

## **CUESTIONARIO DE PREGUNTAS**

### **1.- Respecto a la pericarditis en pediatría, señale la respuesta FALSA:**

- a) El síntoma más común es el dolor torácico en zona retroesternal y precordial izquierda.
- b) El dolor aumenta en la espiración y empeora al inclinarse hacia delante
- c) El taponamiento pericárdico es una complicación grave de la misma.
- d) En el ECG es típica una elevación generalizada de novo del segmento ST.

### **2.- Acerca de la auscultación cardiaca pediátrica, señale la respuesta CORRECTA:**

- a) El primer ruido (R1) representa el cierre de las válvulas aórtica y pulmonar.
- b) El segundo ruido (R2) representa el cierre de las válvulas mitral y tricúspide.
- c) El tercer ruido (R3) es de alta intensidad y se origina por las vibraciones de la pared auricular.
- d) El cuarto ruido (R4) es de baja frecuencia y se considera patológico ya que implica una disfunción diastólica ventricular.

### **3.- Respecto al hipotiroidismo adquirido, marque la pregunta CORRECTA:**

- a) El déficit de Yodo es la casusa mundial más frecuente de hipotiroidismo adquirido
- b) La tiroiditis de Hashimoto es una de las causas infecciosas más frecuentes que causa hipotiroidismo en la infancia
- c) Los nódulos tiroideos son frecuentes en los niños y no es necesario realizar estudios citológicos
- d) La tiroiditis aguda es una causa muy frecuente de hipotiroidismo adquirida, producida normalmente por agentes virales.

**4.- Indique la respuesta falsa sobre la diabetes insípida:**

- a) Cuando se diagnostique de una diabetes insípida central hay que realizar estudio con RNM para descartar tumoraciones en la región hipotálamo-hipofisiaria.
- b) El tratamiento principal de la diabetes insípida nefrogénica es la desmopresina.
- c) La polidipsia primaria el principal tratamiento es la reducción de la ingesta de líquidos.
- d) Una analítica basal normal no excluye una diabetes insípida en un paciente con sensación de sed intacta y libre acceso a líquidos.

**5.- Respecto a las food protein-induced enterocolitis síndrome (FPIES), señale la respuesta INCORRECTA:**

- a) La enterocolitis inducida por proteínas de la dieta, o también conocida como food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES), es un síndrome gastrointestinal de hipersensibilidad alimentaria mediada por IgE.
- b) La leche de vaca y de soja son de los alimentos que producen este síndrome con más frecuencia
- c) El criterio mayor es la presencia de vómitos 1-4 h después de la ingesta de del alimento.
- d) La herramienta más importante para el diagnóstico es una historia clínica detallada.

**6.- Respecto a la litiasis renal en pediatría, indique la respuesta CORRECTA:**

- a) Dentro de las sustancias promotoras de litiasis renal están el citrato y la nefrocalcina.
- b) Dentro de los inhibidores de litiasis están las mucoproteínas y los uromucoides.
- c) Los complejadores forman complejos solubles con otras sales disminuyendo la saturación de las mismas (el citrato con el calcio, el magnesio con el oxalato).
- d) Las infecciones renales por *Proteus* no favorecen la formación de cálculos de estruvita.

**7.- Según la clasificación de la anemia según su VCM (volumen corpuscular medio) y la existencia o no de reticulocitosis, si nos encontramos con un paciente de 6 años varón que en un estudio rutinario en la analítica tenemos una anemia microcítica con reticulocitosis ¿Cuál sería la causa más probable de esta alteración analítica?:**

- a) Aplasia medular.
- b) Déficit Vit B12.
- c) Esferocitosis.
- d) Intoxicación por plomo.

**8.- Respecto al tratamiento de la PTI (Trombopenia inmune primaria) de debut reciente, cuál de estas afirmaciones es la CORRECTA:**

- a) Paciente con sangrado cutáneo exclusivo. Prednisona vía oral o metilprednisolona vía intravenosa y controles clínicos.
- b) Paciente con sangrado cutáneo-mucoso. Tratamiento inicial con Inmunoglobulina intravenosa y control a las 24 h.
- c) Paciente con sangrado activo y menos de 30.000 plaquetas. Tratamiento inicial inmunoglobulina intravenosa y control a las 24 h.
- d) Dentro de los efectos adversos de la inmunoglobulina i.v no se encuentra la anafilaxia, febrícula ni cefalea.

