JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

Categoría: **Pediatra Atención Primaria**

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES (B.O.J.A.: 17 de julio de 2007).

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en las dos hojas de examen que le han entregado constan sus datos personales.
- **Al cumplimentar sus hojas de examen, evite colocar una sobre otra.**
- El **tiempo conjunto** de realización de las tres pruebas de este ejercicio es de un máximo de **cinco horas**.
- **No abra** los cuadernillos hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rasgue el lado derecho perforado según se puede observar en la figura (esquina inferior derecha).
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a: «1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO» y «2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO». En la parte superior de cada página figura la prueba a la que pertenecen las preguntas de dicha página.

1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 103 preguntas de las cuales las 3 últimas son de reserva. Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Examen» en la zona correspondiente a «1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO», entre los números 1 y 103.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con 1/4 del valor del acierto.

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 3 supuestos prácticos de los cuáles sólo puede elegir uno. Marque en su «Hoja de Examen» el **supuesto escogido** (**SUPUESTO A**, **SUPUESTO B**, **SUPUESTO C**) en la zona correspondiente a «2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO», en las casillas destinadas a tal efecto.
- Cada supuesto práctico consta de 53 preguntas de las cuales las 3 últimas son de reserva. Las preguntas del supuesto escogido deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO», entre los números 1 y 53.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con 1/4 del valor del acierto.

- Sólo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Examen».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Examen» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.
- En cada pregunta existe una y sólo una respuesta correcta.

– SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN SU «HOJA DE EXAMEN», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

– UNA VEZ FINALIZADO EL EJERCICIO, PUEDE DISPONER DEL CUADERNILLO.

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

APERTURA

©COPYRIGHT 2007 PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

1. Según la Ley de Salud de Andalucía el Servicio Andaluz de Salud es:
   A. Una Empresa Pública adscrita a la Consejería de Salud.
   B. Un Organismo Autónomo adscrito a la Consejería de Salud.
   C. Una Empresa Pública del Sistema Sanitario Público Andaluz.
   D. Una Sociedad Pública adscrita a la Consejería de Sanidad.

2. El Decreto 96/2004 establece como plazo máximo de respuesta para los procedimientos diagnósticos el de:
   A. 45 días
   B. 30 días
   C. 15 días
   D. 1 mes

3. De conformidad con la Ley 5/2003 la declaración de volunta vital anticipada podrá ser emitida:
   A. Solamente por las personas mayores de edad
   B. Por las personas mayores y menores de edad, indistintamente
   C. Por las personas mayores de edad y menores de edad si éstos cuentan con autorización del padre, madre o tutor
   D. Por las personas mayores de edad y menores emancipados

4. En el Servicio Andaluz de Salud la carrera profesional se organiza en:
   A. Tres niveles: inicial, intermedio y superior.
   B. Tres niveles: inicial, avanzado y excelente.
   C. Cinco niveles: I, II, III, IV y V.
   D. Dos niveles: experto y excelente.

5. El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece como herramientas fundamentales para avanzar en la gestión de la calidad de los Servicios Sanitarios:
   A. La promoción de la salud pública y la prevención.
   B. La gestión de los servicios basada en el procedimiento diferencial.
   C. La gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión de competencias.
   D. La gestión del conocimiento basada en la globalización.

6. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la estandarización de tasas de mortalidad por edad es correcta:
   A. La estandarización por edad permite la comparación de las tasas de mortalidad entre poblaciones con diferentes niveles de envejecimiento.
   B. El método que se utiliza más frecuentemente es el indirecto.
   C. El método directo es de elección cuando queremos estandarizar las tasas de mortalidad en poblaciones de pequeño tamaño.
   D. El método directo se utiliza en los casos en que desconocemos las tasas de mortalidad específicas por edad de la población cuyas tasas queremos estandarizar.

7. Cuál de las siguientes no es una característica de los estudios de casos y controles:
   A. Son estudios observacionales
   B. El criterio de selección de los sujetos es la presencia o no de enfermedad
   C. Son estudios longitudinales
   D. Son estudios prospectivos

8. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre pruebas diagnósticas es correcta:
   A. El valor predictivo positivo aumenta cuando la prevalencia de la enfermedad aumenta.

B. La sensibilidad es la probabilidad de que un individuo sano tenga la prueba positiva.
C. El valor predictivo negativo es la probabilidad de que un individuo enfermo tenga la prueba negativa.
D. Los valores predictivos no dependen de la prevalencia de la enfermedad.

9. ¿Cuál de los siguientes estudios son los que aportan mayor evidencia científica?:
   A. Los meta-análisis de estudios observacionales
   B. Los estudios de cohortes
   C. Los ensayos clínicos aleatorizados y controlados
   D. Los estudios de casos y controles

10. Cuál de estas medidas no es una medida de centralización:
   A. Media
   B. Mediana
   C. Moda
   D. Rango o recorrido.

11.- En cuanto a la exploración física del adolescente ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

A) El tiempo que se le dedica debe ser igual que a un escolar
B) No es importante el aislamiento y la confidencialidad
C) Es obligado el examen rectal
D) Debe de realizarse en compañía de una tercera persona

12.- Niño de 3 años de edad no inmunizado de recuerdo de triple vírica con un peso de 14 kgs, acude a su consulta a revisión tras presentar una crisis aguda de asma. Se le prescribieron esteroides orales a 1mg/k/día hace cinco días. ¿Cual de las siguientes respuestas le parece más correcta?

A) Suspendería bruscamente el tratamiento
B) Está contraindicado la administración de vacuna de virus vivos
C) Suspendería paulatinamente el tratamiento
D) Administraría omeprazol como protector gástrico

13.- Respecto a las cefalosporinas de segunda generación señale lo falso:

A) Son activas contra Stafilococos meticilin sensibles
B) Algunas de ellas son activas frente a Mycoplasma
C) Son activas para gram positivos
D) Son activas para Haemophylus Influenzae

14.- A la evidencia obtenida a partir de estudios de cohortes se le denomina:

A) I
B) II-1
C) II-2
D) III

15.- Acuden a su consulta unos padres preocupados porque su hijo de 15 días de vida realiza una deposición cada 48 horas. Esta alimentado con lactancia materna exclusiva. Expulsión de meconio las primeras 48 horas de vida. ¿Que haría?

A) Suspendería lactancia materna y aconsejaría fórmula artificial antiestreñimiento
B) Aconsejaría seguir con lactancia materna y tratamiento con sulfato de magnesio.
C) Aconsejaría lactancia con hidrolizado parcial de proteínas para regular el hábito intestinal
D) Tranquilizaría a los padres, pues a esta edad el patrón defecatorio es cambiante y puede ser normal

16.-Todas los enunciados excepto uno son indicación de las formulas de soja

A) Galactosemia
B) Hijos de padres vegetarianos
C) Intolerancia a proteínas de leche de vaca con afectación intestinal
D) Alergia a proteínas de leche de vaca mediada por IgE

17.- Acude la Policía Municipal a su Centro de Salud con un lactante que han encontrado en la calle aparentemente abandonado. Ud práctica una primera exploración en la que no aprecia nada patológico, pero le piden que dictamine la edad el lactante. Ud solicita una Rx de miembros y se encuentra con lo siguiente: osificación del fémur distal, tibia proximal y la cabeza del húmero. ¿La edad aproximada sería?

A) 1 mes
B) 2 meses
C) 3 meses
D) 4 meses

18.- En cuanto al Test de Denver (DDS-II) es cierto:

A) Es utilizado como cribado de retraso psicomotor
B) Es un excelente test para diagnóstico de retraso psicomotor
C) Es un test complejo y laborioso que precisa de 30-45 minutos para su ejecución
D) Su aplicación es especialmente útil en niños mayores de 2 años

19.- En los afectos de Síndrome Down se recomienda entre otras medidas preventivas:

A) Realizar TSH de forma seriada a partir del año de edad
B) Realizar Rx lateral de cuello entre los 7-9 años de edad
C) Realizar Anticuerpos antitransglutaminasa e IgA entre los 2 y 4 años
D) A y B son cierta

20.- Entre las patologías prevalentes en los inmigrantes de la zona del Magreb se encuentra una de las siguientes:

A) Drepanocitosis
B) Beta talasemia
C) Paludismo
D) Enfermedad de Chagas

21.- En cuanto a la separación de los niños de sus padres es cierto:

A) Se produce una respuesta homogénea a cualquier edad.
B) Los niños en edad preescolar suelen responder con trastorno del apetito y del sueño
C) Los niños escolares suelen responder con manifestación de rabia y pensamientos mágicos sobre la reconciliación de los padres
D) Los adolescentes suelen responder con depresión evidente o sentimiento de culpa

22.- Acude a su consulta una madre preocupada porque su hija de 10 días de vida presenta tumefacción de mama izquierda con secreción blanquecina. ¿Qué haría ud?

A) Aplicaría mupirocina tópica
B) Tranquilizaría a la madre, explicándole que es algo fisiológico y que regresará en unos días espontáneamente
C) Recomendaría tratamiento con antibióticos orales para evitar una mastitis
D) Derivaría a endocrinología Infantil para valoración

23.- Respecto a la aftosis oral recurrente es cierto:

A) Es mas frecuente en niños que en niñas
B) El tratamiento consiste en esteroides tópicos y medidas sintomáticas
C) El diagnóstico de confirmación se establece por la clínica
D) El diagnóstico de confirmación se establece por la histología

24.- Lactante de 2 meses de edad con antecedentes de regurgitaciones frecuentes, acude a la consulta por llanto con las tomas, rechazo del alimento, movimientos de cabeceo y de extensión de tronco y cuello. A la exploración destaca curva de peso perezosa. Alimentación con lactancia artificial. ¿Qué actitud tomaría?

A) Tratamiento postural, procinéticos y fórmulas lácteas espesantes
B) Tratamiento postural, procinéticos, antisecretores y fórmulas lácteas espesantes
C) Tratamiento postural, procinéticos, y antisecretores
D) Tratamiento postural, aumento del número de tomas y procinéticos

25.- Lactante de 2 meses de edad que a las 48 horas de introducción de alimentación con fórmula adaptada comienza con deposiciones blandas, en número de siete al día, las cuatro últimas con abundante sangre roja, no vómitos, ni afectación del estado general. Buena ganancia ponderal. En la analítica sanguínea destaca eosinofliia, hipoalbuminemia con hemograma e IgE específica normales. ¿Que actitud tomaría?

A) Corticoides tópicos ante la posibilidad de fisura anal
B) Recomendaría leche exenta de lactosa
C) Administrar Hidrolizado extenso de proteínas con reevaluación posterior a las 48 horas
D) Derivarlo al Hospital para estudio por rectorragia

26.- Niña de 10 años que acude a su consulta por presentar lesión eritematoescamosa pruriginosa ovalada de 4 cms de inicio en región subclavicular izquierda, con extensión en días sucesivos a todo el tórax y raíz de miembros. No presenta fiebre ni síntomas constitucionales. ¿Que tratamiento aplicaría?

A) Esteroides tópicos
B) Antihistamínicos anti H1 orales de primera generación
C) Antihistamínicos anti H1 orales de última generación
D) A y C son correctas

27.- Niño de 4 años con lesión eritematoescamosa en cuero cabelludo con exudado amarillento de varios días de evolución, no pruriginosa con alopecia en el lugar de la lesión. Ha sido tratado previamente con esteroides tópicos sin mejoría. ¿Que tratamiento aplicaría?

A) Ketoconazol tópico
B) Griseofulvina oral durante 4-8 semanas y ketoconazol tópico
C) Griseofulvina oral durante 4-8 semanas y esteroides orales durante 7 días
D) Griseofulvina oral durante 4-8 semana

28.- Niño de 8 meses de edad que presenta desde los cuatro meses lesiones eritematosas, escamosas en mejillas, cuero cabelludo y de forma dispersa en el tronco y miembros. Esta inquieto y se rasca con frecuencia. ¿Cual sería de entre los enumerados el tratamiento de elección?

A) Esteroides tópicos de mediana-baja potencia y cremas emolientes
B) Inmunomoduladores y cremas emolientes
C) Esteroides tópicos de mediana-baja potencia, cremas emolientes y antihistamínicos anti H1 orales de primera generación
D) cualquiera de las anteriores es correcta

29.- Niña de 9 años sana con antecedentes personales y familiares sin interés, que acude a su consulta por presentar miedo intenso a presentar enfermedad meningocócia generalizada a raíz de la muerte de una amiga del colegio por esta enfermedad. Se lava constantemente las manos y obliga a sus hermanas y padres a hacer lo mismo rompiendo en crisis de ansiedad si no lo realizan. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece más acertado?

A) Trastorno obsesivo compulsivo
B) Psicosis maníaco depresiva
C) Esquizofrenia
D) Psicosis aguda

30.- De entre los parámetros siguientes ¿Cuál es el más sensible para cribaje de anemia ferropénica?

A) VCM
B) Hemoglobina
C) Hierro sérico
D) RDW/ADE

31.- Se define el síndrome metabólico en el niño como:

A) Perímetro de la cintura ≥p90, glucemia ≥ 110 mg/dl en ayunas
B) Perímetro de la cintura ≥p90, glucemia ≥ 110 mg/dl en ayunas, triglicéridos ≥ 110 mg/dl, c-LDL ≥ 130 mg/dl
C) Perímetro de la cintura ≥p90, glucemia ≥ 110 mg/dl en ayunas, triglicéridos ≥ 110 mg/dl, c-HDL <40 mg/dl, Tensión arterial ≥ p90
D) Perímetro de la cintura ≥p90, glucemia ≥ 110 mg/dl en ayunas, triglicéridos ≥ 110 mg/dl, c-LDL ≥ 130 mg/dl. Tensión arterial ≥ p90

32.- Niña de 12 años con sobrepeso que acude a la consulta por dolor de rodilla y cadera izquierda con marcha en rotación externa desde hace 2 meses. A la exploración resalta limitación de rotación interna y de abducción con pie en rotación externa. ¿Que entidad clínica le sugiere con mayor probabilidad?

