



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL



PROCESO SELECTIVO PARA ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO (BOE.: 16-03-2019)

Categoría: **PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

ADVERTENCIAS:

- **No abra este cuestionario** hasta que se le indique. Para hacerlo introduzca la mano en el cuadernillo y con un movimiento ascendente rasgue el lomo derecho (ver figura esquina inferior derecha).
- Marque las respuestas con bolígrafo negro, o en su defecto, azul. Compruebe siempre que la marca que va a señalar en la «Hoja de Examen» corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- El tiempo de realización de este ejercicio es de **180 minutos**.

PRIMERA PARTE

- Esta prueba consta de 100 preguntas y 10 de reserva, con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Examen» en la zona correspondiente a «PRIMERA PARTE», entre los números 1 y 110.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

SEGUNDA PARTE

- Esta prueba consta de 2 supuestos prácticos:
 - SUPUESTO PRÁCTICO 1 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta
 - SUPUESTO PRÁCTICO 2 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta..
 - Las preguntas de cada supuesto deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 1 y 2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 2», entre los números 1 y 16, en ambos casos.
 - Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- La puntuación máxima posible para cada parte del ejercicio será de 100 puntos.
 - No serán valoradas las preguntas no contestadas ni aquellas en las que las marcas o correcciones efectuadas no se ajusten a las indicaciones dadas en la «Hoja de Examen».
 - Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, solicite su sustitución.
 - No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.

- **SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN LA «HOJA DE EXAMEN» LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.**
- **ESTE CUESTIONARIO PUEDE UTILIZARSE COMO BORRADOR Y NO SERÁ NECESARIA SU DEVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL EJERCICIO.**

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL



1ª PARTE

- 1.- Señale la opción **falsa** respecto a la enfermedad de Werdnig-Hoffmann
- A) Es la forma más grave y frecuente de las atrofas musculares espinales.
 - B) Cursa con hipotonía precoz muy severa.
 - C) La miocardiopatía se observa en el 50% al 80% de los casos.
 - D) Su patrón de herencia es autosómico recesivo.
- 2.- Tiene en su consulta una niña de 13 años que ha incrementado 10 kg de peso en el último año, estando actualmente su IMC (índice de masa corporal) en percentil 99. Su enfermera le ha estado controlando en la consulta y, a pesar de las indicaciones de ésta, se ha comprobado un incremento de la ingesta. Usted decide realizar un seguimiento más estrecho y solicita una analítica de sangre. En dicha analítica sólo destacan unos valores de transaminasas discretamente elevados (AST 60 U/L y ALT 57 U/L). ¿Cómo justificaría estos hallazgos?
- A) Aunque no tenga dolor abdominal se puede diagnosticar de una pancreatitis.
 - B) Por la edad seguro que es secundario al consumo excesivo de fármacos.
 - C) Presenta una hepatopatía secundaria a la obesidad y con la mejoría del peso se normalizarían los valores analíticos.
 - D) Siempre hay que descartar un cuadro de estreñimiento porque es la causa más frecuente de hipertransaminasemia asintomática.
- 3.- Qué afirmación **no es cierta** respecto a los niños afectos de S. de Down
- A) El Síndrome de Down es la primera causa genética de retraso mental.
 - B) Su incidencia ha ido aumentando progresivamente debido al aumento de la edad de las embarazadas.
 - C) Su esperanza y calidad de vida han mejorado gracias a los programas específicos de salud.
 - D) Su desarrollo en el plano social progresa más rápidamente que en niños sin cromosopatías; en cambio, el progreso motor y el aprendizaje del lenguaje se retrasan más.
- 4.- Señale la opción **falsa** entre las siguientes respuestas en relación al tumor de Wilms
- A) Es el tumor renal maligno primario más frecuente en niños.
 - B) Se observa hipertensión arterial en el 80% de los pacientes.
 - C) En el 8 al 10% de los pacientes el tumor de Wilms está presente en el contexto de una hemihipertrofia, aniridia y anomalías genitourinarias.
 - D) La presentación clínica más frecuente es el descubrimiento casual por los padres de una masa abdominal asintomática mientras bañan o visten al niño afectado.
- 5.- ¿Cuál de las siguientes **es verdadera** en la ictericia fisiológica del recién nacido?
- A) Predomina la bilirrubina directa.
 - B) Se explica por isoimmunización frente a antígeno Rh.
 - C) La lactancia artificial exclusiva es un factor protector.
 - D) La edad gestacional mayor de 36 semanas es un factor de riesgo para desarrollar una hiperbilirrubinemia grave.

- 6.- Respecto a la infección connatal por citomegalovirus, **señale la correcta**
- A) Una madre con serología durante el embarazo con IgG positiva con alta avidéz es indicación de recogida de orina del recién nacido.
 - B) Es la causa aislada más frecuente de hipoacusia en la infancia.
 - C) Si el cribado auditivo de un recién nacido con CMV congénito es normal, no existe riesgo de hipoacusia ya que el daño es prenatal.
 - D) Si se indica tratamiento con valganciclovir, es necesario realizar un hemograma y coagulación al inicio del tratamiento y, si este es normal, controles de coagulación cada 15 días, ya que el principal efecto adverso es la coagulopatía de origen hepático.
- 7.- ¿Cuál de las siguientes alteraciones radiológicas **no** es propia del hiperparatiroidismo primario?
- A) Quistes óseos solitarios o múltiples.
 - B) Metáfisis distales de cúbito y radio deshilachadas con forma de copa.
 - C) Nefrocalcinosis y litiasis renal.
 - D) Reabsorción subperióstica en falanges distales.
- 8.- La lactancia materna es la forma natural de alimentación infantil, y se debe considerar la elección normal, fácil y preferente para los padres. Pero debemos saber que
- A) Se aconseja lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y complementada por otros alimentos a partir de los 6 meses y como mínimo hasta los 12 meses.
 - B) Un nuevo embarazo contraindica la continuación de la lactancia, ya que aumenta el riesgo de partos prematuros.
 - C) La lactancia materna exclusiva hasta los 12 meses es la mejor medida preventiva de ferropenia.
 - D) La dieta de la madre lactante debe ser hipercalórica y evitar determinados alimentos (ajos, espárragos...) que alteran la composición de la leche.
- 9.- Sobre la obesidad infantil
- A) El cálculo del índice de masa corporal (IMC) se calcula dividiendo el peso en kg entre la talla en cm al cuadrado ($IMC = \text{peso en kg} / [\text{talla en cm}]^2$).
 - B) Se considera sobrepeso si el IMC se encuentra entre el percentil 75 y el 95 para la edad, sexo y población de referencia.
 - C) Consideraremos que un paciente con un percentil de IMC superior al 95 para edad, sexo y población de referencia presenta obesidad.
 - D) Puesto que la obesidad hace referencia a la masa grasa, no es diagnosticable en atención primaria ya que no se suele disponer de impedanciometría para su cuantificación.
- 10.- En la alimentación del niño preescolar y escolar
- A) La ingesta de leche y derivados deben ser como mínimo el equivalente a 1000 cc/día para cubrir las necesidades de calcio.
 - B) Alrededor del 60% de la energía debe proceder de hidratos de carbono.
 - C) Las proteínas de origen animal no deben superar el 40% de las necesidades proteicas del escolar. El resto debe provenir de nutrientes vegetales.
 - D) La principal fuente de ácidos grasos poliinsaturados es el aceite de oliva y los frutos secos, aconsejándose que deben suponer el 20% de las calorías diarias.

- 11.- Al evaluar el desarrollo psicomotor de un niño, consideraremos que es un signo de alerta
- A) Si a los dos meses de edad no gira la cabeza a los sonidos.
 - B) Si a los 6 meses no realiza pinza índice- pulgar.
 - C) Si a los 9 meses no se mantiene sentado sin apoyo.
 - D) Si a los 12 meses no tiene un vocabulario de 3-6 palabras con significado (además de papá y mamá).
- 12.- Respecto al tratamiento de la otitis media aguda
- A) El antibiótico de elección es la amoxicilina a dosis de 50 mg/K/día.
 - B) Una otitis media aguda en menores de 2 meses se considera un una enfermedad grave y exige su derivación hospitalaria.
 - C) Se debe tratar con antibióticos todos los casos.
 - D) En caso de alergia no anafiláctica a las penicilinas, el antibiótico a emplear será la claritromicina.
- 13.- En qué momento se suele indicar la intervención en las hernias umbilicales presentes desde el nacimiento y sin complicaciones
- A) Al año de vida.
 - B) A los 4 años.
 - C) Al nacimiento.
 - D) En el momento del diagnóstico por su alto riesgo de incarceration y estrangulamiento.
- 14.- ¿Qué aseveración es cierta referida a la obstrucción aguda de vías respiratorias superiores (OAVRS)?
- A) Independientemente de la causa, el síntoma clínico más característico de este tipo de patología es el estridor.
 - B) La desaparición del estridor siempre indica mejoría.
 - C) El éxito de la vacunación frente al Haemophilus influenzae tipo b ha llevado a la desaparición de la epiglotitis, por lo que podemos excluirla en el diagnóstico diferencial ante una OAVRS.
 - D) Los signos más importantes para evaluar la gravedad de la obstrucción respiratoria son: el aspecto general del niño y la intensidad del estridor inspiratorio.
- 15.- Señalar lo **falso** respecto a la neumonía atípica
- A) Suele afectar más a niños mayores (5-15 años).
 - B) Es frecuente el dolor en punta de costado, aunque puede existir dolor torácico generalizado en relación con los accesos repetidos de tos seca.
 - C) La tos es el síntoma predominante y se suele acompañar de fiebre, mialgias, rinitis, faringitis y/o miringitis.
 - D) El agente etiológico más frecuente es el Mycoplasma pneumoniae, y en mucha menor medida por Chlamydia pneumoniae.

