Pamplona, 5 de junio 2021.

SNS-O: Fase de oposición: Pediatría EAP-UE.

Primera prueba: teórico-práctica de test. (A)

1.- Entre los criterios de derivación al hospital en un caso de bronquiolitis es INCORRECTA:

A.- Aleteo nasal.

B.- Ingesta menor 50%.

C.- Taquipnea 50 respiraciones/minuto.

D.- Saturación de oxigeno <90-92%.

2.- En cuanto a la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad es INCORRECTA:

A.- El neumococo es la causa más frecuente de neumonía típica en todas las edades.

B.- El *Mycoplasma pneumoniae* es más frecuente a partir de los 5 años.

C.- El VRS y el rinovirus son las causas más frecuentes en menores de 2 años.

D.- La *Chlamydia pneumoniae* es más frecuente en menores de 10 años.

3.- Sobre el tratamiento de la neumonía adquirida en la Comunidad, es CORRECTA:

A.- Entre 4 meses y 4 años, el antibiótico de elección es Amoxicilina-Clavulánico 80-90 mg/k/d en 3 dosis, 5-7 días.

B.- En alérgicos a betalactámicos con hipersensibilidad tipo I, el antibiótico de elección es cefuroxima 30 mg/k/d, 2 dosis, 5-7 días.

C.- En niños no vacunados, se mantienen las mismas pautas que en vacunados.

D.- Se considera fracaso terapéutico la persistencia de fiebre, taquipnea y mal estado general o insuficiencia respiratoria, a las 48-72 horas de haber iniciado un tratamiento antibiótico correcto.

4.- En cuanto a fármacos que alteran la respuesta bronquial y tiempo que se recomienda antes de realizar la espirometría señale la INCORRECTA:

A.- Suspender los B2-adrenergicos de acción corta (salbutamol), 6-8 horas antes.

B.- Suspender los B2-adrenergicos de acción larga (formoterol y salmeterol), 24 horas antes.

C.- Suspender los corticoides inhalados 24 horas antes.

D.- Suspender los antihistamínicos 48 horas antes (algunos autores proponen 3-7 días antes).

5.- En cuanto a la medicación inhalada y los dispositivos de inhalación, señale la INCORRECTA:

A.- Si el niño está agitado o llorando, el depósito pulmonar es similar a cuando realiza las inhalaciones estando tranquilo.

B.- Los estudios muestran que una buena técnica de inhalación se asocia a mayor estabilidad del asma, menos crisis y hospitalizaciones, y mayor grado de satisfacción.

C.- A partir de los 3-4 años, si son capaces de realizar la técnica de forma correcta es conveniente retirar la mascarilla facial ya que al eliminar el espacio muerto de la mascarilla, mejora la disponibilidad y el depósito pulmonar del fármaco.

D.- El tamaño de la cámara espaciadora de 150-200 cc, es adecuado para todas las edades.

6.- Lactante de 4 meses que acude a consulta en su centro de salud por presentar en las últimas 36 horas, un pico febril de 39,3 ºC axilar, sin otra sintomatología asociada. Calendario vacunal correcto. La exploración física es rigurosamente normal, con un TEP estable. Cuál sería la actitud más CORRECTA:

A.- Realizar cribado de infección urinaria en el centro de salud mediante bolsa colectora y si la tira reactiva es normal, vigilancia clínica durante las siguientes 24-48 horas.

B.- Derivar a urgencias del hospital de referencia para realizar cribado de infección urinaria mediante recogida de orina por sondaje urinario.

C.- Derivar a urgencias del hospital de referencia para realizar analítica sanguínea y cribado de infección urinaria mediante bolsa colectora.

D.- Administrar antitérmicos y vigilancia clínica durante las siguientes 24-48 horas.

7.- Qué tratamiento antibiótico considera de primera elección en el impétigo ampolloso estafilocócico:

A.- Tratamiento tópico y sistémico con amoxicilina.

B.- Tratamiento tópico y sistémico con cloxacilina.

C.- Tratamiento tópico y sistémico con cefuroxima.

D.- Todas ellas podrían ser primera opción terapéutica.

8.- Niño de 6 años que durante el estudio por una diarrea crónica, se detectan quistes de Giardia lamblia en heces. En el momento en que se recibe el resultado lleva 2 días asintomático. Señale la actitud más CORRECTA:

A.- Tratar con metronidazol 15-30 mg/kg/dia cada 8 horas 5-7 días.

B.- Esperar una semana y si sigue asintomático, no tratarlo y realizar control clínico.

C.- Tratar con azitromicina 10 mg/kg/día, cada 24 horas, 3-5 días.

D.- Realizar analítica sanguínea para descartar déficit de IgA e iniciar tratamiento con metronidazol 15-30 mg/kg/día cada 8 horas durante 10 días.

9.- NO es un signo de sospecha de inmunodeficiencia primaria en la edad pediátrica:

A.- Necesidad frecuente de uso de antibioterapia intravenosa para curar infecciones.

B.- Más de 2 neumonías confirmadas radiológicamente en un año.

C.- Más de 6-8 otitis media aguda en un año.

D.- Muguet o candidiasis cutánea en un niño < 1 año.

10.- Señale en cuál de las siguientes situaciones clínicas le parece MENOS PROBABLE que estemos ante un SIM-PedS (Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-COV2):

A.- Niño con criterios de enfermedad de Kawasaki incompleto, contacto con coronavirus hace 4 semanas y RT-PCR para covid-19 negativo y serología negativa y cultivos para bacterias negativos.

B.- Niño con fiebre, dolor abdominal, elevación de analítica de marcadores inflamatorios (proteína C reactiva y procalcitonina), contacto con coronavirus hace 2 meses, RT-PCR para covid-19 negativo, serología positiva y cultivos para bacterias negativos.

C.- Niño con fiebre, dolor abdominal, elevación de analítica de marcadores inflamatorios (proteína C reactiva y procalcitonina), sin contacto con coronavirus, RT-PCR para covid-19 positiva y cultivos para bacterias negativos.

D.- Niño con fiebre y exantema generalizado, con elevación analítica de marcadores inflamatorios (proteína C reactiva y procalcitonina), sin contacto conocido con coronavirus, RT- PCR y serología covid-19 negativa.

11.- Respecto al diagnóstico microbiológico de la infección por coronavirus, señale la respuesta que es INCORRECTA:

A.- La detección de ARN viral mediante reacción en cadena de polimerasa transcriptasa reversa (RT-PCR) es la técnica de elección para el diagnóstico, por ser la más sensible y especifica tanto en sintomáticos como asintomáticos.