**9.- Respecto a la quimioprofilaxis por Tosferina en niños. ¿Cuál es la pauta adecuada?:**

- a) Eritromicina (40 mg/kg/día) 7 días
- b) Claritromicina ( 7 mg/kg/día) 5 días
- c) Azitromicina 10 mg/kg/día el primer día y 5 mg/kg/día del 2º-5º día
- d) Vacunación postexposición sin necesidad de quimioprofilaxis

**10.- Paciente mujer de 5 años con tratamiento corticoideo por síndrome nefrótico. Consulta porque su madre está enferma de tuberculosis (bacilífera+). Se le realiza PPD con resultado de menos de 5 mm. ¿Cuál es el siguiente paso a realizar para completar el estudio?:**

- a) Realizar Quanyferon/IGRA.
- b) Dar como (-) e iniciar quimioprofilaxis con Isoniazida 2 meses.
- c) Repetir Mantoux a los 2 meses.
- d) Iniciar tratamiento como enfermedad tuberculosa.

**11.- Dentro del programa de detección precoz de metabolopatías congénitas de Osasunbidea. ¿Cuál de las siguientes enfermedades no está incluida en el mismo?:**

- a) Déficit de acil-Coenzima A
- b) Citrulinemia
- c) Fenilcetonuria
- d) Tirosinemia tipo III

**12.- Respecto a la enfermedad de Perthes, ¿Cuál de estas afirmaciones es la FALSA?:**

- a) Está causada por una necrosis avascular idiopática de la cabeza del fémur.
- b) La edad más frecuente de presentación es entre 3-12 años.
- c) Las mujeres caucásicas son las más afectadas con una proporción 4:1 respecto a los varones.
- d) El síntoma más frecuente es dolor y/o cojera.

**13.- ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es un factor de riesgo para padecer una displasia de cadera en el recién nacido?:**

- a) Polihidramnios
- b) Primer hijo
- c) Parto nalgas
- d) Sexo femenino

**14.- Respecto a la glomerulonefritis aguda posinfecciosa señale la respuesta errónea:**

- a) Está causada por la formación de inmunocomplejos.
- b) La clínica más habitual es la de un síndrome nefrítico agudo.
- c) En la analítica sanguínea el C3 y C4 están normales.
- d) La hipertensión que se produce suele ser por aumento de volumen plasmático, de gasto cardíaco y de las resistencias periféricas.

**15.- ¿Qué fármaco sería de elección en la quimioprofilaxis de una lactante mujer de 1 mes con RVU grado V bilateral?:**

- a) Amoxicilina 10 mg/kg/día
- b) Trimetoprima 4 mg/kg/día
- c) Cefaclor 20 mg/kg/día
- d) No precisa profilaxis con las nuevas guías de nefrología pediátrica.

**16.- Respecto al tratamiento de las cefaleas en pediatría, ¿Cuál de estas opciones es la FALSA?:**

- a) Sumatriptan está principalmente indicado en migrañas acompañadas.
- b) La dexametasona intravenosa está indicada en el estatus migrañoso.
- c) El inicio precoz de la analgesia acorta la duración de la migraña.
- d) Los antagonistas del Calcio pueden usarse como profilaxis de la migraña.

**17.- Respecto a las crisis febriles, señale la respuesta CORRECTA:**

- a) Las crisis febriles típicas tienen un rango de edad de aparición entre 2 meses y 7 años.
- b) Las pruebas de imagen están totalmente justificadas ante cualquier episodio de crisis febril simple.
- c) La recurrencia de la crisis en menos de 24 h las calificaría como crisis febril atípica.
- d) El fármaco de elección de primera línea es el Valproato.

