

1. **Varón de 10 años que acude a Urgencias por presentar orina de color coca-cola. Antecedentes personales: presentó amigdalitis con fiebre alta hace 3 semanas. No refiere antecedentes familiares de hematuria, enfermedad renal o sordera. Examen físico: presenta edemas de miembros inferiores y TAM>p90. Resto normal. Exploraciones complementarias: urea: 78 mg/dl, Cr: 2,5 mg/dl, IgA: 115 mg/dl (VN 44-385), AST 1200 UI/ml (VN <200), C<sub>3</sub> bajo, C<sub>4</sub> normal. Sedimento orina: proteinuria 2+, abundantes hematíes, >30% dismórficos; cilindros hemáticos. La hematuria cedió a los 5 meses. ¿Cuál es la glomerulopatía MÁS probable de acuerdo con los datos presentados?**
  - a. Nefropatía de Schönlein-Henoch.
  - b. Nefropatía IgA (enfermedad de Berger).
  - c. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.
  - d. Enfermedad de la membrana basal glomerular adelgazada (Hematuria familiar benigna).
  
2. **En relación con el hallazgo de proteínas en un análisis de orina (proteinuria) en un niño, señale la respuesta MÁS adecuada:**
  - a. Se considera patológica la eliminación renal de proteínas.
  - b. Se define como proteinuria significativa un cociente proteínas/creatinina en primera orina de la mañana > 0,2 mg/mg (niños < 2 años).
  - c. Se define como proteinuria significativa una Proteinuria en orina de 24 horas > 4 mg/m<sup>2</sup>/hora.
  - d. Se define como proteinuria en rango nefrótico un Proteinuria en orina de 24 horas > 4 mg/m<sup>2</sup>/hora.
  
3. **En el tratamiento de una paciente con un fracaso renal agudo oligúrico es FALSO:**
  - a. Restringir líquidos a necesidades basales + diuresis + pérdidas extrarrenales.
  - b. Aportar necesidades basales de sodio + pérdidas extrarrenales + pérdidas renales.
  - c. No aportar potasio.
  - d. Hacer balance de líquidos y electrolitos cada 8-12-24 horas.
  
4. **NO es un criterio de poliarteritis nodosa infantil:**
  - a. Lesiones cutáneas.
  - b. HTA.
  - c. Artralgias.
  - d. Alteraciones del sedimento urinario o alteraciones de la función renal.
  
5. **En un niño con sospecha de Nefropatía IgA, NO es indicación de realizar biopsia renal:**
  - a. Insuficiencia renal aguda.
  - b. HTA.
  - c. Hematuria persistente.
  - d. Deterioro progresivo de la función renal.
  
6. **Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el diagnóstico diferencial de las enfermedades que cursan con hipotonía y debilidad:**
  - a. Las neuropatías periféricas suelen ser de predominio distal y presentar arreflexia.
  - b. En el Síndrome de Prader Willi la hipotonía neonatal suele ser grave con dificultades para la alimentación.
  - c. En las miopatías congénitas el grado de afectación es muy variable.
  - d. Si la afectación se encuentra en el sistema nervioso central es frecuente la presencia de debilidad muscular.

- 7. En relación con las meningitis bacterianas indique la respuesta FALSA:**
- La etiología más frecuente en menores de un mes es *S. Agalactiae*, *E. coli* y *Listeria monocytogenes*.
  - La antibioterapia empírica fuera del periodo neonatal es cefotaxima y gentamicina IV.
  - El deterioro neurológico es especialmente rápido en las meningitis por neumococo.
  - La pleocitosis con predominio de polimorfonucleares, la hiperproteínorraquia y la hipoglucorraquia son hallazgos sugestivos de meningitis bacteriana aguda.
- 8. En relación con la parálisis cerebral infantil (PCI) indique la respuesta FALSA:**
- La PCI es la causa de discapacidad motora más frecuente en la infancia.
  - La leucomalacia periventricular es la causa más frecuente de PCI en los grandes prematuros.
  - La RM puede ser normal en un 25% de los casos.
  - La epilepsia, las alteraciones conductuales y cognitivas y los problemas del sueño aparecen con frecuencia en pacientes con PCI.
- 9. Remiten a consulta a un lactante de 9 meses que realiza unos movimientos raros, como espasmos en salvas. Se realiza un EEG que muestra hipsarritmia. El diagnóstico de sospecha es:**
- Síndrome de Lennox-Gastaut.
  - Epilepsia parcial benigna.
  - Epilepsia rolándica.
  - Síndrome de West.
- 10. Niño de 2 años que traen a urgencias de pediatría por haber presentado una convulsión tónico-clónica generalizada coincidente con fiebre. La crisis ha cedido después de administrar 1 dosis de diazepam rectal por los equipos de emergencia (duración aproximada 6 minutos). Es la primera vez que tiene un episodio similar. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha?:**
- Crisis febril típica.
  - Crisis febril atípica.
  - Crisis parainfecciosa.
  - Crisis afebril.
- 11. El diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad NO puede realizarse mediante:**
- La repercusión de los síntomas clínicos.
  - Los criterios del manual DSM V.
  - La realización de diferentes escalas de valoración conductual.
  - La comprobación de la eficacia del tratamiento farmacológico.
- 12. Ante un niño de 3 años con sospecha de retraso global del desarrollo podemos realizar todo lo siguiente, EXCEPTO:**
- Test WISC V.
  - Exploración neurológica adaptada a su edad.
  - Escala de Haizea-Llevant.
  - Escala de Bailey III.

