MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CASOS PRÁCTICOS

PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFCICAS

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **75 minutos improrrogables. No se concederá tiempo adicional para pasar a limpio las respuestas.**

3. Está **prohibido** el uso de **calculadoras,** de **teléfonos móviles** o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

CASO PRÁCTICO 1

MOTIVO DE CONSULTA: Ictericia

ANTECEDENTES PERSONALES:
- No alergias medicamentosas conocidas
- Calendario vacunal al día

ENFERMEDAD ACTUAL
Niña de 5 años que acude al Servicio de Urgencias de atención primaria por cuadro de fiebre, vómitos alimenticios y deposiciones líquidas sin productos patológicos de 24 horas de evolución, que en las últimas horas asocia empeoramiento del estado general y debilidad marcada. A la exploración además llama la atención la ictericia, de comienzo agudo, por lo que la derivan a Urgencias hospitalarias.
Llega a Urgencias traída en SVB con oxigenoterapia con Ventimask, canalizada vía periférica. Refieren último pico febril y último vómito hace 8 horas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 21.9 Kg, Tª 36.7ºC, SatO2 97% con O2 en VMK, FC: 147 lpm. TA: 101/79mmHg.
TEP: Apariencia alterada, Respiración normal, Circulación normal
Mal estado general. Ictericia cutáneo-mucosa generalizada. Palidez marcada de mucosas. Relleno capilar enlentecido. No exantemas ni petequias. No signos de distrés respiratorio.
AC: tonos rítmicos, sin soplos.
AP: buena ventilación bilateral.
Abdomen: blando y depresible. Doloroso a la palpación, de forma difusa. No se palpan masas ni megalias.
Neurológico: consciente, abre los ojos a la llamada, responde al hablarle, movilidad espontánea, localiza el dolor.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica:
  - Hemograma: Leucocitos 23.600/microL, Hematíes 660.000/microL, Hemoglobina 2.6 g/dl, Hematocrito 7.2%, VCM 109.4 fl, HCM 40.1 pg, CHCM 36.6 g/dl, RDW 14.1%, Plaquetas 451.000/microL, VPM 7.7 fl, PDW 16.7%, Plaquetocrito 0.35%, Reticulocitos 79.800.000.000/microL (12.16%).
  - Fórmula leucocitaria: Neutrófilos 18.000/microL, Linfocitos 3.300/microL, Monocitos 2.100/microL.
  - Frotis: anisocitosis, poiquilocitosis y policromasia. No se observan esquistocitos. Serie granulocítica sin signos displásicos, se observa desviación izquierda con algún mielocito. Algún linfocito activado. No blastos. Plaquetas normales.
  - Coagulación: T. PROTROMBINA (SEGUNDOS): 20,9; RATIO TIEMPO DE PROTROMBBINA: 1,83; ACTIVIDAD DE PROTROMBINA 42%, INR: 1,86, TIEMPO DE TROMBOPLASTINA P.A: 25,9 segundos; RATIO TIEMPO DE TROMBOPLASTINA P.A: 0,85; FIBRINOGENO (calculado): 520 mg/dl.
  - Bioquímica: Glucosa 83mg/Dl, Creatinina 0,68mg/dL, Sodio 144 mmol7L, Potasio: 5,5mmol/L, CPK Creatin kinasa: 56 U/L, Troponina T: 64,9 pg/mL ALT: 20 U/L, AST: 55 U/L, GGT, 14 U/L, LDH: 1140 U/L Bilirrubina Total: 16,4 mg/dL, Bilirrubina directa: 1,1mg/dL, Albumina: 43,3 g/L, Proteinas totales: 62,2 g/L, Calcio: 9,5mg/dL, Calcio corregido por proteínas: 10,1 mg/dl., Calcio corregido por albumina: 9,5 mg/dl, PCR: 22,9mg/L.

- Procalcitonina: 0,94 ng/mL
- Hierro: 259 microg/dL
- Vitamina B12: 565 pg/mL
- Folato: 5,4 ng/mL

- Drogas de abuso en orina: Negativo.
- Análisis cualitativo de orina: Densidad 1017, pH orina muestra aislada: 5, Glucosa negativo, C. cetónicos: 15, Bilirrubina negativo, Urobilinógeno 2 UE/L, Proteínas negativo, Hematíes negativo, Leucocitos negativo, Nitritos negativo.
- Sedimento urinario: Hematíes por campo 2-10.
- Cultivo orina: Negativo.