A) Enfermedad de Perthes
B) Epifisiolísis de cabeza femoral
C) Sinovitis transitoria de cadera
D) Artrosis de cadera

33.- Niña de 12 años que acude a la consulta por que su made le ha notado una tumoración en región supraclavicular, no sabe precisar desde cuando. Está asintomática. No presenta síntomas constitucionales, el peso y la talla son normales A la exploración destaca tumoración supraclavicular izquierda de consistencia mediana, no desplazable, no dolorosa de 5 cms de diámetro, resto normal. ¿Cuál es el diagnostico más probable?

A) Linfoma de Hodgkin
B) Adenitis bacteriana
C) Mononucleosis infecciosa
D) Adenitis tuberculosa

34.- Niño de 10 años que con motivo de un cuadro de anorexia se le realiza un hemograma con el siguiente resultado: Hematíes 5.600.000/mm^3, Hematocrito: 33%. Leucocitos: 9560/mm^3 (neutrófilos 56%, Linfocitos 34%, Monolitos 7%, eosinófilos 3%). Hemoglobina: 11 gr/dl. VCM: 68fl. ADE: 11. La madre comenta que el padre del niño ha sido estudiado por anemia. ¿Cuál de las siguientes pruebas resultaría más útil para el diagnóstico?

A) Estudio de sangre oculta en heces
B) Sideremia
C) Determinación de la Hb A_2 en sangre periférica
D) Determinación de Pb en sangre periférica

35.- En cuanto a la exploración de los niños todas las afirmaciones son ciertas excepto :

A) El tamaño optimo del manguito para medir la presión sanguínea es el que cubre 2/3 de la longitud que hay entre la fosa antecubital y el acromion
B) La frecuencia respiratoria en un lactante es de 15-25 rpm
C) La temperatura corporal debe determinarse en el recto en niños menores de 3 años
D) El estrabismo se detecta empleando el reflejo pupilar (Hirschberg y la prueba de oclusión (Cover test)

36.- Entre las siguientes afirmaciones sobre los Macrólidos todas son ciertas excepto:

A) Se comportan como bactericidas ó bacteriostaticos
B) No se deben administrar junto con alimentos puesto que retrasan su absorción
C) Son poco activos contra Streptococo Pyogenes
D) Los nuevos macrólidos poseen mejor tolerancia y farmacocinética

37.- Acude a su consulta un RN de 2 días de vida con estridor inspiratorio que no le produce cianosis, que aumenta al acostarlo en posición prona y con el cuello flexionado. Qué diagnóstico le sugiere?

A) Estridor laringeo congénito
B) Atresia laringea
C) Parálisis de las cuerdas vocales
D) Síndrome de Pierre Robin

38.- Entre las características del cefalohematoma y el caput sucedaneum solo hay una cierta:

A) El caput subcedaneum es subperiostico
B) El cefalohematoma es subaponeurótico
C) Las lineas de sutura delimitan la extensión del caput
D) La piel en el cefalohematoma es normal mientras que el caput pude mostrar petequias

39.- Sobre la alimentación complementaria, señale la respuesta falsa:

A) No debe introducirse antes de los 4 meses
B) No debe retrasarse mas allá de los 6 meses
C) A los 6 meses de edad la alimentación complementaria debe proporcionar mas del 60 % del aporte energético
D) Las espinacas y acelgas pueden dar lugar a metahemoglobinemias en los lactantes pequeños

40.- En cuanto al desarrollo del habla y el lenguaje todo es cierto excepto:

A) A los 12 meses comienza a decir sus primeras palabras
B) A los 18 meses puede aún no combinar dos palabras
C) A los 4 años utiliza frases completas
D) A los 5 años el niño ha desarrollado la mayoría de los conceptos del lenguaje y ha desarrollado totalmente las actitudes de pronunciación

41.- En cuanto al seguimiento del niño prematuro se deben seguir las siguientes pautas excepto:

A) Administración de hierro oral después de las 4 semanas
B) Desde los 15 días 400 u/ día de Vit. D
C) Se deben aportar ácidos grasos poliínsaturados de cadena larga
D) Se le aplicará en todos el mismo esquema vacunal de los recién nacidos a termino con la edad corregida

42.- Entre los motivos banales que podemos encontrar en la consulta están los siguientes excepto:

A) Tartamudez en un niño de 4 años
B) Tícs desde hace 1 mes
C) Sinéquias de labios menores
D) Testículo no descendido en un niño de 1 año de edad

43.- En cuanto a la Sarna todo es cierto excepto:

A) Esta producida por el sarcoptes scabiei variedad hominis
B) El tratamiento consiste en la aplicación de permetrina al 10% durante 3 días.
C) El parásito avanza poniendo huevos durante 1-2 meses que dura su ciclo vital
D) El surco acaríno corresponde al camino seguido por el parasito dentro de la piel

44.- La enfermedad de Hisprung presenta un dato patognomónico, cuál es?:

A) Encoprésis
B) Heces caprinas
C) Retraso en la evacuación de meconio.
D) Ausencia del reflejo ano-rectal inhibidor

45.- El fenómeno de Koebner es:

A) La capacidad que tienen ciertas dermatosis de reproducir sus lesiones específicas en la piel sana al aplicar sobre ellas un traumatismo
B) La capacidad que tienen ciertas dermatosis de ser observadas si se presionan con un cristal
C) El despegamiento epidérmico de la piel perilesional de las enfermedades ampollosas
D) Ninguna de las anteriores

46.- En relación a la corticoterapia tópica, señale la respuesta incorrecta:

A) La hidrocortisona al 1% es considerado un corticoide de baja potencia
B) Los corticoides fluorados son los corticoides más potentes
C) Entre los efectos locales destaca la atrofia epidérmica y dérmica
D) El fenómeno de la taquifilaxia obliga a utilizar un corticoide de menor potencia que el utilizado anteriormente

47.- Para calcular la talla diana de una niña utilizamos:

A) (Talla padre + Talla madre - 13) / 2
B) (Talla padre + Talla madre +13) / 2
C) (Talla padre - Talla madre - 13) / 2
D) (Talla padre-Talla madre + 13) / 2

48.- El primer signo de desarrollo sexual en los varones es:

A) Aparición de la pilosidad púbica
B) Aumento del tamaño del pene
C) Aparición de las primeras eyaculaciones
D) Aumento de volumen de los testículos

49.- En una comunicación interauricular (CIA) señale el dato falso

A) El defecto suele ser un foramen oval permeable
B) Los defectos del tipo ostium secumdum , localizados en la zona de la fosa oval son la forma mas frecuente de CIA
C) La mayoría de los casos son esporádicos aunque puede existir herencia autosómica dominante en el contexto del síndrome de Holt-Oram
D) Rara vez produce insuficiencia cardiaca clínica evidente en la infancia incluso en CIA tipo ostium secundum de gran tamaño

50.- Las causas de cojera más comunes entre los 4 a 10 años son las siguientes, excepto:

A) Enfermedad de Perthes
B) Sinovitis de cadera
C) Deslizamiento de la epífisis de la cabeza femoral
D) Artritis crónica juvenil

51.- En relación a la luxación de cadera todo es cierto excepto:

A) El diagnostico precoz de la luxación de cadera es fundamental para conseguir una cadera normal
B) La maniobra de Barlow positiva indica una cadera reductible
C) Las deformidades del pie y el oligoamnios influyen en la producción de una luxación
D) Ambas maniobras: Barlow y Ortolani si son positivas precisan tratamiento

52.- Entre las siguientes patologías hay una que no evoluciona hacia la curación espontánea:

A) Enfermedad de Osgood-Schlatter
B) Enfermedad de Köhler
C) Enfermedad de Sever
D) Enfermedad de Scheuermann

53.- Uno de los siguiente ítems no forma parte de la escala de YIOS

A) Perfusión
B) Afectividad
C) Hidratación
D) Nivel de actividad

54.- Sobre los antitérmicos todo es cierto excepto

A) El paracetamol no debe sobrepasar la dosis de 90 mg /Kg/día
B) Los efectos secundarios del ibuprofeno son hemorragia digestiva y nefrotoxicidad
C) Se deben realizar medidas generales (hidratación, poca ropa...) como tratamiento de la fiebre.
D) En general, es preferible la alternancia de antitérmicos a utilizar un solo tipo de ellos

55.- Entre los criterios de calidad del Proceso Otitis media (OM) se encuentran los siguientes excepto:

A) Se deben utilizar analgésicos y antitérmicos para el control de los síntomas en el manejo de los niños con OM aguda
B) Si esta indicada la antibióterapia , la amoxicilina debe ser el fármaco de primera elección cuando no existan contraindicaciones
C) En la OM recurrente se debe realizar estudio inmunológico
D) Se debe realizar una impedanciometría antes del mes en niños con OM secretora

56.- Los niños deben ser excluidos de la guardería en todas las siguientes ocasiones menos:

A) Faringitis estreptocócica hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento
B) Piojos de la cabeza (pediculosis), hasta después del primer tratamiento
C) Exantema sin fiebre y sin alteraciones de la conducta
D) Diarrea ó deposiciones que contienen sangre ó moco

57.- Son contraindicaciones absolutas para cualquier deporte, todas las siguientes respuestas menos:

A) Fiebre
B) Diarrea
C) Epilepsia
D) Asma mal controlado

58.- Respecto a las endotropías acomodativas, señale la falsa:

A) Comienza a los 3-4 años
B) Comienza de manera intermitente
C) Suele asociarse con hipermetropía
D) No suele producir ambliopía

59.- La disfunción ciliar primaria se hereda con un patrón:

A) autosómico recesivo
B) autosómico dominante
C) recesivo ligado al cromosoma X
D) no es hereditaria

60.- ¿Cuál es el único tratamiento que se ha mostrado eficaz en las bronquiolitis?:

A) Oxigeno
B) Corticoides sistémicos
C) Agonistas ß2
D) Anticolinérgicos

61.- ¿Qué patrón de la espirometría se considera patrón oro en la infancia por su reproducibilidad?:

A) CVF
B) FEV1
C) FEF25-75%
D) FEV1/CVF

62.- Si al auscultar a un niño usted escucha un desdoblamiento amplio y fijo del 2º ruido en que cardiopatía pensaría:

A) Estenosis pulmonar
B) Comunicación interauricular
C) Comunicación interventricular
D) Estenosis aórtica

63.- De acuerdo con el proceso Anemias ¿cuándo no estaría indicado la prevención secundaria de anemia en niños menores de 5 años?:

A) Niños alimentados con lactancia materna exclusiva después de los 4 meses de edad
B) Prematuros y nacidos con bajo peso con sospecha carencial
C) Niños pertenecientes a familias en situaciones de desigualdad socioeconómica y cultural
D) Niños con procesos infecciosos de repetición

64.- De las siguientes afirmaciones sobre cómo se comprueba la eficacia del tto con hierro en las anemias ferropénicas según el proceso Anemias, sólo una es cierta:

A) Verificación de la elevación de los niveles de hemoglobina tras dos semanas de tto
B) Control de reticulocitos a los 10 días de iniciado el tto
C) Control de la elevación de los niveles de hemoglobina a los dos meses del tto
D) Controles sucesivos cada 6 meses durante el primer año

65.- ¿Cuál de las siguientes no es una epilepsia propia de la 2ª infancia?:

A) Epilepsia mioclónica severa de la infancia
B) Epilepsia parcial benigna con paroxismos rolándicos
C) Epilepsia parcial benigna con paroxismos occipitales
D) Epilepsia-ausencia infantil

66.- ¿Qué fármaco no estaría indicado como profilaxis en las migrañas en un niño con antecedentes de asma?:

A) Ciproheptadina
B) Flunaricina
C) Propranolol
D) Amitriptilina

67.- Señale cuál de las siguientes no es indicación de amigdalectomía según el proceso cínico amigdalectomía-adenoidectomía:

A) Ocurrencia de tres o mas episodios de dolor de garganta al año
B) Síntomas que persisten al menos un año
C) Los dolores de garganta son debidos a amigdalitis agudas bacterianas
D) Los episodios de dolor de garganta son incapacitantes

68.- ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de Ottawa para valorar la necesidad de petición de radiografía en el esguince de tobillo?:

A) Imposibilidad de caminar o sostener su peso
B) Dolor a la palpación en maleolo interno y externo
C) Edema o derrame del tobillo
D) Dolor a la presión sobre 5º metatarsiano y/o escafoides

69.- Un niño de 4 años ha sufrido un accidente de tráfico, saliendo despedido por la ventanilla del automóvil. Usted ve el accidente y acude a auxiliarle, ¿cuál es la primera maniobra que debe realizar?:

A) Examinar la boca del niño por si hubiera cuerpos extraños
B) Comprobar si responde al llamarle o tocarle
C) Iniciar ventilación boca a boca
D) No moverle de la postura en que esté hasta que llegue personal especializado

70.- Indique cuál de las siguientes indicaciones de quimioprofilaxis antimeningocócica es falsa:

A) Personas que hayan pernoctado en la misma habitación del caso índice los 10 días precedentes a su hospitalización
B) Personas que no viven en el mismo domicilio pero que han tenido contactos próximos y repetidos los 10 días anteriores al ingreso
C) Alumnos de centros escolares(primaria y secundaria)un caso en un aula todos los alumnos del aula
D) Alumnos de centros escolares(primaria y secundaria)dos casos en dos aulas distintas, todos los alumnos y personal del centro

71.- A todos los menores de 16 años en contacto con adultos sospechosos de tuberculosis y con una prueba de tuberculina negativa ¿Cuánto tiempo se aconseja el tratamiento con isoniacida antes de repetir la prueba de la tuberculina?:

A) Durante 6 semanas
B) Durante 10 semanas
C) Durante 12 semanas
D) Durante 24 semanas

72.- ¿Cuál es correcta en relación con la desfibrilación semi-automáticos en niños?:

A) No se utilizarán los aparatos diseñados para adultos
B) Los dispositivos atenuadores de dosis son ideales para los niños entre 1 y 8 años
C) Sólo se utilizarán aparatos que descarguen ondas monofásicas
D) Los dispositivos atenuadores de dosis solo se emplearan en los menores de 1 año

73.- Sobre la realización del prick-test :

A) Si el niño está tomando difenhidramina se dejará de tomar el mismo día de realización de la prueba
B) El tratamiento con Ketotifeno se suspenderá una semana antes de la prueba
C) No es necesario suspender los antidepresivos tricíclicos
D) Los corticoides sistémicos a dosis de 30 mg / día de prednisona o equivalente en pauta corta no inhiben la reacción

