La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - c. La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - d. Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- a. Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - b. La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - c. Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - d. Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- a. En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - b. En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - c. Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - d. Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - b. Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - c. El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - d. La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- a. Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - b. La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - c. La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - d. Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- a. Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - b. La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - c. Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - d. Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- a. Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - b. Cambio de comportamiento significativo.
 - c. No pasar por la fase de gateo.
 - d. Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- a. El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - b. La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - c. En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - d. Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- a. Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - b. Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - c. Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- a. Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - b. Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - c. Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - d. Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- a. Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - b. Cambio de comportamiento significativo.
 - c. No pasar por la fase de gateo.
 - d. Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- a. El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el término adecuado es retraso global del desarrollo.
 - b. La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - c. En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - d. Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- a. Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - b. Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - c. Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- a. Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - b. Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - c. Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - d. Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminos, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminos, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señala la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el término adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- a. En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - b. En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - c. Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - d. Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - b. Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - c. El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - d. La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- a. Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - b. La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - c. La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - d. Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- a. Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - b. La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - c. Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - d. Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- a. En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - b. En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - c. Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - d. Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - b. Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - c. El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - d. La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- a. Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - b. La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - c. La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - d. Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- a. Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - b. La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - c. Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - d. Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperaflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperaflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - b. Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - c. Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - d. Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- a. El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - b. La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - c. En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - d. La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- a. La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - b. La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - c. Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - d. La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- a. La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - b. El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - c. La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - d. El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- a. El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - b. El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecci*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a los frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido trometáxico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
63. ¿Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

1. Cuando se diagnostica en un paciente el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (*The Kidney disease: Improving Global Outcomes*), señale la respuesta correcta si queremos conocer si el daño es prerrenal o renal (intrínseco).
 - a. Una Excreción fraccionada de sodio >1 sugiere DRA prerrenal.
 - b. Una Excreción fraccionada de sodio >2 es sugestiva de DRA renal (intrínseco).
 - c. Una Osmolalidad urinaria <350 mOsm/L es sugestiva de DRA prerrenal.
 - d. Un sodio en orina >30 mEq/L es sugestivo de DRA prerrenal.

2. Una de las causas de proteinuria en el niño es la proteinuria ortostática. En relación con esta patología señale la respuesta correcta:
 - a. Un carácter persistente descarta su diagnóstico.
 - b. Su incidencia pediátrica es inversamente proporcional a la edad.
 - c. No se acompaña de proteinuria de rango nefrótico por lo general.
 - d. Su diagnóstico descarta la posibilidad de una patología progresiva.

3. En el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) señale la CORRECTA:
 - a. La enfermedad mineral ósea NO responde al aporte de suplementos de calcio y vitamina D.
 - b. El hipocrecimiento NO responde a la hormona del crecimiento (rh-GH.)
 - c. En lactantes NO se debe suspender la lactancia materna.
 - d. La anemia NO responde al tratamiento con Eritropoyetina (rh-EPO).

4. Niña de 2 años con diarrea, vómitos, rechazo de las tomas y oliguria de 24 horas. Exploración física: oliguria ($< 0,5$ mL/Kg/hora) y signos de deshidratación (mucosas secas, signo del pliegue +). Analítica: Creatinina 2,5 mg/dL, Na 133 mMol/L, K 4,2 mMol/dL, EFNa <1 , IFR $<1,5$. Orina: Na 15 mMol/L. Según los resultados analíticos y la clínica de nuestra paciente, ¿qué tipo de DRA crees que presenta?
 - a. DRA prerrenal.
 - b. DRA renal (intrínseca)
 - c. DRA postrenal.
 - d. Presenta DRA de tipo mixto.

5. Respecto a la ictericia por lactancia materna señale la afirmación correcta:
 - a. La ictericia de la lactancia materna que aparece en la primera semana de vida en niños alimentados al pecho se debe a la reducción de ingesta y el aumento de la circulación enterohepática.
 - b. La ictericia por leche materna es debido a hiperbilirrubinemia conjugada a partir del 7° día de vida.
 - c. Es debido a la presencia de una glucuronidasa en la leche materna.
 - d. Se asocia a desarrollo de kernicterus

6. Se remite a urgencias un RN de 25 días por ictericia prolongada con bilirrubina total de 22mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería correcta?
 - a. Iniciar fototerapia urgente
 - b. Solicitar bilirrubina fraccionada
 - c. Administrar inmunoglobulina
 - d. Nada, pues a las 4 semanas es normal

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

7. Elije la respuesta incorrecta sobre la enterocolitis necrotizante:
- La prematuridad es el principal factor de riesgo
 - Es un síndrome de necrosis intestinal aguda
 - Aparece en las primeras horas después del nacimiento
 - Puede aparecer en recién nacidos a término con factores de riesgo como la cardiopatía congénita o la encefalopatía hipóxico- isquémica.
8. En relación con la enfermedad de membrana hialina (EMH), señale la respuesta falsa:
- Es un síndrome de dificultad respiratoria que afecta sobre todo a los recién nacidos prematuros con una mayor incidencia cuanto mayor es la edad gestacional.
 - La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 37 de gestación puede disminuir de forma significativa la incidencia y la mortalidad de la EMH y la mortalidad neonatal global.
 - En la radiografía de tórax, los pulmones pueden tener un aspecto característico, aunque no patognomónico, que consiste en un volumen pulmonar bajo, un parénquima con una granulación reticular fina difusa (aspecto en vidrio esmerilado) y broncogramas aéreos.
 - El tratamiento se basa en soporte respiratorio adecuado y en la administración intratraqueal de surfactante
9. Respecto a la incompatibilidad ABO señale la respuesta falsa:
- El test de coombs directo tiene que ser positivo.
 - Puede afectar al recién nacido, aunque sea el primer embarazo
 - Produce una elevación rápida de la bilirrubina.
 - Puede producir anemia tardía en el recién nacido.
10. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede asociarse a todas, excepto:
- Trastorno de conducta
 - Baja autoestima
 - Riesgo aumentado de consumo de drogas en adolescentes no tratados
 - Regresión neurológica
11. En el estatus epiléptico, señale la falsa:
- El estatus febril es una causa rara de estatus
 - La infección del sistema nervioso central puede ser una causa de estatus epiléptico
 - El tratamiento con midazolam intramuscular a 0,2 mg/kg es una opción segura para tratar las crisis convulsivas de duración superior a 5 minutos, incluso en el ámbito de atención primaria.
 - En los casos en los que se identifica una etiología clara, debe realizarse prueba de neuroimagen una vez que el niño se encuentre estable.
12. Ante un niño que llega a urgencias con una convulsión, consideraría como pruebas complementarias de primera línea la siguientes *excepto*:
- Tóxicos en orina
 - Electroencefalograma
 - Glucemia.
 - Determinación de sodio, potasio, calcio y magnesio