**18.- Respecto a la criptorquidea, señale la respuesta FALSA:**

- a) El teste retráctil es la variedad más frecuente de criptorquidea.
- b) La probabilidad de malignización de un teste criptorquídico es 10 veces mayor que en uno normal.
- c) El tratamiento hormonal está en desuso en la actualidad.
- d) La ectopia testicular La ubicación más común es la cercana al anillo inguinal externo.

**19.- En el síndrome escrotal agudo, señale la respuesta CORRECTA:**

- a) El diagnóstico fundamental es la realización de TAC abdomino-pélvico.
- b) La torsión de los apéndices testiculares requiere siempre tratamiento quirúrgico,
- c) El signo de Prehn (-) orienta a posibilidad de torsión testicular,
- d) La causa más frecuente son los traumatismos escrotales.

**20.- Paciente de 10 años afecto de síndrome de Guillain-Barré. De las siguientes respuestas, ¿cuál es la que NO es cierta?:**

- a) Es una parálisis flácida descendente de comienzo proximal.
- b) Es de instauración rápidamente progresiva.
- c) Puede asociarse a síntomas sensitivos como dolor, parestesias.
- d) Se asocia en ocasiones a disfunción autonómica en forma de arritmias, hipotensión.

**21.- Respecto al tratamiento de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica, cuál NO es cierta:**

- a) Desde el aumento en la incidencia de infecciones estreptocócicas se han registrado aumento de resistencias a la penicilina.
- b) Las cefalosporinas de primera generación por vía oral son el tratamiento de elección en niños con reacción retardada no grave a penicilina o amoxicilina.
- c) En reacciones alérgicas inmediatas mediadas por IgE y en reacciones tardías graves (tipo síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica) deben utilizarse antibióticos no betalactámicos.
- d) Penicilina en dos dosis diarias y durante 10 días, es el tratamiento de elección de la faringoamigdalitis estreptocócica. Amoxicilina, en una o dos dosis diarias y durante el mismo tiempo, sería la primera alternativa terapéutica.

**22.- Respeto al tratamiento del estado de portador de estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBHGA), cuál NO es correcta:**

- a) Amoxicilina-clavulánico (relación 4:1) durante 10 días 40 mg/kg/día cada 8 h (máximo 1,5 g cada 24 h).
- b) Clindamicina durante 10 días 8-30 mg/kg/día, cada 6-8 h, 10 días (máximo 1,8 g cada 24 h).
- c) Azitromicina durante 3 días 20 mg/kg/día cada 24 h (máximo 500 mg cada 24 h).
- d) Todas son correctas.

**23.- Respecto al tratamiento en la otitis media aguda (OMA), según el algoritmo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, cuál es CORRECTA:**

- a) Un lactante de 4 meses con OMA supurada debería tratarse con amoxicilina durante 7 días.
- b) Una lactante de 14 meses con OMA bilateral que no mejora con ibuprofeno debería tratarse con antibiótico amoxicilina durante 5 días.
- c) En la OMA con conjuntivitis el tratamiento indicado sería amoxicilina-clavulánico.
- d) Si ha habido tratamiento antibiótico previo con amoxicilina en los últimos 60-90 días, lo más adecuado sería amoxi-clavulánico o cefuroxima.

**24.- Entre las novedades introducidas en el calendario vacunal sistemático en Navarra durante el pasado año 2023 NO se encuentra:**

- a) Vacunación de Meningococo B a los 2, 4 y 12 meses de edad.
- b) Vacunación antineumocócica conjugada 15 valente a los 2, 4 y 11 meses de edad.
- c) Vacunación de papiloma también a los niños varones de 6º de primaria desde el curso escolar 23-24.
- d) Vacuna de gripe en el grupo de edad 6-59m.

**25.- Respecto a la inmunización frente al VRS con Nirsevimab, cuál es FALSA:**

- a) Nirsevimab es compatible con otras vacunas infantiles, que se han de administrar en lugares anatómicos distintos.
- b) La población infantil con alto riesgo de enfermedad grave por VRS como la displasia broncopulmonar requiere una dosis en cada temporada hasta los 36 meses.
- c) Los lactantes sanos menores de 6 meses al inicio o durante la temporada de VRS también tienen indicación.
- d) En algunas comunidades autónomas se ha inmunizado a los nacidos entre abril y septiembre de 2023 en centros de atención primaria.