**13. Niño de 4 años que consulta por cefalea de 2 meses de evolución, biparietal, que impide su actividad habitual y le despierta por la noche. Exploración neurológica con fondo de ojo normal. ¿Qué haría en primer lugar?**

- a. Ecografía cerebral.
- b. RMN cerebral.
- c. EEG.
- d. Control en consulta de neuropediatría.

**14. Con respecto a la infección congénita por citomegalovirus es FALSO que:**

- a. La prueba de diagnóstico más adecuada es la PCR CMV en orina o saliva.
- b. La normalidad del screening auditivo neonatal descarta la hipoacusia.
- c. En recién nacidos con peso inferior a 1500 gr al nacimiento está indicado el cribado con PCR CMV en orina.
- d. Hasta el 85% de los recién nacidos infectados son asintomáticos al nacimiento.

**15. Las anomalías congénitas del riñón y el tracto urinario representan el 15-20% de las anomalías halladas en la ecografía prenatal. Son indicadores de mal pronóstico todos los siguientes EXCEPTO:**

- a. Marcada disminución o ausencia de líquido amniótico.
- b. Aumento de  $\beta_2$  microglobulina o cistatina C en sangre fetal.
- c. Pérdida de diferenciación corticomedular.
- d. Afectación unilateral.

**16. ¿En cuál de las siguientes enfermedades se produce una ictericia severa con elevación de la bilirrubina a expensa de bilirrubina directa?**

- a. Atresia vías biliares.
- b. Enfermedad de Crigler Najjar.
- c. Deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.
- d. Isoinmunización Rh.

**17. Recién nacido que al minuto de vida presenta latido 120 lpm, llanto débil, extremidades en flexión, hace muecas y color pálido. ¿Qué puntuación presenta en el test de Apgar?**

- a. Puntuación de Apgar 8.
- b. Puntuación de Apgar 3.
- c. Puntuación de Apgar 6.
- d. Puntuación de Apgar 5.

**18. En la reanimación del recién nacido en sala de partos, ¿qué pregunta NO debe hacerse en la evaluación primaria?**

- a. ¿Respira o llora?
- b. ¿Tiene frecuencia cardíaca  $> 100$  lpm?
- c. ¿Tiene buen tono muscular?
- e. ¿La gestación es a término?

**19. NO es un criterio de síndrome metabólico en niños entre 10-16 años:**

- a. Obesidad con perímetro de cintura abdominal  $> p90$ .
- b. Triglicéridos mayor o igual 150 mg/dl.
- c. HDL colesterol  $< 40$  mg/dl.
- d. Glucosa en ayunas  $> 95$  mg/dl.

**20. Todos los siguientes, EXCEPTO UNO, son hallazgos frecuentes en una adolescente con anorexia nerviosa grave, señale cuál.**

- a. Hormonas gonadotropinas elevadas.
- b. Bradicardia.
- c. Osteopenia.
- d. Dislipemia.

**21. Todos los siguientes EXCEPTO UNO son hallazgos compatibles con raquitismo carencial grave:**

- a. Deformidades óseas.
- b. Calcemia descendida.
- c. Fosfaturia aumentada.
- d. PTH normal.

**22. Señale cuál es la forma clínica MÁS FRECUENTE de hiperplasia suprarrenal congénita.**

- a. Déficit de 11 beta-hidroxilasa.
- b. Déficit clásico de 21 alfa-hidroxilasa tipo pérdida salina.
- c. Déficit no clásico de 21 alfa-hidroxilasa.
- d. Déficit clásico de 21 alfa-hidroxilasa tipo virilizante simple.

**23. En relación al hipotiroidismo congénito indica la respuesta INCORRECTA:**

- a. Las disgenesias tiroideas son alteraciones en el desarrollo embrionario de la glándula tiroides.
- b. Las dishormonogénesis tiroideas son las causas más frecuentes de hipotiroidismo congénito primario.
- c. Los programas de cribado neonatal detectan la mayoría de los casos de hipotiroidismo congénito.
- d. El hipotiroidismo central es habitualmente menos severo que el hipotiroidismo primario.

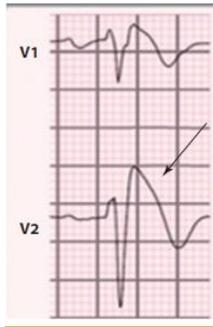
**24. De entre los siguientes errores congénitos del metabolismo, uno de ellos puede beneficiarse de tratamiento enzimático sustitutivo. Señale cuál.**

- a. Síndrome de Zellweger.
- b. Enfermedad de Tay Sachs.
- c. Enfermedad de Gaucher.
- d. Trastorno de la beta-oxidación mitocondrial.

**25. En la evaluación de un adolescente que acude a consulta por pérdida de conocimiento súbita de pocos segundos de duración, son signos de alarma que indicarían necesidad de evaluación cardiológica, todos los siguientes, EXCEPTO:**

- a. Desencadenado por ejercicio.
- b. Presencia de palidez y sudoración.
- c. Antecedentes familiares de muerte súbita.
- d. Anomalía en el electrocardiograma del paciente.

26. ¿A qué corresponde este patrón ECG?