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

13. Son características clínicas que hacen sospechar retraso global del desarrollo, excepto:
- Deterioro sensorial de nueva aparición.
 - Cambio de comportamiento significativo.
 - No pasar por la fase de gateo.
 - Signos focales en la exploración neurológica.
14. En cuanto al retraso psicomotor en la infancia, señale la falsa:
- El concepto de discapacidad intelectual se utiliza a partir de los 5 años, cuando podemos empezar a estimar un coeficiente intelectual a través de las pruebas psicométricas. Antes de los 5 años, el termino adecuado es retraso global del desarrollo.
 - La causa de retraso global del desarrollo más frecuente es la prenatal, en particular los trastornos genéticos.
 - En niños con retraso global del desarrollo, se recomienda realizar estudio de problemas sensoriales asociados, derivándolos a ORL y oftalmología, lo que nos permitirá descartar comorbilidades que influyan en su desarrollo y nos pueden ayudar en la aproximación diagnóstica.
 - Ante un retraso global del desarrollo o una discapacidad intelectual de causa inexplicable, la prueba genética de primer nivel a realizar según las guías actuales es el cariotipo.
15. María, de 7 años, consulta por inicio de desarrollo mamario con aumento de velocidad de crecimiento en el último mes. No tiene desarrollo de otros caracteres sexuales secundarios. En la exploración constatamos una telarquia bilateral grado II de Tanner. ¿Qué haría?
- Tras una anamnesis detallada y completa, exploración de desarrollo y antropométrica, nuestra sospecha es de pubertad precoz, y solicitamos una edad ósea y una derivación a Endocrinología Pediátrica.
 - Es muy importante que en la anamnesis descartemos datos sugestivos de hipertensión intracraneal, así como medir tensión arterial y fondo de ojo.
 - Solicitar una ecografía abdominopélvica es de utilidad en este tipo de procesos, para descartar patología suprarrenal y ovárica y también buscando signos de impregnación estrogénica. El valor de la LH basal y del 17 b estradiol es limitado.
 - Todas las anteriores son correctas.
16. ¿Cuál de los siguientes supuestos te parece más compatible con una pubertad precoz gonadotropín dependiente?
- Mujer de 9 años con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p75, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 14 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea de 10 años.
 - Mujer de 8 años recién cumplidos con desarrollo puberal Tanner III, velocidad de crecimiento en p97, pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 7 mU/mL, volumen uterino de 4 cc y edad ósea avanzada.
 - Mujer de 7 años con axilarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y de la edad ósea con pico de LH tras test de estímulo con GnRH de 4 mU/mL
 - Mujer de 3 años con telarquia (S3), velocidad de crecimiento normal, edad ósea levemente avanzada y útero de 1cc.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

17. Acude a su consulta varón de 7 años por apreciar en últimos 2 meses aumento llamativo tamaño de pene y volumen testicular. Refiere cefalea desde hace 6 meses que se ha acentuado. No antecedentes familiares de pubertad precoz. Realizamos una exploración física con los siguientes hallazgos: Peso: 30 kg (p82, 0.94 DE). Talla: 136 cm (p97, 2.2 DE). Testes de 5 cc en bolsas, pene alargado y engrosado, pubarquia incipiente. ACP normal, Abdomen normal, Exploración neurológica normal. De las siguientes respuestas señala la respuesta incorrecta:
- La primera prueba a realizar es una ecografía testicular.
 - Nuestro paciente presenta datos de pubertad precoz y precisa estudio
 - En el estudio inicial incluiría edad ósea y estudio hormonal incluyendo LH, FSH y testosterona
 - En caso de que el estudio inicial no fuera concluyente solicitaría un test de estímulo con LHRH.
18. Ante un lactante con hipoglucemia y cuerpos cetónicos negativos, nos planteamos como posible causa todas las siguientes menos una:
- Hiperinsulinismo
 - Hipoglucemia por defecto de la contrarregulación
 - Defecto de la beta oxidación
 - Déficit de carnitina
19. Sobre la sarna es cierto que:
- Es producida por un virus ARN
 - La dermatoscopia es una técnica útil en su diagnóstico
 - El tratamiento de elección en niños es la ivermectina al ser vía oral
 - Los contactos deben ser tratados sólo en caso de que presenten síntomas
20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al papel del flúor en la prevención y tratamiento de la caries dental?
- El flúor tiene un papel importante en el tratamiento de la caries incipiente por su acción remineralizadora
 - El flúor actúa sobre todo sobre la superficie oclusal o masticatoria de las piezas dentales
 - La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental debido a una excesiva ingesta de flúor y depende exclusivamente de la dosis ingerida
 - Se aconsejan los suplementos orales de flúor a toda la población infantil desde los 6 meses de vida
21. Señale la respuesta correcta respecto a las vacunas
- Como principio general, el intervalo mínimo entre la administración de una simultánea de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada es de 2 meses
 - Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente o dejar entre ellas un periodo de 4 semanas
 - Para disminuir pinchazos, pueden mezclarse vacunas en una misma jeringa
 - Conviene administrar conjuntamente las vacunas triple vírica y fiebre amarilla