74.- Con respecto a la IgE:

A) El aumento de la IgE sérica no es patognomónico de enfermedad alérgica
B) En el asma extrínseco sus niveles siempre están aumentados
C) La administración de salbutamol y de corticoides inhalados modifica sus niveles
D) Siempre existe correlación positiva entre los niveles de IgE sérica y la presencia de pruebas cutáneas positivas

75.- ¿Cuál es la manifestación clínica menos característica de la insuficiencia cardiaca del lactante?:

A) Hepatomegalia
B) Taquicardia
C) Hipersudoración
D) Edemas maleolares

76.- Observa los valores obtenidos en varios estudios hematológicos de diferentes niños y piensa cual es mas probable que presente una anemia:

A) Niño de 15 días de vida con una hemoglobina de 12 g/dl, un hematocrito de 40%, un 2 % de reticulocitos y un VCM de 97fl
B) Niño de 3 meses con una hemoglobina de 9,5 g/dl, un hematocrito de 33%, un 1 % de reticulocitos y un VCM de 80fl
C) Niño de 12 meses con una hemoglobina de 12 g/dl, un hematocrito de 35%, un 1 % de reticulocitos y un VCM de 75fl
D) Niño de 10 años con una hemoglobina de 12 g/dl, un hematocrito de 40%, un 1 % de reticulocitos y un VCM de 97fl

77.- Las crisis de ausencias las clasificaríamos dentro de la clasificación internacional de las crisis epilépticas:

A) Crisis parcial simple motora
B) Crisis parcial simple psíquica
C) Crisis generalizada
D) Espasmos infantiles

78.- La epilepsia parcial benigna de la infancia con paroxismos rolándicos:

A) Se acompaña de déficit neurológico e intelectual.
B) Tiene mal pronóstico, ya que en la mayoría de los casos continúan en la edad adulta aumentando la intensidad y frecuencia de las crisis
C) La exploración neurológica es habitualmente patológica
D) El EEG presenta actividad paroxística de puntas focales en zona centro temporal que aumentan en el sueño no REM

79.- La definición de obesidad infantil se basa en

A) En la medición de los pliegues cutáneos
B) El índice de masa corporal (IMC) pero hay que compararlo con unas tablas de referencia para la edad y el sexo.
C) El índice de masa corporal: si este es superior a 30 Kg. /m 2, si esta entre 25-29,9 Kg. /m 2 hay un sobrepeso
D) En la medición del perímetro abdominal

80.- Llega a tu consulta un niño de 12 meses (nacido en Octubre del 2006) que interrumpió su vacunación y solo se le ha administrado la 1º dosis de hepatitis B y las vacunas de los 2 meses. ¿Qué harías respecto al calendario corrector?

A) Empezar de nuevo con la vacuna de los 2 meses (DTPa, VPI; HB, Hib, MenC) y a las 4 semanas le pondría la de los 4 meses (DTPa, VPI; Hib, MenC) y a las 4 semanas siguientes la de los 6 meses (DTPa, VPI; HB, Hib, MenC) A los 15 meses le pondría la TV

B) Se le administrarían DTPa, VPI; HB, Hib, Men C y a las 4 semanas repetiría DTPa, VPI; Hib, Men C. A los 15 meses continuaría con el calendario normal de vacunaciones.

C) Hay que comenzar a vacunar de nuevo empezando por la primera dosis de hepatitis B y a las 4 semanas le pondría DTPa, VPI; HB, Hib, Men C , a las 4 semanas siguientes DTPa, VPI; Hib, Men C y al mes siguiente DTPa, VPI; HB, Hib, Men C.

D) Esperaría a los 15 meses y le pondría TV, DTPa, VPI; HB, Hib, Men C después continuaría a los 2 meses con DTPa, VPI; HB, Hib, Men C.

81.- ¿Cuál de los siguientes trastornos no estaría asociado a oligohidramnios?

A) Agenesia renal.

B) Hipoplasia pulmonar.

C) Retraso del crecimiento intrauterino.

D) Atresia duodenal.

82.- En cuanto al Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), que señalaría como incorrecto:

A) Los niños que duermen de lado tienen el mismo riesgo de morir de SMSL que los que duermen en supino.

B) Existe una importante asociación entre la exposición intrauterina y postnatal al tabaco y el riesgo de SMSL

C) Es más frecuente en prematuros y RN con bajo peso al nacer.

D) El mayor riesgo de SMSL se produce entre 1-4meses de edad y la mayor parte de los pacientes mueren antes de los 6 meses.

83.- En qué circunstancias no se recomienda cribado lipídico selectivo en niños y adolescentes, según las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de promoción de la Salud (PAPPS):

A) Padre o madre con colesterol total >200mg/dl.

B) Antecedente de enfermedad cardiovascular prematura en los abuelos.

C) Si existen datos asociados de HTA.

D) Si existen datos asociados de Obesidad y Diabetes Mellitas.

84.- En relación a los principios de inmunización de personas que conviven con pacientes inmunodeprimidos, señale la respuesta incorrecta:

A) Debe evitarse la administración de la vacuna oral de poliovirus atenuados (VPO).
B) Todos los miembros de la familia, convivientes domiciliarios, deben ser inmunizados con la vacuna triple vírica para evitar la exposición del paciente.
C) Todos los convivientes, adultos y niños, deben ser vacunados anualmente frente a la gripe.
D) Las personas susceptibles a la varicela que tienen un contacto estrecho con pacientes inmunodeprimidos no deben ser inmunizados frente a esta enfermedad.

85.- En relación a la discapacidad específica para la lectura (dislexia), señale la opción falsa:

A) La dislexia es la discapacidad del aprendizaje más frecuente, con naturaleza familiar y hereditaria.
B) Existe un planteamiento laborioso e inadecuado para la descodificación, el reconocimiento de palabras y la lectura de textos.
C) En estos niños también están alterados el vocabulario, la sintaxis y otras habilidades de orden superior que intervienen en la comprensión.
D) Muchos niños identificados como disléxicos durante los años de educación primaria, presentaron dificultades en los juegos de rimas y en el aprendizaje de los nombres de las letras y números.

86.- Cuál de los siguientes patrones de las quemaduras sugiere malos tratos infantiles:

A) Escaldaduras en un lado de la cara, cuello y hombro.
B) Quemaduras en la palma de la mano.
C) Distribución en guante de las quemaduras (ambas manos y muñecas).
D) Quemaduras en la pantorrilla y muslo de una pierna.

87.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos no es habitual en el Síndrome Nefrótico?

A) Proteinuria superior a 40mg/m2/h.
B) Niveles séricos elevados de colesterol y triglicéridos.
C) Albúmina sérica menor de 2.5gr/dl.
D) Niveles de C3 y C4 disminuidos.

88.- Según la últimas recomendaciones del Grupo de trabajo para el Consenso sobre Tratamiento del Asma Infantil de la AEP, cuál sería el tratamiento de mantenimiento de elección en un niño de 8 años diagnosticado de asma episódica frecuente:

A) Glucocorticoides inhalados a dosis bajas.
B) Antagonistas de los receptores de los leucotrienos.
C) Glucocorticoides inhalados a dosis media.
D) Glucocorticoides inhalados a dosis baja más agonista beta dos adrenérgico de larga acción.

89.- La migraña común o sin aura: Señale la respuesta falsa:

A) Es el tipo de migraña más importante y frecuente en la población infantil Las niñas desarrollan migraña común sobre todo en la adolescencia, mientras que los niños son el grupo mayoritario entre los menores de 10 años con cefaleas migrañosas.
B) La distorsión de la imagen corporal puede predominar como preludio de una cafalea migrañosa común.
C) Los niños en edad escolar con migraña común refieren con mayor frecuencia dolor en la nuca, en el abdomen, en la espalda u otalgia que los que tienen una cefalea no migrañosa.
D) La migraña común en los niños, suele ir acompañada de náuseas y vómitos, y también puede existir palidez extrema, fotofobia, mareo, osmofobia y parestesias en las manos y en los pies.

90.- En relación a los patrones del sueño en los niños, señale la respuesta falsa:

A) En los niños de 0 a 3 meses, existen períodos de sueño de 1 a 4 horas seguidos de períodos de 1 a 2 horas de vigilia.
B) Los que reciben lactancia materna tienen períodos de sueño más cortos.
C) La diferenciación día/noche aparece entre las 4 y 6 semanas.
D) En los niños de 1-3 años aparecen los terrores nocturnos; los objetos transicionales y las rutinas al acostarse son importantes.

91.- En la talla baja familiar idiopática, señale la respuesta falsa:

A) Talla baja igual o inferior al P3 para la edad cronológica y la edad ósea.
B) Crecimiento normal, entre el P3 al P10. o incluso inferior al P3. Velocidad de crecimiento igual o inferior al P25, sólo en escasas ocasiones se mantiene ligeramente por encima del P25.
C) La pubertad aparece retrasada, y el "estirón" no es tan intenso como el de la población media.
D) Su predicción de Talla adulta da resultados inferiores al P3.

92.- En cuanto a la Tiroiditis Linfocitaria Autoinmune, señale la opción falsa:

A) Es la causa más frecuente de enfermedad tiroidea en niños y adolescentes. Es también la causa más frecuente de hipotiroidismo adquirido, con o sin bocio.

B) La presencia en sangre de anticuerpos antiperoxidasa tiroidea es patognomónico de la tiroiditis linfocitaria autoinmune.

C) Es más frecuente en niñas y durante la adolescencia. La mayoría de los niños afectados son clínicamente eutiroideos y están asintomáticos.

D) La incidencia en los hermanos o los padres de los niños afectados puede ser del 25%.

93.- En niños obesos el índice de masa corporal se asocia a un aumento de las siguientes sustancias, excepto una:

A) LDL-c.

B) Apo-B.

C) Triglicéridos.

D) Apo-A.

94.- En relación a la pubertad precoz, señale la respuesta falsa:

A) La pubertad precoz se define como la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años de edad en las niñas y los 9 años en los niños.

B) La pubertad precoz verdadera, dependiente de gonadotropinas, es siempre isosexual y tiene su origen en la activación hipotalámico-hipofisario-gonadal.

C) En las niñas y niños con pubertad precoz verdadera, la altura, el peso y la maduración ósea están avanzados, pero la talla final se iguala a la esperada.

D) La pubertad precoz verdadera puede ser secundaria a lesiones cerebrales orgánicas y al hipotiroidismo prolongado y no tratado.

95.- En cuanto a la Parálisis Cerebral (PC), señale la respuesta falsa:

A) La parálisis cerebral es la forma más frecuente de discapacidad crónica motora de inicio en la infancia.

B) La mayor parte de los niños con PC nacen pretérminos y de partos complicados.

C) La exposición intraútero a infecciones maternas se asocia con un aumento significativo del riesgo de PC en lactantes.

D) La prevalencia de PC en los recién nacidos de bajo peso al nacer es alta, sobretodo en los que tienen un peso inferior a 1000g, principalmente a causa de hemorragia intracerebral y leucomalacia periventricular.

96.- En relación a la Leucemia Linfoblástica aguda (LLA) en la edad pediátrica, señale la respuesta falsa:

A) Es el tipo de leucemia más frecuente en la edad pediátrica, con una incidencia máxima entre los 2 y 6 años.
B) Cuando un gemelo enferma con leucemia, el riesgo de su gemelo idéntico puede llegar a ser del 100%, si se ha desarrollado en el primer año de la vida.
C) Afecta con mayor frecuencia a niños con determinados trastornos cromosómicos (Sde de Down, Sde de Bloom, ...)
D) Tiene mejor pronóstico cuando afecta a niños mayores de 10 años y el recuento leucocitario es > 50.000.

97.- En cual de las siguientes patologías del canal inguinoescrotal sería necesaria la indicación de intervención quirúrgica al diagnóstico:

A) Hernia inguinal indirecta.
B) Criptorquidia intraabdominal.
C) Quiste de cordón.
D) Ectopia testicular.

98.- La criptorquidia se define como la imposibilidad de encontrar uno o ambos testículos en el escroto. Señale la respuesta falsa.

A) El 30% de los lactantes varones prematuros presenta una criptorquídia unilateral; la incidencia en los recién nacidos a término es del 3-4%.
B) La mayoría de los testículos criptorquídicos descienden espontáneamente durante los primeros 3 meses de vida, y el que no ha descendido a los 6 meses, ya no lo hará.
C) Los testículos criptorquídicos suelen estar en el conducto inguinal. Algunos testículos son intraabdominales.
D) El testículo criptorquídico está alterado histológicamente al nacer, y existe un riesgo de tumor maligno 10 a 20 veces superior al existente en la población normal.

99.- Las alteraciones musculoesqueléticas son las causas más frecuente de dolor torácico en los niños, señale la opción falsa:

A) La etiología más común son los traumatismos leves. Contusiones benignas accidentales o sobrecargas musculares
B) La costocondritis es una inflamación de las uniones condrocostales o condroesternales. Se relaciona con el ejercicio intenso. Es característico el dolor al palpar las articulaciones afectadas o al respirar profundamente.
C) La punzada de Teixidor o síndrome del pinzamiento es un dolor agudo, punzante, súbito, de unas horas de duración. Se localiza en la región paraesternal izquierda y suele acompañarse de síntomas respiratorios o cardiacos.
D) La pleurodinia epidémica o enfermedad de Bornholm está causada por el virus coxsackie B. Dolor agudo, paroxístico, punzante, que afecta a niños mayores. Suele acompañarse de otros signos de infección vírica.

100.- Según las últimas recomendaciones del Grupo de RCP pediátricas, cuál sería la relación entre masaje cardiaco y ventilación, en un lactante de 11 meses en parada cardiorrespiratoria atendido por un pediatra en el centro de salud:

A) 15/2.
B) 5/1.
C) 30/2.
D) 5/2.

101.- En cuanto a la intoxicación por paracetamol en pediatría cuál de las siguientes respuestas, señalaría como falsa:

A) Es la intoxicación accidental mas frecuente en pediatría
B) En los niños la dosis tóxica es de 150mg/Kg.
C) EL mejor indicador de toxicidad son los niveles plasmáticos realizados después de las 4 horas de la ingestión
D) Si dentro de las primeras 24 horas, el paciente se encuentra clínicamente asintomático, podemos suspender la administración de N-acetilcisteina.