- a) Síndrome QT largo.
- b) Síndrome de Brugada.
- c) Displasia arritmogénica del VD.
- d) Miocardiopatía hipertrófica.

27. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de Enfermedad de Kawasaki clásica?

- a) Lengua aframbuesada.
- b) Adenopatía cervical.
- c) Descamación periungueal.
- d) Exantema vesiculoso.

28. Sobre la comunicación interauricular (CIA), señale la VERDADERA:

- a) La más frecuente es la CIA tipo ostium primum.
- b) No suelen provocar síntomas durante la infancia.
- c) En el ECG es característico encontrar datos de crecimiento de aurícula izquierda.
- d) El cierre quirúrgico está indicado en todos los casos, lo más precoz posible.

29. ¿Cuál de las siguientes características NO sugiere soplo inocente?

- a) Soplo diastólico.
- b) Aumenta de intensidad al aumentar la FC.
- c) Soplo grado I-II.
- d) Se modifica con la posición y la respiración.

30. ¿Qué deporte está permitido en un paciente de 10 años con Tetralogía de Fallot reparada, sin cortocircuito residual ni arritmias, pero con presión del VD levemente aumentada?

- a. Solo los de carga estática baja.
- b. Solo los de carga dinámica baja.
- c. No está permitido ningún deporte.
- d. Están permitidos todos los deportes.

31. El comité asesor de vacunas aconseja la vacuna contra el Meningococo ACWY (cuadrivalente) en los siguientes casos, EXCEPTO:

- a. Adolescentes a partir de los 14 años (14-18) que vayan a residir en países en los que está indicada.
- b. Mayores de 6 semanas de vida que vayan a viajar a países con elevada incidencia de enfermedad meningocócica invasiva por estos serogrupos.
- c. Se recomienda informar de la existencia de la vacuna a los adolescentes mayores de 14 años y sus padres por si desean ampliar la cobertura individualmente.
- d. Mayores de 3 meses que vayan a viajar a países con elevada incidencia de enfermedad meningocócica invasiva.

**32. La terapia multisistémica para el maltrato físico y la negligencia infantil (MST-CAN) que es una adaptación de la terapia multisistémica estándar ha tenido resultados satisfactorios para lo siguiente, EXCEPTO:**

- a. Reducir el comportamiento maltratador de los padres.
- b. Reducir las dificultades de salud mental de los miembros de la familia.
- c. Reducir el ingreso de los menores en casas de acogida.
- d. Reducir los apoyos sociales naturales.

**33. Sobre el cribado de escoliosis en la consulta de atención primaria señale la respuesta FALSA:**

- a. Se utiliza el test de Adams.
- b. Un ángulo de inclinación del tronco de 7° es el umbral para considerar que el paciente precisa exploración radiológica para determinar el ángulo de Cobb.
- c. La gravedad se valora según el ángulo de Cobb con una radiografía posteroanterior de la columna vertebral incluyendo la parte superior de la pelvis.
- d. Curvas de menos de 7° de ángulo de Cobb no se consideran significativas.

**34. Señale la respuesta FALSA sobre el calendario quirúrgico:**

- a. Las hernias crurales se intervienen a partir de los 2 años de edad.
- b. El quiste de cordón se interviene a partir de los 2 años de edad.
- c. El divertículo de Meckel se interviene al diagnóstico si da clínica.
- d. El onfalocele o gastrosquisis se interviene al diagnóstico de manera urgente.

**35. En relación a los criterios diagnósticos ecográficos de la estenosis hipertrófica de píloro, señale la respuesta FALSA:**

- a. Espesor muscular igual o mayor de 4 mm.
- b. Longitud del canal pilórico menor de 15 mm en pacientes menores de 30 días de vida.
- c. Estrechamiento del canal.
- d. Longitud del canal pilórico igual o mayor de 15 mm.

**36. Atiende en la sala de emergencias a un niño de 3 años y 18 Kg de peso con cuadro de vómitos persistentes y deposiciones diarreicas de 36 horas de evolución que se encuentra decaído y con tendencia al sueño, piel fría y reticulada, polipnea sin ruidos a la auscultación cardiorespiratoria. Tª 37,5°C, FC 135 lpm, TA 83-50 mmHg, FR 30 rpm, sat O2 96%. EAB venoso: pH 7,27, CO2 36, Bicarbonato 13, láctico 0,8, Na 138, K 3,9, Cl 103, Cai 1,3, Glucemia 70 mg/dl. ¿Cuáles serían las prioridades en el manejo inicial?:**

- a. O2 100%, SNG, vía venosa, extracción de analítica y hemocultivo, SGF 0'9/5% 360 ml en 15 minutos.
- b. O2 100%, SNG, vía venosa, Bicarbonato 1/6M 360 ml en 15 minutos, extracción de analítica, hemocultivo y coprocultivo.
- c. O2 100%, vía venosa, SG10% 45 ml en 15 minutos, extracción de analítica, hemocultivo y coprocultivo.
- d. O2 100%, vía venosa, SSF 360 ml en 15 minutos, extracción de analítica, hemocultivo y coprocultivo.