B.- El antígeno viral tiene menor sensibilidad que la RT-PCR tanto en sintomáticos como asintomáticos.

C.- La sensibilidad de la RT-PCR aumenta a partir del 2º día de inicio de los síntomas y es máxima alrededor del 10º día de los mismos.

D.- La principal ventaja del antígeno viral es la rapidez, sencillez y bajo coste.

12.- Respecto al Sd. Frey señale la respuesta INCORRECTA:

A.- Es una entidad benigna.

B.- Un 10 % de los casos tienen un antecedente traumático.

C.- Son episodios recurrentes de eritema, habitualmente unilateral, en el área inervada por el nervio auriculotemporal tras estímulos fundamentalmente táctiles u olfatorios y menos frecuentemente gustativos.

D.- Suele aparecer en el primer año de vida.

13.- Señale la asociación INCORRECTA sobre el agente etiológico más frecuente y los siguientes exantemas:

A.- Parvovirus B19- Eritema infeccioso.

B.- Parvovirus B-19: Exantema pápulo-purpúrico en guante y calcetín.

C.- Virus herpes humano tipo 6: Exantema súbito.

D.- Citomegalovirus: Sd. Gianotti-Crosti.

14.- Respecto al tratamiento de la dermatitis atópica con corticoide tópico, señale la respuesta CORRECTA:

A.- Si el eccema es seco o liquenificado, se recomiendan corticoides en loción o crema en vez de pomada.

B.- Si el corticoide es de potencia intermedia, se aplica 1 vez al día.

C.- En cara, pliegues y área del pañal, deben evitarse los corticoides de potencia alta.

D.- Un efecto secundario frecuente es la hiperpigmentación cutánea.

15.- Según las nuevas guías ESPGHAN, cuál de los siguientes supuestos NO es diagnóstico de enfermedad celíaca:

A.- Niño de 5 años con un valor de AATG-IgA (Anticuerpos antitransglutaminasa IgA) >= 10 veces el límite superior de la normalidad y Ac antiendomisio (AAE-IgA) positivos en una segunda muestra de sangre.

B.- Niña de 8 años con un valor AAGT-IgA 9 veces el límite superior de la normalidad, con una biopsia intestinal compatible con enfermedad celíaca.

C.- Paciente de 10 años con HLA DQ8 positivo, AATG- IgA 5 veces el valor normal y síntomas compatibles con enfermedad celíaca.

D.- Todos los supuestos anteriores son diagnósticos de enfermedad celíaca.

16.- ¿Cuál de los siguientes cuadros clínicos NO se considera un trastorno digestivo funcional del niño y el adolescente (4-18 años) según los Criterios Roma IV?:

A.- Síndrome de vómitos y diarreas cíclicas.

B.- Síndrome de rumiación.

C.- Síndrome de Intestino irritable.

D.- Migraña abdominal.

17.- Juan es un niño de 10 años que acude acompañado de su madre por un cuadro de dolor abdominal, según dice la madre “desde hace 4 meses” ¿Cuál de las siguientes afirmaciones de la anamnesis realizada a Juan es considerado un signo de alarma en un paciente con dolor abdominal crónico?:

A.- Dolor diario, continúo de predominio matutino.

B.- Historia familiar de celiaquía.

C.- Inicio del cuadro clínico hace más de 1 mes.

D.- Dolor que le despierta por la noche.

18.- Indique la respuesta correcta respecto al tratamiento del dolor abdominal funcional (DAF):

A.- El tratamiento farmacológico se considera de primera elección.

B.- Existe evidencia científica de calidad de que las intervenciones dietéticas son efectivas en el DAF.

C.- El objetivo principal del tratamiento será la recuperación de la actividad habitual del niño, más que la desaparición del dolor.

D.- Ninguna de las anteriores es correcta.

19.- Adolescente de 14 años que acude a consulta porque en la prueba de Mantoux que le han realizado en el instituto ha salido un resultado de 10 mm. Revisando la historia clínica se ve que procede de Moldavia y se le administró la vacuna BCG al nacimiento. Según el Programa de Prevención y Control de la TBC en Navarra. ¿Cuál sería la actitud más adecuada a seguir?:

A.- Realizar Quantiferón.

B.- No hacer nada. El resultado es por la vacuna BCG que le pusieron al nacimiento.

C.- Realizar Quantiferón y radiografía de tórax.

D.- Iniciar tratamiento con quimioprofilaxis primaria con isoniazida 10 mg/ kg/ día.

20.- Indique la respuesta correcta respecto al tratamiento de la enuresis primaria monosintomática:

A.- No es necesario iniciar ningún tratamiento antes de los 8-9 años, la gran mayoría tienden a la resolución espontánea aun mojando la cama a diario.

B.- Las medidas de restricción de líquidos vespertinos y levantar al niño por la noche para ir al baño, han demostrado ser altamente eficaces.

C.- Los sistemas de alarma (pipi-stop) no suelen requerir de excesiva implicación ni motivación por parte de paciente y la familia.

D.- La desmopresina es el tratamiento de elección cuando el objetivo es conseguir resultados a corto plazo.

21.- Ayoub es un niño de 4 años que acude a nuestra consulta por primera vez procedente de Marruecos, los padres nos dicen que en traslado han perdido su cartilla vacunal, pero están seguros de que está correctamente vacunado según el calendario vacunal de su país ya que asistían a todas las revisiones del programa del niño sano. Indique la actitud más correcta de las siguientes:

A.- Continuamos el calendario vacunal de Navarra a partir de los 4 años puesto que los padres han dicho que está correctamente vacunado.

B.- Añadiríamos una vacuna del meningococo C porque nos documentamos sobre el calendario vacunal de Marruecos y el meningococo C no está incluido.

C.- Iniciamos vacunación ya que no tienen cartilla vacunal que documente que Ayoub está vacunado. Le corresponderían por edad según el calendario vacunal de la Comunidad Foral de Navarra: 3 Hexavalentes + 1 Meningococo C + 2 dosis de TV + 2 dosis de Varicela + 1 Neumococo.

D.- Iniciamos vacunación ya que no tienen ningún documento que certifique que lo está. Le corresponderían según el calendario vacunal de la Comunidad Foral de Navarra: 3 Hexavalentes + 1 Meningococo C + 2 dosis de TV + 2 dosis de Varicela.

22.- Niño de 3 años diagnosticado de asma infantil y alérgico al huevo (clínica de habones con la ingesta, sin otras complicaciones) no vacunado previamente de gripe. En la familia conviven madre sana, hermano de 5 meses y padre en tratamiento con inmunodepresores. Indique la pauta de vacunación de la gripe adecuada en los niños:

A.- Al tener al padre inmunodeprimido no se aconseja la vacunación de la gripe en los hijos por riesgo de transmisión secundaria.