16.- Hablando de la bronquiolitis aguda vírica

- A)** No hay reinfecciones por VRS, ya que la respuesta inmunológica tras la primoinfección es potente y duradera, con presencia de títulos altos de anticuerpos neutralizantes.
- B)** La tos es el síntoma predominante. Suele ser seca, en accesos, paroxística, y suele cursar con el “gallo” inspiratorio típico de la tosferina, con la que es necesario hacer el diagnóstico diferencial.
- C)** El conocimiento del virus causal de la bronquiolitis tiene un indudable interés para el manejo clínico de los pacientes con bronquiolitis aguda.
- D)** En lactantes menores de 60 días con bronquiolitis aguda y fiebre elevada, es conveniente realizar un sedimento de orina y/o urocultivo.

17.- ¿Qué prueba mejora la seguridad diagnóstica del asma en escolares?

- A)** La Radiografía de tórax.
- B)** Las pruebas alérgicas in vivo cutáneas (prick-test).
- C)** Immunocap Rapid (test de diagnóstico rápido cualitativo o semicuantitativo de IgE específicas a alérgenos).
- D)** La espirometría basal con test de broncodilatación positivo.

18.- Con respecto a la displasia del desarrollo de la cadera (DDC), marque la respuesta **incorrecta**

- A)** Entre los factores de riesgo fundamentales se encuentran: sexo femenino, presentación podálica con rodillas en extensión y antecedentes familiares de DDC.
- B)** En niños menores de 3 meses la prueba de imagen de elección es la ecografía.
- C)** Un signo de Ortolani patológico indica que la cabeza femoral está luxada.
- D)** El estudio mediante radiografía simple se recomienda una vez que el núcleo cefálico del fémur se calcifica, lo que ocurre habitualmente a los 12 meses.

19.- Un paciente de 6 años de edad, con antecedentes de asma, acude a consulta a demanda por presentar desde hace 12 horas tos disneizante, que refiere acompañada de pitos, con repercusión en el sueño. A la exploración presenta taquipnea (50 resp/min), sin tiraje, sibilancias al final de la espiración y SatO₂ medida por pulsioximetría de 91%, ¿qué nivel de gravedad presentaría?

- A)** Leve.
- B)** Moderada.
- C)** Grave.
- D)** Asma de riesgo vital.

20.- La exploración rápida del estrabismo en atención primaria puede realizarse a través del test de Hirschberg. ¿Cuándo se interpreta como test positivo o indicador de ojo estrábico?

- A)** Cuando el ojo desviado o estrábico se mueve hacia fuera.
- B)** Cuando el ojo desviado o estrábico no presenta reflejo rojo.
- C)** Cuando el ojo desviado o estrábico presenta el reflejo lumínico de la linterna descentrado en la córnea.
- D)** Cuando el ojo desviado o estrábico no presenta reflejo fotomotor pupilar.

21.- Una paciente de 14 años presenta un índice de masa corporal en percentil 99, hipertensión arterial (TA 140 mmHg/ 90 mmHg), hipertrigliceridemia (triglicéridos 170 mg/dl) y perímetro de cintura que supera el percentil 90 para edad y sexo

- A)** No podemos decir que tiene un síndrome metabólico ya que para esa edad no hay criterios diagnósticos establecidos.
- B)** Sólo se puede diagnosticar de síndrome metabólico si además de éstos cumple los criterios de alteración de glucemia en ayunas y disminución de c-HDL.
- C)** Presenta síndrome metabólico, que es un conjunto de factores de riesgo predictores de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2.
- D)** Ante la presencia de varios criterios de síndrome metabólico, en esta paciente deberá iniciarse desde el principio tratamiento farmacológico de su dislipemia, puesto que con sus alteraciones metabólicas la modificación de estilos de vida tiene ya poca utilidad.

22.- La mayoría de las reacciones alimentarias no mediadas por IgE suelen producir clínica de larga evolución o crónica. Entre ellas, alguna puede presentar clínica aguda grave a corto plazo. Señale de cuál se trata

- A)** Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias.
- B)** Trastornos gastrointestinales eosinofílicos.
- C)** Enteropatía inducida por proteínas.
- D)** Proctocolitis alérgica.

23.- En la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

- A)** El momento de mayor riesgo de infección del hijo de una madre con infección por VIH es intraparto.
- B)** La lactancia materna está contraindicada en los países desarrollados porque constituye una vía de transmisión del VIH.
- C)** El nivel de carga viral materna es el mejor predictor de riesgo de infección del niño.
- D)** Todas son ciertas.

24.- El objetivo del tratamiento de la fiebre en pediatría debe ser (señale la afirmación correcta):

- A)** Mejorar el confort y estado general del niño.
- B)** El objetivo del tratamiento debe ser alcanzar la normotermia.
- C)** Prevención de la recurrencia de las crisis febriles.
- D)** Disminuir la morbimortalidad del proceso.

25.- Niño de 24 meses que acude a la consulta con lesiones pápulo-vesiculosas en región peribucal, palmas y plantas. Presenta buen estado general y se encuentra sin fiebre. El paciente asiste a guardería y la madre quiere saber cuándo podrá llevarlo

- A)** No debe excluirse de la guardería.
- B)** Cuando desaparezca el exantema.
- C)** Tras la negativización del virus en las heces.
- D)** Cuando todas las lesiones estén resueltas.

26.- Ante un lactante con contracciones axiales de flexión del cuello con extensión de miembros superiores de menos de 2 segundos de duración que se repite en salvas. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?

- A) Espasmos del sollozo.
- B) Síndrome de West.
- C) Reflujo gastroesofágico.
- D) Epilepsia mioclónica del lactante.

27.- ¿Cuál es la inmunodeficiencia primaria sintomática más frecuente?

- A) El déficit de IgA aislado.
- B) La enfermedad de Bruton.
- C) La inmunodeficiencia variable común.
- D) El síndrome Hiper IgE.

28.- En un niño de 2 años con infecciones de repetición al que se le realizan pruebas del laboratorio para completar estudio, ¿cuál de estos hallazgos debe hacer sospechar una inmunodeficiencia primaria?

- A) Linfocitos de 1.500/mm³.
- B) Eosinofilia.
- C) Plaquetas de 500.000/mm³.
- D) Déficit severo de Ig A.

29.-Cuál de las siguientes afirmaciones **no es cierta**

- A) Para hacer el diagnóstico de Parálisis cerebral es necesario hacer un EEG.
- B) Los signos cardinales de la parálisis cerebral son: retraso motor, patrones anormales de movimiento, persistencia de los reflejos primarios y tono muscular anormal.
- C) Se recomienda hacer prueba de neuroimagen.
- D) Entre las causas de parálisis cerebral están las infecciones.

30.- ¿Cuál de las siguientes características de un soplo, NO es de un soplo inocente o funcional?

- A) De intensidad inferior a III/VI.
- B) Con componente diastólico.
- C) Sin ruidos sobreañadidos.
- D) Sin frémito.

31.- Llega un paciente de 8 años a nuestra consulta no vacunado frente a hepatitis B. ¿Qué pauta de vacunación tendremos que seguir?

- A) Dos dosis a los 0-6 meses de la visita.
- B) Tres dosis a los 0-1-6 meses de la visita.
- C) Tres dosis a los 0-2-4 meses de la visita.
- D) No es preciso vacunar dada la edad.

32.- Las causas más frecuentes de insuficiencia cardiaca en la infancia son

- A) Cardiopatías congénitas.
- B) Anemias.
- C) Infecciones.
- D) HTA.