**37. Niño de 2 años y 15 Kg de peso, con AP de alergia al huevo que, tras haber consumido accidentalmente un trozo de tarta en un cumpleaños, ha comenzado con cuadro de dificultad respiratoria, vómitos, habones generalizados y edema labial. Los compañeros del 061 le han administrado una dosis de adrenalina 0,15 mg im en el traslado y O2 al 100%. Llega a urgencias con estridor inspiratorio, tiraje a dos niveles, sibilancias a la auscultación cardiorrespiratoria, no cianosis, persisten habones de menor extensión y ha disminuido el edema labial. ¿Qué sería lo MÁS adecuado a continuación?**

- O2 en mascarilla reservorio al 100%, canalizar acceso venoso, SSF a 10 cc/Kg, adrenalina nebulizada 2 mg, monitorización de constantes.
- Adrenalina 5 mg nebulizada con O2, canalizar acceso venoso periférico, metilprednisolona 30 mg iv, monitorización de constantes y extracción de analítica.
- Salbutamol 2,25 mg nebulizado con O2, canalizar acceso venoso periférico, adrenalina 5 mg iv y SSF a 10 cc/Kg, monitorización de constantes.
- Adrenalina 5 mg nebulizada con O2, repetir dosis de adrenalina im, canalizar acceso venoso, metilprednisolona 30 mg iv, monitorización de constantes.

**38. Señala la respuesta INCORRECTA sobre la taquicardia supraventricular:**

- Si el paciente está inestable hemodinámicamente el tratamiento de elección es la amiodarona.
- La maniobra de Valsalva modificada consiste en realizar una espiración sobre un embolo durante 15 segundos con posterior decúbito del paciente con las piernas a 30° durante 15 segundos y por último incorporar al paciente durante 30 segundos.
- El fármaco de elección en la TSV estable es la adenosina
- Si es necesario cardiovertir utilizaremos dosis de 0,5-1 Julio/Kg y siempre en modo sincrónico.

**39. Niño de 4 años de edad que comienza hace 24 horas con dificultad respiratoria. Sin fiebre. Ha presentado 3 episodios similares en el último año. Exploración: Aceptable estado general. Polipnea. Auscultación con sibilancias bilaterales. Tiraje subcostal. SatO2: 95%. Señale la respuesta CORRECTA:**

- Administraría aerosol de adrenalina al tratarse de un cuadro de laringitis aguda.
- Administraría salbutamol MDI con cámara espaciadora como primera medida.
- Al tratarse de un cuadro de dificultad respiratoria, que se ha repetido en varias ocasiones en el último año, indicaría realización de radiografía de tórax de forma urgente.
- Administraría aerosol de salbutamol a 0,15 mg/kg como primera medida.

**40. ¿Qué es lo MÁS importante en el manejo inicial de una cetoacidosis diabética? Seleccione una:**

- Controlar la glucemia, y descenderla cuanto antes.
- Corregir la acidosis con bicarbonato para mejorar el gasto cardiaco.
- Disminuir el riesgo de edema cerebral, mediante la restricción del volumen administrado, aunque el paciente esté en shock.
- Restitución volumétrica consiguiendo una buena perfusión tisular.

**41. Señale la opción FALSA respecto al trauma grave pediátrico:**

- El aislamiento de la vía aérea prevalecerá sobre la protección cervical.
- Esta indicado el uso de torniquete en medio extrahospitalario si se visualiza una hemorragia exanguinante en una extremidad.
- Se debe administrar profilaxis antibiótica si se detecta una fractura abierta sucia en la primera hora del evento.
- Tras el reconocimiento primario, se debe calcular el ITP para decidir a qué Centro se traslada el paciente.

**42. ¿Cuál es el fármaco que se incluye en el segundo escalón de tratamiento de una crisis convulsiva?**

- a. Ác. Valproico.
- b. Levetiracetam.
- c. Todas son correctas.
- d. Fenitoína.

**43.Cuál de estas aseveraciones es INCORRECTA respecto a la fibrosis quística:**

- a. La prueba diagnóstica gold standard es el test del sudor con una concentración de cloro  $>59\text{mmol/L}$ .
- b. El cribado neonatal se realiza determinando niveles elevados de tripsina inmunoreactiva en la sangre del talón del recién nacido.
- c. El tratamiento con enzima DNAsa recombinante está indicado en pacientes mayores de 2 años con afectación moderada-severa.
- d. El tratamiento con suero salino hipertónico al 6-7% está indicado en el tratamiento de los pacientes mayores de 6 años con afectación moderada severa.

**44. En cuanto al manejo del tratamiento del paciente pediátrico asmático, cual de estas aseveraciones es CORRECTA según las recomendaciones de la GEMA 5.3:**

- a. Los pacientes con más de 6-8 episodios al año de asma, síntomas intercrisis, despertares por asma una vez por semana o alteración de la función pulmonar deben ajustar el tratamiento a nivel de escalón 3 o 4.
- b. Los niños con necesidad de broncodilatadores de acción corta entre dos o más veces al mes, sin síntomas intercrisis y función pulmonar normal deben usar corticoides inhalados a dosis moderadas.
- c. Los pacientes menores de 4 años con asma que requieran un escalón terapéutico 4 y 5 debe asociarse antileucotrienos.
- d. En los pacientes mayores de 4 años con un escalón terapéutico nivel 4 , el tratamiento indicado son los corticoides a dosis medias más un broncodilatador de acción larga.