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

22. En cuanto a la vacunación de los pacientes con síndrome de Down, señale la verdadera:
- a. En cuanto a la vacuna antineumocócica, recomendaremos vacunación frente a neumococo con VCN13 a los 2,4,6 y 11 meses y a partir de los 2 años, una dosis única de VNP23 salvo inmunodeficiencia asociada, en que pondríamos, dos dosis de VNP23 separadas entre ellas 8 semanas.
 - b. En cuanto a la vacuna antimeningocócica, no precisa recomendaciones diferentes que la población general, salvo que presente alguna patología crónica asociada.
 - c. Recomendaremos vacunación frente a la hepatitis A a partir de los 6 meses.
 - d. Recomendaremos vacunación anual frente a la gripe a partir de los 12 meses.
23. En cuanto a las primeras revisiones del recién nacido y lactante pequeño en el programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- a. En el lactante mayor de 3 meses no prematuro ni con bajo peso al nacer, si los padres lo desean les podemos recomendar el colecho para favorecer la lactancia materna, siempre que ambos padres no sean fumadores, no tomen drogas que provoquen somnolencia o alcohol o tengan un sueño excesivamente profundo.
 - b. Para evitar el daño solar, debemos recomendar aplicar desde el nacimiento el uso de cremas fotoprotectoras.
 - c. El apéndice vaginal o himeneal es una variante fisiológica en la exploración genital de la recién nacida.
 - d. La presencia de hidrocele no comunicante de pequeño tamaño al nacimiento es habitual y tiende a la resolución espontánea.
24. Ante el hallazgo casual en un niño en una tira de orina de: proteinuria 1+, densidad <1015, resto normal, señale la falsa:
- a. Puesto que el paciente está asintomático y la proteinuria es de baja cuantía, procedo a repetir la tira de orina en varias ocasiones para orientar si precisa o no más estudios.
 - b. La proteinuria siempre debe confirmarse mediante cuantificación de cociente proteínas / creatinina en muestra aislada de orina.
 - c. La proteinuria ortostática es la causa más frecuente de proteinuria en pediatría, sobre todo en adolescentes, y el paciente típico que la presenta es un varón obeso.
 - d. Ante una proteinuria persistente, debemos incluir en el estudio la ecografía renal.
25. Con respecto al cáncer en la infancia, señala la falsa:
- a. Un varicocele izquierdo, especialmente si se mantiene en decúbito supino y, su instauración ha sido aguda, obliga a descartar masa abdominal que comprima la vena cava inferior.
 - b. La cefalea de aparición reciente, matutina o que despierta por la noche, sin antecedentes de migraña, asociada a vómitos o clínica neurológica (parálisis craneal, signos motores o sensoriales), localización occipital, con empeoramiento al acostarse ... es un signo de alerta de cáncer infantil.
 - c. Una hepatoesplenomegalia, aunque sea asintomática, siempre ha de ser investigada por parte del pediatra de atención primaria, y constituye un signo de alerta del cáncer infantil.
 - d. Cuando nos consulten en primaria por palidez, masas, adenopatías, fatiga excesiva, masa abdominal, movimientos anormales, cefaleas, signos de sangrado, dolor muscular...y esos síntomas no se asocian a un diagnóstico claro y den lugar a un aumento en el número de consultas (3 o más en un período de 3 meses), nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de un proceso neoplásico.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