- 33.- Un lactante de 6 meses con bradicardia de 60 latidos por minutos y distres respiratoria. Tras 5 respiraciones de rescate y administración de O₂ al 100 % con ambu, persiste la bradicardia y signos de insuficiencia circulatoria sistémica. ¿Cuál sería la actitud **correcta**?
- A) Desfibrilar a 2 Jul/kg.
 - B) Desfibrilar a 2 Jul/kg y administrar Adrenalina 0.01 mg/kg IV.
 - C) Iniciar masaje cardiaco y ventilación (15 compresiones/2 respiraciones) y administrar adrenalina 0.01 mg/kg IV.
 - D) Iniciar masaje cardiaco y ventilación (15 compresiones/2 respiraciones y administrar Adrenalina 0.1 mg/kg IV.
- 34.- Con respecto a la hidrocefalia idiopática del lactante, señale la respuesta **falsa**
- A) Se trata de un rápido aumento del perímetro cefálico del lactante (generalmente a partir del 5^o-8^o mes de vida) con un marcado incremento de los espacios subaracnoideos fundamentalmente a nivel frontal y sin (o con mínima) dilatación del sistema ventricular.
 - B) También se llama Hidrocefalia externa benigna.
 - C) Clínicamente se presenta como una macrocefalia sin otros síntomas de HTic.
 - D) Tiene una mala evolución necesitando una válvula de derivación en la mayoría de los casos.
- 35.- Sobre el tratamiento del TDAH, señale la **correcta**
- A) No se debe empezar antes de los 9-10 años por el riesgo de efectos secundarios en niños más pequeños.
 - B) Los fármacos para el TDAH tienen el riesgo de producir importante dependencia.
 - C) Cuando se inicia, es necesario mantener el tratamiento de por vida.
 - D) La atomoxetina es uno de los fármacos indicados para el tratamiento de dicho trastorno.
- 36.- En un reflujo vésico-ureteral primario de grado III en una niña. ¿Cuál es la afirmación **correcta**?
- A) Se recomienda profilaxis antibiótica durante un año o hasta que se reevalúe mediante cistografía.
 - B) No se recomienda profilaxis antibiótica de forma generalizada.
 - C) No se considera indicado el estudio de disfunción vesical a pesar de las infecciones del tacto urinario recurrentes.
 - D) Se recomienda profilaxis antibiótica con Azitromicina oral nocturna.
- 37.- ¿A cuáles de nuestros pacientes debemos recomendar la vacunación antigripal?
- A) Pacientes diagnosticados de asma.
 - B) Prematuros a partir de los 6 m de edad.
 - C) Pacientes con enfermedad celiaca.
 - D) A todos los anteriores.
- 38.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos es **INADECUADO** para tratar una infección del tracto urinario no complicada en Atención Primaria en un niño de 6 años?
- A) Amoxicilina Clavulánico.
 - B) Cotrimoxazol.
 - C) Nitrofurantoina.
 - D) Ciprofloxacina.

- 39.- En el tratamiento de la Dermatitis Atópica a la hora de elegir un corticoide tendremos en cuenta
- A) La localización de las lesiones.
 - B) El tiempo de duración del brote.
 - C) El tipo de eccema.
 - D) Todas las anteriores.
- 40.- En la Glomerulonefritis post-estreptococcica, ¿Cuál de las respuestas siguientes es **correcta**?
- A) La edad más frecuente de presentación es en niños de menos de 2 años.
 - B) Suele coincidir con un episodio de faringitis por Estreptococo grupo A.
 - C) Los niveles de C3 están bajos al inicio de la enfermedad.
 - D) La biopsia renal se recomienda en fase aguda de una glomerulonefritis post-estreptococcica típica.
- 41.- ¿Cuál es el fármaco de elección ante un niño con dolor abdominal y diarrea y aislamiento en heces de huevos de Entamoeba Hystolitica?
- A) Ivermectina.
 - B) Mebendazol.
 - C) Metronidazol.
 - D) Metronidazol + Paromomicina.
- 42.- Respecto a la enuresis nocturna ¿Cuál de esa afirmación es **correcta**?
- A) Es más frecuente en varones.
 - B) Suele ser primaria en 80 % de los casos.
 - C) Suele haber antecedentes familiares de enuresis.
 - D) Todas son correctas.
- 43.- La gastroenteritis aguda es un motivo frecuente de consulta en pediatría, pero no en todas las ocasiones es preciso realizar un coprocultivo. De las siguientes opciones señale cuál es un criterio para realizar un estudio etiológico
- A) Diarrea de un día de evolución sin productos patológicos.
 - B) Diarrea con sangre.
 - C) Deposiciones caprinas en un niño sano.
 - D) Diarrea explosiva.
- 44.- Una cefalea vespertina, bilateral, de carácter opresivo y de curso episódico en un niño sugiere
- A) Migraña.
 - B) Cefalea por Síndrome apnea-hipopnea del sueño.
 - C) Cefalea tensional.
 - D) Hipertensión intracraneal.
- 45.- En niños procedentes de África Subsahariana debemos hacer detección sistemática de
- A) Síndromes Talasémicos.
 - B) Enzima glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa.
 - C) Anemia de células falciformes.
 - D) Todas.

- 46.- ¿Cuál de los siguientes es un signo de alarma en un niño de 6 años con dolor abdominal de 3 meses de evolución?
- A) Le despierta por la noche.
 - B) Se localiza en la línea media.
 - C) Ausencia de vómitos.
 - D) Adecuada ganancia ponderal.
- 47.- Acude a la consulta una lactante de 8 meses con un cuadro de palidez, sudoración y decaimiento. La madre refiere que antes de llegar a la consulta presentó episodios de llanto de forma regular con intervalos asintomáticos, posteriormente presentó varios vómitos de contenido gástrico. Con esta clínica usted decide derivarla al hospital. Con la sospecha diagnóstica que tiene ¿cuál cree que será el tratamiento curativo de elección?
- A) Administración de un laxante ya que tiene un cuadro de estreñimiento pertinaz.
 - B) Enema de suero salino bajo control ecográfico ya que impresiona de invaginación intestinal.
 - C) La paciente tiene un cuadro de gastroenteritis y sólo precisa hidratación intravenosa.
 - D) Probablemente exista una cardiopatía congénita que justifique la sudoración.
- 48.- Ante un niño de 10 años que acude a su consulta a las 10:00 horas y refiere pérdida de peso, polidipsia y enuresis secundaria de 15 días de evolución, con ausencia de leucocitos en la tira de orina realizada en el centro de salud ¿cuál de las siguientes enfermedades pensaría en primer lugar por su gravedad y frecuencia?
- A) Potomanía. La pérdida de peso es debida a la escasa ingesta.
 - B) Infección de orina, a esta edad la ausencia de leucocitos no descarta la presencia de una infección de orina ya que la orina se retiene poco tiempo en la vejiga.
 - C) Patología psiquiátrica, le indicaría que hiciera un calendario de micciones para comprobar las noches que retiene bien la orina.
 - D) Diabetes mellitus. Haría una glucemia capilar y si es superior o igual a 200 mg/dl derivaría a urgencias para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento.
- 49.- En la Diabetes mellitus las necesidades de insulina se modifican en función de la ingesta, la actividad física y el crecimiento. ¿Qué nombre tiene la hiperglucemia que aparece a primeras horas de la mañana en adolescentes en ausencia de hipoglucemia precedente?
- A) Fenómeno del alba y es debido al incremento nocturno de la hormona de crecimiento que antagoniza la acción de la insulina.
 - B) Déficit de hormona de crecimiento.
 - C) Ausencia de hormonas contrarreguladoras.
 - D) Infección intercurrente que sólo precisa incrementos de glucosa por la noche.
- 50.- Según el modelo propuesto por la OMS del ciclo vital de la familia es **falso** que
- A) La etapa de Formación finaliza con el nacimiento del primer hijo.
 - B) La etapa de Contracción finaliza cuando el primer hijo abandona el hogar.
 - C) La etapa de Disolución se inicia con la muerte del primer cónyuge.
 - D) La etapa de Extensión se inicia con el nacimiento del primer hijo.
- 51.- Ante un niño de 2 meses con cuadro de fallo de medro, historia de bronquiolitis prolongada e irritabilidad. ¿Cuál de las siguientes opciones es la más probable?
- A) Fibrosis quística.
 - B) Disquecia del lactante.
 - C) Hiperplasia suprarrenal congénita de presentación tardía.
 - D) Invaginación intestinal.

- 52.- La ley General de Sanidad fue publicada en el año
- A) 1984.
 - B) 1985.
 - C) 1986.
 - D) 1990.
- 53.- Ante un exantema purpúrico de predominio en miembros inferiores en un escolar con buen estado general en qué entidad pensaremos
- A) Sepsis meningocócica.
 - B) Púrpura de Schölein-henoch.
 - C) Varicela.
 - D) Neumonía.
- 54.- Niña de 10 años con lesiones purpúricas lineales en ambos muslos de dos días de evolución, excelente estado general y ninguna otra alteración en la exploración física. Presenta en la analítica de sangre una trombopenia con 85.000 plaquetas/mm³. Presentó un cuadro catarral hace 2 semanas. ¿Cuál es su diagnóstico?
- A) Púrpura trombocitopénica idiopática.
 - B) Coagulación intravascular diseminada.
 - C) Déficit del factor V de Leiden.
 - D) Enfermedad de Von Willebrand.
- 55.- No es indicación de amigdalectomía
- A) Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño.
 - B) Absceso periamigdalino de repetición.
 - C) Otitis media aguda recurrente.
 - D) Adenitis cervical recurrente.
- 56.- El sarcoma de partes blandas más frecuente en la edad pediátrica es el
- A) Liposarcoma.
 - B) Fibrosarcoma.
 - C) Rbdomiosarcoma.
 - D) Neurofibrosarcoma.
- 57.- Señale la respuesta **incorrecta** de los siguientes enunciados referente a las adenopatías y los procesos tumorales
- A) Las adenopatías duras y adheridas a planos profundos son generalmente de etiología viral.
 - B) Las adenopatías supraclaviculares del lado izquierdo se asocian con mayor frecuencia a tumores abdominales.
 - C) Se debe realizar biopsia ganglionar de entrada si existe síndrome constitucional asociado.
 - D) Las adenopatías se presentan en el 50% de los pacientes con leucemia linfoblástica aguda.
- 58.- Traen a su consulta una niña de 18 meses con astenia, anorexia y palidez de 2 semanas de evolución. A la exploración presenta equimosis periorbitaria mínima bilateral. A la palpación abdominal presenta masa dura de superficie irregular y fija. Además se detecta hepatomegalia moderada. ¿Qué tipo de entidad clínica sospecha?
- A) Tumor de Wilms.
 - B) Teratoma.
 - C) Nefroblastoma mesoblástico.
 - D) Neuroblastoma.