B.- Vacunaría a los 2 menores con 2 dosis completas de vacuna antigripal (0,5 ml cada dosis) separadas 4 semanas cada dosis.

C.- Se vacunaría únicamente al niño de 3 años con 2 dosis completas de vacuna antigripal (0,5 ml cada dosis) separadas 4 semanas cada dosis, por riesgo propio y del padre. No vacunaría al hermano por ser menor de 6 meses.

D.- Correspondería vacunar al niño de 3 años por riesgo propio y del padre pero al ser alérgico a huevo está contraindicado.

23.- Cuál de los siguientes supuestos NO se considera una contraindicación absoluta/temporal para la administración de vacunas en la consulta.

A.- Fiebre de 39ºC axilar en las 48 horas previas a la administración de la vacuna.

B.- Reacción anafiláctica a una dosis de dicha vacuna previa.

C.- Cardiopatía descompensada en el momento de la vacunación.

D.- Inmunodepresión en el caso de vacunas vivas atenuadas.

24.- Respecto a la vacunación de niños grandes prematuros (menos de 32 semanas de gestación), indique la respuesta INCORRECTA:

A.- El niño prematuro debe ser vacunado respecto a su edad cronológica, independientemente de su edad gestacional y peso al nacimiento.

B.- La vacuna frente al rotavirus al ser de virus vivos atenuados y oral nunca se puede administrar en las unidades neonatales.

C.- Deben recibir vacunación gripal anual desde los 6 meses hasta la edad de 24 meses.

D.- Salvo situaciones especiales, no se debe retrasar la edad de vacunación.

25.- Sobre la vacunación en niños inmunodeprimidos, seleccione la respuesta correcta:

A.- Las vacunas de microorganismos vivos pueden administrarse en cualquier momento del tratamiento inmunosupresor.

B.- Se ha demostrado que la respuesta a las vacunas en pacientes inmunodeprimidos es igual a la de personas inmunocompetentes: no es necesario verificar la respuesta vacunal con serología.

C.- Los niños con cáncer que no han completado la primovacunación antes del tratamiento quimioterápico se prefiere revacunar completamente al niño según su edad al finalizar el mismo.

D.- Se consideran dosis inmunosupresoras >= 1mg/kg/día durante 20 días de prednisona oral.

26.- Indique la correlación INCORRECTA:

A.- Papilas tarsales gigantes- conjuntivitis alérgica.

B.- Hiperemia conjuntival y folículos- Conjuntivitis vírica.

C.- Fluoresceína positiva- Conjuntivitis bacteriana.

D.- Dolor ocular- Uveítis.

27.- En relación al cribado de ferropenia y la suplementación de hierro en los niños prematuros de menos de 32 semanas de gestación o menos de 1500 g, indique la respuesta correcta:

A.- Se ha demostrado que los niños prematuros que toman suplementos de hierro mejoran el crecimiento a medio y largo plazo.

B.- Los estudios aconsejan mantener la suplementación con hierro hasta los 4 meses de edad.

C.- Los niños de menos de 32 semanas o menos de 1500 gramos alimentados con lactancia materna exclusiva se aconseja suplementar 4 mg/kg/d en forma de sulfato ferroso desde el mes de edad hasta el año de vida.

D.- Los alimentados con fórmula artificial se aconseja dar aporte extra de 1,5 mg/kg/día en forma de sales férricas hasta el inicio de la alimentación complementaria.

28.- ¿Cuál de los siguientes constituye un factor de riesgo de muerte súbita del lactante?:

A.- Uso de chupete.

B.- Sexo femenino.

C.- Posición boca abajo durante el sueño.

D.- La cohabitación.

29.- Indique la correlación INCORRECTA en cuanto al tratamiento del acné:

A.- Acné leve no inflamatorio – Antibiótico tópico en monoterapia.

B.- Acné moderado inflamatorio – Peróxido de Benzoilo + Retinoide tópico + Antibiótico oral.

C.- Acné leve inflamatorio – Peróxido de Benzoilo + Retinoide tópico.

D.- Acné severo – Retinoide oral.

30.- Indique cuál de los siguientes supuestos habría que tener en cuenta como factor de riesgo de suicidio en un adolescente:

A.- Amenazas suicidas o expresión de deseos de muerte.

B.- Acoso escolar.

C.- Maltrato en el ámbito familiar.

D.- Todos los anteriores son posibles de factores de riesgo de suicidio.

31.- Cuál de los siguientes hallazgos puede encontrarse en la exploración de una/un adolescente con trastorno de la conducta alimentaria:

A.- Caída de pelo.

B.- Estreñimiento refractario al tratamiento habitual.

C.- Bradicardia.

D.- Todas las respuestas son correctas.

32.- Indique la respuesta correcta respecto a la proctocolitis alérgica:

A.- Las proteínas de huevo son el alérgeno más implicado.

B.- Suele producir rectorragia grave en los primeros días de vida.

C.- Los prick-test son la prueba gold standard para su diagnóstico.

D.- El lactante afecto suele tener un excelente estado general y la exploración física es anodina.

33.- Respecto a la Enterocolitis por proteínas alimentarias (FPIES) indique la respuesta FALSA:

A.- Es un tipo de alergia IgE mediada.

B.- La afectación del estado general que produce puede llevarnos a confundirlo con cuadros sépticos.

C.- Suele iniciarse con vómitos a partir de las 2 horas de la ingesta del alimento.

D.- La fluidoterapia i.v y el ondasetrón i.v. mejoran la sintomatología.

34.- De las siguientes características de una hematuria, ¿cuál nos orientaría a un posible origen no glomerular?:

A.- Presencia de coágulos.

B.- Hematíes dismórficos.

C.- Presencia de cilindros hemáticos.

D.- Acantocitos en > 5%.

35.- Respecto a la proteinuria ortostática señale la respuesta FALSA:

A.- Tiene carácter benigno y suele resolverse de forma espontánea.

B.- Es típica del adolescente con hiperlordosis.

C.- Es clave en el diagnóstico la desaparición de la proteinuria en la primera hora de la mañana.

D.- Su asociación con hipertensión arterial no modifica el pronóstico.

36.- Señale la respuesta FALSA en relación a las infecciones urinarias:

A.- La ausencia de nitritos + descarta infección urinaria en lactantes.

B.- La disminución transitoria de la capacidad de concentrar la orina orienta a infección de vías altas.