PREGUNTAS:

1. **Realizar diagnóstico diferencial en relación a los hallazgos clínicos y analíticos.**

2. **¿Realizaría alguna otra prueba complementaria?**

3. **¿Cuál es su diagnóstico de sospecha?**

4. **¿Cuál considera el manejo más adecuado de la patología que sospecha?**

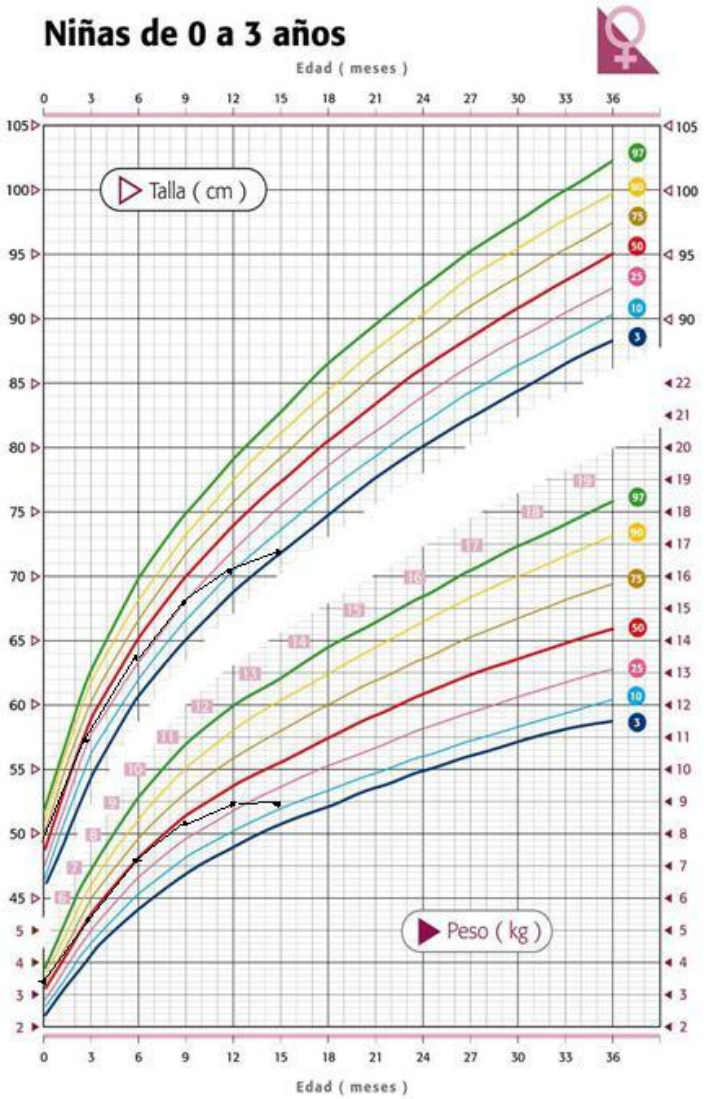
CASO PRÁCTICO 2

Niña de 15 meses remitida a las consultas de Pediatría porque desde hace 4 meses sus padres refieren que no gana peso.

Antecedentes personales.
Embarazo controlado de curso normal. Parto eutócico a las 38 semanas de gestación. PRN: 3.200 kg, LRN 48 cm, cribado endocrino-metabólico normal. Periodo neonatal sin incidencias. Lactancia materna exclusiva durante 8 meses. Introducción alimentación complementaria sin incidencias (gluten a los 6 meses). Calendario vacunal: actualizado sin complicaciones. No ingresos ni intervenciones quirúrgicas de interés. Acude a guardería.

Antecedentes familiares.
Padre. 36 años. Sano. Madre: 38 años. Hipotiroidismo secundario a tiroiditis autoinmune, en tratamiento sustitutivo. Hermana de 6 meses con Síndrome de Down. Resto sin interés.

Anamnesis dirigida: No vómitos. Deposiciones de consistencia semilíquida en nº 3-4. Buen apetito. No infecciones previas. Curva de peso/talla como se refleja en la gráfica:



Por todo lo anterior se solicita una **analítica** con los siguientes resultados:
Hemograma: Leu 10840 (L 4600, N 4 500), Hb 9.8 g/dl, VCM 68 fl, ADE 20%. Plaquetas 340000.
Bioquímica: ALT: 95 U/l, AST: 89 U/L, bilirrubina 0.42 mg/dl, fosfatasa alcalina 195 U/L, LDH 233 U/L, PCR < 2,9 mg/l iones normales.
Cinética de hierro: Ferritina 5.8 mcg/l (normal > 20 mcg/l)

Exploración física: Peso: 9 kg (Percentil 10) Talla: 72 cm (Percentil 5)
Palidez cutánea, mucosas normocoloreadas. Panículo adiposo adecuado. No distrófico. Bien hidratada, perfundida. Auscultación cardiopulmonar. Normal. Abdomen. Leve distensión abdominal. Blando, depresible no doloroso a la palpación. Resto normal.