59.- Los niños con síndrome de Down padecen cardiopatías congénitas más frecuentemente que la población general. En estos niños ¿cuál es la cardiopatía congénita más frecuente?

- A) Tetralogía de Fallot.
- B) Canal auriculoventricular.
- C) Defectos del septo auricular.
- D) Defectos del septo ventricular.

60.- Señale la respuesta **falsa** sobre la tiroiditis de Hashimoto

- A) Constituye la patología tiroidea más frecuente durante la infancia y adolescencia.
- B) Es más frecuente en niñas y en los Síndromes de Down y Turner.
- C) El bocio es un síntoma poco frecuente.
- D) Los anticuerpos antiperoxidasa tiroidea y los anticuerpos antitiroglobulina están presentes en el plasma en el 90% de los niños.

61.- Los controles de salud, como actividad preventiva en la infancia

- A) Tienen como objetivo, entre otros, la prevención de enfermedades.
- B) Deben ser sistemáticos e iguales para toda la población.
- C) Deben incluir actividades fundamentales como el cribado de displasia de cadera por ecografía.
- D) Tienen como base la monitorización del estado nutricional.

62.- Paciente varón de 3 años que trae a su consulta por observar los padres alteración durante la marcha de varias semanas de evolución. Durante la exploración presenta debilidad de la musculatura proximal en extremidades inferiores, dificultad para incorporarse del decúbito a la bipedestación. Los padres refieren que desde hace unos meses tiene dificultad en subir escaleras. No presenta fasciculaciones. ¿Cuál es el diagnóstico **más probable**?

- A) Miastenia gravis.
- B) Atrofia muscular espinal tipo 3 (Kugelberg-Welander).
- C) Miopatía mitocondrial.
- D) Distrofia muscular de Duchenne.

63.- Respecto a la prevención de ferropenia en el primer año de vida

- A) El cribado mediante Hematocrito o Hemoglobina es sensible para el diagnóstico de deficiencia de hierro.
- B) La lactancia materna exclusiva a partir de los 6 meses de edad es un factor de riesgo de padecer ferropenia.
- C) La población diana para cribado y detección de ferropenia son los niños hasta los 6 años de edad.
- D) La utilización de fórmulas fortificadas, cereales con hierro y alimentos comercializados con hierro, ha permitido que la deficiencia de hierro con o sin anemia sea excepcional en la infancia en la infancia, en los adolescentes y en las mujeres en edad fértil.

64.- Paciente de 14 años que acude a su consulta por dolor de intensidad moderada y tumefacción de la pierna izquierda que se inicia hace 1 mes sin referir antecedentes traumáticos ni de otro tipo. Desde hace 2 semanas presenta fiebre intermitente. Usted solicita una radiografía en la que se observa reacción perióstica que afecta casi la totalidad de la diáfisis del peroné en forma de capas de cebolla, así como espículas radiadas a partir del cortex óseo en forma de rayos de sol. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el **más probable**?

- A) Sarcoma de Ewing.
- B) Fibrosarcoma.
- C) Condrosarcoma.
- D) Osteosarcoma.

65.- ¿Qué criterio permite afirmar la existencia de un test de broncodilatación positivo en un estudio por sospecha clínica de asma?

- A) Aumento del 9% en la Capacidad Vital Forzada (CVF) postbroncodilatación respecto a la obtenida en la prueba basal.
- B) Aumento del 9% en el Volumen Máximo Espirado en el primer segundo (FEV1) postbroncodilatación respecto al obtenido en la prueba basal.
- C) Aumento del 12% en el Volumen Máximo Espirado en el primer segundo (FEV1) postbroncodilatación respecto al obtenido en la prueba basal.
- D) Aumento del 20% en el FEF25-75% postbroncodilatación respecto al obtenido en la prueba basal.

66.- La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, señale la respuesta **falsa**

- A) Afecta más frecuentemente a niños que a niñas.
- B) No existe afectación bilateral.
- C) Se presenta frecuentemente como cojera, en ocasiones no dolorosa.
- D) El dolor puede irradiarse a región de muslo y rodilla.

67.- En la bulimia nerviosa

- A) Puede haber sobrepeso.
- B) Los pacientes nunca presentan distorsión de la imagen corporal, a diferencia de quienes sufren anorexia nerviosa.
- C) La preocupación por la silueta y el peso son escasos y por ello se producen atracones.
- D) La conducta impulsiva y la comorbilidad psiquiátrica no son frecuentes.

68.- En relación a los trastornos de conducta alimentaria **no es cierto** que

- A) El pediatra de atención primaria desempeña un papel fundamental en la prevención y el diagnóstico precoz.
- B) La pica y la rumiación son trastornos de conducta alimentaria y se detectan exclusivamente en pacientes con retraso mental.
- C) Debe efectuarse diagnóstico fundamental de anorexia nerviosa con cuadros orgánicos, como patologías endocrinológicas y digestivas, y psiquiátricos, como la fobia al atragantamiento, la psicosis y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- D) La bulimia y la anorexia nerviosa precisan un tratamiento integral que abarca la terapia nutricional, el abordaje de complicaciones agudas y el tratamiento psiquiátrico.

69.- Señale lo **cierto** sobre las mucopolisacaridosis

- A) Son enfermedades genéticas causadas por defecto en algunas enzimas intralisosomales necesarias para el procesamiento de glicosaminglicanos.
- B) Por defecto en la degradación de los glicosaminglicanos se producen acúmulos de éstos en las células de diferentes órganos de forma aguda y rápidamente reversible.
- C) Presentan todas ellas un patrón de herencia autosómico dominante.
- D) Aunque existen diferentes tipos de mucopolisacaridosis según el defecto enzimático, comparten las mismas repercusiones orgánicas y manifestaciones clínicas.

70.- En la alimentación de niños prematuros, señalar la **correcta**

- A) Los bebés prematuros alimentados con leche materna no suplementada evidencian un engorde y un crecimiento más rápido en los primeros meses que con leche artificial.
- B) Los nacidos pretérmino alimentados con leche materna no suplementada con calcio y fósforo presentan en el primer año una masa ósea inferior a los alimentados con fórmulas suplementadas.
- C) La succión de tetina es placentera en los pretérminos de menos de 32 semanas, pero interfiere con la lactancia posterior.
- D) Cuando se administra leche de la propia madre congelada, es preciso pasteurizar la leche porque las infecciones neonatales por citomegalovirus transmitidas por leche de la propia madre pueden ser sintomáticas.

71.- En un varón de 6 años con obesidad

- A) Lo que pensaremos en primer lugar, por ser lo más frecuente, es que presenta una obesidad endógena.
- B) El peso al nacimiento no tiene relación con el riesgo de obesidad.
- C) Una talla baja en él, que además de presentar obesidad carece de antecedentes familiares de talla baja, nos debe hacer pensar en una obesidad de posible etiología orgánica.
- D) La lactancia materna recibida durante su primer año de vida es un factor de riesgo demostrado para la obesidad, frente a la lactancia artificial, que tiene un conocido efecto protector.

72.- Las causas identificadas de urticaria más frecuentes en la edad pediátrica son

- A) Los alimentos.
- B) Los fármacos.
- C) Infecciones víricas.
- D) Las picaduras de insectos.

73.- Una paciente de 14 años presenta un índice de masa corporal en percentil 99, hipertensión arterial (TA 140 mmHg/ 90 mmHg), hipertrigliceridemia (triglicéridos 170 mg/dl) y perímetro de cintura que supera el percentil 90 para edad y sexo

- A) No podemos decir que tiene un síndrome metabólico ya que para esa edad no hay criterios diagnósticos establecidos.
- B) Sólo se puede diagnosticar de síndrome metabólico si además de éstos cumple los criterios de alteración de glucemia en ayunas y disminución de c-HDL.
- C) Presenta síndrome metabólico, que es un conjunto de factores de riesgo predictores de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2.
- D) Ante la presencia de varios criterios de síndrome metabólico, en esta paciente deberá iniciarse desde el principio tratamiento farmacológico de su dislipemia, puesto que con sus alteraciones metabólicas la modificación de estilos de vida tiene ya poca utilidad.