C.- El urocultivo es la prueba gold standard para su diagnóstico.

D.- La fiebre de > 39ºC nos hace pensar en pielonefritis aguda.

37.- Respecto a la profilaxis antibiótica en pacientes con reflujo vesicoureteral indique la respuesta correcta:

A.- Está indicada en todos grados de reflujo, hayan tenido o no infecciones urinarias.

B.- En lactante menor de dos meses el antimicrobiano idóneo es la amoxicilina asociada o no a clavulánico.

C.- La dosis única debe ser tomada por la mañana.

D.- La dosis en general debe ser la mitad del tratamiento habitual de una infección urinaria.

38.- Según los protocolos de la Asociación Española de Pediatría con respecto a las características de la crisis convulsiva febril típica, son todas ciertas menos una, señale la INCORRECTA:

A.- La frecuencia es mayor en padres y hermanos de niños afectos que en la población normal.

B.- Los límites de edad aceptados son entre los 6 meses y 6 años

C.- Tiene una duración superior a 15 minutos.

D.- La forma de presentación más frecuente es la crisis tónico-clónica generalizada.

39.- Señale la respuesta CORRECTA con respecto a la definición del síndrome de Guillain-Barré según los protocolos de la Asociación Española de Pediatría:

A.- Es una mononeuritis aguda.

B.- No es una enfermedad autoinmune.

C.- No se presenta debilidad simétrica progresiva.

D.- Cursa con pérdida de reflejos osteotendinosos.

40.- Según los protocolos de la Asociación Española de Pediatría y atendiendo a criterios exclusivamente clínicos, es propio de un paciente con Distrofia Muscular, señale la respuesta CORRECTA:

A.- Hipertrofia de gemelos.

B.- Hipertonía.

C.- Hiperreflexia.

D.- Hipopsiquismo.

41.- Según los protocolos de la Asociación Española de Pediatría, la Esclerosis Tuberosa, se caracteriza por, señale la respuesta CORRECTA:

A.- Albinismo.

B.- Angioma plano trigeminal.

C.- Manchas acrómicas.

D.- Manchas café con leche.

42.- En el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, según los protocolos de la Asociación Española de Pediatría, señale la respuesta CORRECTA:

A.- Parece que en los varones suele predominar la hiperactividad y en las mujeres el déficit de atención.

B.- En las mujeres suele predominar la hiperactividad y en los varones el déficit de atención.

C.- No es frecuente en grandes prematuros.

D.- Es exclusivo de la infancia y adolescencia y no persiste en la edad adulta.

43.- ¿Cuál de las siguientes situaciones del desarrollo psicomotor del niño NO es normal según la tabla de desarrollo de HAIZEA-LLEVANT?

A.- Ausencia de desplazamiento autónomo a los 10 meses.

B.- No comprender una prohibición a los 4 meses.

C.- Inicio de la marcha libre a los 13 meses.

D.- Realizar pinza superior con índice y pulgar a los 9 meses.

44.- ¿Cuál de las siguientes situaciones del desarrollo psicomotor del niño NO es normal según la tabla de desarrollo de HAIZEA-LLEVANT en un niño de 9 meses?:

A.- Sedestación autónoma inestable.

B.- Bipedestación con apoyo.

C.- Buscar objeto desaparecido.

D.- Juega a “esconderse”.

45.- Según los Protocolos de la Asociación Española de Pediatría, que fármaco NO está incluido en el tratamiento del paciente con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

A.- Metilfenidato de absorción lenta.

B.- Metilfenidato de absorción rápida.

C.- Atomoxetina.

D.- Fenobarbital.

46.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades NO se incluye en el Programa de Detección Precoz de Metabolopatías Congénitas de Navarra, en la actualidad?:

A.- Fenilcetonuria.

B.- Enfermedad de células falciformes.

C.- Hiperplasia Suprarrenal Congénita.

D.- Déficit de biotinidasa.

47.- Niño de 14 años con talla entre el percentil 3 y 10 (Pc 3-10), con un volumen testicular de 3 cc. ¿Cuál es la etiología más frecuente en nuestro medio?:

A.- Hipogonadismo hipogonadotrófico.

B.- Retraso constitucional del crecimiento y desarrollo (RCCD).

C.- Hipogonadismo hipergonadotrófico.

D.- Pubertad retrasada por enfermedades crónicas.

48.- La hipoglucemia cetósica benigna de la infancia es la causa más frecuente de hipoglucemia entre los 18 meses y los 5 años. Es cierto:

A.- No es necesaria la anamnesis para su orientación diagnóstica.

B.- Ante un primer episodio y con una anamnesis compatible, no necesita estudios complementarios.

C.- No es recomendable hacer una determinación de c. cetónicos.

D.- Cuando el cuadro es leve, y no hay pérdida de conocimiento, el tratamiento preferible es el intravenoso al tratamiento oral con glucosa.

49.- Sobre el sobrepeso y la obesidad infantil:

A.- El 99% corresponden a obesidad nutricional, simple o exógena.

B.- Los percentiles de las gráficas de IMC (índice de masa corporal), no coinciden según las tablas y gráficas utilizadas (OMS, Orbegozo, Estudio español de crecimiento de 2010…).

C.- Es una característica diagnóstica del Sdrme de Prader-Willi.

D.- Todas las anteriores son correctas.

50.- ¿Cuál es la causa más frecuente de la pubarquia precoz aislada en niñas?:

A.- Ovarios poliquísticos.

B.- Adrenarquia precoz.

C.- Aporte exógeno de estrógenos.

D.- Pubertad Precoz de origen central.

51.- Ante una niña de 14 años, con talla baja proporcionada, sin desarrollo de los caracteres sexuales, amenorrea y rasgos dismórficos (acortamiento del cuarto metacarpiano…), sospecharía:

A.- Acondroplasia.

B.- Sdrme de Noonan.

C.- Sdrme de Turner.

D.- Mutaciones del gen SHOX.

52.- Ante una hipoglucemia grave en un niño con Diabetes Mellitus tipo 1, que cursa con pérdida de conciencia o convulsión, el tratamiento correcto extrahospitalario es:

A.- Glucosa intravenosa y midazolam intranasal.

B.- Una solución de glucosa por sonda nasogástrica.

C.- Glucagón intramuscular o subcutáneo.

D.- Ninguna de las anteriores.

53.- Sobre el absceso periamigdalino, señale la respuesta FALSA:

A.- El tratamiento es ambulatorio, con amoxicilina + a. clavulánico.

B.- Es la complicación más frecuente de la faringoamigdalitis aguda.