**26.- Youssef es un niño de 4 años que acude a nuestra consulta, en la Comunidad Foral de Navarra, por primera vez procedente de Marruecos. Los padres nos dicen que en el traslado han perdido su cartilla vacunal, pero están seguros de que está correctamente vacunado según el calendario vacunal de su país. Indique la actitud CORRECTA de las siguientes:**

- a) Continuamos el calendario vacunal 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 ningún documento que certifique que lo está. Le corresponderían por edad según el calendario vacunal de la Comunidad: 3 Hexavalentes + 1 Meningococo C + 2 dosis de Triple vírica (TV) + 2 dosis de Varicela.
- d) Iniciamos vacunación ya que no tienen ningún documento que certifique que lo está. Le corresponderían por edad según el calendario vacunal de la Comunidad: 3 Hexavalentes + 1 Meningococo C + 2 dosis de TV + 2 dosis de Varicela + 1 Neumococo.

**27.- Lo mismo sucede con Marwa, la hermana de 10 años de Youssef, no aporta cartilla vacunal. Lo MÁS CORRECTO sería:**

- a) Continuar con el calendario vacunal a partir de los 10 años puesto que los padres han dicho que está correctamente vacunada.
- 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 ningún documento que certifique que lo está. Le corresponderían por edad según el calendario vacunal de la Comunidad: 3 Hexavalentes + 1 Meningococo C + 2 dosis de TV + 2 dosis de Varicela + 1 Neumococo + 1 dTpa (difteria-tétanos-tosferina).
- d) Iniciamos vacunación ya que no tienen ningún documento que certifique. En este caso no podríamos utilizar la vacuna hexavalente.

**28.- Lactante de 24 meses de edad con 5 episodios de sibilancias desde los 6 meses de edad y ambos padres con asma bronquial. Desarrollo pondoestatural normal, alimentación variada sin problemas e inmunizaciones administradas según calendario oficial. Acude a consulta con un informe de otro centro en donde se le ha realizado un InmunoCap Rapid que ha sido solamente positivo al huevo, ¿cuál de las siguientes medidas preventivas NO sería correcta?:**

- a) Explicar qué es el asma.
- b) Informar de la marcha atópica.
- c) Enseñar el uso correcto de los inhaladores.
- d) Aconsejar retirada del huevo de la alimentación.

**29.- Phadiatop Infant contiene además de neumalérgenos, una selección de alérgenos alimentarios entre los cuales NO se encuentra:**

- a) Leche
- b) Avellana
- c) Huevo
- d) Soja

**30.- Sobre el diagnóstico del asma, es CIERTO:**

- a) Los antecedentes de asma/atopia en los padres no aumentan la probabilidad de tener asma.
- b) La falta de respuesta a una prueba de tratamiento con corticoide inhalados disminuye la probabilidad de tener asma.
- c) Una espirometría normal excluye el diagnóstico de asma.
- d) Se considera una prueba broncodilatadora positiva si el incremento del FEV1 es mayor o igual al 7% respecto al previo.

**31.- Señale la respuesta INCORRECTA sobre el tratamiento de mantenimiento del asma:**

- a) Montelukast es el fármaco de elección en el tratamiento del asma en los niños menores de 5 años.
- b) Los fármacos fundamentales en el control del asma son los corticoides inhalados.
- c) Los broncodilatadores de acción prolongada deben ir asociados a los corticoides inhalados.
- d) La mayor parte de los pacientes con asma leve o moderada pueden tratarse con dosis bajas o medias de corticoides inhalados.

**32. Respecto al acné, cuál es la VERDADERA:**

- a) Debemos tratarlo ya que el acné tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes.
- b) El tratamiento tópico no es recomendable aplicarlo en toda el área afectada, sino solo en las lesiones individuales.
- c) La mayoría de los fármacos son bien tolerados, por lo que no hace falta avisar de que pueden producir irritación cutánea.
- d) Cuando el tratamiento incluye el antibiótico oral, una buena combinación de tratamiento tópico sería peróxido de benzoilo más antibiótico tópico.