102.- La inducción al vómito en caso de ingestión reciente del tóxico se realiza con jarabe de ipecacuana, señale la falsa:

A) La dosis recomendada es de 10ml en lactantes de 6 a 12 meses.
B) La emésis suele comenzar a los 20-30 minutos de la administración y se consigue en el 90-95% de los casos.
C) Sólo debe utilizarse en la ingestión de cáustico si han pasado menos de 30 minutos.
D) Contraindicado si existe disminución del nivel de conciencia.

103.- Entre las causas de hipoacusia neurosensorial no se encuentra:

A) Síndrome de Alport
B) Síndrome de Patau
C) Hiperbilirrubinemia neonatal
D) S. Treacher Collins

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

SUPUESTO PRÁCTICO A

Lactante varón de 1 mes de vida que acude a la consulta de pediatría del centro de salud, para su primera revisión del Programa de Salud Infantil.
Peso: 5.200 gr. (P90). Talla 58cm (P95) y Perímetro craneal de 39cm. (P90) con fontanela anterior de 3x3.
A la exploración clínica presenta buen estado general, con buena coloración cutánea e hidratación adecuada. A nivel de cráneo y cuello, destaca inclinación de la cabeza hacia la derecha y la barbilla rotada al lado contrario, no palpándose tumoración a nivel cervical.
El resto de la exploración por órganos y aparatos fue normal.
Antecedentes personales: Embarazo controlado. EG: 40semanas. PRN 4.400grs. Parto eutócico prolongado con un test de Apgar 7/9 al minuto y a los 5 minutos respectivamente. Prueba de screening de hipotiroidismo congénito realizada en hospital y de fenilcetonuria en el centro de salud. 1ª dosis de vacuna HB puesta en el hospital.
Antecedentes familiares: Madre de 30 años con epilepsia (ausencias) en tratamiento con ácido valproico y padre sano de 33 años. Hermana de 2 años sana, no abortos conocidos. Sin enfermedades de interés en el resto de los familiares.
Lactancia materna desde el nacimiento.
Se deriva a estimulación precoz para rehabilitación y se cita a los dos meses de vida.

A los dos meses de vida, sigue presentando lateralización cefálica, así como aplanamiento occipital derecho. No sostiene la cabeza en el plano del cuerpo en suspensión ventral, existe retraso de la cabeza al tirar hasta posición sentada; sigue un objeto en movimiento 180º y sonríe cuando se le habla. El resto de la exploración fue normal.
Se decide que continúe en estimulación precoz y se cita para nueva revisión.

A los 4 meses de edad, existe una movilidad adecuada del cuello, persistiendo discreto aplanamiento occipital derecho. En prono levanta cabeza y tórax; en supino predomina postura simétrica, manos en línea media. Sentado, la cabeza no se retrasa al tirar hasta la postura sentada. Cuando se le mantiene erecto empuja con los pies. Ríe fuerte; puede mostrar desagrado si se rompe el contacto social; excitación al ver la comida. El resto de la exploración fue normal.

A los 7 meses de edad acude a consulta por presentar desde hace 24 horas fiebre. Según refiere la madre, la temperatura rectal ha llegado a ser de hasta 40ºC, con llanto e irritabilidad y disminución del apetito. Antecedente de catarro de vías altas desde hacía una semana. Hace 10 días que ha comenzado la guardería.
A la exploración presenta buen estado general con buena coloración de piel y mucosas. Activo y reactivo. Tªrectal 37.5ºC Fontanela 1.5cmx1.5 cm normotensa. ACR Normal. Abdomen blando y depresible, sin masas ni hepatoesplenomegalia. Piel normal. Locomotor: normal. ORL: Rinorrea, hiperemia faringoamigdalar,y otorrea derecha.
Ha seguido revisiones periódicas en control de niño sano y su calendario vacunal se ajusta a las recomendaciones establecidas por la Junta de Andalucía.
Se valora a las 48h y tras la finalización del tratamiento antibiótico, existiendo buena respuesta clínica en las dos ocasiones.

Pasadas dos semanas del inicio del tratamiento antibiótico por la otitis media aguda, acude de nuevo a consulta y la madre refiere que desde hace 3-4 días, nuestro paciente, que ya tiene 8 meses, llora con frecuencia, sobre todo, cuando se le coge . No tiene fiebre, ni otros síntomas acompañantes.

Durante la exploración, está irritable. La otoscopia bilateral es normal. Existe llanto y resistencia a la movilización de extremidad inferior derecha, sobre todo de la abducción y rotación interna. No existen signos inflamatorios asociados en ninguna de las articulaciones exploradas. Se deriva a urgencias, donde se le realiza analítica general, con hemograma, bioquímica elemental y reactantes de fase aguda, con resultado normal, Radiografía de cadera y rodilla derecha, en las que no se evidencian alteraciones significativos. Ecografía de rodilla normal, apreciándose mínimo derrame en la ecografía de cadera derecha. Se pauta tratamiento antinflamatorio y observación domiciliaria.

A las 3 semanas acude de nuevo a consulta, refiriendo la madre que tras haber mejorado del episodio anterior, desde hace 3-4 días, el niño apenas se mueve en la cuna o en el carrito y llora ante cualquier tipo de movilización. A la exploración se observa inflamación, calor y dolor a la palpación en el primer dedo mano izquierda, primer y tercer dedo mano derecha, primer y segundo dedo pie derecho y rodilla derecha.

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

1.- La tortícolis que está presente al nacer puede deberse a los siguientes procesos, excepto uno:

A) Efectos de la posición intraútero (postural).
B) Lesiones traumáticas del ECM.
C) Malformaciones congénitas de la columna cervical.
D) Quiste tirogloso.

2.- Los niños que tienen más riesgo de padecer una tortícolis muscular son todos menos uno:

A) Niños de gran tamaño con partos eutócicos complicados.
B) Partos de nalgas.
C) Niños con displasia de caderas.
D) Partos múltiples.

3.- En relación al test de Apgar, señale la respuesta falsa:

A) Permite identificar a los que necesitan reanimación inmediata y predice la supervivencia en el período neonatal.
B) El índice de Apgar al minuto puede indicar la necesidad de reanimación inmediata y los índices a los 5, 10, 15, 20 minutos indican la probabilidad de que la reanimación del niño resulte satisfactoria.
C) Un índice bajo puede deberse a muchos factores como la inmadurez o la administración de fármacos a la madre durante el parto.
D) El índice de Apgar sirve para predecir el pronóstico del desarrollo neurológico. Está alterado en todos los pacientes que después presentan parálisis cerebral.

4.- ¿Cuál no sería contraindicación absoluta para una madre que quiera lactar al pecho?

A) Niños con galactosemia.
B) Hijos de madres con tuberculosis activa no tratada.
C) Niños cuyas madres están infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana.
D) Madre con infección activa por Virus de Epstein-Barr.

5.- ¿Cuál de los siguientes fármacos contraindicaría la lactancia materna?

A) Bromocriptina.
B) Fenitoina.
C) Acido valproico.
D) Propiltiouracilo.

6.- ¿Qué circunstancias de las siguientes no produce habitualmente persistencia de fontanela anterior grande?

A) Hidrocefalia.
B) Osteogénesis imperfecta.
C) Hipotiroidismo atireótico.
D) Síndrome alcohólico fetal.

7.- Sospechando que nuestro paciente presenta una plagiocefalia occipital posicional, qué hallazgo no deberíamos encontrar en la exploración:

A) Abombamiento de la región occipital contralateral.
B) Pabellón auricular ipsolateral adelantado y descendido.
C) Raiz nasal desviada.
D) Frontal homolateral abombado

8.- La plagiocefalia posicional se puede acompañar de otra serie de lesiones, señale la respuesta falsa:

A) Tortícolis (41%).
B) Macrocefalia moderada (40%).
C) Alteraciones visuales (30%).
D) Cierto grado de retraso psicomotor o dificultades del aprendizaje (19%).

9.- En cuanto al tratamiento de la plagiocefalia postural, señale la respuesta falsa:

A) La mayoría de estos niños pueden curarse con medidas posicionales practicadas por su familia y dirigidas por el pediatra.
B) El tratamiento posicional es fundamentalmente eficaz antes de los 5 meses de edad aproximadamente.
C) La ortesis craneal (cascos o bandas) está indicado en todos los niños en los que no haya sido eficaz el tramamiento postural.
D) La respuesta más idónea a la ortesis craneal se obtiene a partir de los 4-5 meses y hasta un límite de 12 meses.

10.- La craneosinostosis consiste en el cierre prematuro de las suturas craneales, señale la opción falsa:

A) La mayor parte de los casos son evidentes al nacer y se caracterizan por una deformidad del cráneo que se debe a una fusión prematura de las suturas.
B) La palpación de la sutura revela un reborde óseo prominente y la fusión de las suturas puede confirmarse mediante las radiografías simples craneales o mediante tomografía en casos dudosos.
C) La escafocefalia o cierre prematuro de la sutura sagital es la forma más frecuente de craneosinostosis.
D) La fusión prematura de una única sutura, se acompaña con frecuencia de déficit neurológico.

11.- Señale la opción falsa en cuanto a la craneosinostosis:

A) La plagiocefalia occipital por craneosinostosis da lugar a un aspecto trapezoidal del cráneo por abombamiento de la región mastoidea y existe un abombamiento frontal homolateral.
B) La plagiocefalia frontal es más frecuente en niñas y se debe a una fusión prematura de la sutura coronal y esfenofrontal.
C) La escafocefalia produce un craneo alargado y estrecho y debe diferenciarse de la dolicocefalia postural del prematuro.
D) La trigonocefalia es un forma rara de craneosinostosis debida a una fusión prematura de la sutura metópica.

12.- Teniendo en cuenta la exploración que presenta nuestro paciente a los dos meses, cuál de ellas podemos considerar no adecuada para su edad:

A) No sostiene la cabeza en el plano del cuerpo en suspensión ventral.
B) Existe retraso de la cabeza al tirar hasta posición sentada.
C) Sigue un objeto en movimiento 180º.
D) Sonríe cuando se le habla.

13.- Teniendo en cuenta la exploración que presenta a los 4 meses, que señalaría como cierto:

A) La exploración es adecuada a un lactante de 4 meses.
B) Existe posible alteración en las áreas motoras.
C) Existe posible alteración en las áreas motoras finas-adaptativas.
D) Existe posible alteración en las áreas sociales.

14.- Un niño que a los 6 meses de edad, no rueda sobre sí mismo, no se arrastra ni gatea. La cabeza se retrae al tirar hasta postura sentada, no consigue la sedestación. No es capaz de soportar la mayor parte de su peso, no brinca activamente. Se resiste a la extensión de extremidades inferiores. Alcanza y sujeta objetos grandes aunque no los transfiere de una mano a otra. Prefiere a la madre y balbucea. ¿Qué diría que es correcto?

A) Existe alteración de las áreas motoras y motoras finas-adaptativas.
B) Existe alteración de las áreas motoras, motoras finas-adaptativas y social.
C) Existe alteración de las áreas motoras, pero no de las motoras finas-adaptativas .
D) Existe alteración de todas las áreas.

15.- ¿Cuál sería el tratamiento correcto de la OMA que presentó nuestro paciente?

A) Amoxicilina 40-50 mg/Kg/día, durante 7 días y analgésicos.
B) Amoxicilina 80-90 mg/Kg/día, durante 10 días y analgésicos.
C) Amoxicilina +clavulánico a una dosis de 40-50 mg/kg/día durante 7 días.
D) Amoxicilina +clavulánico a una dosis de 80-90mg/kg/día durante 10 días.

16.- En un niño > de 2 años con clínica de otitis media aguda sin afectación del estado general, que no acude a guardería, qué tratamiento indicaría según el PAI de otitis media de la Junta de Andalucía:

A) Vigilancia y analgésicos.
B) Amoxicilina 40-50 mg/Kg/día, durante 7 días y analgésicos.
C) Amoxicilina 80-90 mg/Kg/día, durante 10 días y analgésicos.
D) Amoxicilina +clavulánico a una dosis de 40-50 mg/kg/día durante 7 días.

17.- La etiología más frecuente descrita en la literatura internacional en la otitis media es: señale la opción correcta:

A) Haemophillus influenzae no tipificable.
B) Moraxella catarrhalis.
C) Haemophillus influenzae tipo b.
D) Sptreptococcus pneumoniae.

18.- Cómo se define en el PAI de Otitis Media de la Junta de Andalucía a la Otitis Media Recurrente?:

A) Tres o más episodios de Otitis Media aguda en 6 meses, o 4 en un año con normalidad entre ellos.
B) Tres o más episodios de Otitis Media aguda en 12 meses, o 6 en un año con normalidad entre ellos.
C) Presencia no dolorosa de exudado en la cavidad media del oído de más de tres meses de duración, diagnosticado por otoscopia simple, neumatoscopia o timpanometría.
D) Presencia dolorosa de exudado en la cavidad media del oído de más de tres meses de duración, diagnosticado por otoscopia simple, neumatoscopia o timpanometría.

19.- ¿Cuáles serían las recomendaciones preventivas específicas tras el diagnóstico de Otitis Media Recurrente según el PAI de otitis media? Señale la opción falsa:

A) Se debe realizar vacunación antigripal de manera anual.
B) Se recomienda la adenoidectomía en mayores de 3 años.
C) No existe indicación en el momento actual de vacunación antineumocócica.
D) No está indicada la administración profiláctica de antibióticos.

20.- ¿Cuál de las siguiente no sería una posible complicación de la otitis media?

A) Mastoiditis.
B) Sinusitis.
C) Parálisis del nervio facial.
D) Hidrocefalia otítica.

21.- ¿Cuál de los siguientes pacientes no debería ser excluido de la guardería para evitar el contagio de otros niños?

A) Infección por parvovirus B19 en un huésped inmunocompetente.
B) Faringitis estreptocócica que no ha iniciado el tratamiento.
C) Varicela, en el tercer día de su evolución.
D) Parotiditis, 4 días después del inicio de la inflamación de las glándulas parótidas

22.- ¿Con qué diagnóstico piensa que fue dado de alta nuestro paciente del servicio de urgencias, al consultar por dolor articular tras la otitis media, antes de aparecer los síntomas de inflamación articulares y tras la realización de las pruebas diagnósticas?