**45. Niño de 4 años de edad roncadador diario que desde hace más de 3 meses que no ha tenido ninguna infección respiratoria. ¿Cuál de éstos NO es un criterio mayor para derivarlo a una unidad de sueño hospitalaria?.**

- a. Problemas de aprendizaje.
- b. Eneuresis resistente al tratamiento.
- c. Historia familiar de Síndrome de apnea hipopnea del sueño.
- d. índice de Mallampati  $>2$  e hipertrofia amigdalal.

**46. Paciente de 5 años, sin antecedentes personales de interés, correctamente inmunizado. Acude a su consulta por fiebre y tos no productiva de 15 días de evolución. En la exploración sólo se aprecia hipoventilación apical derecha y en la radiografía se aprecia una imagen de condensación en el lóbulo superior del hemitórax derecho. La analítica es normal y tiene una PCR de 120mg/dl. Como antecedentes familiares el padre del niño está diagnosticado de tuberculosis pulmonar y lleva en tratamiento 2 meses. En las 3 muestras de esputo del padre se aísla M. tuberculosis sensible a isoniacida y rifampicina. Se le realiza un mantoux al paciente que muestra una induración de 8 mm.**

**Señale la respuesta CORRECTA:**

- a. Se trata de una enfermedad tuberculosa. Iniciaría tratamiento con rifampicina+isoniacida+pirazinamida 2 meses, seguido de rifampicina más isoniacida 4 meses.
- b. Se trata de una enfermedad tuberculosa. Iniciaría tratamiento con rifampicina+isoniacida+pirazinamida+etambutol 2 meses, seguido de rifampicina más isoniacida 4 meses.
- c. Se trata de una enfermedad tuberculosa. Iniciaría tratamiento con rifampicina+isoniacida+pirazinamida +levofloxacino 6 meses.
- d. Se trata de una enfermedad tuberculosa. Iniciaría tratamiento con rifampicina+isoniacida+pirazinamida +etambutol 6 meses.

**47. Se le realiza un mantoux a su hermano de 7 años, y presenta una induración de 14 mm, está asintomático y la radiografía de tórax es normal. ¿cual de estas aseveraciones es CORRECTA?:**

- a. Se trata de una exposición a tuberculosis, consideraríamos no iniciar profilaxis, sólo seguimiento.
- b. Es una enfermedad tuberculosa, iniciaríamos el mismo tratamiento que el hermano.
- c. Es una enfermedad tuberculosa latente. Se realizaría tratamiento con isoniacida 6-9 meses y seguimiento estrecho por si desarrolla síntomas.
- d. Realizaría un TAC de toráx, dado los antecedentes y la edad, para descartar enfermedad pulmonar o ganglionar.

**48. Paciente de 15 meses que acude a consulta para vacunarse de la varicela y del meningococo B. El paciente ha estado en contacto con un familiar con varicela. Su madre está embarazada de 16 semanas y no ha pasado la varicela. ¿Qué opción es CORRECTA?**

- a. Se puede vacunar del meningococo, pero no de la varicela.
- b. Se puede vacunar, pero debe evitar contacto con la madre durante 6 semanas.
- c. Se debe vacunar de meningococo y varicela.
- d. Está contraindicado vacunarse de las dos, por el riesgo para el feto.

**49. Paciente de 8 años de edad que presenta fiebre de 72 horas de evolución, tos y dolor torácico, se realiza ecografía torácica donde se aprecia imagen de condensación basal derecha y un derrame pleural de 25 mm ¿Cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA?**

- a. Si en la ecografía se aprecian septos o tabiques hay que colocar un tubo de drenaje pleural y valorar el uso de fibrinolíticos o toracoscopia.
- b. Si no existen septos ni tabiques en la ecografía, pero existe dificultad respiratoria valoraremos la colocación de un tubo de drenaje pleural.
- c. Si no existen septos ni tabicaciones y el paciente no presenta dificultad respiratoria, se realizará una toracocentesis diagnóstica.
- d. Si no existen septos ni tabiques y el paciente no presenta dificultad respiratoria debemos colocar un tubo de drenaje pleural.

**50. Paciente varón de 12 años con antecedentes personales de atopía. Acude a la consulta por disfagia, sialorrea y sensación de impactación del bolo alimenticio. Le ha ocurrido en 2-3 ocasiones anteriores. ¿Cuál de estas opciones es INCORRECTA acerca del diagnóstico de sospecha de este paciente?**

- a. Esta enfermedad está causada por una respuesta inmune adaptativa a los antígenos específicos del paciente.
- b. El diagnóstico se establece por la clínica, la inflamación esofágica con infiltración  $\geq$  15 eosinófilos por campo y la exclusión de otras causas de eosinofilia esofágica.
- c. Existe gran concordancia entre la clínica y la inflamación esofágica.
- d. El tratamiento base de estos pacientes son los inhibidores de la bomba de protones, la dieta de eliminación y los corticoides orales.

**51. En cuanto a la enfermedad celíaca ¿que respuesta es CIERTA?**

- a. La evaluación inicial en menores de tres años es a través de la determinación de anticuerpos clase IgG (PDG, AEE o ATTG) .
- b. Debemos realizar una biopsia intestinal a todos los pacientes con AATG-IgA positivos
- c. No debemos determinar el HLA en pacientes con AATG-IgA positivos en los que ha de realizarse una biopsia intestinal.
- d. Se consideran pacientes celíacos potenciales todos aquellos pacientes con AATG-IgA y AAE positivos con biopsia normal o con mínimas alteraciones histológicas independientemente de otras consideraciones.