74.- Lactante mujer de 10 meses de edad que consulta acompañada por sus padres por presentar fiebre de hasta 39,5°C de 10 horas de evolución. Sus padres no refieren otra clínica. A la exploración presenta buen estado general y exploración física por aparatos es normal. ¿Cuál podría ser la infección bacteriana más frecuente en este paciente?

- A) Meningitis aguda.
- B) Bacteriemia oculta.
- C) Neumonía.
- D) Infección del tracto urinario.

75.- Las encefalopatías metabólicas son aquellos procesos en los que el sistema nervioso central (SNC) se afecta de forma preeminente como consecuencia de un error congénito del metabolismo, debe sospecharse

- A) Ante un cuadro de deterioro neurológico progresivo o estatico de causa no aclarada.
- B) Ante un cuadro neurológico agudo con afectación de la conciencia, vómitos y crisis.
- C) Epilepsia resistente de causa no determinada.
- D) Todas las anteriores.

76.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades infecciosas es motivo de exclusión escolar?

- A) Impétigo.
- B) Enfermedad pie mano boca.
- C) Piojos.
- D) Mononucleosis infecciosa.

77.- En relación con la primera crisis epiléptica, cuál de las siguientes afirmaciones **no es cierta**

- A) La primera crisis epiléptica suele ser focal o tónico-clónica generalizada primaria.
- B) 50% de los niños que padece una crisis epiléptica, tendrá una recidiva en los próximos meses.
- C) Es obligado comenzar el tratamiento antiepiléptico crónico.
- D) Se debe realizar EEG.

78.-Paciente de 10 meses de edad que acude a consulta en temporada invernal con alta presión asistencial por presentar fiebre de 38°C y tos con mocos desde hace unos días. Alimentación con lactancia materna y realiza las tomas aceptablemente. A la exploración presenta buen estado general con sibilancias espiratorias y subcrepitantes en ambos campos pulmonares, con SatO₂ 97% por pulsioximetría. ¿Qué actitud inicial sería la más aconsejable?

- A) Realización de radiografía de tórax.
- B) Realizar test de detección rápida para diagnóstico de virus respiratorio sincitial.
- C) Iniciar tratamiento con salbutamol a demanda.
- D) Tratamiento domiciliario de soporte, hidratación y nutrición, informando a la familia de la enfermedad con las recomendaciones generales y los signos de alarma.

79.- Niña de 4 años 9 meses con cefalea de predominio occipital de 1 mes de evolución, que se ha hecho más frecuente. Hace 3 días episodio momentáneo de dificultad en las manos. Hoy se añade anomalía en la marcha Consciente y orientada. Perímetro cefálico 52 cm (percentil50). Fondo de ojo con elevación de papila bilateral. Marcha con aumento de la base de sustentación y tendencia a caerse hacia la izquierda. Resto de la exploración normal. ¿Cuáles son a su juicio los signos y síntomas de alarma compatibles con cefalea secundaria en esta niña?

- A) Edema de papilas.
- B) Ataxia.
- C) La edad.
- D) Todos los anteriores.

80.- ¿Cuál es el fármaco inicial de elección en la reanimación cardiopulmonar en la fase de soporte vital avanzado?

- A) Bicarbonato.
- B) Glucosa.
- C) Adrenalina.
- D) Cloruro de Calcio.

81.-Cuál de los siguientes es síntoma del Trastorno del Espectro Autista

- A) Alteración de la interacción social recíproca.
- B) Retraso y/o alteración evolutiva del lenguaje.
- C) Conductas estereotipadas y ritualistas, con obsesión por la invariabilidad del entorno.
- D) Todos los anteriores son síntomas típicos del TEA.

82.-En cuanto a los trastornos del aprendizaje señale la **correcta**

- A) Son trastorno de base neurobiológica.
- B) Se trata de procesos autolimitados a la infancia.
- C) El componente genético no se considera un factor de riesgo para estos trastornos.
- D) Siempre tiene un pronóstico desfavorable con fracaso escolar inevitable.

83.- Sobre el TDAH, señale la respuesta **correcta**

- A) Es un trastorno mucho más frecuente en niñas que en niños.
- B) Se trata de un proceso autolimitado a la infancia.
- C) El tener un padre con TDAH no aumenta el riesgo de padecerlo.
- D) Los síntomas principales son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad.

- 84.- ¿Qué pruebas complementarias solicitarías a un niño de 8 años con sospecha de TDAH para confirmar el diagnóstico?
- A) EEG de vigilia.
 - B) RM cerebral.
 - C) Estudio genético con cariotipo y CGH array.
 - D) Ninguna de las anteriores.
- 85.- Durante la reanimación cardiopulmonar pediátrica por parte del personal sanitario, y cuando hay 2 reanimadores, ¿Cuál es la relación entre el número de compresiones torácicas y de ventilaciones que se recomienda en la actualidad?
- A) 30 compresiones torácicas/ 2 ventilaciones.
 - B) 15 compresiones torácicas/ 3 ventilaciones.
 - C) 30 compresiones torácicas/ 3 ventilaciones.
 - D) 15 compresiones torácicas/ 2 ventilaciones.
- 86.- En el calendario vacunal de un paciente de 14 años bien vacunado debe figurar
- A) Una dosis frente a varicela.
 - B) Una dosis frente a sarampión.
 - C) 5 dosis de toxoide tetánico.
 - D) Una dosis frente a rotavirus.
- 87.- Señale la respuesta **FALSA** con respecto a las cardiopatías congénitas.
- A) La cardiopatía cianógeno más representativa es la Tetralogía de Fallot.
 - B) La válvula aortica bicúspide es una cardiopatía que puede pasar desapercibida hasta la edad adulta.
 - C) La coartación de aorta puede ser un hallazgo dentro de una hipertensión arterial sistémica.
 - D) Actualmente se prefiere posponer al máximo la intervención quirúrgica de las cardiopatías congénitas, ya que la corrección tiene mejor resultado cuando mayor es el niño.
- 88.- ¿Qué pauta de vacunación frente e Neumococo debemos seguir en un prematuro menor o igual de 32 semanas?
- A) La misma que en el niño nacido a término.
 - B) Pauta 3+1 de VCN-13 (vacuna 13 valente).
 - C) Pauta 2+1 de VCN-13 más refuerzo con VNP23 (vacuna polisacarida de 23 serotipos).
 - D) No precisa vacunación ya que no tiene riesgo.
- 89.- Un varón de 4 años con antecedentes de 3 episodios de infección del tracto urinario. Sospechamos un nuevo episodio de infección del tracto urinario. Solicitamos una tira) reactiva sobre una orina fresca durante la consulta. ¿Qué actitud es CORRECTA según el resultado de la tira reactiva?
- A) Nitritos + Leucocitos + : Se inicia el tratamiento antibiótico sin pedir urocultivo.
 - B) Nitritos + Leucocitos - : se inicia el tratamiento antibiótico tras la recogida de un urocultivo.
 - C) Nitritos – Leucocitos + : se inicia el tratamiento antibiótico sin pedir urocultivo.
 - D) Nitritos – Leucocitos - : se inicia el tratamiento antibiótico sin pedir urocultivo.

- 90.- ¿Cuál de los siguientes no es un criterio mayor para el diagnóstico de la Dermatitis Atópica?
- A) Prurito.
 - B) Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan.
 - C) Antecedentes personales o familiares de Atopia.
 - D) Evolución crónica o recurrente.
- 91.- Debemos sospechar una hematuria de origen glomerular cuando
- A) La morfología de las hematíes aparece inalterada.
 - B) Existen cilindros hemáticos en el sedimento urinario.
 - C) La tira reactiva es positiva para la hematuria pero en el sedimento no aparecen hematíes.
 - D) El paciente tiene una drepanocitosis.
- 92.- Con respecto a la oxiuriasis señale la respuesta correcta.
- A) Siempre es preciso confirmar con estudio parasitológico (3 muestras) la presencia del parásito.
 - B) El ser humano es capaz de erradicar este germen sin precisar más tratamiento.
 - C) La alta frecuencia de la oxiuriasis permite iniciar el tratamiento sólo con la sospecha clínica.
 - D) El tratamiento sólo lo tiene que tomar el paciente y no es necesario en los convivientes.
- 93.- En una cefalea qué criterio **no** es síntoma de alarma para sospechar organicidad
- A) Cefalea intensa de aparición brusca.
 - B) Edad menor de 6 años.
 - C) Vómitos en escopetazo.
 - D) Meningismo sin fiebre.
- 94.- Una de las siguientes no es característica de la migraña
- A) Es pulsátil y suele mejorar con el sueño.
 - B) Es unilateral o hemicraneal.
 - C) Habitualmente es acompañada por náuseas o vómitos.
 - D) Mejora con la actividad física.
- 95.- La causa más frecuente de fiebre en un niño que procede o regresa del trópico es
- A) Malaria.
 - B) Tuberculosis.
 - C) Fiebre amarilla.
 - D) Enfermedad por Arbovirus.
- 96.- En el síndrome nefrótico ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **falsa**?
- A) La biopsia renal no es necesaria para el diagnóstico en la mayoría de los pacientes.
 - B) La biopsia renal se debe realizar en la primera manifestación de un síndrome nefrótico primario para programar el tratamiento adecuado.
 - C) Los tratamientos inmunosupresores (ciclofosfamida, ciclosporina A) se recomiendan en síndrome nefrótico cortico resistentes o en síndrome cortico sensibles con intolerancia cortisonica grave.
 - D) La corticoterapia inicial en un síndrome nefrótico idiopático es : Prednisona o metilprednisona oral a dosis alta 60 mg/m²/día.