C.- Es más frecuente en la adolescencia.

D.- La mayoría se localizan en el polo superior de la amígdala.

54.- Entre las principales causas de hipoacusia en la edad pediátrica en nuestro medio, NO se encuentra**:**

A.- Secundaria a paperas, sarampión o rubeola.

B.- Infección congénita de citomegalovirus (CMV).

C.- Traumatismos craneales.

D.- Meningitis.

55.- ¿Qué signo o síntoma aparece siempre, en el 100% de los episodios, en el Síndrome PFAPA (Periodic Fever, Adenopathy, Pharingitis and Afthae)?:

A.- Aftas orales.

B.- Adenopatía cervical.

C.- Fiebre.

D.- Faringitis.

56.- En el niño con Síndrome de Down asintomático, qué cribado o valoración se inicia después de los dos años de edad:

A.- Valoración por O.R.L.

B.- Valoración por Oftalmología.

C.- Cribado de enfermedad celíaca.

D.- Valoración cardiológica

57.- Sobre las dietas vegetarianas estrictas – dieta vegana-, y según las recomendaciones del Comité de Nutrición de la AEP, es FALSO:

A.- Deben estar bien planificadas.

B.- No deben recomendarse a lactantes ni a niños de corta edad.

C.- Pueden producir déficits de Vit B12, Vit D, Fe o Iodo.

D.- No es necesario dar suplementos de vit B12.

58.- Es cierto sobre la Atención Temprana:

A.- En general, está dirigida a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno.

B.- Atiende a los niños que tienen problemas del desarrollo o riesgo de padecerlos.

C.- Están planificadas por un grupo de profesionales interdisciplinar.

D.- Todas las anteriores son ciertas.

59.- Son enfermedades de declaración obligatoria (E.D.O.) en Navarra:

A.- Varicela.

B.- Síndromes gripales.

C.- Tos ferina.

D.- Todas los anteriores.

60.- Sobre la displasia de cadera en el recién nacido y la realización de ecografía de cadera, es cierto:

A.- Son factores de riesgo los antecedentes familiares y la presentación podálica.

B.- Se presenta más en el sexo femenino, en la macrosomía fetal y en el oligoamnios.

C.- Las dos anteriores son ciertas.

D.- Actualmente está generalizado y protocolizado en nuestro medio realizar a todos los recién nacidos la ecografía de caderas.

61.- Ante la oposición o dudas sobre la vacunación de los padres o tutores de los niños, la Asociación Española de Pediatría recomienda:

A.- Escuchar las preocupaciones de los padres con respeto y atención.

B.- Informar con claridad sobre los beneficios y riesgos conocidos de las vacunas, y también de los riesgos de no estar vacunado. Facilitar fuentes de información fiables.

C.- El pediatra debe abstenerse de informar sobre los beneficios de la vacunación.

D.- Sólo las dos primeras son ciertas.

62.- Sobre la pronación dolorosa en la edad pediátrica, es cierto:

A.- Las dos maniobras más utilizadas son la “pronación forzada” y la “maniobra de supinación y flexión”.

B.- Se debe explorar toda la extremidad, incluida la clavícula del lado afecto.

C.- La presencia de equimosis a nivel del codo contraindica las maniobras de reducción.

D.- Todas las anteriores.

63.- En la lesión del plexo braquial del lado derecho en un recién nacido, en la primera visita del recién nacido, Ud esperaría encontrar:

A.- Brazo derecho en semiflexión y rotación externa.

B.- Ausencia de movilidad de los dedos de la mano.

C.- Brazo en aducción, rotación interna y ausencia de Moro en el brazo derecho.

D.- Ninguna de las anteriores.

64.- Si Ud diagnostica un caso de hepatitis A en su consulta, en un niño de 3 años que acude a la guardería, es FALSO:

A.- Indicaría a los padres el aislamiento del niño y de los contactos familiares y estrechos.

B.- Notificaría inmediatamente a salud pública, tanto del caso “confirmado” como de los “probables”.

C.- En la profilaxis postexposición nunca se utiliza la vacuna de la Hepatitis A.

D.- La profilaxis postexposición debe considerarse para brotes en guarderías y en contactos personales estrechos.

65.- El signo de Prehn:

A.- Se utiliza en la exploración del escroto agudo y ayuda a diferenciar entre la torsión testicular y la epididimitis.

B.- Es un signo radiológico de la Rx de tórax por hipertrofia del timo en el lactante.

C.- Consiste en la triada: exoftalmos, conjuntivitis y estrabismo.

D.- Es una maniobra exploratoria para descartar hiperlordosis.

66.- Entre los exámenes complementarios recomendados en la llegada al centro de salud de un niño inmigrante se encuentran todos los siguientes EXCEPTO uno:

A.- Hemograma.

B.- Parásitos en heces.

C.- Mantoux si procede de un país con elevada prevalencia de TBC.

D.- Radiografía de tórax si procede de un país con elevada prevalencia de TBC.

67.- Respecto a las recomendaciones a los padres sobre el buen uso de las nuevas tecnologías se encuentran todas las siguientes EXCEPTO:

A.- Se desaconseja el uso de videoconsolas, tabletas, ordenadores…antes de los dos años.

B.- Un mal uso puede generar problemas físicos, académicos, psíquicos y sociales.

C.- Los padres son los responsables del uso que sus hijos menores de edad hacen de las redes.

D.- El ciberbulling, el sexting sin consentimiento y el grooming son formas de violencia que se ejerce a través de las redes sociales.

68.- Respecto al consumo de drogas en adolescentes, señale la respuesta CORRECTA:

A.- El alcohol es la droga más consumida por los adolescentes españoles.

B.- El alcohol no se considera una droga.

C.- El inicio del consumo de alcohol se sitúa en los 15 años.

D.- El consumo de cannabis es excepcional en adolescentes.

69.- Respecto a la introducción de la alimentación complementaria, señale la opción INCORRECTA:

A.- Se desaconseja iniciarla antes de los 4 meses y retrasarla más allá de las 26 semanas de edad.

B.- Se recomienda introducir los nuevos alimentos de uno en uno y con intervalo de unos días para comprobar su tolerancia.

C.- La técnica de alimentación complementaria a demanda (Baby Led Weaning) facilita la autorregulación de la ingesta energética y no incrementa el riesgo de sofocación.

D.- Se aconseja retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos.

70.- Entre los signos de que la lactancia materna es efectiva encontramos todos los siguientes EXCEPTO uno:

A.- La pérdida de peso del lactante durante los tres primeros días es menor del 7%.