A) Artritis séptica.
B) Artritis idiopática juvenil de inicio sistémico.
C) Sinovitis transitoria.
D) Osteomielitis.

23.- ¿Cuál de los siguientes procesos piensa que puede presentar nuestro paciente, tras la aparición de los síntomas de inflamación articulares?

A) Artritis reactiva.
B) Artritis séptica.
C) Osteomielitis.
D) Artritis Idiopática juvenil.

24.- En relación a la sinovitis transitoria, señale la opción falsa:

A) La sinovitis transitoria afecta con más frecuencia a los niños entre 3-8 años, con una edad media de afectación a los 6 años.
B) Aproximadamente el 70% de los niños afectados ha tenido una infección inespecífica del tracto respiratorio superior 7-14 días antes del comienzo de los síntomas.
C) El dolor no traumático en la cara anterior del muslo o en la rodilla puede ser un dolor referido desde la cadera. La marcha es dolorosa y con cojera.
D) En la analítica existe aumento de la velocidad de sedimentación globular con leucocitosis.

25.- En relación a la artritis reactiva, señale la respuesta falsa:

A) Sigue a una infección fuera de la articulación, sobre todo del aparato gastrointestinal o genitourinario, tras varios días o semanas.
B) Ciertos tipos de HLA pueden predisponer a la aparición de artritis reactiva, entre ellos el HLA-B27.
C) La VSG puede estar elevada y es casi constante la trombocitosis y leucocitosis.
D) Las artralgias y la tumefacción articular son transitorias y suelen durar menos de 6 semanas.

26.- La etiología de la artritis séptica es variada, señale la respuesta falsa:
A) La infección por S. aureus es la más frecuente.
B) La infección por estrepcoccus del grupoA y streptococcus pneumoniae son responsables del 10-20%.
C) Haemophilus influenzae tipo b constituye más de la mitad de los casos.
D) En los adolescentes sexualmente activos el gonococo es una causa frecuente de artritis séptica.

27.- En relación a la clínica de la Artritis séptica, señale la respuesta falsa
A) Los neonatos pueden presentar una seudoparálisis o dolor con el movimiento de la extremidad afectada. La mayoría tienen fiebre y presentan un aspecto séptico.
B) Los lactantes de más edad y los niños presentan con más frecuencia dolor y signos de localización como edema, eritema y calor.
C) Las articulaciones de la extremidad inferior representan tres cuartas partes de todos los casos.
D) La infección suele localizarse en una sola articulación, aunque puede presentar una localización múltiple en menos del 10%.

28.- En relación al diagnóstico de la Artritis séptica, señale la opción falsa:
A) El recuento de leucocitos y la VSG están alterados desde los primeros días de la infección.
B) La aspiración del foco de la infección para una tinción de Gram y cultivo es la técnica diagnóstica definitiva cuando la anamnesis y la exploración física indican una probabilidad elevada de artritis séptica.
C) Las radiografías simples de la artritis séptica pueden mostrar un ensanchamiento de la cápsula articular, edema de partes blandas y obliteración de las líneas grasas normales.
D) La ecografía es muy sensible para detectar el derrame articular, sobre todo en la articulación de la cadera, donde las radiografías suelen ser normales en más del 50%.

29.- En relación a la osteomielitis señale la opción falsa:
A) Las bacterias son los patógenos más frecuentes, siendo el staphylococcus aureus el microorganismo más frecuente en todos los grupos de edad, incluido los neonatos.
B) La etiología más frecuente es a través de una lesión penetrante o una intervención quirúrgica
C) La osteomielitis se localiza con más frecuencia en los huesos largos. Entre el fémur y la tibia, suponen la mitad de todos los casos.
D) El recuento de leucocitos y la VSG pueden ser normales durante los primeros días de la infección.

30.- ¿A cuál de los siguientes diagnósticos correspondería la Artritis Reumatoide Juvenil, según la nueva clasificación de Artritis Idiopática Juvenil?
A) Artritis Idiopática juvenil sistémica.
B) Artritis Idiopática juvenil poliarticular FR positivo.
C) Artritis Idiopática juvenil poliarticular FR negativo.
D) Artritis Idiopática juvenil Oligoaraticular.

31.- En relación a la Artritis Idiopática Juvenil de inicio sistémico, que afirmación no es correcta:

A) Esta forma de comienzo representa aproximadamente el 20%.
B) Se puede presentar a cualquier edad, pero es mucho más frecuente en edades tempranas por debajo de los 6 años.
C) En un elevado porcentaje de los pacientes la artritis no aparece en las primeras fases de la enfermedad, pudiendo retrasarse hasta uno o dos meses.
D) Los síntomas generales son más intensos cuanto más mayor es el paciente y consisten en astenia, anorexia, irritabilidad y cansancio.

32.- En la Artritis Idiopática Juvenil de inicio sistémico, qué no incluiríamos en el diagnóstico:

A) Fiebre de al menos dos semanas de duración, confirmada al menos durante 3 días consecutivos.
B) Exantema de tipo escarlatiniforme.
C) Linfadenopatía generalizada.
D) Serositis.

33.- En relación a la fiebre que se presenta en la AIJ de inicio sistémico, señale la opción falsa:

A) La fiebre siempre es elevada, por encima de 39º, en forma de picos, vespertinos o matutinos, a veces precedida de escalofríos.
B) La fiebre suele ir acompañada de un rash cutáneo.
C) La fiebre responde favorablemente a los antitérmicos habituales.
D) Los niños mayores de 3 años, suelen presentar buen estado general, y en los estados de apirexia tener ganas de jugar.

34.- Las características de la artritis de la AIJ de inicio sistémico, son todas menos una:

A) Suele localizarse en las grandes articulaciones, principalmente rodillas, muñecas, tobillos y la cadera.
B) También pueden afectarse las pequeñas articulaciones de las manos, con más frecuencia que de los pies.
C) La manifestación articular es en forma de oligoartritis o bien poliarticular y cuando se manifiesta de esta forma implica mejor pronóstico.
D) Afecta con frecuencia las cervicales.

35.- En relación a las manifestaciones extraarticulares de la AIJ de inicio sistémico, señale la opción falsa:

A) Puede existir una discreta hepatomegalia, que puede cursar con cierta alteración de la función hepática. La esplenomegalia es menos frecuente.
B) Las poliadenopatías son infrecuentes, indoloras, simétricas y en ocasiones de gran tamaño.
C) La afectación de serosas se puede presentar de dos formas: o bien en forma de pleuritis con o sin derrame, o bien en forma de pericarditis a menudo de forma subclínica.
D) Pueden aparecer nódulos subcutáneos, duros, no dolorosos, de características histológicas similares a los de la fiebre reumática.

36.- Las alteraciones analíticas de la AIJ de inicio sistémico, suelen incluir las siguientes alteraciones, excepto una:

A) Anemia de tipo hiposiderémico, con cifras de hemoglobina entre 8-10g/dl.
B) Leucocitosis importante, a veces acompañada con desviación a la izquierda.
C) La Velocidad de Sedimentación Globular y la Proteina C reactiva están muy elevadas.
D) El factor Reumatoide así como los anticuerpos antinucleares suelen ser positivos.

37.- El síndrome de activación macrofágica (MAS), señale la opción correcta:

A) Se trata de la aparición en el curso evolutivo de la AIJ sistémica de una complicación con afectación importante de trastornos hepáticos, alteraciones de la coagulación y neurológicas.
B) Se trata de la aparición en el curso evolutivo de la AIJ sistémica de una complicación con aparición de procesos neoplásicos diversos.
C) Se trata de la aparición en el curso evolutivo de la AIJ sistémica de una complicación con asociación de otras enfermedades reumatológicas.
D) Se trata de la aparición en el curso evolutivo de la AIJ sistémica de una complicación con afectación importante del sistema inmune y asociación de infecciones graves.

38.- En la oligoartritis, las características de la artritis, son todas menos una:

A) En la mitad de los casos la afectación es monoarticular y afecta a grandes articulaciones (rodillas casi siempre, en menor proporción tobillos, muñecas, codos y caderas).
B) Su forma de comienzo es insidioso, el dolor articular es mínimo, tiene poca alteración funcional, a pesar de que hay tumefacción y aumento del calor.
C) Muchos pacientes presentan desde el comienzo atrofia muscular periarticular y con el paso del tiempo puede existir sobrecrecimiento o alargamiento óseo y articular.
D) Las alteraciones radiológicas son muy significativas desde el inicio.

39.- En la oligoartritis, los factores que predisponen a padecer uveítis son todos los siguientes, menos uno:

A) Niñas.
B) De corta edad (media de 6 años).
C) Con afectación de pocas articulaciones, en ocasiones, monoarticulares.
D) ANA negativo.

40.- En la AIJ poliarticular FR positivo, señale la opción falsa:

A) Artritis con afectación en más de 5 articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad, asociada a la positividad del FR determinado al menos en 2 ocasiones durante 3 meses.
B) Es la más frecuente de todas las AIJ.
C) Existe un gran predominio en mujeres y en más del 90% tienen más de 8 años cuando se inicia la enfermedad.
D) Un 30% de estos pacientes tienen historia familiar de AR seropositiva.

41.- Las características de la artritis de la AIJ poliarticular FR positivo, son todas menos una:

A) La artritis afecta de la misma manera articulaciones grandes (rodillas, muñecas, caderas, hombros, codos) como pequeñas articulaciones de manos y pies.
B) La afectación articular suele ser simétrica.
C) Es frecuente la afectación de los tendones de las manos con formación de nódulos.
D) La evolución de las artritis es lenta y favorable.

42.- La AIJ poliarticular FR negativo, señale la respuesta falsa:
A) Artritis con afectación de 5 o más articulaciones durante los 6 primeros meses de la enfermedad y el FR es negativo, en 2 determinaciones practicadas durante 3 meses.
B) Existe mayor incidencia en mujeres.
C) Se describen dos picos de incidencia, entre los 2 y 3 años de vida y en la preadolescencia.
D) Puede haber manifestaciones generales como fiebre, estancamiento ponderal, astenia anorexia que condiciona un estado general deficiente.

43.- En la AIJ poliarticular FR negativo, qué es falso:
A) La afectación articular es de grandes y pequeñas articulaciones que tienden a ser persistentes. Se puede afectar la articulación temporomandibular.
B) Las articulaciones están inflamadas, calientes, dolorosas y presentan una limitación importante de la movilidad.
C) La tenosinoviitis, en particular en las muñecas, se observa muy a menudo y a veces es difícil diferenciarla de la artritis intercarpiana.
D) Con frecuencia aparecen los nódulos subcutáneos.

44.- En relación a la frecuencia del examen oftalmológico en AIJ, señale la respuesta falsa:
A) Inicio sistémico, debe hacerse una valoración inicial y cada año.
B) Inicio < 7 años, forma Oligo o Poliarticular y ANA (+), examen cada 3-4meses durante 4 años después del inicio de la artritis.
C) Inicio < 7 años, forma Oligo o Poliarticular y ANA (-), examen cada 6 meses durante los primeros 7 años.
D) Inicio > 7 años, forma Oligo o Poliarticular y ANA (-), examen inicial y cada año.

45.- Nuestro paciente se encontraba en tratamiento con fisioterapia, ibuprofeno y metrotexate semanal y desde hace 15 días ha asociado corticoides orales a 2 mg/Kg/día. La madre nos pregunta si su hija que ha cumplido 3 años puede vacunarse de SRP. Cuál es la opción correcta:
A) Si debe vacunarse, porque no se produce transmisión de los virus de estas vacunas.
B) Si debe vacunarse, pero no debe convivir con el hermano en los próximos diez días.
C) No debe vacunarse, pues puede transmitirle los virus a su hermano.
D) No debe vacunarse hasta que el hermano lleve tres meses sin corticoides.

46.- En relación a los niños con tratamiento con corticoides y la administración de vacunas, señale la respuesta falsa:
A) Los tratamientos con corticoides tópicos, intraarticulares o inhalados, no contraindican la administración de vacunas de microorganismos vivos.
B) Dosis bajas o moderadas de corticoides sistémicos (<2mg/kg/día o <20mg/día si pesan más de 10kg),administradas diariamente o en días alternos, no contraindican la administración de vacunas de microorganismos vivos.
C) Niños en tratamiento con dosis altas de corticoides sistémicos administrados diariamente o en días alternos durante menos de 14 días, pueden recibir vacunas con virus vivos inmediatamente después de interrumpir el tratamiento, aunque hay autores que aconsejan retrasarlo 14 días.
D) Niños en tratamiento con dosis altas de corticoides sistémicos administrados diariamente o en días alternos durante más de 14 días, pueden recibir vacunas con virus vivos tras 15 días de finalizar el tratamiento.

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

47.- En relación a la vacuna de la varicela, qué aconsejaremos a la hermana de nuestro paciente, si la duración del tratamiento con corticoides a dosis elevada es superior al mes. Señale la opción correcta:

A) La vacuna para la varicela se recomienda a contactos susceptibles de niños inmunocomprometidos, pues la transmisión del virus de la vacuna de la varicela de personas sanas es rara y la enfermedad asociada a la vacuna, si se desarrolla, es leve
B) La vacuna para la varicela se recomienda a contactos susceptibles de niños inmunocomprometidos, pero tras la vacunación no deben convivir, hasta pasados 10 días.
C) La vacuna para la varicela no se recomienda a contactos susceptibles de niños inmunocomprometidos, pues con frecuencia éstos pueden desarrollar una varicela postvacunal.
D) La vacuna para la varicela se recomienda a contactos susceptibles de niños inmunocomprometidos, tras tres meses de haber finalizado el tratamiento.

48.- ¿Qué vacuna cree que habría que recomendar a nuestro paciente de 8 meses, teniendo en cuenta la situación de inmunosupresión en la que se encuentra?

A) Vacuna antimneumocócica de polisacáridos no conjugada.
B) Vacuna antimneumocócica de polisacáridos conjugada.
C) Vacuna antimneumocócica de polisacáridos no conjugada + Vacuna antimneumocócica de polisacáridos conjugada.
D) En la situación de inmunosupresión que se encuentra no se recomienda ninguna vacuna, siendo aconsejable esperar al menos tres meses tras finalizar el tratamiento.