**33. Respecto a la dermatitis atópica, es FALSO:**

- a) Se puede usar un sedante antihistamínico apropiado para la edad de niños de 6 meses o más durante los brotes agudos si la alteración del sueño tiene un impacto significativo sobre el niño o sus padres o cuidadores, por tiempo ilimitado.
- b) Los signos clínicos de sobreinfección bacteriana, con mayor frecuencia de *Staphilococcus aureus*, incluyen llanto, pústulas, formación de costras de color miel, empeoramiento de la dermatitis o la falta de respuesta a la terapia.
- c) Si un niño con eccema atópico tiene una lesión en la piel y se sospecha que es producida por virus del herpes simple, iniciar el tratamiento con Aciclovir oral, incluso si la infección está localizada.
- d) Hay recomendaciones de utilizar los inmunomoduladores (tacrolimus) dos veces por semana en zonas crónicas para reducir el número de brotes.

**34.-Cuál es FALSA:**

- a) La radiación UVB es la causante del eritema y el cáncer de piel, y el índice de FPS (fotoprotección solar) indican la protección frente a ella.
- b) La radiación UVA apenas se ha relacionado con el cáncer de piel melanoma y no es necesario protegerse frente a ella, además es filtrada por las nubes y las ventanas de forma eficiente.
- c) Los filtros físicos o inorgánicos como el óxido de zinc reflejan la luz y fotoprotegen con eficacia tanto para la radiación UVB como para la UVA.
- d) A los menores de 6 meses es mejor no exponerles a la luz del sol directamente.

**35.- Entre las actividades preventivas según Previnfad para el seguimiento de los niños con Sd. de Down NO se encuentra:**

- a) Realizar cribado de hipoacusia en los primeros seis meses de vida y en los sucesivos controles de salud.
- b) Inmunizar a los niños con SD según el calendario vacunal vigente en cada comunidad autónoma. Inmunizar contra la gripe anualmente
- c) En ausencia de clínica sugestiva de enfermedad celiaca se determinarán a la edad de 2-4 años los anticuerpos antitransglutaminasa (ATGtIgA) y una cuantificación de IgA. Repetir la determinación de ATGtIgA de forma anual.
- d) Realizar control, limpieza de placa bacteriana y sellado de fisuras a partir de los seis años y cada seis meses A partir de los 8 años debe realizarse un estudio de maloclusión dentaria al menos bienalmente.

**36.- Según Previnfad, para el cribado de alteraciones visuales en la infancia es cierto que:**

- a) Se recomienda realizar el cribado de alteraciones visuales (ambliopía, estrabismo y errores de refracción) a la edad de 3-5 años.
- b) La evidencia para evaluar el balance entre los beneficios y los riesgos del cribado de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción en niños de 6 a 14 años es insuficiente.
- c) La determinación de la agudeza visual ofrece buena sensibilidad y especificidad para la detección de la miopía, pero es poco precisa para la detección de la hipermetropía y el astigmatismo.
- d) Todas son ciertas.

**37.- En el examen neurológico de un lactante de 11 meses, nos preocupará todo lo siguiente, EXCEPTO:**

- a) Que el contacto visual con el médico no sea adecuado.
- b) Que mantenga permanentemente el puño cerrado y no alcance objetos.
- c) Que no gatee y se desplace para alcanzar juguetes arrastrándose sobre las nalgas.
- d) Que el perímetro cefálico permanezca estancado desde los 6 meses.

**38.- Sobre el sangrado menstrual excesivo en la adolescencia, señale la FALSA:**

- a) Incluye las reglas frecuentes, prolongadas o de cantidad superior a más de 6 compresas saturados al día.
- b) La mayoría son funcionales y su principal causa es la anovulación secundaria a la inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico.
- c) En la analítica hay que solicitar hemograma y coagulación, así como el perfil de hierro, para valorar la repercusión y el tratamiento a seguir.
- d) Según la gravedad, se puede prescribir tratamiento hormonal anticonceptivo combinado de Valerato de estradiol + Norgestrel (Progyluton®) que consigue la regularización de los ciclos y la disminución de la cantidad de sangrado.