B.- A partir del 5º día de vida la ganancia aproximada es de 20 a 35 gramos al día.

C.- Aparición de deposiciones amarillas a los 10 días.

D.- El lactante realiza micciones claras o de color amarillo pálido, al menos 6 micciones diarias al cuarto día.

PLANTILLA CORRECCIÓN:

Fase de oposición: pediatría EAP-UE. Primera Prueba: Teórico-práctica de test (A)

pregunta	*respuesta*	pregunta	*respuesta*
1	*C*	36	*A*
2	*D*	37	*B*
3	*D*	38	*C*
4	*C*	39	*D*
5	*A*	40	*A*
6	*A*	41	*C*
7	*B*	42	*A*
8	*A*	43	*A*
9	*D*	44	*A*
10	*D*	45	*D*
11	*C*	46	*C*
12	*C*	47	*B*
13	*D*	48	*B*
14	*C*	49	*D*
15	*C*	50	*B*
16	*A*	51	*C*
17	*D*	52	*C*
18	*C*	53	*A*
19	*A*	54	*A*
20	*D*	55	*C*
21	*C*	56	*C*
22	*C*	57	*D*
23	*A*	58	*D*
24	*B*	59	*D*
25	*C*	60	*C*
26	*C*	61	*D*
27	*C*	62	*D*
28	*C*	63	*C*
29	*A*	64	*C*
30	*D*	65	*A*
31	*D*	66	*D*
32	*D*	67	*C*
33	*A*	68	*A*
34	*A*	69	*D*
35	*D*	70	*C*

Pamplona, 5 de junio 2021.

SNS-O: Fase de oposición: Pediatría EAP-SUE.

Segunda prueba: Casos clínicos prácticos. (B)

1º Caso clínico:

Lactante de 13 meses que acude al Centro de Salud por inicio brusco de edema labial y distrés respiratorio tras la toma de helado de merengue por primera vez hace 20 minutos. Se toman constantes al paciente en la sala de urgencias constatando frecuencia cardiaca de 120 l.p.m, frecuencia respiratoria de 35 r.p.m. TAS de 100 y TAD de 60 mm de Hg, Sat de O2 de 88%. En la exploración física destaca edema labial, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. ACP: Sibilantes en bases e hipoventilación en ambos campos pulmonares, el niño está consciente pero agitado.

Tras estabilizarlo en el Centro de Salud se deriva a centro hospitalario de referencia y se realiza anamnesis a los padres. Refieren introducción alimentaria hasta la fecha de la siguiente manera: lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses, posteriormente toma de lactancia artificial con leche 1 y 2 de fórmula sin que le haya producido síntoma alguno, la introducción de cereales, frutas, verduras, carne y pescado se realizó sin incidencias, el huevo se introdujo los 11 meses primero la yema y hasta el día de hoy le ha dado huevo cocido sin presentar clínica alguna. Tiene como antecedentes personales dermatitis atópica desde los 2 meses de edad y ningún otro antecedente de interés. AF: Padre dermatitis atópica e intolerancia a la lactosa.

1.- ¿Ante la llegada al Centro de Salud de dicho paciente que actuación inicial tomaría?

A.- Estabilización del paciente, asegurando vía aérea + O2. Canalizar vía y administrar adrenalina intravenosa

B.- Estabilización del paciente, asegurando vía aérea + O2+ salbutamol inhalado

C.- Estabilización del paciente, asegurando vía aérea + O2 + Adrenalina intramuscular

D.-Estabilización del paciente, asegurando vía aérea + O2 + Antihistamínico intravenoso.

2.- ¿Cuál es el principal diagnóstico de sospecha del caso?

A.- Anafilaxia por APLV IgE mediada (alergia proteína de leche de vaca).

B.- Anafilaxia por alergia al huevo IgE mediada (ovoalbúmina).

C.- FPIES a proteína de huevo. (Food protein-induced enterocolitis syndrome).

D.- Angioedema hereditario.

3.- Respecto a los criterios diagnósticos de anafilaxia, indica la opción falsa.

A.- Inicio agudo (minutos o horas) de un síndrome que afecta a la piel o mucosas (urticaria generalizada, prurito o flushing –sofoco-, edema de labios, úvula o lengua), y al menos uno de los siguientes:

- Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF -pico flujo espiratorio-, hipoxemia).
- Disminución de la Presión Arterial (PA) o síntomas asociados de disfunción orgánica (síncope, hipotonía, incontinencia...).

B.- Dos o más de los siguientes signos que aparecen rápidamente (minutos o algunas horas) tras la exposición a un alérgeno potencial para el niño:

- Afectación de piel o mucosas.
- Compromiso respiratorio.
- Disminución de la PA o síntomas asociados de disfunción orgánica.
- Síntomas gastrointestinales persistentes.

C.- Disminución de la PA tras la exposición a un alérgeno conocido para ese niño (minutos o algunas horas).

D.- Inicio de cuadro de vómitos entre 1-4 h tras la ingesta del alimento más 3 de los siguientes criterios

- Hipotensión.
- Letargia.
- Palidez marcada.
- Hipotermia.
- Vómitos repetidos.
- Necesidad de soporte de líquidos intravenosos para controlar la reacción adversa.

4.- Respecto a la anafilaxia en pediatría, indique la opción falsa

A.- La alergia alimentaria es la causa más frecuente de anafilaxia en niños.

B.- En preescolares la causa de anafilaxia más frecuente es por frutos secos.

C.- La anafilaxia por picadura de himenópteros en pediatría es excepcional.

D.- Los niños con malformaciones genitourinarias o espina bífida son pacientes con riesgo de sensibilización y posterior desarrollo de alergia y anafilaxia al látex.

5.- ¿Cuál de las siguientes opciones no es indicación para la prescripción de autoinyector de adrenalina:

A.- Síndrome Alergia oral alimentaria.

B.- Anafilaxia inducida por el ejercicio.

C.- Alergia alimentaria y asma grave coexistente.

D.- Anafilaxia previa idiopática.

2º Caso clínico:

Niña de 2 años, correctamente vacunada, que acude por un cuadro de tos húmeda tras una infección respiratoria. La tos es productiva, aumenta por la noche, por la mañana tras levantarse, y empeora con los cambios posturales. La madre asegura que lleva así más de 4 semanas y que le recuerda "a la tos de un fumador". No refieren episodios de atragantamiento.