26. En cuanto a la evaluación de la agudeza visual en el Programa de Salud Infantil, señale la falsa:
- Para estimar correctamente la agudeza visual, la distancia a la que se coloca el niño de los optotipos depende de su edad cronológica.
 - Una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos en la revisión de los 4 años, sin alteraciones de alineación asociadas, se considera normal y no es criterio de derivación a Oftalmología.
 - Si en la revisión de los 4 años detectamos una agudeza visual en OD de 0.66 y en ojo izquierdo de 0.41, derivaremos al niño a Oftalmología.
 - Un lactante de 1 año con una endotropía según los padres en la mirada lateral que a la exploración presenta un epicanto marcado, pero tiene un reflejo luminoso centrado en ambas pupilas, sin presentar alteraciones en los movimientos oculares en el Cover test, puede ser seguido en atención primaria.
27. Con respecto a la displasia evolutiva de caderas, señale la falsa:
- El sexo femenino, el parto de nalgas y los antecedentes familiares de displasia de caderas son los tres factores de riesgo fundamentales de la displasia de caderas.
 - La asimetría de pliegues tiene un escaso o nulo valor diagnóstico de displasia de caderas, causando muchas derivaciones y estudios innecesarios.
 - En la revisión de los 6 meses, se recomienda buscar los signos de Ortolani y Barlow como signos de cribado de displasia de caderas
 - La ecografía de caderas realizada a partir del mes de vida es el gold estándar para el diagnóstico precoz de la displasia de caderas.
28. Con respecto a las fracturas en pediatría, señale la falsa:
- La fractura de Todler, espiroidea de tibia, es de difícil diagnóstico radiológico y muchas veces solo la diagnosticamos por la cojera en un menor de 4 años, y a posteriori visualizando el callo de fractura. Afortunadamente es de buen pronóstico.
 - La fractura en rodete del radio distal se suele producir al apoyar la palma de la mano. Requiere inmovilización 3 semanas.
 - Las epifisiolisis tipo II son las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento más frecuentes.
 - La localización más frecuente de las epifisiolisis tipo II es el miembro inferior.
29. Con respecto las infecciones en la consulta de pediatría de atención primaria, señale la falsa:
- La giardiasis y la gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* son enfermedades de declaración obligatoria semanal.
 - El síndrome mononucleosico por citomegalovirus no es criterio de exclusión escolar.
 - La gastroenteritis por *Campylobacter*, por *Salmonella*, por rotavirus y las GEAS sin germen determinado tienen el mismo tiempo de exclusión escolar: hasta 24-48 horas sin presentar síntomas.
 - El impétigo bacteriano no es criterio de exclusión escolar.
30. Con respecto al maltrato infantil, señale la falsa:
- El *grooming* es el conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales, como la mentira o el engaño para obtener fotos o videos explícitos que se podrían utilizar como chantaje para conseguir otros fines
 - El sexting es la divulgación por medio de TICS de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- c. Para poder denunciar un maltrato sexual infantil, hay que tener en cuenta que la nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 14 años.
 - d. El maltrato por negligencia o falta de cuidados es más frecuente en familias con graves situaciones socioeconómicas, como deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o varios progenitores, aunque también ocurre en familias acomodadas que delegan el cuidado de los niños a terceros.
31. Con respecto a la muerte súbita del lactante, señale la falsa:
- a. La lactancia materna, el uso de chupete y que el lactante duerma acompañado en la habitación, pero no en la misma cama son, entre otros, factores protectores de muerte súbita.
 - b. La medida que más ha disminuido la prevalencia de la muerte súbita es la recomendación de que los niños duerman en de cubito supino hasta el año de edad. Esta recomendación también se debe realizar a los niños que sufran reflujo gastroesofágico.
 - c. Los BRUE (episodios breves resueltos inexplicados) de bajo riesgo no precisan pruebas complementarias, más allá de la observación y educación sobre los episodios y maniobras de RCP básica a padres y cuidadores. Pueden ser dados de alta desde urgencias si se asegura valoración pediátrica en 24 horas.
 - d. Los pacientes que han sufrido un BRUE de bajo riesgo tienen más riesgo de muerte en los siguientes 4 meses que la población general.
32. Ante una adolescente que nos consulta en Atención Primaria por sangrado menstrual excesivo, señale la falsa:
- a. Se considera sangrado excesivo el que dura a partir de 8 días, y/o en el que la cantidad de sangrado es superior a 6 apósitos saturados diarios y/o ciclos de menos de 20 días.
 - b. El 10% de los casos de sangrado menstrual excesivo en la adolescente es de causa funcional, por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y frecuentes ciclos anovulatorios.
 - c. Los trastornos de la hemostasia, sobre todo el factor de von Willebrand y las alteraciones plaquetarias, son las causas más frecuentes de sangrado menstrual excesivo de origen orgánico, que representan el 20% de los casos de sangrado menstrual excesivo.
 - d. Ante una paciente con sangrado menstrual excesivo nuestro objetivo inicial debe ser asegurar la estabilidad hemodinámica, corriendo la anemia aguda o crónica.
33. En la revisión del mes detectamos que un lactante tiene unas hipospadias. Señala la verdadera:
- a. Aseguramos que moja pañales, realizamos exploración completa en busca de otras alteraciones morfológicas asociadas y realizamos su seguimiento rutinario en primaria.
 - b. Derivamos a Cirugía Pediátrica preferente para corrección quirúrgica, pues la edad recomendada para corregir las hipospadias es al diagnóstico.
 - c. Derivamos a Cirugía Pediátrica al diagnóstico para una primera valoración y descartar estenosis de meato y primer contacto con el cirujano pediátrico que explicará la complejidad del proceso y la corrección escalonada, aunque la cirugía no se realizará hasta los 12-24 meses.
 - d. a) y c) son correctas.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

34. Con respecto a las malformaciones genitourinarias en Pediatría, señale la falsa:
- El tratamiento de la hidrocele no comunicante persistente a los 4 meses es la observación, pues tienden a resolverse espontáneamente.
 - Las hipospadias son malformaciones peneanas que afectan a uretra, glande, prepucio y curvatura peneana. Su tratamiento es siempre quirúrgico y se debe realizar entre los 12 y los 18 meses.
 - El niño con displasia renal multiquística tiene una anulación funcional completa del riñón afecto.
 - Ante el hallazgo de una criptorquidia unilateral en la revisión del programa de salud infantil, debemos realizar una ecografía o una resonancia, pues un resultado negativo en las pruebas de imagen excluye el diagnóstico.
35. Una niña de 10 meses acude a Urgencia por un cuadro de fiebre hasta 39.5°C (axilar) de 24 horas de evolución. Sus padres no refieren otros síntomas. Sus vacunas están al día, incluyendo vacuna antineumocócica conjugada. Los padres refieren también haber vacunado de meningococo B y de Rotavirus oral. En Urgencias se confirma la fiebre y el examen físico es normal y tiene buen estado general. ¿Cuál de las siguientes pruebas está indicada?:
- Hemocultivo.
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.
 - Sedimento urinario.
36. En niño de 2 años, residente en Alicante, acude a Urgencias con un cuadro de fiebre alta, en picos, de 5 días de evolución, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 6 cm. Se objetiva en la analítica pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación a su probable etiología, considera FALSA?
- Estaría indicada una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de médula ósea.
 - La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica se obtiene con el cultivo de médula ósea en medio NNN.
 - Si se confirma el diagnóstico de sospecha, el tratamiento de elección actual en España sería con Anfotericina B liposomal en dosis acumulativa total entre 18-24 mg/kg.
 - En lactantes, no es infrecuente que se asocie a síndrome hemofagocítico secundario.
37. Recién nacido de 32 semanas de edad gestacional y 1800 gr. de peso. A las 48h de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia, y lesiones cutáneas de aspecto petequial. En el hemograma se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la ecografía cerebral se aprecian lesiones periventriculares hiperecogénicas. ¿Con esta clínica, qué diagnóstico le parece más probable en nuestro medio?:
- Citomegalovirus congénito.
 - Rubeola congénita.
 - Sífilis congénita.
 - Toxoplasmosis congénita.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