49.- En la clase de la guardería de nuestro paciente se ha declarado un caso de meningitis menigocócica, señale la opción correcta:

A) Se deberá hacer quimioprofilaxis a todos los niños y al personal del aula.
B) Se deberá hacer quimioprofilaxis a todos los niños y al personal del aula, incluyendo los compañeros del autobús y recreos.
C) Se deberá hacer quimioprofilaxis a todos los niños y al personal del aula, añadiendo a nuestro paciente revacunación con vacuna antimeningocócica A+C.
D) Sólo si aparece más de 1 caso en la misma aula se considerarán contactos a todos los alumnos, pero a nuestro paciente si hay que administrársela , por su inmunosupresión.

50.- ¿Cuál sería la quimioprofilaxis que recomendaría en el caso anterior a nuestro paciente?

A) Rifampicina oral: 10mg/Kg (máximo 600mg) cada 12 horas durante 2 días.
B) Rifampicina oral: 5mg/Kg (máximo 600mg) cada 12 horas durante 2 días.
C) Ceftriaxona IM: 250mg. Dosis única.
D) Ceftriaxona IM: 250 mg/24h, durante dos días.

51.- En la AIJ juvenil, qué podemos decir que nos ayuda más a establecer el diagnóstico:

A) Evolución clínica.
B) Reactantes de fase aguda.
C) Pruebas inmunológicas.
D) Técnicas radiológicas.

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

52.- En nuestro caso, qué proceso podríamos excluir del diagnóstico diferencial de la Artritis Idiopática Juvenil de inicio sistémico:

A) Procesos infecciosos agudos.
B) Fiebre Reumática.
C) Procesos neoplásicos como leucosis y linfomas.
D) Otras enfermedades reumáticas.

53.- En la AIJ poliarticular FR negativo, qué es falso:

A) Las alteraciones radiológicas que se aprecian con el tiempo son muy importantes, produciéndose erosiones y fusiones que dan lugar a inmovilizaciones muy importantes.
B) Un 10% presentan uveitis crónica.
C) Los ANA son positivos en muchas ocasiones.
D) El FR es positivo en pocas ocasiones.

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

SUPUESTO PRÁCTICO B

Niña de 20 meses de edad que presentó cuadro diarreico agudo afebril hace seis meses autolimitado. Desde entonces refieren los padres que realiza 3-4 deposiciones diarias, muy abundantes, amarillentas, fétidas y con moco. Se acompaña de anorexia intensa, irritabilidad y curva ponderal plana.

Antecedentes familiares: Es la segunda hija de padres jóvenes. Madre con tres abortos. Hermano de siete años que está siendo controlado por anemia ferropénica de larga evolución y talla baja.

Antecedentes personales: Embarazo con amenaza de aborto en tratamiento con tocolíticos y reposo. Parto: EG: 38 S. Amniorrexis 10 horas con líquido claro. Eutócico y cefálico. Apgar: 9-9. Peso: 3.200 gs. Talla: 51 cms. PC: 36 cms. A los doce meses presentaba Peso: 9.8 K (p50-75), Talla: 74 (p50). PC: 46 cms (p50).

Exploración física: Peso: 10 k (p10). Talla 80 cms (p25). Déficit de peso para la talla: 87.7%. Déficit de talla para la edad: 97.5 %. Índice Nutricional de Shukla: 90%. Tª Axilar: 36.8 ºC. TA: 95/65 mm Hg. Mediano estado general con palidez de piel y de mucosas. Escaso panículo adiposo. Tono y fuerza muscular disminuido. Auscultación cardiaca: tonos puros y rítmicos no se aprecian soplos. Auscultación respiratoria: ventilación simétrica y ausencia de estertores. Abdomen: prominente a mayor nivel que tórax distendido con hígado a 2 cms de reborde costal, no se aprecia esplenomegalia. Piel: sequedad de piel con pelo ralo, escaso frágil y quebradizo. ORL: lengua normal, orofaringe sin hallazgos relevantes. Genitales femeninos normales.

Exámenes complementarios.

Hemograma: Hematíes 4.730.000/mm^3, Hemoglobina: 9.1 g/dl. Hematocrito: 30.4%. VCM: 66 fl. HCM: 19.6. CHCM: 29.8. Leucocitos: 10.500/mm3 (60 % neutófilos, linfocitos 35%, monocitos 3%, eosinófilos 2%). Plaquetas 260.000 / mm^3. VSG: 10 mm/h.

Bioquimica sanguínea: Sodio 141 meq/l. K 4.2 meq/l. Cloro 101 meq/l. Proteinas totales: 6.5 g/dl. Albúmina: 4.6 g/dl. Colesterol: 114 mg/dl. Calcio: 9.2 mg/dl. Fósforo: 4.2 mg/dl. Transaminasa oxalacética: 62 U/l. Transaminasa pirúvica: 51 U/l. Ferritina 6 ng/ml. Hierro: 38 mg/dl. Transferrina: 425 mg/dl. Indice saturacion transferrina: 10%. Vitamina B12: 524 pgr/ml. Acido fólico: 2.1 ng/ml. Fosfatasa alcalina 256 U/l. IgA: 85 mg/dl. IgM: 95 mg/dl. IGG: 659 mg/dl. Grasa fecal de 72 horas: 5.5 grs/d con acidos grasos: 4 grs. Acs antigliadina IgA positivos. Anticuerpos antiendomisio IgA negativos. Anticuerpos antitransglutaminasa IgA negativos.

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

1.- Con los datos expuestos ¿qué diagnóstico le sugiere?
   A) Fibrosis quística de páncreas
   B) Enfermedad Celíaca
   C) Síndrome postenteritis
   D) Diarrea crónica Inespecífica

2.- ¿Qué le sugiere los valores de los índices antropométricos?
   A) Malnutrición crónica leve
   B) Malnutrición aguda leve
   C) Malnutrición crónica moderada
   D) Malnutrición aguda moderada

3. ¿Que le sugiere el valor de la grasa fecal de 72 horas?
   A) Nada porque es normal para su edad
   B) Fibrosis quística de páncreas por el aumento total de grasas y la normalidad de los ácidos grasos
   C) Enfermedad Celíaca por el aumento total de grasas y de ácidos grasos
   D) Nada por ser una técnica no estándar

4.- Suponga que el caso clínico es una Fibrosis quística de páncreas (FQP). Todas las afirmaciones son ciertas excepto:
   A) Es una enfermedad de herencia autosómica recesiva
   B) Está causada por una mutación del gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia de la membrana situado en el cromosoma 7
   C) La naturaleza de la mutación se correlaciona con la gravedad pancreática
   D) La fisiopatología de la enfermedad se debe a un defecto transportador del Na

5.- La madre del paciente del caso anterior le pregunta por la probabilidad de que otro hijo nazca con FQP, tanto el padre como la madre presentan negativos el test del sudor. ¿Ud le responde?
   A) 25% de afectos y 75% de portadores
   B) 50% de afectos y 50% de portadores
   C) 25% de afectos y 50% de portadores, 25% de sanos
   D) 25% de afectos y 25% de sanos, 50% de sanos

6.- Señale la afirmación errónea respecto a la clínica de la FQP:
   A) Existe una fuerte correlación entre el genotipo y la enfermedad pancreática
   B) Existe una fuerte correlación entre el genotipo y la enfermedad pulmonar
   C) En la edad escolar suelen estar presentes tanto la enfermedad pancreática como la pulmonar
   D) Una de las formas de presentación neonatal puede ser la ictericia prolongada

7.- En cuanto a la pancreatitis de la FQP es cierto:
   A) Suele ocurrir cuando existe un grado avanzado de insuficiencia pancreática
   B) Es una complicación grave que obliga a intervención quirúrgica
   C) Suele ocurrir cuando existe suficiencia pancreática
   D) Es una complicación excepcional

8.- En el seguimiento de un paciente de FQP para despistaje de enfermedad hepática ¿ud haría?
   A) Ecografía hepática
   B) Bioquímica sanguínea con aminotransferasas, fosfatasa alcalina y GGTP
   C) Gammagrafía hepática
   D) A y B son correctas

9.- Suponga que la madre del paciente de la historia clínica ha tenido otro hijo, y le pregunta si este puede estar afectado de FQP.¿Que prueba solicitaría?

A) Test del sudor
B) Test de la tripsina Inmunoreactiva (TIR)
C) Detección de la mutación Δ-F-508
D) Quimotripsina fecal

10.- Suponga que la TIR ha dado positiva y la detección para la mutación Δ-F-508 ha dado negativa ¿Qué le diría a la madre?

A) Se afirma que su hijo padece FQP
B) Se descarta que su hijo padece FQP
C) Es necesario ampliar la búsqueda de mutaciones presentes en FQP
D) Es necesario observar y ver la evolución del paciente

11.- ¿Cuál de las siguientes pruebas es más específica para diagnóstico de Insuficiencia pancreática exocrina?

A) La elastasa fecal
B) El test de sudor
C) La quimotripsina fecal
D) El test de la TIR

12.- Son criterios diagnósticos de FQP todos excepto:

A) Familiaridad
B) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
C) Hipoproteinemia
D) Aumento de electrolitos en sudor

13.- En los enfermos de FQP se debe tener en cuenta las siguientes medidas excepto una:

A) Aporte adecuado de enzimas pancreáticas
B) Aporte de vitaminas liposolubles
C) Realizar dieta hiperproteíca
D) En épocas de calor dar suplementos de sal

14.- Son gérmenes frecuentemente implicados en el esputo de niños con FQP todos excepto uno:

A) Estreptococo Beta hemolítico
B) Haemophylus influenzae
C) Staphilococo aureus en la primera infancia
D) Pseudomonas aeruginosa

15.- En cuanto a la FQP todo es cierto excepto:

A) La manifestación gastrointestinal mas precoz de la Fibrosis Quística es el íleo meconial
B) En algunos casos puede apreciarse el sabor salado del sudor
C) La insuficiencia pancreática siempre esta presente en los casos de FQ
D) La mayoría de los varones adultos tienen azoospermia

16.- Suponga que el paciente del caso clínico presenta una Enfermedad Celíaca (EC). ¿Qué actitud tomaría en primer lugar?

A) Repetiría los acs antigliadina y antitransglutaminasa
B) Solicitaría estudio de HLA clase II para presencia de genes de riesgo de EC
C) Solicitaría Biopsia de intestino delgado
D) Retiraría el gluten de la dieta

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

17.- ¿Que criterios diagnósticos aplicaría para confirmar la EC en este paciente?
A) Mejoría clínica tras la retirada del gluten
B) Mejoría clínica y analítica tras la retirada del gluten
C) Mejoría clínica y anatómica tras la retirada del gluten y reaparición de la lesión con la provocación con gluten
D) Mejoría clínica y anatómica tras la retirada del gluten

18.- ¿Qué tratamiento podría estar indicado?
A) Dieta exenta de gluten y esteroides orales
B) Dieta exenta de gluten y ferroterapia oral
C) Dieta exenta de gluten y vitaminas liposolubles
D) Dieta exenta de gluten y antisépticos intestinales

19.- ¿Cual es el gen encontrado con mayor frecuencia en los enfermos celíacos?
A) DQB1 02
B) DQB1 04
C) DQB1 05
D) DQB1 06

20.- Respecto al estudio genético de EC, solo una respuesta es cierta:
A) Solo se solicita a familiares que presentan síntomas
B) Si es positivo indica que la persona padece la enfermedad
C) Si es positivo indica que está a riesgo de padecer la enfermedad
D) Si es negativo se descarta la enfermedad

21.- Todas las enfermedades siguientes excepto una se encuentra asociada a la Enfermedad Celíaca:
A) Artritis crónica Idiomática
B) Carcinoma de Tiroides
C) Estomatitis aftosa recurrente
D) Síndrome Down

22.- La EC es considerada como:
A) Una intolerancia permanente al gluten
B) Una alergia al gluten
C) Una intolerancia transitoria al gluten
D) Una intolerancia a las proteínas de los cereales.

23.- Para el seguimiento del cumplimiento de la dieta de la EC ¿la determinación más útil es?
A) La Ferritina sanguínea.
B) El folato en sangre.
C) El anticuerpo IgA antigliadina
D) El anticuerpo IgA antitransglutaminasa

24.- ¿A que pacientes se le llama Enfermedad Celíaca Potencial?
A) Clínica presente, atrofia vellositaria, genética ausente
B) Clínica ausente, atrofia vellositaria, genética presente
C) Clínica ausente, mucosa intestinal normal, genética presente
D) Clínica ausente, mucosa intestinal normal., genética ausente

25.- Suponga que al paciente del caso clínico acude a su consulta después de 9 meses de retirar el gluten de la dieta. La madre manifiesta que realiza buen cumplimiento de la misma. Ud solicita hemograma y bioquímica que son normales, anticuerpos antigliadina IgA que son negativos y anticuerpos antitransglutaminasa IgA levemente positivos ¿Qué opción le parece más correcta?

A) Toma subrepticia de gluten
B) Hay que revisar el diagnóstico, probablemente no tiene una Enfermedad Celiaca
C) Ha aparecido una complicación, búsqueda activa de la misma
D) Puede ser un curso normal de la enfermedad

26.- Suponga que el paciente acude nuevamente a los 2 años a su consulta y descubre que realiza transgresiones dietéticas continuas, y la madre comenta que está asintomático con buen desarrollo ponderoestatural ¿Qué argumento utilizaría para convencer a la madre de la importancia del seguimiento de la dieta exenta de gluten?