**39.- Respecto a la vía intraósea en un niño en parada cardiorrespiratoria, cuál es CIERTA:**

- a) Debe canalizarse cuando no se logra una periférica en 60 segundos.
- b) El lugar de canalización intraósea en el lactante es la tibia distal.
- c) Hay fármacos que no se pueden administrar por vía intrósea.
- d) Una vez canalizada puede mantenerse durante más de 7 días.

**40.- Respecto a las escalas de evaluación del dolor pediátrico, cuál el CIERTA:**

- a) Escala FLAACC-revisada es una escala no verbal de valoración del dolor en niños con alteraciones neurocognitivas.
- b) No existen escalas validadas para valorar el dolor en neonatos.
- c) La escala de CARAS-revisada es la indicada para valorar el dolor en un niño de 2 años.
- d) En la escala numérica la puntuación de 4 ó 5 es un dolor leve.

**41.- La equidad en salud tiene como objetivo reducir las desigualdades producidas por los determinantes sociales de la salud. Ejemplos de políticas que actúan con equidad sobre la salud son todas las siguientes EXCEPTO:**

- a) La potabilización del agua de consumo
- b) La vacunación universal y gratuita
- c) La provisión de seguros privados a los trabajadores por parte de su empresa
- d) El desarrollo de políticas de movilidad activa, acciones para mejorar la calidad ambiental relacionada con el tráfico y aumento del uso peatonal del espacio público.

**42.- Son enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en España todas las siguientes, EXCEPTO:**

- a) Gripe
- b) Hepatitis A
- c) Tosferina
- d) Escarlatina

**43.- El programa de salud dental infantil en Navarra (PADI) cubre las siguientes actuaciones en niños/as:**

- a) Sellado de fisuras de las muelas con alto riesgo de caries y tratamiento de caries (empastes, matar nervios, coronas...) en muelas y dientes definitivos
- b) Tratamiento de caries dental y fracturas en dientes caducos
- c) Limpieza de boca en menores de 6 años
- d) Tratamiento de ortodoncia

**44.- Se recomienda evitar la asistencia escolar por causa infecciosa (Guía ABE) si el menor está diagnosticado de:**

- a) Conjuntivitis
- b) Síndrome boca-mano-pie
- c) Gastroenteritis aguda (hasta 24-48h sin síntomas)
- d) Eritema infeccioso o 5ª enfermedad

**45.- Se considera que un bebé está preparado para iniciar la alimentación complementaria cuando adquiere las destrezas psicomotoras que permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos. Estos cambios suelen ocurrir en torno al sexto mes. Se requiere todo lo siguiente, EXCEPTO:**

- a) Presentar un interés activo por la comida.
- b) La desaparición del reflejo de extrusión (expulsión de alimentos no líquidos con la lengua).
- c) Ser capaz de coger comida con la mano y llevarla a la boca.
- d) Mantener la postura de sedestación sin apoyo.

**46.- Según el Plato de Harvard, una alimentación equilibrada en la infancia debe contener (solo una es correcta):**

- a) En la mayoría de las comidas: la mitad del plato de vegetales y frutas, incluyendo las patatas como vegetal
- b) Cereales:  $\frac{1}{4}$  del plato, aunque sean refinados
- c) Proteína (animal o vegetal) –  $\frac{1}{4}$  del plato
- d) 3-4 veces al día leche, productos lácteos o zumos naturales

**47.- Se ha demostrado el efecto preventivo de la lactancia materna en países desarrollados sobre todas las siguientes enfermedades, EXCEPTO:**

- a) En el bebé: Infecciones gastrointestinales, respiratorias, otitis media aguda, síndrome de muerte súbita del lactante
- b) En prematuros: Enterocolitis necrotizante, sepsis
- c) En el niño mayor: Obesidad, asma, dermatitis atópica, enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes tipo I, cáncer (Leucemia, linfoma, neuroblastoma)
- d) Tuberculosis, HIV, toxoplasma, varicela