38. Un paciente marroquí de 12 años, con antecedente de BCG al nacer, que acude por tos persistente y en la analítica se evidencia un Mantoux de 14 mm; la actuación más adecuada es:
- El Mantoux es secundario a la BCG y no precisa más estudios.
 - Se trata de una exposición a tuberculosis dada la alta endemia de esta enfermedad en la zona y debe vigilarse periódicamente.
 - Se trata de una Infección Tuberculosa Latente y debe realizarse Rx tórax e iniciarse una profilaxis secundaria.
 - Se debe sospechar enfermedad Tuberculosa por Mantoux positivo, a pesar de antecedente de BCG, y tos persistente y realizar Rx tórax.
39. En relación con el diagnóstico de la tosferina es FALSO que:
- El cultivo de secreciones respiratorias tiene alta especificidad y baja sensibilidad.
 - La prueba de PCR de *B. pertussis* es la técnica más rápida, eficiente y útil para el diagnóstico.
 - La serología es de gran utilidad para indicar el tratamiento y control epidemiológico.
 - La sensibilidad de las pruebas diagnósticas guarda relación con la fase de la enfermedad.
40. Niño de 5 años traído a Urgencias por un cuadro febril de 38,5°C de 2 semanas de evolución. A la exploración, presenta un soplo cardiaco II/VI en ápex. Como antecedente, refiere cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche a los 2 años de edad, persistiendo un pequeño shunt residual que siguen anualmente en la consulta de Cardiología pediátrica. Los padres refieren que previamente al inicio del cuadro febril le extrajeron un diente. ¿Qué microorganismo cree que probablemente sea el causante del cuadro que presenta el paciente?
- Stafilococo aureus*.
 - Enterococo*.
 - Estreptococo viridans.
 - Escherichia coli*.
41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las pruebas diagnósticas de infección fúngica invasiva NO es cierta?:
- El signo del halo en el CT torácico aumenta en frecuencia con la edad del niño
 - La determinación de galactomanano en niños hemato-oncológicos en suero tiene sensibilidad y especificidad similar al adulto para el diagnóstico anticipado de aspergilosis invasora
 - En el niño neutropénico con fiebre e infiltrados pulmonares la determinación de galactomanano en lavado bronquioalveolar es poco sensible en aspergilosis invasora
 - La determinación de Beta-glucano no está validada en el niño para el diagnóstico de aspergilosis invasora
42. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de microorganismo y huésped inmunodeprimido es FALSA?
- VIH – Neumococo.
 - Enfermedad de Bruton – *Pneumocystis jirovecii*.
 - Inmunodeficiencia Combinada Severa- Citomegalovirus.
 - Inmunodeficiencia variable común-infestación gastrointestinal por *Giardia intestinalis*.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

43. ¿Cuál de estos pacientes cumple criterios de Síndrome PFAPA?
- Niño de 3 años con episodios febriles recurrentes una vez al mes, acompañados de aftas bucales y con peso en percentil 3 desde el inicio del cuadro
 - Niña de 4 años con episodios febriles recurrentes cada 5 semanas, acompañados de hiperemia faríngea y adenopatías cervicales, cuya analítica evidencia 300 neutrófilos
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes cada 3 semanas, acompañados de aftas bucales y adenopatías cervicales, asintomático entre los episodios y con buen desarrollo ponderal
 - Niño de 2 años con episodios febriles recurrentes, acompañados de rinorrea, tos y adenopatías cervicales cada 6 semanas
44. Niño de 17 meses ingresado por cuadro de fiebre de 9 días de evolución, acompañado de adenopatías laterocervicales, conjuntivitis, cojera, exantema cutáneo y lengua aframbuesada. En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de E. de Kawasaki, ¿cuál sería tu actitud? Señala la verdadera
- Iniciar tratamiento con AAS, y si no mejora a las 48 horas iniciar corticoide.
 - Realización de ecocardiografía. Si es normal, no precisa más controles.
 - Sólo si la ecocardiografía muestra aneurismas coronarios se pondrá tratamiento
 - Pautar gammaglobulina endovenosa a 2 g/Kg y AAS
45. Ante un paciente asintomático con unos ANA positivos 1/160 patrón inespecífico. ¿Qué actitud es la correcta?
- Derivar de forma urgente a una consulta de Reumatología pediátrica
 - Anamnesis y exploración adecuada buscando signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad reumática
 - No hacer nada. Seguro que es un error de laboratorio
 - Informarle de que padece una enfermedad autoinmune
46. Acude a consulta un varón de 13 años de edad que refiere que, desde los 8 años de edad, los días húmedos, sin clara relación con las infecciones respiratorias, presenta episodios de tos irritativa de predominio nocturno, dolor torácico y sensación de falta de aire. Estos síntomas aumentan con el ejercicio. Señala la respuesta VERDADERA en relación a tu sospecha diagnóstica:
- Se trata de un posible niño asmático. Le haré una espirometría basal y si presenta un FEV₁ igual o superior al 80%, descartaré asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Solicitaré un test de broncodilatación y si el FEV₁ aumenta un 20% o más respecto a su valor inicial, lo diagnosticaré de asma.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80% le indicaré un test de broncodilatación. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ aumenta un 12% o más respecto a su valor inicial.
 - Se trata de un posible niño asmático. Si la espirometría muestra un FEV₁ menor de 80%, le indicaré un test de provocación con metacolina. Lo diagnosticaré de asma si el FEV₁ desciende un 12% o más.
47. Acude a su consulta unos padres con un varón de 3 años de edad con antecedentes personales de síndrome de Down con canal aurículoventricular e hipotiroidismo congénito. Refieren que están preocupados porque, desde hace aproximadamente un año, duerme en posturas muy extrañas, con boca abierta, pausas respiratorias, acompañado de sudoración nocturna, ronquidos y sueño intranquilo. En relación a su sospecha diagnóstica, señala la FALSA:

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- a. Se trata de un síndrome caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de las vías respiratorias superiores durante el sueño, ocasionando una ventilación y un patrón de sueño anormales.
 - b. Su prevalencia es del 2- 4%, con fisiopatología multifactorial, siendo la principal causa la obesidad infantil.
 - c. Entre los factores de riesgo principales se encuentran los trastornos craneofaciales, neurológicos ó genéticos.
 - d. La confirmación de su sospecha diagnóstica se realizará con una poligrafía y/o polisomnografía nocturna, donde el índice de apnea-hipoapnea del sueño deberá ser igual o superior a 1.
48. Andrés es un niño de 3 años de edad sin antecedentes personales de interés que es traído a consulta por sus padres porque, estando en una fiesta de la guardería, presentó un episodio brusco de dificultad para respirar que se autolimitó tras tos sofocante. Desde entonces presenta tos persistente sin predominio de horario, sensación de “ruidos en un lado del pecho” y febrícula. Señale la VERDADERA en relación a su sospecha clínica:
- a. Se aconseja realizar una radiografía de tórax en inspiración y espiración y si es normal, lo revaloraré en 48 h.
 - b. Dado el escaso tiempo de evolución de la infección respiratoria de vías altas lo revaloraré en 48 h para ver la evolución de los síntomas, especialmente de la fiebre y en función de síntomas solicitaré radiografía de tórax en inspiración y espiración.
 - c. Le solicitaré una radiografía de tórax en decúbito lateral derecho e izquierdo con rayos horizontales.
 - d. Lo remitiré a consultas de digestivo para valoración de trastorno de deglución.
49. En relación a la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), señale la respuesta FALSA:
- a. La presencia de cultivos positivos a *aspergillus fumigatus*, no es un criterio obligatorio para su diagnóstico.
 - b. Es obligatorio para su diagnóstico la presencia de una IgE total superior a 1.000 IU/mL.
 - c. El infliximab o etanerceb pueden utilizarse en el tratamiento de la ABPA.
 - d. Los glucocorticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección en el manejo de la ABPA, aunque no está claro la dosis y la duración del mismo.
50. Paciente de 10 años con antecedentes personales de asma extrínseco presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, solo pronuncia palabras, frecuencia respiratoria de 28, frecuencia cardíaca 125, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. A la auscultación hipoventilación marcada en ambos hemitorax, saturación del 88%. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto al tratamiento?
- a. Debemos administrar corticoides por vía sistémica, preferiblemente prednisona o dexametasona por vía oral
 - b. La budesonida o fluticasona en la primera hora por vía inhalatoria junto a los corticoides sistémicos no están indicados en pacientes pediátricos menores de 6 años
 - c. En la crisis de asma grave o hipoxemia persistente está indicado el sulfato de magnesio por vía intravenosa
 - d. La dosis de salbutamol que son eficaces mediante dispositivos de cámaras espaciadoras (pMDI) son menores que las empleadas mediante nebulización

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

51. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica no es paralela al curso de la inflamación intestinal y no mejora en paralelo con la mejora de los síntomas intestinales?
- úlceras aftosas
 - espondilitis y sacroileitis
 - eritema nodoso
 - uveítis e iritis
52. Contactan desde urgencias por un niño de 2 años que ha ingerido accidentalmente un poco de limpiador para inodoros. Su madre informa que vio al niño con el envase en la boca, y posteriormente lo vio toser, llorar y escupir. 2 horas más tarde, los médicos de urgencias dicen que le ven los labios enrojecidos y parece existir una pequeña quemadura en la orofaringe posterior. El niño, por lo demás, se encuentra bien. El siguiente paso sería:
- Enviar a casa y citar para endoscopia oral en 1 mes y seguimiento según sea necesario
 - Observar en el servicio de urgencias durante 6 horas y, si no hay síntomas, enviar a casa
 - Ingreso y endoscopia oral a la mañana siguiente
 - Ingreso con esteroides y antibióticos IV y endoscopia oral a la mañana siguiente.
53. Una chica de 14 años consulta por cansancio y tinte subictérico desde hace 4 semanas. Se le palpa una ligera hepatomegalia, presenta una ictericia subescleral y su analítica revela una elevación de X5 de transaminasas séricas, una elevación ligera de los reactantes de fase aguda, y un INR de 1.2. Serologías de hepatitis A, B y C negativas, título de anticuerpos antinucleares 1:640. No ha tomado medicación en semanas previas. Refiere deposiciones diarreicas sin productos patológicos de 6 semanas de duración y que ha perdido 3 kg. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado?
- Control clínico y analítico en 3 meses.
 - Solicitar los títulos de anticuerpos antimitocondriales
 - Biopsia hepática.
 - Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal.
54. Un niño de 2 años ha sido sometido a una resección del íleon terminal debido a una invaginación ileocecal. De los siguientes nutrientes, ¿cuál es el que MÁS probablemente presente deficiencia este paciente?
- Ácido fólico
 - Tiamina
 - Vitamina B12
 - Vitamina K
55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas se observa con mayor frecuencia en el síndrome de realimentación?
- Hiperlipidemia secundaria al aumento de cuerpos cetónicos séricos
 - Hipofosfatemia severa que afecta la función miocárdica y respiratoria
 - Hipernatremia y deshidratación hipertónica que afectan el estado mental
 - Ninguno de los anteriores son alteraciones propias del síndrome de realimentación.