**52. En cuánto a la rehidratación intravenosa rápida en la gastroenteritis aguda ¿cual de estas opciones es CORRECTA?**

- a. Está indicada en todos los pacientes que presenten una deshidratación leve-moderada.
- b. El ritmo de infusión recomendado es de 20ml/kg/h con un límite de 600ml/kg.
- c. Los pacientes con glucemias mayor de 110mg/dl se aconseja administrar suero isotónicos sin glucosa, es decir suero salino fisiológico y como alternativa Ringer lactato o Plasmalyte- A.
- d. Se recomienda mantener la rehidratación rápida durante 1-4 horas, dependiendo del déficit estimado y la evolución del paciente.

**53. En cuanto a las manifestaciones extraintestinales de las enfermedades inflamatorias intestinales, cuál de estas opciones es FALSA:**

- a. La estomatitis aftosa es más frecuente en la enfermedad de Crohn.
- b. La colangitis esclerosante primaria es más frecuente en la enfermedad de Crohn y su evolución depende de la actividad de la enfermedad.
- c. La afectación de grandes articulaciones es paralela a la actividad de la enfermedad, sin embargo, la afectación del esqueleto axial es independiente de la actividad de ella.
- d. El pioderma cangrenoso es más frecuente en la colitis ulcerosa que en la enfermedad de Crohn.

**54. Paciente niña de 8 años de edad que desde hace 4 meses presenta dolor abdominal periumbilical con una frecuencia de 2 episodios al mes con una duración variable de 1-2 días, asociado a una disminución en la frecuencia de las deposiciones, realizándolas 1 o 2 veces por semana. A pesar del tratamiento del estreñimiento no ha cedido el dolor. ¿Cuál de estas afirmaciones respecto al estreñimiento infantil es FALSA?**

- a. La sintomatología debe estar presente desde al menos 4 meses previos.
- b. El dolor abdominal debe estar presentes al menos cuatro días al mes.
- c. Debe estar al menos asociado con alguno de los siguientes criterios: estar relacionado con la defecación, con el cambio de frecuencia, de la apariencia o forma de las deposiciones.
- d. En los niños estreñidos, el dolor no cede tras solucionar el estreñimiento.

**55. En cuanto a las hepatitis autoinmunes ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA?**

- a. Habitualmente  $\frac{1}{4}$  de los pacientes están asintomáticos y su diagnóstico es incidental al detectarse hipertransaminasemia u otro marcador de citolisis.
- b. Los anticuerpos más típicos son los ANA, anti músculo liso (anti-Sm), anti-LKM1 y anti LC1. Ninguno es patognomónico de las hepatitis autoinmunes.
- c. Es necesario realizar una biopsia hepática para confirmar el diagnóstico y evaluar el daño tisular.
- d. El patrón más característico bioquímico es la hipertransaminasemia con una relación Alanino aminotransferasa/Aspartato aminotransferasa aumentado y una hipergammaglobulinemia

**56. ¿Cuál de estos criterios NO corresponde a la sospecha de Kawasaki incompleto en un lactante en el cual que hemos descartado otras patologías?**

- a. Fiebre de duración  $\geq 7$  días.
- b. Leucocitos  $\geq 2000/\text{mm}^3$ .
- b. Plaquetas  $\geq 450000/\text{mm}^3$  después del 7 días de fiebre.
- c. AST elevada.

**57. Paciente de 4 años que presenta desde hace 3 meses episodios recurrentes cada 15 días de fiebre alta de hasta  $40^{\circ}\text{C}$  con una duración entre 4-5 días. Se acompaña de odinofagia, eritema faringoamigdalario y adenopatías laterocervicales subcentimétricas. Ha recibido tratamiento antibiótico en 5 ocasiones por sospecha de amigdalitis y en todas el test rápido de *S. Pyogenes* ha sido negativo. Se ha descartado otras causas de fiebre recurrente. No antecedentes personales de interés ni alteración en el crecimiento ni desarrollo.**

**¿Cuál de estas aseveraciones es INCORRECTA ante la sospecha clínica de este paciente?**

- a. El tratamiento para disminuir la duración del brote es la prednisona oral a 1-2 mg/kg
- b. El tratamiento indicado para reducir la frecuencia de los brotes es la colchicina 0,5-1 mg/día.
- c. Suele persistir hasta alrededor del 4 año del inicio del primer brote.
- d. El diagnóstico diferencial incluye la neutropenia cíclica, en la que la fiebre suele ceder también con el tratamiento con corticoides y los brotes se espacian con el uso de factor estimulante de colonias de granulocitos

**58. ¿Cuál de estas afirmaciones es CORRECTA respecto a la artritis idiopática juvenil (AIJ)?**

- a. La AIJ agrupa a todas las artritis inflamatorias de inicio en menores de 14 años, de causa desconocida y más de 6 semanas de duración.
- b. La AIJ sistémica asocia artritis de 1 o más articulaciones coincidente o precedida de fiebre diaria de una duración mayor o igual a 2 semanas durante al menos 3 días y asociar al menos uno de los siguientes síntomas: exantema eritematoso evanescente, adenopatías, hepatoesplenomegalia o serositis
- c. La AIJ oligoarticular asocia artritis de 1-4 articulaciones en los primeros 4 meses de la enfermedad
- d. La AIJ poliartitis FR (+) asocia 5 o más articular durante los 6 primeros meses de enfermedad, con 2 o más test para FR (IgM) positivos con, al menos, 6 meses de intervalo.