97.- Ante la identificación en una lesión cutánea de *Ancylostoma braziliense* el tratamiento a seguir es

- A) Metronidazol.
- B) Albendazol.
- C) Praziquantel.
- D) Tinidazol.

98.- Acude a la consulta una niña de 7 años con dolor abdominal periumbilical sin cefalea asociada. La familia refiere que en la actualidad no hay problemas en el entorno de la niña. A la exploración se palpan masas de consistencia dura acordonada en el flanco izquierdo. La familia desconoce el hábito intestinal de la niña, cree que va al baño cada 2-3 días. Ante la sospecha clínica ¿qué tratamiento le pautaría inicialmente?

- A) La ingesta de abundantes zumos, especialmente los envasados ya que conservan todas sus vitaminas.
- B) Dimeticona para disminuir las flatulencias.
- C) Nada, comenzaría solicitando una ecografía abdominal.
- D) Le pautaría polietilenglicol oral de forma prolongada junto con otras medidas.

99.- Acude a su consulta un niño de 12 años con dolor inicialmente en el epigastrio que se ha desplazado al hipocondrio izquierdo y se irradia a la espalda, de 24 horas de evolución. El dolor aumenta con la ingesta, llegando a vomitar en algunas ocasiones. En la exploración física se encuentra abdomen distendido sin movimientos peristálticos. ¿Cuál es su sospecha clínica que deberá confirmar con pruebas de laboratorio y de imagen?

- A) Síndrome de Sjögren.
- B) Síndrome muscarínico.
- C) Pancreatitis aguda.
- D) Enfermedad de Sever.

100.- Desde el punto de vista académico la entrevista clínica puede clasificarse en dos partes claramente diferenciadas: la parte exploratoria de la entrevista y la parte resolutive.Cuál de las siguientes no pertenece a la fase resolutive

- A) Transmitir al paciente una información derivada de la anamnesis y/o exploración realizada.
- B) Orientar y ejecutar la exploración física.
- C) Compartir con el paciente el plan de actuación.
- D) Verificar la comprensión de las instrucciones proporcionadas.

RESERVA

101.- No es factor de riesgo para padecer DDC (Displasia en el desarrollo de la cadera)

- A) Oligohidramnios.
- B) Hipertensión arterial materna.
- C) Prematuridad.
- D) Tortícolis congénita.

102.- Con respecto a la proteinuria en el niño, señale la respuesta **falsa**

- A) En una muestra aislada de orina, se habla de proteinuria, si el cociente proteína/creatinina es > 0.5 mg/mg en lactantes de 6 a 24 meses y > 0.2 mg/mg en niños de más de 2 años.
- B) La proteinuria ortostática se debe controlar anualmente hasta su desaparición.
- C) En la proteinuria tubular, hay excreciones de proteínas de alto peso molecular.
- D) Una proteinuria transitoria se puede presentar en procesos febriles.

- 103.-** Señale la respuesta **falsa** con respecto a los tumores del sistema nervioso central (SNC) en niños
- A) Aunque el astrocitoma pleocítico puede localizarse en cualquier región del sistema nervioso central, la localización típica es el tronco encefálico.
 - B) En los adolescentes (15 a 19 años), los tumores más frecuentes son los tumores hipofisarios y los astrocitomas pleocíticos.
 - C) Los tumores del cerebelo producen signos de: lateralidad, dismetría, voz escandida, disartria e hipotonía, entre otros.
 - D) En conjunto representan el segundo tipo de cáncer más frecuente en la infancia y adolescencia.
- 104.-** En relación al hipotiroidismo congénito señale la respuesta **incorrecta**
- A) El hipotiroidismo congénito consiste en la disminución de la cantidad o actividad biológica de las hormonas tiroideas siendo su incidencia 1 cada 3.000 / 4.000 recién nacidos.
 - B) La disgenesia tiroidea es la causa más frecuente (80-90%) de hipotiroidismo congénito primario permanente.
 - C) El síndrome de Pendred asocia bocio, hipotiroidismo y nefropatía.
 - D) Se estima que apenas un 5% de los recién nacidos (RN) presenta síntomas de carencia de hormonas tiroideas, por lo que el diagnóstico clínico se suele retrasar.
- 105.-** En las mucopolisacaridosis
- A) El fenotipo es característico desde el nacimiento, por lo que el diagnóstico suele realizarse en periodo neonatal.
 - B) La presentación clínica clásica por depósitos (en los tipos I, II, VI y VII) incluye fenotipo de facies tosca, talla baja, visceromegalias, afectaciones ósea y sensorial, así como grados variables de afectación neurológica.
 - C) El tratamiento enzimático sustitutivo tiene muchos efectos adversos y por ello debe reservarse para fases avanzadas de la enfermedad.
 - D) En el tipo III (Síndrome de Sanfilippo) predomina la afectación osteoarticular y en el tipo IV (Enfermedad de Morquio) la neurológica.
- 106.-** En cuanto a la profilaxis neonatal farmacológica frente a la transmisión vertical del VIH
- A) La zidovudina (AZT) en monoterapia es la profilaxis de elección cuando la madre ha recibido terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), ha realizado control adecuado de la gestación y de su infección, con carga viral indetectable, y no presenta otros factores de riesgo.
 - B) Se debe instaurar precozmente, siempre antes de las 12 horas.
 - C) El régimen de profilaxis que debe recibir el neonato viene determinado por el riesgo de transmisión vertical, que depende fundamentalmente de que la madre haya recibido TARGA durante la gestación y de la carga viral que presente la madre en el momento del parto.
 - D) Todas son ciertas.
- 107.-** Respecto a la Esferocitosis Hereditaria (EH) ¿cuál es la respuesta **falsa**?
- A) La herencia es autosómica dominante en el 75% de los casos y recesiva en el 25%.
 - B) Las formas sintomáticas pueden debutar en el periodo neonatal.
 - C) Los niños con EH son muy susceptibles a las crisis aplásicas desencadenadas por infección por parvovirus.
 - D) Es la anemia hemolítica menos frecuente en nuestro país.

- 108.-** El médico podrá revelar el secreto profesional ante
- A)** El deber de colaborar en auditorías económicas y de gestión que figura en el artículo 19.8 del código deontológico.
 - B)** Familiares del paciente ya fallecido que así lo soliciten reglamentariamente.
 - C)** El perjuicio injusto para el médico que mantiene el secreto del paciente y éste permite tal situación.
 - D)** La empresa que, en su cumplimiento de la normativa vigente, solicita reconocimiento de salud del trabajador previo a su contratación.
- 109.-** La Constitución española DE 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud en
- A)** El artículo 53.
 - B)** El artículo 43.
 - C)** El artículo 173.
 - D)** El artículo 143.
- 110.-** Al realizar el diagnóstico prenatal de cromosomopatías, en el cribado del primer trimestre no se incluye
- A)** f β -HCG.
 - B)** Translucencia nugal.
 - C)** PAPP-A.
 - D)** Alfa-fetoproteína.

2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 1

Niño de 7 años, procedente de una zona rural de Marruecos, que acude a nuestra consulta por primera vez acompañado de su madre. El motivo de consulta es tos persistente desde hace 3-4 meses, con episodios de fiebre no termometrada que fueron achacados a procesos catarrales de vías altas y en alguna ocasión tratado con antibióticos.

Como antecedentes personales, la madre nos refiere que fue un embarazo no controlado, parto asistido a término y al parecer sin complicaciones. No refiere alteraciones en el periodo neonatal ni en la primera infancia. Pasó la varicela cuando tenía 18 meses de edad y refiere amigdalitis de repetición desde hace 2 años. Respecto al estado vacunal, la madre nos cuenta que le han administrado todas las vacunas del calendario vacunal marroquí, aunque no aporta ningún documento donde conste su registro y refiere que le es imposible conseguirlo.

En la anamnesis por aparatos, nos llama la atención que desde hace unos 2 meses se queja de dolor de muslo derecho, con cojera leve, a lo que no han dado importancia porque lo atribuyen a algún golpe recibido jugando al fútbol, a lo que es muy aficionado, aunque últimamente no quiere salir a jugar.

No presenta antecedentes quirúrgicos, ni alergias ni reacciones conocidas a medicamentos.

Como antecedentes familiares de interés para el episodio actual, convive con el abuelo materno desde siempre, al que han diagnosticado hace 2 meses de tuberculosis pulmonar, para la cual sigue con tratamiento desde el diagnóstico.