Exploración física: Tª 36,8º, peso 11,5 kg (p50), talla 90 cm (p85), SpO2 99%, Frecuencia respiratoria 25 respiraciones/minuto. Buen estado general. Piel: eccema en flexuras y lesiones de rascado sugestivas de dermatitis atópica. Auscultación cardiopulmonar: estertores y roncus en ambos campos pulmonares que se movilizan con la tos. ORL normal. Buen desarrollo psicomotor.

6.- En este momento, ¿cuál sería la actitud más adecuada?

A.- Radiografía de tórax.

B.- PCR COVID-19 y PCR Bordetella.

C.- Tratamiento empírico con corticoide inhalado durante 2-4 semanas y reevaluación.

D.- Todas son ciertas.

7.- En el estudio de primer nivel NO incluiría:

A.- Hemograma, Inmunoglobulinas totales, Ig E y Phadiatop.

B.- Revisión del cribado neonatal y solicitud de test del sudor según resultados.

C.- Broncoscopia.

D.- Mantoux.

8.- Por sus características, NO es una causa de tos húmeda crónica en pediatría:

A.- Bronquiectasias.

B.- Fístula traqueoesofágica.

C.- Aspiración pulmonar por alteraciones de la deglución.

D.- Bronquitis bacteriana persistente.

9.- Si no presenta mejoría y dada la causa más frecuente de tos húmeda en niño preescolar, usted:

A.- Aumentaría el tratamiento de base añadiendo montelukast o un B2-adrenérgico de larga duración (salmeterol).

B.- Iniciaría tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico 80 mg/k/d, al menos durante 2 semanas.

C.- Realizaría un ensayo terapéutico con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) durante 2 meses.

D.- Todas son correctas.

10.- En el cultivo de secreciones bronquiales, señale qué microorganismo sería más IMPROBABLE encontrar:

A.- *Streptococcus pneumoniae*.

B.- *Moraxella catarrhalis*.

C.- *Haemophilus influenzae* no tipable.

D.- *Bordetella pertussis*.

3º Caso clínico:

Niño de 2 años y 6 meses con estreñimiento de 2 meses de evolución. Refieren tratamiento con medidas higiénico dietéticas y algún microenema esporádico. Acuden a consulta por empeoramiento desde hace 5 días. Ahora realiza deposiciones tipo 3 según la escala Bristol, cada 4-5 días, la última hace 3 días. En ocasiones asocia dolor y sangrado al final de la defecación. No presenta encopresis ni diarrea. Asocia de forma ocasional dolor abdominal tipo cólico y distensión abdominal. Ha realizado tratamiento con polietilenglicol por vía oral de forma intermitente sin clara mejoría. Apetito disminuido, aunque nunca ha sido un buen comedor.

Antecedentes personales: meconiorrexis en las primeras 24 horas. Bien vacunado. No ha necesitado ingresos.

Peso: 10. 5 kg (p3-15). Talla: 87 cm (p3-15). EF: Palpación abdominal, ocupación del marco cólico en fosa iliaca izquierda. Ano normoposicionado, de apariencia normal, sin fisuras aparentes. Tacto rectal: esfinter anal con tono normal, se palpan heces en ampolla rectal. Resto de exploración física normal.

11.- Según su sospecha diagnostica, cual es la actitud terapéutica inicial más CORRECTA:

A.- Tiene una impactación fecal. Iniciaría pauta de desimpactación con polietilenglicol vía oral a 0.5-1,5 gr/kg/día, intensificaría las medidas higiénico-dietéticas, entre ellas dieta baja en fibra y aumento de ingesta de agua.

B.- Tiene una impactación fecal. Iniciaría pauta de desimpactación mediante enema de suero fisiológico a 5 cc/kg/dosis y polietilenglicol via oral a dosis de 0.2-0.8 gr/kg/día, intensificaría medidas higiénico-dietéticas, entre ellas el aumento de ingesta de fibra en la dieta e ingesta de agua.

C.- Sospecho una impactación fecal, solicitaría radiografía simple de abdomen para confirmar el diagnóstico y según resultados, decidiría tratamiento oral o rectal.

D.- Todas con correctas

Tras iniciar tratamiento adecuado y con un buen cumplimiento terapéutico por parte de la familia, acude a consulta 2 semanas después. Sigue con poco apetito, creen que ha perdido peso y continúa con dolor abdominal intermitente. Las deposiciones no son dolorosas ni presenta sangrado con las mismas y realiza deposición de similares características cada 2 días. No asocia vómitos ni ha tramitado cuadros infecciosos intercurrentes. En la EF, aprecia un adecuado estado general con TEP estable, discreta palidez de piel y abdomen distendido, con palpación abdominal normal, siendo el resto de exploración normal. Hay una pérdida de peso de 300 gramos respecto a la consulta previa. Realiza una glucemia capilar que es de 86 mg/dl.

12.- ¿Cuál le parece un signo de alarma en este paciente que le haga sospechar organicidad?:

A.- Distensión abdominal.

B.- Presencia de heces en ampolla rectal detectadas en la exploración mediante tacto rectal.

C.- Deposiciones tipo 3 según la escala de Bristol a pesar de buen cumplimiento terapéutico.

D.- Debut después de los 2 años de vida.

13.- Que actitud le parece más CORRECTA:

A.- Realizaría una analítica sanguínea programada con hemograma, bioquímica general, Inmunoglobulinas totales, IgA antitransglutaminasa, metabolismo férrico, hormonas tiroideas y función hepática.

B.- Derivaría a cirugía infantil para descartar una enfermedad de Hirschsprung.

C.- Derivaría a urgencias para realizar una ecografía abdominal urgente.

D.- 1 y 3 son correctas.

Vuelve a valorar al paciente una semana después con los siguientes resultados: Hemograma normal. Bioquímica: glucemia y ionograma normal, hormonas tiroideas, perfil hepático, lipídico y renal normal. Inmunoglobulina A suero: 88 mg/dl. Anticuerpos anti transglutaminasa tisular IgA >180 U/ml.

14.- Cuál sería la actitud más CORRECTA y como informaría a la familia:

A.- Puede tener una Enfermedad celiaca. Informo a la familia que según los nuevos criterios de enfermedad celiaca del 2020, habrá que realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico y derivo al especialista de Gastroenterologia y Nutrición.

B.- Puede tener una Enfermedad celiaca. Informo a la familia que hay que realizar una analítica más completa y derivo al especialista en Gastroenterología y Nutrición, aunque según los nuevos criterios diagnósticos de enfermedad celiaca del 2020, quizá no necesite biopsia para confirmar el diagnóstico.

C.- Es poco probable que tenga una enfermedad celiaca. Probablemente sea un falso positivo en Acs antitranglutaminasa. Realizaría nueva analítica para repetir Acs antitransglutataminasa y medir Acs antigliadina.