**59. En relación al tratamiento de la Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) de reciente diagnóstico ¿Cuál de estas opciones es INCORRECTA?**

- a. Se considera remisión parcial cuando el recuento de plaquetas se mantiene entre 30000 y 100000/ $\mu$ L durante 6 semanas tras la supresión del tratamiento.
- b. Si el paciente tiene factores de riesgo o sangrado mucocutáneo el tratamiento de elección es la administración de prednisona y control a las 72 horas.
- c. Los pacientes con sangrado activo y  $<30000 \mu$ L plaquetas el tratamiento de elección son las inmunoglobulinas intravenosas.
- d. Se considera PTI de reciente diagnóstico desde el diagnóstico hasta los 2 meses de evolución.

**60. En cuanto a la esferocitosis hereditaria (EH) ¿Cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA?**

- a. Los pacientes con EH deben recibir suplemento con ácido fólico en caso de enfermedad moderada o severa.
- b. La esplenectomía está indicada en casos moderados-graves de la enfermedad.
- c. Los pacientes con EH deben recibir en todos los casos profilaxis antibiótica ante cualquier cuadro intercurrente debido al riesgo de infección bacteriana invasiva por gérmenes encapsulados.
- d. En caso de anemia severa arregenerativa en el contexto de un cuadro infeccioso se aconseja descartar infección por parvovirus B19, ya que el 85% de los pacientes con dicha infección presenta IgM positiva en la fase aguda de la infección.

**61. En cuanto a la enfermedad de Von Willebrand ¿Cuál de estas opciones es CORRECTA?**

- a. La clasificación de la enfermedad se basa en la deficiente cantidad del factor de Von Willebrand.
- b. En las pruebas de laboratorio nos encontramos como hallazgo principal TP prolongado con un  $TTP_a$  normal.
- c. El ácido tranexámico y el ácido aninocaptoico (EACA) está indicado como agente único en las hemorragias mucosas leves.
- d. La transfusión de plaquetas no está indicada, aunque persista la hemorragia tras la terapia sustitutiva.

**62. En cuanto a la leucemia linfoblástica aguda ¿Cuál de estas opciones es FALSA?**

- a. El principal factor pronóstico es la respuesta precoz al tratamiento.
- b. Se considera factor de mal pronóstico la edad <1 año o >10 años.
- c. La supervivencia global a los 5 años se sitúa entre por encima del 95%, a pesar del tratamiento un 30% de los pacientes recaen.
- d. El diagnóstico se realiza por la presencia de <25% de blastos en el estudio de médula ósea.

**63. Paciente diagnosticado de Linfoma de Burkitt que debe iniciar tratamiento quimioterápico, al diagnóstico LDH elevada y una gran hepatoesplenomegalia. ¿Cuál de estas respuestas es INCORRECTA acerca del tratamiento de prevención del síndrome de lisis tumoral?**

- a. Hiperhidratación a 2,5-3 L/m<sup>2</sup>/día con sueroglucosalino 1/3 molar o suero glucofisiológico 5/0,9% según volemia es de elección.
- b. Mantener diuresis 80-100 ml/m<sup>2</sup>/hora (<10Kg: 4-6ml/Kg/h).
- c. Administrar alopurinol cada 8 horas.
- d. Si hiperuricemia mayor de 6 mg/dL indicaremos tratamiento con rasburicasa.

**64. Respecto al tumor de Wilms ¿Qué opción es INCORRECTA?**

- a. La edad de presentación típica es entre los 3-5 años de edad.
- b. En un 20% de los casos se puede presentar como enfermedad bilateral.
- c. Un 10% se asocia a anomalías o síndromes congénitos.
- d. Un 2% de los pacientes asocian enfermedad de von Willebrand.

**65. ¿Cuál de estos signos NO son de alerta de inmunodeficiencias primarias en pacientes pediátricos?**

- a. Aftas persistentes o candidiasis después de los 9 meses de vida.
- b. Necesidad de uso de antibiótico intravenoso para resolver infecciones.
- c. Dos o más infecciones profundas, incluyendo la sepsis.
- d. Cuatro o más otitis en un año.

**66. En cuanto a las inmunodeficiencias primarias en pacientes pediátricos, cuál de estas opciones es INCORRECTA.**

- a. La inmunodeficiencia combinada grave es una urgencia médica, su esperanza de vida se ve condicionada por el momento diagnóstico y por el momento en el que se realiza el trasplante.
- b. El diagnóstico genético es muy importante para la confirmación diagnóstica, consejo genético y diagnóstico prenatal, pero no es imprescindible para empezar un tratamiento.
- c. El lactante tiene una "linfocitosis" fisiológica, cifras de menos de 4500 linfocitos/mm<sup>3</sup> en menores de dos años son anormales.
- d. El tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas es de elección de las inmunodeficiencias primaria de anticuerpos y fundamental en el soporte de las inmunodeficiencias celulares.