Exploración física:

Buen estado general, colaborador. Bien nutrido e hidratado. Peso 21 Kg (P25 referencias OMS) y Talla 122 cm (P50 referencias OMS). Normoconfigurado, sin malformaciones externas.

Buen color de piel y mucosas. No cianosis.

Adecuada respuesta verbal y motora. Adecuado contacto con el medio.

No exantemas ni petequias. En área de flexuras de rodillas y codos presenta lesiones eccematosas leves, en fase cicatricial. Cicatrices residuales antiguas y múltiples, pequeñas, menores a 0,5 cm de diámetro, en cara, tronco y extremidades.

Cardiovascular: buena perfusión periférica, pulsos normales. AC: tonos rítmicos, no soplos.

Respiratorio: buena ventilación bilateral, sin ruidos patológicos.

ORL: moco claro en cavum. Orofaringe discretamente hiperémica. Amígdalas hipertróficas II/IV, no congestivas. Otoscopia normal

Neurológico Normal.

Locomotor: discreta alteración en la marcha, con cojera al apoyar extremidad inferior derecha. Limitación a la abducción de cadera derecha. Sin otros hallazgos.

1.- Se realiza al paciente una intradermoreacción de Mantoux y el resultado es 6 mm de induración. ¿Cómo interpretaría la prueba?

- A) Prueba dudosa, habría que repetirla una semana después.
- B) Prueba dudosa, habría que repetirla un mes después.
- C) Positiva.
- D) Negativa.

2.- En este caso, ¿qué prueba de imagen resultaría más rentable inicialmente para este paciente en el entorno de atención primaria?

- A) Radiografía simple de caderas.
- B) Radiografía simple de tórax.
- C) Ecografía simple de ambas caderas.
- D) Ecografía doppler de ambas caderas.

3.- Respecto al estado vacunal de este niño, consideraremos que

- A) Está correctamente vacunado y administraremos las siguientes vacunas que le correspondan por edad.
- B) Comprobaremos qué vacunas le podrían haber sido administradas (según el calendario vacunal teórico marroquí) y le administraremos las que le falten para ajustarlo a nuestro calendario vacunal.
- C) Al no tener ningún registro, deberemos considerar al niño como no vacunado e iniciaremos una pauta de vacunación acelerada en niños no vacunados.
- D) Realizaremos una analítica para determinar anticuerpos y asegurarnos de qué está vacunado.

4.- En este paciente, suponiendo que creas preciso administrarle una dosis de vacuna triple vírica, ¿cuándo debes hacerlo?

- A) En la primera ocasión disponible, en el mismo día de su atención si es posible.
- B) Esperaría un mínimo de una semana.
- C) Esperaría dos semanas.
- D) Esperaría entre cuatro y seis semanas.

5.- En el caso de sospechar la necesidad de iniciar estudio diagnóstico de tuberculosis y, dadas las circunstancias asistenciales y familiares, creas preferible posponer la realización del Mantoux a la vacunación con triple vírica, ¿qué tiempo mínimo sería preciso esperar?

- A) 1 semana.
- B) 2 semanas.
- C) 3 semanas.
- D) 4-6 semanas.

6.- En el caso de que consideráramos que el niño no está vacunado, ¿qué postura sería la más correcta en esa primera visita, respecto a las vacunas?

- A) Administrar primera dosis de VPI, Td, SRP, MenACWY, HB, Var, VPH.
- B) Administrar primera dosis de VPI, dTPa, SRP, MenC, HB, Var.
- C) Administrar primera dosis de VPI, Td, SRP, MenC, HB, VHA, Var, e informaría sobre la vacuna 4CMenB.
- D) Administrar primera dosis de VPI, Td, MenC, HB, VHA, Var, y recomendaría la vacuna 4CMenB.

7.- Sobre el tratamiento de elección en una tuberculosis respiratoria, ¿con qué fármacos iniciaríamos el tratamiento en nuestro medio?

- A) Isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida.
- B) Estreptomina, etambutol y pirazinamida.
- C) Isoniazida y rifampicina.
- D) Rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomina.

8.- ¿Durante cuánto tiempo mantendremos el tratamiento de una tuberculosis respiratoria?

- A) Si no se conoce la sensibilidad de la micobacteria, mantener 4 fármacos durante 2 meses y 2 durante otros 4 meses.
- B) Si la micobacteria es resistente a isoniazida, debe cambiarse por un aminoglucósido y mantener durante 6 meses.
- C) Si la prevalencia de resistencias es <10%, mantener 3 fármacos durante 6 meses.
- D) En cualquier caso, en edad pediátrica debe mantenerse el tratamiento con 4 fármacos al menos durante 6 meses.

9.- En el caso de que el paciente hubiera estado acudiendo al colegio desde hacía 3 meses con sintomatología de tos y fiebre, una vez alcanzado el diagnóstico debe recomendarse

- A) Aislamiento del paciente, realizar Mantoux a todos los niños que hayan tenido contacto con el paciente, y solo iniciar profilaxis en los que sean positivos.
- B) Aislamiento del paciente, realizar Mantoux a todos los niños que hayan tenido contacto e iniciar profilaxis independientemente del resultado.
- C) La tuberculosis pulmonar es raramente bacilífera en la población escolar, por lo que no sería necesario establecer medidas de aislamiento o profilaxis para el resto de niños.
- D) No sería necesario el aislamiento pero sí la profilaxis primaria a todos los contactos.

10.- ¿En relación a las enfermedades de declaración obligatoria, cuál es la situación de la tuberculosis?

- A) Es de declaración obligatoria, y además, como declaración urgente con envío de datos epidemiológicos básicos.
- B) Es una enfermedad de declaración obligatoria, como declaración semanal y envío de datos epidemiológicos básicos.
- C) No es enfermedad de declaración obligatoria, solo voluntaria a título informativo.
- D) Es de declaración obligatoria en Melilla y Ceuta por considerarse una enfermedad endémica de ámbito regional.

11.- En relación al tratamiento antituberculoso en la infancia, ¿qué tipo de controles analíticos es preciso realizar?

- A) No es necesario ningún control previo.
- B) Determinación de enzimas hepáticas antes de iniciar el tratamiento y luego cada 2 meses.
- C) Determinación de niveles de vitamina B6 y luego cada tres meses.
- D) Determinación de enzimas hepáticas antes de iniciar el tratamiento, y controles posteriores solo en caso de sospechar patología hepática.

12.- Si la madre estuviese embarazada, a punto de dar a luz... ¿Habría que tomar alguna medida con el RN?

- A) Se recomendaría aislamiento del hermano para que no hubiera contacto con el recién nacido.
- B) No es necesario el aislamiento pero se recomendaría evitar la lactancia materna.
- C) No serían necesarias precauciones especiales, excepto si la madre estuviera enferma y fuera bacilífera.
- D) No existen casos de tuberculosis neonatal, por lo que no sería necesaria ninguna precaución.

13.- ¿Había que hacer alguna investigación o intervención respecto a los convivientes?

- A) Habría que realizar despistaje de infección tuberculosa a todos los convivientes con el niño.
- B) Habría que realizar despistaje a todos los convivientes con el abuelo.
- C) No habría que realizar despistajes, puesto que el tratamiento se ha instaurado ya de manera correcta.
- D) Se debería administrar profilaxis con isoniazida y rifampicina a todos los convivientes con el caso índice (abuelo).

14.- El niño tiene una hermana de 25 meses. La madre nos comenta que se le realizó un Mantoux, cuando se diagnosticó al abuelo de tuberculosis, siendo el resultado negativo, y la niña se encuentra bien. ¿Qué consideraríamos?

- A) Podemos descartar sin lugar a dudas una infección tuberculosa.
- B) La BCG le protege de la enfermedad pulmonar, pero no de la meningitis tuberculosa.
- C) En principio es un caso de exposición a la tuberculosis sin evidencia de infección.
- D) No precisa profilaxis alguna.

15.- ¿Qué se entiende como efecto booster, efecto de empuje o sumación, en la prueba tuberculínica?

- A) La respuesta cutánea de induración al realizar la prueba tuberculínica.
- B) El efecto aditivo que aparece en la prueba tuberculínica con los fármacos antituberculosos.
- C) La aparición de resistencias en el tratamiento antituberculoso.
- D) El resultado positivo de la prueba tuberculínica que se produce al repetirla tras una reciente prueba tuberculínica previa negativa, por estimulación de la memoria inmunológica.

RESERVA

16.- ¿En el caso de que en el colegio del paciente su profesor presentase tos persistente de más de dos meses, con fiebre intermitente, habría que tomar en alguna medida adicional?

- A) Como el caso índice parece el niño, no haría falta.
- B) Se recomendaría estudio del profesor, incluyendo en las investigaciones la posibilidad de tuberculosis.
- C) Se recomendaría estudio de Mantoux a todos los compañeros de aula de nuestro paciente.
- D) Se ingresaría al profesor en el hospital para estudio radiológico.