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

56. Niño de 12 años con una atresia de vías biliares que se sometió a una portoenteroanastomosis de Kasai a las 5 semanas de edad y que ha desarrollado una disfunción hepática crónica que en la actualidad está en lista de espera para trasplante hepático de donante cadáver. Ha presentado en los últimos 3 meses, 2 episodios de hemorragia digestiva alta por ruptura de varices esofágicas. En el último episodio se decidió colocar una derivación postsistémica intrahepática transyugular. La complicación más probable después de la colocación de esta derivación es:
- Infección
 - Encefalopatía
 - Insuficiencia hepática progresiva
 - Trombosis de la vena yugular derecha.
57. Le remiten a un niño de 22 meses para estudio de diarrea crónica. Ha presentado diarrea desde un episodio de GEA que sucedió hace 4 meses. Sus heces son blandas y acuosas y de gran volumen, sin productos patológicos (sangre, moco o pus). A pesar de su diarrea, ha crecido normalmente y se mantiene activo. Los cultivos de heces y el examen de heces para huevos y parásitos han sido negativos. Debido a la GEA y a la diarrea posterior, sus padres dejaron de darle leche y actualmente consume en torno a 750 ml al día de zumo de fruta envasado. Su exploración física es normal. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de su diarrea crónica?
- Giardiasis
 - Ingesta excesiva de carbohidratos
 - Intolerancia a la lactosa
 - Enfermedad intestinal inflamatoria
58. Paciente de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias porque hace 3 horas comenzó con sensación de hormigueo en el brazo izquierdo y la pierna y la madre le nota que mueve menos este hemicuerpo y que habla con dificultad. TEP estable. FC 87, TA 110/65, saturación 100%. Exploración sin hallazgos patológicos salvo la hemiparesia izquierda descrita, la disartria y la desviación de la comisura bucal a la derecha. ¿Cuál de estas aseveraciones es *incorrecta*?
- La prueba de elección para descartar ictus isquémico en este paciente es una resonancia magnética (RM)
 - La escala para valorar el daño neurológico en este paciente es la PedNIHSS
 - Debemos mantener al paciente con saturaciones en torno 95-98%, normotérmico, normotenso y normoglucémico
 - El tratamiento de elección es la fibrinólisis con rtPA independientemente de la edad del paciente
59. Con respecto a la desfibrilación eléctrica en la fibrilación ventricular en el niño, cuál de estas aseveraciones es correcta:
- La dosis inicial debe ser 4 J/Kg
 - Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis
 - Debe hacerse de forma asincrónica
 - Todas son correctas
60. ¿Cuál es la primera maniobra a realizaren un niño de 8 años que ha sido atropellado?
- Colocarle en posición de seguridad
 - Comprobar si respira o tiene pulso
 - Comprobar si responde al llamarle o tocarle
 - No moverle de la postura en que está hasta que no llegue personal especializado

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

61. Paciente de 4 años con antecedentes personales de alergia a os frutos secos, acude a urgencias porque tras tomar una tarta en un cumpleaños ha comenzado con tos, 2 vómitos y exantema generalizado. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa?
- La mayoría de las reacciones bifásicas ocurren en las primeras 6-8 horas
 - La dosis de adrenalina 1/1000 indicada es 0,01mg/kg im
 - Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de primera línea junto a la adrenalina
 - Debemos observar 6 horas después de la administración de la adrenalina
62. Respecto a la atención del paciente politraumatizado pediátrico grave, ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?
- Debemos hacer el reconocimiento primario en los primeros 5 minutos para descartar lesiones que amenacen la vida
 - La secuencia debe ser X ABCDE, para descartar lesiones exanguinantes
 - Debemos administrar en todo trauma grave ácido tramexámico en las primeras 3 horas
 - Debemos mantener la presión arterial media en torno al p5, incluso en TCE grave, para disminuir el riesgo de hemorragia
- 63.Cuál de estas respuestas es falsa en la evaluación de un paciente en Urgencias pediátricas:
- El cambio de mentalidad en el manejo de las Urgencias pediátricas en la actualidad es a diagnóstica, en vez a la de estabilización y resolución del problema que presenta el paciente
 - En el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), si uno o ningún lado está afectado el paciente está estable
 - Tras el primer paso de realizar una valoración del TEP, debemos hacer un diagnóstico fisiopatológico del paciente
 - Cuando el lado circulatorio y respiratorio está afectado el estado fisiopatológico se denomina fracaso cardiorrespiratorio
64. Lactante varón de 15 meses, con asplenia congénita, acude al Servicio de Urgencias porque hace 12 horas comenzó con fiebre, al despertar por la mañana los padres lo encuentran con mal estado general, escasa reactividad y la aparición de un exantema generalizado. A su llegada a Urgencias TEP fallo cardiopulmonar. Inmediatamente el paciente pasa a sala de emergencias ¿Cuál de estas aseveraciones es incorrecta?:
- El paciente presenta un shock séptico probablemente secundario a infección por neumococo por lo que debemos utilizar antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina
 - Debemos canalizar, si es posible, 2 vías y administrar SSF a 10 ml/kg
 - Si en 10 minutos no logramos canalizar vía intravenosa debemos canalizar vía intraósea
 - Si nos encontramos ante un shock refractario a fluidos o comienza con signos de sobrecarga volumétrica debemos administrar perfusión de adrenalina a dosis 0.05-0.3microgramos/kg/min
65. ¿Cuál de los siguientes hallazgos electrocardiográficos me haría pensar en una patología con sobrecarga de presión del ventrículo izquierdo?
- Inversión del patrón RS en las derivaciones precordiales
 - Ensanchamiento del segmento QRS en precordiales izquierdas
 - Elevación del segmento ST en todas las precordiales
 - Negativización de la onda T en precordiales izquierdas