D.- Como con esos resultados es probable que sea una Enfermedad Celiaca potencial, le indicaría retirada de gluten en la dieta y derivaría al especialista de Gastroenterologia y Nutrición.

15.- Respecto a la dieta sin gluten indicada en este paciente es INCORRECTO:

A.- Los cereales que contienen de forma natural gluten son: trigo, centeno, cebada y maíz.

B.- Los frutos secos naturales no contienen gluten, pero si están tostados o fritos pueden contenerlo.

C.- Los yogures naturales y la leche no contienen gluten.

D.- El arroz, la soja y la quinoa no contienen gluten.

4º Caso clínico:

Paciente mujer de 13 años que presenta un proceso febril de 48 horas de evolución, con adenopatías laterocervicales derechas y una lesión cutánea submentoniana con reacción celulítica. A la exploración destaca la presencia de conglomerado adenopático laterocervical derecho, con elementos empastados y adheridos a planos profundos. En la palpación abdominal se aprecia esplenomegalia.

Se solicitan pruebas complementarias: analítica de sangre, orina, radiografía de tórax, ecografía de partes blandas y ecografía abdominal. Los resultados muestran hemograma normal, con reactantes de fase aguda normales. Como únicos hallazgos significativos destacan la presencia de bilirrubina total de 5,3 mg/dl (con Bilirrubina directa de 0,5 mg/dl) y la elevación de lactatodeshidrogenasa LDH 1.505 U/l. La orina es colúrica, con discreta hematuria y bilirrubinuria, y presencia en sedimento de orina de un pigmento amarillento. La radiografía de tórax es normal.

La ecografía cervical muestra la presencia de adenopatías laterocervicales derechas, indicativas de proceso reactivo, mientras que la ecografía abdominal muestra esplenomegalia (16 cm) con parénquima homogéneo, sin apreciar alteraciones en otras vísceras abdominales, los riñones también eran normales ecográficamente.

La paciente presenta picos febriles durante 3 días, con persistencia de adenopatías y orinas colúricas, por lo que se realiza un nuevo control analítico y se solicitó una Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) de la adenopatía cervical.

Se solicitaron serologías (para varios virus y bacterias)

La analítica de sangre muestra disminución de la hemoglobina (10,2 g/dl, previa 12,5g/dl), con volumen corpuscular medio de 102 fl, y reticulocitosis intensa (14,4%), así como discreta trombopenia (124.000 plaquetas/ µl), elevación de la lactatodeshidrogenasa y haptoglobina indetectable. Se realizó una Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF), de las adenopatías cervicales. La citología de la PAAF mostró imágenes de linfadenitis granulomatosa abscesificante,

compatible con enfermedad por arañazo de gato, por lo que se añade al tratamiento un antibiótico oral, con buena evolución y resolución del proceso febril.

Las serologías infecciosas fueron negativas a excepción de una serología para una bacteria, que resultó positiva.

Dada la sospecha de anemia, se inicia estudio etiológico. Se realiza frotis periférico, que no muestra anomalías destacables. La ferritina y el índice de saturación de transferrina fueron normales. La prueba del Coombs directa fue negativa y las crioaglutininas resultaron negativas. Las pruebas de resistencia globular osmótica y la determinación de la Glucosa-6-Fosfato Deshidrogenasa y piruvato quinasa, fueron normales. La electroforesis de la hemoglobina mostraba únicamente un discreto aumento de la banda A2 (6,3%). La paciente presentaba coluria persistente, que los padres refieren que la paciente tenía «de siempre».

16.- La enfermedad por arañazo de gato está producida por un microorganismo, indique cuál:

A.- *Rickettsia conorii*.

B.- *Leishmania donovani.*

C.- *Bartonella henselae*.

D.- *Salmonella typhi*.

17.- ¿Cuál es el antibiótico de primera elección, en pacientes pediátricos, para el tratamiento de la enfermedad por arañazo de gato?

A.- Azitromicina.

B.- Cefotaxima.

C.- Amoxicilina.

D.- Ciprofloxacino.

18.- A lo largo de su evolución clínica, la paciente presentó una anemia. ¿De qué tipo fue la anemia que presentó la paciente?

A.- Anemia ferropénica.

B.- Anemia hemolítica.

C.- Anemia aplásica.

D.- Anemia microcítica.

19.- Esta paciente presentaba valores normales de ferritina y del índice de saturación de la transferrina, así como un valor de haptoglobina indetectable. Señale la respuesta verdadera:

A.- Esos valores son habituales en las anemias ferropénicas.

B.- Esos valores se pueden dar en las anemias hemolíticas.

C.- Esos valores son propios de una anemia microcítica.

D.- Con esos valores se debería administrar suplementos de hierro oral a la paciente.

20.- Cual de las siguientes respuestas es verdadera, en este caso clínico:

A.- El presentar una prueba de Coombs directa negativa, así como una lactatodeshidrogenasa elevada, y cifras de haptoglobina indetectable, descartan una anemia hemolítica.

B.- En esta paciente la orina era colúrica, con discreta hematuria y bilirrubinuria. Además tenía presencia en el sedimento de orina de un pigmento amarillento, lo que puede suceder en casos de hemoglobinopatías por hemoglobinas inestables.

C.- La electroforesis de la hemoglobina mostraba únicamente un discreto aumento de la banda A2 (6,3%), lo que confirma el diagnóstico de hallarnos frente a una talasemia minor.

D.- Las pruebas de resistencia globular osmótica fueron normales, la determinación de la Glucosa-6-Fosfato Deshidrogenasa y Piruvato quinasa, fueron normales. Todo ello demuestra un déficit enzimático que afectaba a la estabilidad de la membrana eritrocitaria.

PLANTILLA DE CORRECCIÓN:

Fase de oposición Pediatría EAP-SUE. Segunda prueba: Casos clínicos prácticos (B)

Caso clínico 1:

Pregunta nº 1	C
Pregunta nº 2	B
Pregunta nº 3	D
Pregunta nº 4	C
Pregunta nº 5	A

Caso clínico 2:

Pregunta nº 6	D
Pregunta nº 7	C
Pregunta nº 8	B
Pregunta nº 9	B
Pregunta nº 10	D

Caso clínico 3:

Pregunta nº 11	A
Pregunta nº 12	A
Pregunta nº 13	A
Pregunta nº 14	B
Pregunta nº 15	A

Caso clínico 4:

Pregunta nº 16	C
Pregunta nº 17	A
Pregunta nº 18	B
Pregunta nº 19	B
Pregunta nº 20	B