2ª PARTE – SUPUESTO PRÁCTICO 2

Paciente de 6 años de edad controlada en la consulta desde el nacimiento que acude para revisión por el programa del niño sano. Antecedentes personales: embarazo controlado, evolución normal, parto normal. Desarrollo psicomotor normal. Alimentación complementaria introducida sin alergias ni intolerancias. No enfermedades de interés. No alergias. No ingresos. Sin tratamiento farmacológico, salvo antitérmicos en infecciones banales intercurrentes.

Antecedentes Familiares: No consanguinidad. Madre natural de Senegal, sana. Menarquia: 12 años. Padre natural de Senegal, sano. Hermano natural de España de 12 años de edad, sano. Talla madre 162 cm (p37, - 0,35 DE). Talla padre 170 cm (p13, - 1.16DE). Talla diana: 159.5 cm +/- 5 cm (p23, -0.77 DE).

Tallas anteriores (programa del niño sano):

12 meses. Talla: 77 cm (p85, +1.05 DE).

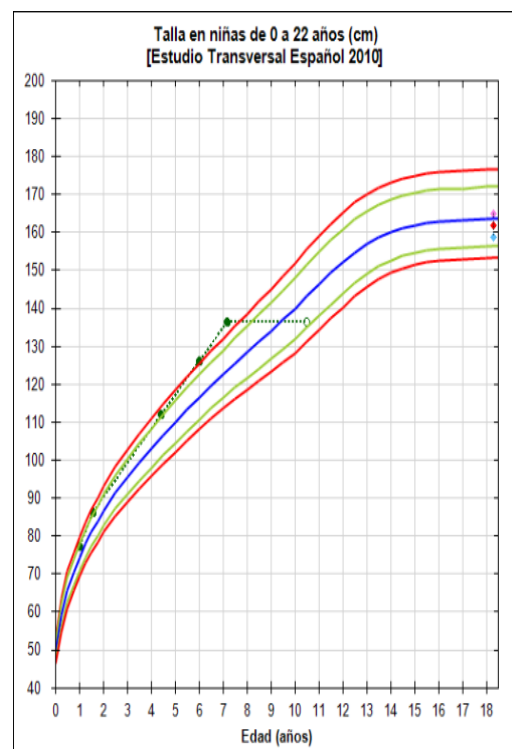
1 año y 7 meses. Talla: 86 cm (p87, +1.17 DE).

4 años y 5 meses. Talla: 112 cm (p92, +1.47 DE).

6 años y 0 meses. Talla: 126 cm (p97, +1.97 DE).

En la exploración se objetiva pubarquia de reciente aparición sin otra sintomatología y con exploración por lo demás normal. Ante la talla en P 97 se decide actitud expectante con control clínico al año.

En el control a los 7 años y 2 meses presenta Tanner 2: telarquia 2 bilateral, pubarquia 2, no axilarquia. La talla es de 137.5 cm (p>99, +2.43 DE), IMC 17,35 kg/m² (p57, +018 DE).



Se objetiva velocidad de crecimiento >p97.

Ante estos hallazgos se solicita edad ósea y analítica con hemograma, bioquímica básica y hormonas (TSH, 17OHP, LH, FSH y estradiol).

La edad ósea es de 10 años y 6 meses con edad cronológica de 7 años y 2 meses. En analítica se encuentra discreta elevación de LH y estradiol para edad y sexo. Resto normal.

1.- Se considera que la niña presenta pubertad precoz

- A) Sí porque comienza la telarquia antes de los 8 años.
- B) No porque se trata de una pubertad adelantada y no precoz.
- C) Sí porque comienza antes de los 9 años y por debajo de esa edad se trata de una pubertad precoz.
- D) No se puede diagnosticar, la edad de menarquia define la pubertad precoz.

- 2.- La pubertad precoz central (PPC):
- A) En la niña suele deberse a hamartomas hipotalámicos.
 - B) Puede ser isosexual o heterosexual.
 - C) No sigue la secuencia habitual de la pubertad normal.
 - D) Asocia aceleración de crecimiento y de maduración ósea.
- 3.- En la anamnesis de un caso de pubertad precoz deben recogerse
- A) Edad de aparición de los signos puberales.
 - B) Rapidez de instauración de los signos puberales.
 - C) Antecedentes familiares de pubertad precoz.
 - D) Todos son datos a recoger en la historia clínica.
- 4.- Fisiológicamente en la aparición de caracteres sexuales en la pubertad
- A) Existe una secuencia y progresión descritos por Tanner y el estadio 0 es el infantil.
 - B) La adrenarquia hace referencia a la aparición de vello y acné secundaria a los andrógenos testiculares.
 - C) La aparición de vello púbico y escrotal es el signo de inicio de desarrollo puberal en el varón, como el botón mamario lo es en las niñas.
 - D) La menarquia se produce aproximadamente a los dos años del inicio de telarquia.
- 5.- El aumento de velocidad de crecimiento o estirón puberal
- A) En la niña y el niño se inicia en estadio II de Tanner.
 - B) En la niña se inicia con la aparición de telarquia (estadio II).
 - C) Se inicia con la aparición de caracteres sexuales secundarios en ambos sexos.
 - D) Supone un incremento medio de talla de 10-15 cm a lo largo de la pubertad en ambos sexos, con una velocidad de crecimiento de 5-7 cm/año durante dos años.
- 6.- Alteraciones del sistema nervioso central (SNC) que pueden causar pubertad precoz central son
- A) Hidrocefalia.
 - B) Secuelas de radioterapia y de infecciones del SNC.
 - C) Tumores del SNC.
 - D) Todas.
- 7.- Respecto a la velocidad de crecimiento
- A) Es el incremento de talla por unidad de tiempo y se expresa en cm/mes.
 - B) No existen curvas de referencia para edad y sexo.
 - C) Puesto que el crecimiento es constante, puede calcularse a partir de mediciones separadas 2-3 meses.
 - D) La aceleración de la velocidad de crecimiento de nuestra paciente es un hallazgo esperable en el contexto de una pubertad precoz.
- 8.- En nuestra paciente la edad ósea (EO) está adelantada significativamente respecto a la edad cronológica (EC)
- A) Porque la edad ósea supera en un año a la edad cronológica.
 - B) No existe adelanto si no hay una diferencia superior a 3 años.
 - C) Cualquier diferencia entre edad ósea y edad cronológica es significativa.
 - D) Porque la EO supera en dos años la EC.

- 9.- En una niña de 7 años con adrenarquia prematura **no esperaría** encontrar
- A) Pubarquia.
 - B) Axilarquia.
 - C) Telarquia.
 - D) Olor apocrino.
- 10.- La edad ósea en la pubertad precoz
- A) Tiene valor diagnóstico.
 - B) Tiene valor pronóstico.
 - C) Está acelerada respecto a la edad cronológica.
 - D) Todas son ciertas.
- 11.- ¿Ante la sospecha de una pubertad precoz está indicado pedir hormonas tiroideas?
- A) No, no existe relación entre la función tiroidea y el inicio de la pubertad.
 - B) Sí, porque la pubertad precoz puede estar asociada al hipo y al hipertiroidismo.
 - C) Sí, porque la pubertad precoz siempre se asocia a alteraciones tiroideas.
 - D) Ninguna de las anteriores.
- 12.- El tratamiento de la pubertad precoz central consiste en
- A) Análogos de GnRH orales cada 28 días.
 - B) Análogos de GnRH intradérmicos semanales.
 - C) Análogos de GnRH intramusculares cada 28 días.
 - D) Análogos de GnRH subcutáneos semanales.
- 13.- Ante un paciente con pubarquia a los 7 años de edad, ¿qué datos de los siguientes de la historia no son relevantes?
- A) Peso al nacimiento.
 - B) Talla al nacimiento.
 - C) Pruebas metabólicas, sabiendo que hay diferencias según los países y las comunidades autónomas.
 - D) Introducción de la alimentación complementaria.
- 14.- La determinación de 17-OH progesterona normal en esta niña nos permite
- A) Descartar Hiperplasia suprarrenal congénita.
 - B) Descartar patología tumoral productora de andrógenos (origen ovárico o suprarrenal).
 - C) Lo anterior solo es cierto en las niñas.
 - D) Son ciertas las respuestas a y b.
- 15.- Ante un paciente con sospecha de patología endocrinológica central, ¿cuál de los siguientes antecedentes no considera relevantes en la historia clínica?
- A) Antecedentes de traumatismo craneoencefálico.
 - B) Antecedentes de bronquiolitis.
 - C) Antecedentes de infecciones del sistema nervioso central.
 - D) Antecedentes de alteración del comportamiento.

RESERVA

16.- Respecto a las pruebas de imagen en la pubertad precoz, **no es cierto**

- A) La resonancia magnética RM craneal está indicada si se sospecha alteración en el sistema nervioso central como etiología.
- B) En los niños la pubertad precoz es con mayor frecuencia idiopática que en las niñas y por lo que en ellos es menos frecuente la indicación de RM craneal.
- C) La edad ósea es una prueba a realizar tanto en el estudio de la pubertad precoz como en el de la retrasada.
- D) El aumento del volumen ovárico y del cuerpo uterino son hallazgos ecográficos sugestivos de pubertad.