**67. Con respecto al tratamiento eléctrico de las arritmias en la parada cardiorrespiratoria en la infancia cuál de estas afirmaciones es FALSA:**

- a. La dosis inicial debe ser de 4 J/Kg.
- b. Las dosis posteriores son también a 4 J/Kg y a partir del 6º choque se doblará la dosis hasta un máximo de 420 J/kg.
- c. Se debe realizar de forma asincrónica.
- d. Los ritmos desfibrilables son la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular con pulso.

**68. Un niño de 8 años atendido en urgencias por una crisis grave de asma, muestra un empeoramiento progresivo hacia una hipoxemia severa e hipotensión que conducen a una parada cardiorespiratoria. Durante la RCP se consigue una intubación orotraqueal y un acceso venoso, administrándose adrenalina al inicio y cada 2 ciclos, a pesar de lo cual el paciente no sale de la parada. Ante esta situación:**

- a. Debemos retirar el tubo endotraqueal porque probablemente no esté bien colocado.
- b. Aumentar progresivamente la dosis de Adrenalina hasta un máximo de 0.05 mg/kg/dosis.
- c. Descartar las posibles causas reversibles (4 H y 4 T).
- d. Cambiar al algoritmo de ritmo desfibrilable ya que no hay respuesta al manejo actual.

**69. Ante un paciente pediátrico que ya haya sido intubado y precise maniobras de RCP podemos:**

- a. Ventilar con bolsa autoinflable a un ritmo 15:2
- b. Ventilar con bolsa autoinflable sin necesidad de coordinación con el reanimador que realiza el masaje. Se proporcionará un ritmo respiratorio en límite bajo de la normalidad.
- c. Ventilar con el respirador. Siempre recordando que la modalidad será controlada, se anularán el trigger y las alarmas.
- d. b y c son correctas.

**70. En los pacientes pediátricos diagnosticados de bronquiolitis que requieren ventilación mecánica ¿Cuál de estos parámetros NO son de protección pulmonar?**

- a. Presión pico inspiratoria (<30 cmH<sub>2</sub>O).
- b. Presión positiva al final de la espiración (PEEP) inicial de 5 que se puede aumentar para evitar el colapso distal de la vía aérea.
- c. Frecuencias >30 rpm para asegurar el volumen minuto.
- d. Objetivo de saturación >92% e hipercapnia permisiva, siempre y cuando el pH >7,25.

### **PREGUNTAS DE RESERVA**

**71. ¿Cuál de estas quemaduras NO es necesario derivar a centro de quemados?**

- a. >10% de SCQ de segundo grado en niños.
- b. >5% SCQ de tercer grado en niños.
- c. Quemadura que involucre cara, manos, pies, genitales, perineo o articulaciones principales.
- d. Quemaduras eléctricas, químicas, inhalatorias, traumatismos concomitantes o en niños con patología crónica previa.

**72. ¿Qué opción le parece INCORRECTA en relación a los efectos secundarios de la sedoanalgesia en procedimientos?**

- a. Los efectos secundarios de la sedoanalgesia aparecen más frecuentemente en los primeros 5 minutos de iniciado el procedimiento.
- b. Los vómitos son frecuentes tras el uso de ketamina y mórficos.
- c. Hay que tener precaución con el uso de mórficos en los pacientes con asma, pueden provocar una crisis de broncoespasmo.
- d. La administración de benzodiacepinas puede producir una reacción paradójica con inquietud y agitación.

**73. Paciente ingresado en Urgencias de Pediatría que presenta diuresis <0,5 mL/Kg/hora durante las últimas 12 horas y tiene un filtrado glomerular estimado (FGe) de 15 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. Si deseamos calcular el estadio de daño renal agudo (DRA) según la clasificación KDIGO (The Kidney disease: Improving Global Outcomes), señale la respuesta CORRECTA:**

- a) La clasificación KDIGO no utiliza el criterio de FGe (mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) para definir el estadio de DRA.
- b) La clasificación KDIGO no utiliza el criterio de diuresis (mL/Kg/hora)) para definir el estadio de DRA.
- c) La clasificación KDIGO define el estadio 2 de DRA si la diuresis es < 1 mL/hora durante 6-12 horas.
- d) La clasificación KDIGO define el estadio 3 de DRA cuando el FGe es <35 mL/min/1,73m<sup>2</sup>.

**74. Respecto a la dislexia, señale la FALSA:**

- a. Es un trastorno de la lectoescritura.
- b. El diagnóstico es clínico.
- c. Es el trastorno del aprendizaje menos frecuente.
- d. Es un trastorno familiar y hereditario.

**75. Un niño de 5 años, correctamente vacunado, se presenta en urgencias con mal estado general, polipnea, quejido, dolor abdominal y fiebre elevada de 39. Los padres comentan que el cuadro de fiebre se inició hace tres días y que su pediatra lo vio al inicio sin encontrarle foco, indicando antitérmicos, pero a pesar de ello ha continuado con fiebre y ha empezado con vómitos. A la auscultación tiene hipoventilación marcada en base pulmonar izquierda, se realiza Rx de tórax y presenta un infiltrado alveolar con broncograma aéreo. ¿Qué tratamiento indicaría?:**

- a) Pautaría cefotaxima ya que el niño tiene mal estado general.
- b) Dado que tiene una neumonía indicaría ampicilina iv.
- c) Indicaría amoxicilina/ácido clavulánico oral.
- d) Pautaría un suero intravenoso como hidratación ya que vomita y tras rehidratarlo lo mantendría en observación.