A) Para que no presente diarreas continuas
B) Para que no presente dolor abdominal
C) Para evitar complicaciones posteriores en la edad adulta como carcinomas de intestino o enfermedades autoinmunes
D) Para que no presente déficit de vitaminas y minerales

27.- En la enfermedad celiaca todas las afirmaciones son ciertas excepto:

A) La reintroducción del gluten va seguida de la reaparición de la alteración morfológica de la mucosa intestinal
B) La morfología vellositaria que acompaña a la enfermedad celiaca no se observa en otros procesos
C) En niños celiacos correctamente tratados puede obtenerse normalización completa de la mucosa intestinal.
D) Se presenta en niños de entre 2-3 años que consultan por diarrea malabsortiva, vómitos , cambios de carácter falta de apetito y estacionamiento de la curva de peso

28.- Al planear la dieta de un enfermo celiaco podemos utilizar de los siguientes alimentos solo:

A) Sopas de sobre
B) Leches malteadas
C) Pastas italianas (macarrones tallarines...)
D) Arroz, tapioca, maíz

29.- Elija de entre las siguientes asociaciones la menos frecuente:

A) Hipoplasia de esmalte y enfermedad celiaca
B) Mayor incidencia de litiasis de las glándulas salivares y fibrosis quística
C) Aumento de tamaño de las glándulas submandibulares y colitis ulcerosa
D) Ulceras aftosas recurrentes y enfermedad de Chron

30.- La gliadina se encuentra en la fracción soluble en alcohol del gluten en todos los siguientes cereales excepto en:

A) Avena
B) Cebada
C) Maíz
D) Centeno

31.- Uno de los enunciados siguientes es típico de una diarrea crónica osmótica:
A) Presencia de fibras musculares en el examen fresco de heces
B) Presencia de sangre oculta en las heces
C) Aumento del gap osmótico en heces
D) Disminución del gap osmótico en heces

32.- Entre las siguientes causas de diarrea osmótica todas las siguientes excepto:
A) Virus : Adenovirus, rotavirus
B) Fármacos laxantes
C) Malabsorcion de fructosa
D) Reacciones alérgicas a la soja y a la leche de vaca

33.- Solo una de las entidades siguientes no es causa de malabsorción intestinal:
A) LInfagiectasia intestinal
B) Vipoma
C) Enfermedad inflamatoria intestinal crónica
D) Inmunodeficiencias

34.- En una diarrea crónica en la que se sospecha una enteropatía pierde proteínas, ¿cual de los siguientes es el marcador más útil?
A) Elastasa fecal
B) Quimotripsina fecal
C) Alfa-1-antitripsina fecal
D) Calprotectina fecal

35.- Respecto a la Enfermedad Inflamatoria intestinal crónica señale la asociación que le parezca infrecuente:
A) Colitis ulcerosa, rectorragia
B) Enfermedad de Crohn, fiebre prolongada
C) Colitis ulcerosa y masa palpable en abdomen
D) Enfermedad de Crohn y retraso de talla severo

36.- En la Colitis ulcerosa solo una afirmación es cierta:
A) El comienzo suele es insidioso
B) Hay generalmente afectación perianal
C) Son frecuentes las fístulas
D) Hay afectación continua del colon

37.- En la enfermedad de Crohn todo es cierto todo excepto:
A) Presencia de retraso en el crecimiento
B) Presencia de dolor abdominal y diarrea
C) En más del 80 % los síntomas se inician hacia los 21 años
D) El ileon terminal se afecta alrededor del 50%

38.- En el tratamiento de la Diarrea Crónica Inespecífica es cierto todo excepto:
A) Restricción del consumo de zumos
B) Normalización de la ingesta de líquidos y de grasa en la dieta
C) Incremento de fibra en la dieta
D) Dieta astringente con restricción de grasa y aumento de líquidos durante los accesos

39.- En la diarrea crónica inespecífica todas las afirmaciones son ciertas excepto:
A) Constituye la causa mas frecuente de diarrea crónica
B) Inicio entre los 6 meses y los 2 años de edad
C) Se acompaña de malabsorción
D) El diagnostico diferencial se debe hacer fundamentalmente con la giardiasis y el déficit congénito de sacarasa-isomaltasa

40.- En la diarrea crónica inespecífica solo una de las afirmaciones es cierta:
A) Se acompaña de malnutrición
B) Se acompaña de deshidratación
C) La repercusión sobre el estado nutritivo es escasa ó nula
D) El tratamiento debe ser precoz con objeto de evitar atrofia de vellosidades

41.- En la Intolerancia a las proteínas de la leche de vaca es cierto:
A) El diagnóstico debe de confirmarse con biopsia intestinal
B) El diagnóstico es clínico con respuesta satisfactoria a la retirada de las proteínas de vaca de la dieta y tolerancia de la misma tras la provocación
C) Suele existir valores elevados de IgE específica a proteínas de leche de vaca en suero
D) El tratamiento de elección son las fórmulas de soja

42.- La intolerancia a las proteínas de la leche de vaca se caracteriza por las siguientes afirmaciones excepto:
A) Suele aparecer en los primeros 6 meses de vida
B) La proteína de la leche de vaca con mayor poder antigénico es la seroalbúmina
C) Las lesiones anatomopatológicas son indistinguibles de las de la celiaquía
D) Un alto porcentaje de niños con IPV tienen antecedentes familiares de atopia

43.- Suponga que el paciente de la historia clínica presenta un síndrome postenteritis, no esperaría encontrar:
A) Aumento de la presencia de H_2 espirado en el aire a los 60 minutos tras sobrecarga de lactosa
B) Aumento de la presencia de H_2 espirado en el aire a los 120 minutos de sobrecarga tras lactosa
C) Aumento de fibras musculares en el examen fresco de heces
D) Presencia de cuerpos reductores en heces

44.- En el tratamiento del síndrome postenteritis no es de utilidad:
A) Retirar las proteínas de la leche de vaca
B) Antisépticos intestinales
C) Retirar la lactosa de la dieta
D) Dieta astringente

45.- En la causa del síndrome postenteritis interviene todo excepto:
A) Factor genético predisponente
B) Dietas hipocalóricas o hiperosmolares
C) Lesión de mucosa intestinal
D) Intolerancia secundaria a los hidratos de carbono

46.- La Radiografía simple de abdomen tiene las siguientes indicaciones excepto:
A) Ingestión de cuerpo extraño
B) Dolor abdominal con defensa
C) Masa abdominal palpable
D) Diarrea crónica

47.- Respecto al test de hidrógeno espirado señale las respuesta falsa:
A) Puede haber falsos negativos en individuos no formadores de hidrógeno
B) Puede haber falsos negativos si ha habido uso previo de antibióticos
C) Es un método incruento
D) Es menos especifico y sensible que el estudio de la glucemia capilar tras la administración de carbohidratos

48.- En relación a la malabsorción de los Hidratos de Carbono solo uno de los enunciados es falso:
A) La forma mas frecuente es la intolerancia secundaria a disacáridos
B) Presenta asociación frecuente con la intolerancia a proteínas de la leche
C) Se acompaña con frecuencia de heces con olor pútrido intenso
D) El efecto osmótica del azúcar no hidrolizado puede conducir a una dilución de los ácidos biliares afectando la digestión de las grasas

49.- En el diagnostico de malabsorción de Hidratos de Carbono se realizan las siguientes pruebas excepto una:
A) Ph fecal y cuerpos reductores en heces
B) Determinación fecal de la quimotripsina
C) Determinación de las oligosacaridasas
D) Prueba del hidrógeno espirado

50.- Para el diagnóstico de la intolerancia a la lactosa ¿Cuál de las siguientes pruebas es más específica?
A) Determinación del ácido láctico en heces
B) Prueba de la D-Xilosa
C) Test de hidrógeno espirado
D) Coprocultivo

51.- El tratamiento empírico de una infección por Campylobacter jejuni es una de las siguientes:
A) Cotrimoxazol a 10 mg /Kg/día
B) Amoxicilina Clavulanico 40 mg / Kg / día
C) Eritromicina 50 Mg /Kg/día
D) Trimetropin Sulfametoxazol 6/40 mg /Kg/día

52.- En cuanto al apetito que acompaña a las enfermedades digestivas, hay una afirmación errónea:
A) En la Diarrea crónica inespecífica el apetito es normal
B) En la Fibrosis quística el apetito suele estar disminuido
C) En la malabsorción de azucares el apetito es normal
D) En la enfermedad celiaca el apetito está disminuido

53.- La determinación de sangre oculta en heces se puede realizar por las siguientes pruebas excepto una:

A) Anticuerpos monoclonales específicos para hemoglobina humana
B) Prueba de la bencidina
C) Prueba del guayaco
D) El método de Van de Kamer

SUPUESTO PRÁCTICO C

A su consulta programada de Asma, en 1ª visita, acude Manuel, un niño de 7 años de edad, que desde hace varios meses le notan "pitos" y fatiga al respirar, acompañados de tos seca, varios días por semana. Los síntomas se presentan tras el ejercicio físico y alguna vez lo despiertan por la noche, mejorando con un medicamento β2, que le prescribieron en urgencias y ha utilizado de forma esporádica. Durante este tiempo ha llevado con normalidad las actividades diarias, aunque ha mostrado rechazo a participar en la clase de educación física.
Como antecedentes personales la madre refiere que presentó un cuadro de bronquitis con "pitos" por primera vez cuando tenia meses de edad, estos episodios se fueron repitiendo coincidiendo con los catarros hasta la edad de 3 años, habiendo estado desde entonces asintomático hasta hace unos meses. También refiere que en la etapa de lactante presentaba eczemas en la cara y hombros que desaparecieron posteriormente aunque se queja de piel seca y picor. No ha presentado ninguna otra enfermedad de interés, ni ha sido intervenido quirúrgicamente de nada hasta ahora.
Como antecedentes familiares la madre refiere dermatitis de contacto con los metales y en alguna ocasión "pitos" con los resfriados.
No son fumadores nadie en la familia, viven en una ciudad costera a orillas del mar, en una casa poco soleada, en el dormitorio del niño tiene algunos juguetes de peluche y conviven con un perro que a veces duerme con el niño en su habitación.
En este último año ha tenido que acudir en 2 ocasiones al servicio de urgencias por sentirse mal y la familia esta muy angustiada por que le han diagnosticado asma.
En la exploración clínica el desarrollo psicomotor y pondoestatural es normal, la auscultación cardiorrespiratoria es normal, la exploración por órganos y aparatos no revela ningún signo de interés excepto una xerosis generalizada, pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan y lesiones de rascado en huecos poplíteos.

En esta primera visita usted tiene que explicarles que es el asma y explorar sus dudas y temores sobre esta enfermedad.
Usted comienza explicando que el asma es una enfermedad crónica, de las vías aéreas en la que se producen episodios recurrentes de sibilantes y tos persistente, en una situación donde el asma es muy probable y donde se han descartado otras causas menos frecuentes.

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

1.- ¿Sabría explicar a la familia qué es una enfermedad crónica? (Señale la falsa):
A) Es aquella enfermedad que presenta una duración en el tiempo mayor de 3 meses
B) Consume recursos de salud en varios ámbitos asistenciales
C) Provoca discapacidad
D) Necesita la respuesta de un equipo multidisciplinar sanitario y no sanitario que le permita integrar y normalizar su vida

2.- El asma es la enfermedad crónica más prevalente en la edad pediátrica, pero ¿sabría que porcentaje supone del total de niños y adolescentes con enfermedades crónicas atendidos en una consulta de atención primaria?:
A) En torno al 60%
B) En torno al 40%
C) En torno al 70%
D) En torno al 50%

3.- La madre le pregunta si es común esta enfermedad en los niños y usted sabe que según la fase III del estudio ISAAC sobre la prevalencia activa de asma en España en los últimos años las cifras se encuentran en torno al:
A) 10%
B) 8%
C) 12%
D) 15%

4.- En cuanto a la prevalencia de asma y sexo (señale la errónea):
A) En la 1ª infancia y la edad escolar el asma es más frecuente en varones
B) Durante la adolescencia las cifras se igualan
C) La prevalencia de síntomas relacionados con el ejercicio es claramente más elevada en varones
D) A partir de la edad adulta el asma es más frecuente en mujeres

5.- Prevalencia de asma y gravedad (señale la correcta):
A) La forma más frecuente en la infancia es la intermitente de manera que entre el 20-30% de pacientes se encontrarían en este grupo
B) La forma grave se encuentra en torno al 5-10%
C) La forma moderada es la más frecuente encontrándose en esta forma en torno al 60-70%
D) Las formas graves han aumentado en los últimos años alcanzando en torno al 20%

6.- La madre le comenta que a ella nunca le dieron importancia cuando el niño era pequeño que tuviera "pitos" y creía que se trataba de una enfermedad banal y sin consecuencias. Usted le explica a cerca de la historia natural de la enfermedad que (señale la errónea):
A) Antes de los 2 años de edad los episodios de sibilancias son muy frecuentes, hasta un tercio de todos los menores de 24 meses pueden presentar al menos 1 episodio
B) La mayoría de episodios a esta edad están asociados a infecciones virales
C) Hasta el 80% de estos niños acabarán por superar sus problemas respiratorios y no tendrán asma en el futuro
D) A esta edad solo el 7.5% de los niños cumplen criterios diagnósticos clínicos de asma

7.- Según la clasificación fenotípica de asma en el lactante, nuestro paciente pertenece al fenotipo:

A) Sibilancias tempranas transitorias
B) Asma del lactante-asma infantil
C) Sibilancias persistentes no atópicas
D) Sibilancias-asma atópica

8.- La madre le dice que ella tiene entendido que esta enfermedad desaparecerá cuando se haga mayor pero usted le informa que la evolución de la enfermedad es la siguiente (señale la verdadera):

A) A los 14 años el 20% está asintomático
B) Un 15% tiene síntomas infrecuentes
C) Un 20% presenta síntomas frecuentes
D) Un 45% síntomas persistentes

9.- ¿Qué Factor de riesgo está más fuertemente relacionado con la persistencia de asma?:

A) La gravedad de los síntomas en la primera infancia
B) La presencia de atopia
C) La hiperreactividad bronquial
D) La exposición a humo de tabaco

10.- La familia pregunta cómo puede diagnosticarse el asma y usted les responde que el diagnostico se basa en 3 premisas fundamentales (señale la falsa):

A) Historia clínica y exploración física sugerentes
B) Demostración de obstrucción al flujo aéreo
C) Demostración de la existencia de atopia mediante test cutáneos o técnicas in Vitro
D) Exclusión de posibles diagnósticos alternativos

11.- Entre los síntomas y signos cínicos del asma el menos específico es:

A) Sibilantes
B) Tos
C) Disnea
D) Sensación de opresión torácica

12.- De los datos obtenidos en la exploración clínica cuál indicará siempre obstrucción bronquial:

A) Sibilantes inspiratorios
B) Sibilantes espiratorios
C) Cianosis
D) Taquipnea

13.- Respecto a los estudios complementarios en el asma infantil señale la falsa:

A) Incluyen pruebas para identificar los alergenos responsables
B) Permiten realizar el diagnostico diferencial con otras enfermedades
C) Deben de hacerse de forma rutinaria
D) Hay que individualizarlos en cada paciente

14.- La prueba fundamental para demostrar la obstrucción al flujo aéreo es la espirometría. Usted se dispone a realizársela a su paciente pero antes debe preguntar a la familia si el niño sigue algún tratamiento ¿qué fármacos no interfieren con el resultado de la espirometría?:

A) Corticoides inhalados
B) B2 de acción corta
C) B2 de acción larga
D) Corticoides sistémicos

15.- Antes de proceder a evaluar los resultados usted debe haber comprobado:

A) Que las curvas son aceptable
B) Que las curvas son reproducibles
C) Que los resultados se adaptan a la situación clínica del niño
D) Todas son correctas

16.- De los siguientes parámetros cual es el menos valorable en el asma:

A) CVF
B) FEV1
C) FEF25-75%
D) Relación FEV1/CVF

17.- ¿Qué parámetro de los siguientes es el menos reproducible por su variabilidad?:

A) FEV1
B) FEF25-75%
C) CVF
D) PEF

18.- ¿Cual depende del esfuerzo espiratorio?:

A) PEF
B) CVF
C) FEV1
D) FEF25/75%

19.- El único patrón oro en la valoración del asma es:

A) CVF
B) FEV1
C) FEF25/75%
D) FEV1/CVF

20.- Usted realiza la espirometría al paciente y obtiene los siguientes resultados:

Paciente	Teórico	%	
CVF	3,07	3,53	87,00
FEV1	2,30	2,93	78,40
FEFV1/CVF	74,90	83,00	----
FEF25-75%	1,85	3,32	55,80

¿Cómo considera esta espirometría?:

A) Normal ya que la CVF es mayor del 80%
B) Obstrucción leve ya que el FEV1 es menor del 80%
C) Obstrucción moderada ya que el FEF25/75% está muy disminuido
D) No son valorables los resultados

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

21.- Después de conocer los resultados de la espirometría basal decide realizar una prueba de broncodilatación y obtiene los siguientes resultados:

PRE	POST	%PRE	
CVF	3,07	3,11	0.40
FEV1	2,30	2,45	6,50
FEV1/CVF	74,90	80,60	13,90
FEF25/75%	1,85	1,28	65,80

¿Cómo interpreta los resultados?:

A) La prueba es positiva porque el FEF25/75% ha aumentado un 65,8%
B) La prueba es negativa ya que el FEV1 ha aumentado un 6,5%
C) La prueba es positiva ya que la relación FEV1/CVF ha aumentado un 13,9%
D) La prueba es negativa puesto que la CVF solo ha aumentado un 0.4%

22.- De acuerdo con los resultados obtenidos en las dos espirometrías usted cataloga la obstrucción bronquial del niño como:

A) Leve
B) No existe obstrucción
C) Moderada
D) Grave

23.- Además de la espirometría existe otra herramienta para objetivar la obstrucción al flujo aéreo que es la medición del FEM. ¿Qué ventajas cree que puede ofrecer? (señale la falsa):

A) Puede realizarse en el domicilio
B) Es de fácil manejo
C) Cuando existe sospecha de asma con espirometría normal el aumento de la variabilidad del FEM permite confirmar el diagnóstico de asma
D) Cuando existe sospecha de asma con una espirometría normal, la medida de la variabilidad del FEM negativa permite descartar el diagnóstico

24.- Después de hacer el diagnostico clínico del asma usted decide realizar el diagnostico alergológico del asma para ello cual es la herramienta fundamental:

A) La historia clínica detallada
B) Los test cutáneos
C) La determinación de IgE
D) Las pruebas de inmunidad in vitro

25.- ¿Qué fármacos no influyen en la realización de prick test:

A) Pauta corta de corticoides orales
B) Ranitidina
C) Ketotifeno
D) Loratadina

26.- Antes de hacer un prick test tendremos en cuenta que (señale la falsa):

A) Los pacientes tratados con inmunoterapia son menos reactivos
B) Se deben medir los diámetros mayor y perpendicular de la pápula o habón, no del eritema
C) Existe un ritmo circadiano por lo que las pruebas son mas positivas por la mañana que por la tarde
D) Siempre debe realizarse un control positivo y negativo

2.ª PRUEBA: SUPUESTO PRÁCTICO

27.- Realiza los prick test a su paciente y obtiene los siguientes resultados: Dermatofagoides pteronisimus +++, Dermatofagoides faringe ++, epitelio de perro ++++, histamina +++.Con estos resultados y la historia clínica como informaría a la familia del control ambiental y de los desencadenante (señale la falsa):

A) Deben retirar de la habitación todos los objetos que acumulan polvo
B) Deben de evitar el humo de tabaco
C) Deben de ventilar las habitaciones de la vivienda
D) Deben separar el animal del niño ya que en la sensibilización por epitelios de animales los síntomas desaparecen rápidamente tras evitar el contacto.

28.- El proceso diagnostico del asma debe completarse con la definición de la gravedad de la misma. Entre los datos presentados en la historia clínica y en las pruebas diagnósticas ¿no es útil para clasificar la gravedad?:

A) La espirometría
B) La repercusión de la enfermedad en las actividades diarias del niño
C) La exploración clínica
D) Uso de la medicación de rescate

29.- Considerando de forma aislada los datos de anamnesis presentados en el caso clínico y según la escala de la iniciativa global para el asma (GINA) la enfermedad de este niño puede clasificarse como:

A) Intermitente
B) Leve persistente
C) Moderada persistente
D) Grave

30.- Considerando de manera conjunta los datos de la anamnesis y de la función respiratoria, ¿cómo clasificaría el asma de este niño según la escala GINA?:

A) Intermitente
B) Leve Persistente
C) Moderada persistente
D) Grave

31.- Y según la guía española para el manejo del asma ¿Cómo la clasificaría? :

A) Episódica ocasional
B) Episódica frecuente
C) Persistente Moderada
D) Persistente grave

32.- Según el valor del FEM el asma se clasifica (señale la errónea):

A) Leve intermitente si el FEM es mayor o igual al 80% o la variabilidad menor del 20%
B) Leve persistente si el FEM es mayor o igual al 80% y la variabilidad entre 20-30%
C) Moderada si el FEM está entre 60-80% y la variabilidad entre 20-30%
D) Grave si FEM menor de 60% y variabilidad mayor de 30%

33.- Antes de iniciar el Tratamiento tiene que tener en cuenta cuales son los objetivos demostrados (señale la errónea):

A) El control de los síntomas
B) Prevenir el broncoespasmo inducido por el ejercicio
C) Prevenir las exacerbaciones
D) Mejorar la función pulmonar impidiendo su deterioro a largo plazo

34. -En el tratamiento de fondo del asma:
A) Los corticoides inhalados son de 1ª elección en todas las edades
B) Los corticoides inhalados no pueden iniciarse solos sino en terapia combinada
C) Los corticoides inhalados no son de 1ª elección en niños pequeños
D) Los B2 de larga acción son de 1ª elección en niños mayores

35.- Cuando introducimos corticoides inhalados en el tratamiento del asma leve o moderada:
A) Debe hacerse con la dosis más alta posible que no produzca efectos secundarios
B) Es mejor comenzar con dosis bajas y subir si es necesario
C) Es mejor comenzar con terapia combinada
D) La fluticasona tiene una potencia menor que la budesonida y beclometasona que son equipotentes entre si

36.- ¿Qué dosis de budesonida inhalada considera dosis diaria baja? :
A) 100-200 µg
B) 200-400 µg
C) 400-800 µg
D) Más de 800 µg

37.- En el tratamiento de fondo del asma el Montelukast (señale la errónea):
A) Se puede usar en terapia combinada en todas las edades
B) Es una opción alternativa de entrada cuando la familia rechaza los corticoides
C) Son de elección en terapia combinada en menores de 5 años
D) No deben utilizarse nunca en monoterapia

38.- Después de todas las consideraciones anteriores ¿qué tratamiento iniciaría en su paciente?:
A) 100-200 µg de budesonida equivalente cada 12 horas
B) 400-800 µg de budesonida equivalente cada 12 horas
C) 400 µg de budesonida equivalente una vez al día
D) 100-200µg de budesonida más ß2 de larga acción

39.- Según la edad, grado de conocimiento y entrenamiento de la familia y el niño que sistema de inhalación no elegiría:
A) Inhalador presurizado MDI
B) Sistema autohaler
C) MDI con cámara espaciadora
D) Inhaladores de polvo seco

40.- Son ventajas de los inhaladores presurizados MDI todas excepto:
A) Eficacia superior al polvo seco
B) Son pequeños y ligeros
C) Seguridad de que la dosis administrada es exacta y reproducible
D) Esterilidad del fármaco por el hermetismo del sistema

41.- Antes de terminar la visita hay que iniciar al niño y la familia en el autocontrol o control familiar del asma ya que el autocontrol (señale la falsa):
A) Disminuye la morbilidad del asma
B) El grado de autocontrol que se consigue es mayor en los niños con asma leve y moderada
C) Es eficaz tanto en programas de educación grupal como individual
D) Las instrucciones educativas desde la atención primaria basadas en el autocontrol reducen los costes directos e indirectos

42. -Es fundamental en el autocontrol la existencia de un plan escrito basado en el registro diario de síntomas o en la monitorización del FEM. ¿Qué debe recogerse en el registro de síntomas? (señale la falsa):
A) Medicación a tomar regularmente
B) Signos de buen control de asma
C) Evitación de desencadenantes y fecha de próxima cita
D) Plan de acción ante la crisis

43.- ¿cuándo volvería a citar a su paciente para visita de control?:
A) Entre 1-2 meses después de la 1ª visita
B) Entre 2-4 semanas después de la 1ª visita
C) A los 3 meses de la 1ª visita
D) Cuando tenga síntomas

44.- Manuel acude a consulta antes de la fecha indicada por presentar desde hace 2 días tos que va en aumento y sensación de ahogo al correr, desde anoche le notan "pitos" y dificultad para respirar. En la expiración apreciamos que habla de forma entrecortada con tiraje intercostal evidente, a la auscultación presenta sibilancias inspiratoria y espiratorias bilaterales, taquicardia y taquipnea moderada, no hay cianosis y el resto de la exploración no presenta hallazgos de interés. En este momento nuestra 1ª medida será:
A) Administrar un agonista ß2 y oxigeno con mascarilla o gafas nasales
B) Administrar sólo un agonista ß2
C) Administrar un agonista ß2 con aparato de aerosolterapia
D) Administrar un agonista ß2 de acción corta más bromuro de ipatropio

45.- En las crisis de asma debe administrarse oxigeno:
A) Sólo cuando exista cianosis
B) En cualquier tipo de crisis asmática
C) Cuando la saturación transcutánea de oxigeno se mantenga por debajo del 92% de manera persistente después de administrar broncodilatadores
D) Cuando la saturación transcutánea de oxigeno se mantenga por debajo del 95% de forma persistente después de usar broncodilatadores

46.- Una de las siguientes frases no es cierta respecto al uso de los ß2 agonistas de acción corta en las crisis:
A) Son los medicamentos de elección en todas las crisis de asma
B) La vía de elección es la inhalada en todos los grupos de edad
C) Su administración con cámara espaciadora se muestra tan eficaz como su administración mediante nebulización con menores efectos secundarios
D) En caso de administrarse mediante nebulización debe hacerse mediante aparatos de aire comprimido, no es necesario siempre usar oxigeno

47. -El bromuro de ipatropio está indicado en:
A) Crisis moderadas
B) Crisis leves
C) Crisis moderadas asociado a ß2
D) Crisis grave asociado a ß2

48- Tras el tratamiento realizado Manuel muestra una franca mejoría de la sintomatología y un FEM del 88% del valor teórico, esta mejoría se mantiene más de dos horas. Indique la respuesta correcta:

A) Se le da el alta al domicilio debiendo ser revisado en un plazo corto de tiempo
B) Se le da el alta al domicilio pautando tratamiento con ß2
C) Se le da el alta al domicilio con ß2 de acción corta a demanda más corticoides por vía sistémica
D) Es preciso derivarlo al hospital debido a la gravedad de la crisis y el alto riesgo de recidiva

49.- La vía de elección para la administración del corticoide sistémico en la crisis de asma es:

A) La vía oral
B) La vía intramuscular
C) La vía intravenosa
D) La vía inhalada

50.- Según la gravedad de la crisis que ha tenido Manuel ¿cuándo volvería a revisarlo?:

A) A los 2-3 días
B) A las 24 horas
C) A las 48 horas
D) A la semana

51.- Cuando acude a revisión se encuentra asintomático con un FEM dentro de su normalidad. La familia reconoce que no ha utilizado la medicación controladora de forma adecuada ya que el niño olvida realizarlo algunos días. Para mejorar la adherencia al tratamiento usted:

A) Critica la actuación del niño y la familia
B) Les hace sentir culpables de haber sufrido la crisis
C) Les hace saber que de seguir así mejor no vuelvan a la consulta
D) Les pide alternativas para solucionar el problema

52.- Manuel vuelve a revisión a la consulta programada y refiere que se encuentra mucho mejor pero aún nota tos y pitos tras el ejercicio en algunas ocasiones y despertares nocturnos aislados. ¿Cuál es la estrategia a seguir?:

A) Aumentar la dosis de corticoides
B) Asociar un ß2 de larga acción
C) Asociar un antagonista de los leucotrienos
D) Cambiar el dispositivo de la medicación y dejar la misma dosis

53.- Cuando acude de nuevo para revisión en consulta programada se encuentra bien no ha tenido síntomas y el FEM ha permanecido en límite normales. ¿Qué cambios realiza en el tratamiento?:

A) Disminuye la dosis
B) Mantiene la misma medicación durante un mes y comienza a disminuir.
C) Cambia la asociación por monoterapia
D) Mantiene la medicación durante tres meses y vuelve a citar para valoración.

ESTA PÁGINA ESTÁ EN BLANCO INTENCIONADAMENTE