PREGUNTAS:

1. **¿Qué tipo de anemia tiene la niña? Razone la respuesta.**
2. **Realice un diagnóstico diferencial del tipo de anemia en paciente.**
3. **¿Cómo plantearía el tratamiento y seguimiento de su anemia?**
4. **¿Considera que puede existir alguna enfermedad subyacente en este caso? Razone la respuesta.**
5. **En caso de existir alguna enfermedad subyacente, qué pruebas complementarias realizaría para llegar al diagnóstico. Indique la validez de estas pruebas.**

CASO PRÁCTICO 3

Niño de 14 meses remitido de su pediatra a Urgencias de Pediatría en abril de 2026 por cuadro de fiebre alta de 6 días de evolución, irritabilidad y exantema maculopapuloso en tronco y región glútea, no pruriginoso. La madre refiere que tiene peor apetito, sin vómitos y con deposiciones normales. En la exploración se objetiva fiebre de 40ºC, exantema eritematoso maculopapuloso confluente en tronco y glúteos, edema de dorso de pies, conjuntivitis bilateral, labios fisurados y lengua aframbuesada, con signos meníngeos negativos. Presenta microadenias laterocervicales posteriores sin visceromegalias.

Antecedentes Personales
Embarazo controlado de curso normal. Parto eutócico a las 38 semanas de gestación. PRN: 3.200 kg, LRN 48 cm, cribado endocrino-metabólico normal. Período neonatal sin incidencias. Lactancia materna exclusiva durante 6 meses. Introducción alimentación complementaria sin incidencias (gluten a los 6 meses). Calendario vacunal: actualizado sin complicaciones. No ingresos ni intervenciones quirúrgicas de interés. Acude a guardería desde los 12 meses. Curva de peso-talla normal. Deposiciones normales.

Antecedentes Familiares
Padre: 35 años. Sano. Madre: 33 años. Sana. No consanguineidad. Hermana de 6 años sana. Resto, sin interés.

Exploración física:
Tª 39º C (axilar). Peso: 10.2 kg (percentil 25). Talla: 79 cm (percentil 50). Tensión arterial: Normal. BEG irritable. Bien hidratado. Panículo adiposo adecuado. Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico II/VI multifocal de predominio en borde esternal izquierdo. Abdomen: blando, depresible, se palpa hepatomegalia a 2 cm y polo de bazo. No doloroso a la palpación. Adenopatías laterocervicales bilaterales de 2 cm, rodaderas no adheridas, no dolorosas. Exantema maculopapuloso confluentes de predominio en tronco y región glútea. Hiperemia conjuntival bilateral. ORL: Hiperemia faríngea, no exudado. Lengua roja intensa. Labios secos fisurados. Neurológico: normal. No rigidez, meníngeos negativos.

Por todo lo anterior, se solicita **analítica** con los siguientes resultados y se decide ingreso hospitalario:

Hemograma: Leu 18840 (N 11800, L 5740, Monos 1000, Eosinófilos 300), Hb 9,8 g/dl, VCM 80 fl, RDW 15. Plaquetas 280.000).
Bioquímica: ALT: 65 U/1, AST: 80 U/L (Vn < 40 U/L), bilirrubina 0,42 mg/dl, fosfatasa alcalina 195 LDH 400 U/l (Vn < 300 UI/l). PCR 32 mg/l. Iones normales.
Sedimento de orina: 30 leucocitos por campo. No bacteriuria. Nitritos negativos.

PREGUNTAS:

1. **Realice un diagnóstico diferencial de la clínica y analítica del niño.**

2. **¿Cuál considera que es el diagnóstico más probable? ¿Qué datos apoyan su diagnóstico? Razone la respuesta.**

3. **¿Qué información daría a los padres?**

4. **¿Qué tratamiento cree que sería de mayor utilidad en el niño en este momento? Razone la respuesta.**

5. **¿Cómo consideraría que no hay respuesta terapéutica?**