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

66. ¿Cuál es la causa por la que la adenosina es al tratamiento de elección para una crisis de taquicardia supraventricular?
- Nos permite ver la actividad basal de la aurícula
 - Permite resetear toda la actividad eléctrica cardíaca
 - Las dos anteriores
 - El tratamiento de elección no es la adenosina, sino la amiodarona
67. Señala que afirmación en cuanto a la fisiopatología de las cardiopatías congénitas es VERDADERA:
- La presencia de un cortocircuito izquierda derecha protege al pulmón del hiperflujo pulmonar
 - Es independiente el desarrollo de hipertensión pulmonar con la magnitud del cortocircuito izquierda derecha
 - En casos de cortocircuito derecha izquierda se pueden producir embolias paradójicas
 - Un cortocircuito izquierda derecha indica un aumento de las presiones arteriales pulmonares.
68. Paciente de 6 años de edad afecto de una patología univentricular consistente en una atresia tricuspídea con vasos en malposición, estenosis subaórtica severa. Fue sometido inicialmente a una fístula sistémico pulmonar y posteriormente a una derivación cavopulmonar total, operación que se completó hace un año dejando una fenestración de 3 mm en el túnel intracardiaco. El paciente acude por un cuadro febril de 48 horas de evolución en contexto de vómitos y diarreas acuosas. El paciente se encuentra decaído, ojeroso, con frecuencia cardíaca 120 lpm y tensión arterial 92/56 mm Hg. Saturación O₂ 95%. Analítica sanguínea: Hemograma anodino, con fórmula leucocitaria normal. Urea 65, Proteínas totales 6,2; GOT 21, Creatinina 0,9, proteína C reactiva 21 ¿Cuál de las siguientes actitudes consideras más adecuada?
- Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV si no tolera con cristaloides
 - Inicio de tratamiento antibiótico como profilaxis de endocarditis bacteriana
 - Ingreso en observación para monitorización y sueroterapia IV con seroalbúmina para subir la proteinemia
 - Ingreso en unidad cuidados críticos para inicio de perfusión de aminas, preferentemente adrenalina como primera opción.
69. Indica cuál de las siguientes medicaciones no estaría indicada en la crisis hipoxémica de la tetralogía de Fallot:
- Cloruro mórfico
 - Esmolol
 - Noradrenalina
 - Adrenalina
70. Paciente de 8 años de edad que acude a consulta por síncope de repetición fundamentalmente con el ejercicio físico y con emociones. Sin otra sintomatología acompañante. No antecedente familiar ni personal de interés. Exploración física: bien perfundido, pulsos palpables simétricos en 4 miembros, latidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos con segundo ruido aumentado. No hepatomegalia. Realizamos un electrocardiograma donde se encuentra en ritmo sinusal, intervalo PR normal sin datos preexcitación, QRS estrecho con claro predominio de R en V1-2, sin alteraciones en

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

segmento ST. Onda T positiva en precordiales derechas. Rx torax sin hallazgos patológicos. ¿Qué actitud realizarías en base a tu sospecha clínica?

- a. Creo que se trata de una posible canalopatía, por lo que lo mandaría al cardiólogo pediátrico con esa sospecha
- b. Creo que puede tratarse de una hipertensión pulmonar, por lo que derivó a cardiología pediátrica
- c. Me parece que se tratan de síncope vasovagales ante el EKG anodino por lo que seguimos con seguimiento clínico
- d. Derivaría al cardiólogo pediatra para despistaje de cardiopatía orgánica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En el manejo inicial del paciente con enfermedad de células falciformes con sospecha de accidente cerebrovascular agudo, SEÑALE LA FALSA:

- a. Administración de líquidos isotónicos
- b. Transfusión simple inicial para mantener niveles de Hb por encima de 11 mg/dl
- c. Prueba de neuroimagen inmediata
- d. Exanguinotransfusión manual o eritrocitaféresis automática tan pronto como sea posible

72. Con respecto al manejo de la PTI Infantil (trombopenia inmune primaria) señale la respuesta INCORRECTA:

- a. El objetivo del tratamiento es controlar las hemorragias con relevancia clínica
- b. Los glucocorticoides a altas dosis en pauta corta y las inmunoglobulinas i.v. son el tratamiento de primera línea
- c. El tratamiento con agonistas del receptor de la trombopoyetina (eltrombopag) tiene indicación para PTI persistente tras 6 meses de diagnóstico en niños mayores de 1 año
- d. Todas son verdaderas

73. Paciente de 8 meses que consulta por dolor abdominal, febrícula desde hace 5 días astenia y palidez. Su pediatra en la exploración le palpa una masa abdominal. En la ecografía se detecta una masa retroperitoneal con lesiones múltiples hepáticas. ¿Cuál aseveración es falsa respecto al tumor que sospechamos?

- a. El pronóstico de este paciente es mejor que los pacientes mayores de 18 meses independientemente de ser metastásico
- b. El TAC es la prueba de imagen de elección para el estadiaje de la enfermedad
- c. La ampliación del oncogen N-myc se asocia a mal pronóstico
- d. La quimioterapia es el pilar del tratamiento

74. Paciente de 12 años que presenta dolor óseo en la región inferior de la tibia desde hace 15 días y cojera. No otros síntomas salvo tumefacción en la región interna del tobillo. Se realiza una radiografía del tobillo y se aprecia una lesión lítica de la zona con reacción en capa de cebolla. ¿Cuál de estas aseveraciones es falsa respecto a la lesión que presenta este paciente?

- a. La lesión ósea que presenta sugiere el diagnóstico de sarcoma de Ewing
- b. El pronóstico de este tumor es mejor, que si la lesión tuviera localización axial
- c. Debemos descartar metástasis a nivel hepático, son las más frecuentes en estos tumores óseos

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS
TEST

- d. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente entre sarcoma de Ewing y un osteosarcoma
75. Paciente de 14 años que consulta por tumoración en región laterocervical de 2 semanas de evolución de 4 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no dolorosa y adherida a planos profundo. No otros síntomas y la exploración salvo la lesión descrita no otro hallazgo patológico. ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?
- a. Es la forma más frecuente de presentación de los linfomas de Hodgkin en adolescentes, hasta un 60%
 - b. Los síntomas sistémicos acompañan a este tipo de linfoma en un 80% de los casos
 - c. La prueba diagnóstica de este tipo de lesiones es mediante una punción aspiración con aguja fina (PAFF)
 - d. La ferritina en sangre no es un buen marcador de actividad tumoral