**48.- Ante un recién nacido que presenta pérdida excesiva de peso o ganancia inadecuada (Pérdida de peso >7% al día 2 o ganancia de peso inadecuada a partir del día 5):**

- a) Siempre hay que suplementar con biberón
- b) No hay que suplementar hasta haber descartado anquiloglosia
- c) Además de suplementar (idealmente evitando tetinas), hay que buscar la causa, descartar enfermedad en el bebé y valorar la lactancia mediante la anamnesis (tomas, dolor y grietas) y la observación de la toma (postura, agarre y transferencia eficaz de leche)
- d) Una vez iniciada la suplementación se considera lactancia mixta y ya no hay que estimular ni usar el sacaleches para proteger la producción de leche de la madre

**49.- La web e-lactancia.org es muy útil para valorar compatibilidad de la lactancia materna con fármacos y sustancias que toman las madres durante la lactancia. Marca la errónea:**

- a) Poleo-menta: Riesgo alto. Dada su toxicidad, fundamentalmente hepática, y su falta de acciones farmacológicas documentadas, es prudente evitarla durante la lactancia o hacer un consumo muy esporádico de la infusión, nunca del aceite esencial.
- b) Marihuana: Riesgo alto. El Delta-9-TetraHidroCanabinol (THC) es altamente lipofílico, se acumula en tejidos grasos como el cerebro y alcanza en la leche materna hasta 8,4 veces la concentración plasmática. Está contraindicado el uso de cannabis, tanto de modo recreativo como medicinal, durante el embarazo y la lactancia. No se recomienda compartir cama con el bebé si se está consumiendo esta droga debido a riesgo incrementado de asfixia o muerte súbita del lactante.
- c) Resonancia Magnética Nuclear: Riesgo muy bajo. Compatible. Las exploraciones de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) hechas a la madre no afectan a la leche ni a la lactancia. Tras una exploración de RMN no es preciso esperar ningún tiempo para amamantar. Los diversos medios de contraste derivados del gadolinio para exploraciones de RMN se consideran compatibles con la lactancia por eliminarse rápidamente (semivida de eliminación menor de 2 horas) sin apenas metabolización y ser prácticamente inabsorbibles por vía oral.
- d) Povidona Yodada: Riesgo muy bajo. Compatible. En lactantes de madres expuestas a tratamiento tópico con desinfectantes yodados se ha producido elevación de los niveles de yodo en plasma y leche materna; y en el lactante: aumento de la yoduria, pero no se ha demostrado alteración de las pruebas neonatales de detección de hipotiroidismo ni hipotiroidismo transitorio. Se suele utilizar como antiséptico en áreas de paritorio, quirófano (cesáreas) y en unidades de neonatología y lactantes.

**50.- En el prematuro tardío (recién nacido entre la 34 y la 36 Semanas de Edad Gestacional), ¿cuál es cierta?:**

- a) El bajo peso al nacer y/o una ganancia rápida de peso en los periodos de lactancia/primera infancia no se ha asociado con el síndrome metabólico en la edad adulta.
- b) Los controles peso, longitud-talla y perímetro cefálico se ajustan a edad corregida hasta los 3 meses, posteriormente según edad cronológica hasta los 2 años.
- c) Periodicidad de los controles: se recomienda revisión a las 48-72 horas tras el alta hospitalaria, revisiones semanales hasta las 40 semanas de edad gestacional (fecha probable de parto) y, posteriormente, según Programa de Salud Infantil, individualizando cada caso
- d) La inmadurez del bebé prematuro con menor fuerza muscular oral y problemas en la coordinación succión-deglución pueden dificultar la alimentación oral, sobre todo la lactancia materna, pero no está aumentado el riesgo de deshidratación, fallo de crecimiento ni de reingreso en estos casos.

**51.- En el seguimiento del recién nacido prematuro tardío (34-36 semanas EG), el pediatra de atención primaria debe realizar todo lo siguiente, excepto:**

- a) Revisar y afianzar los conocimientos de los padres sobre las medidas para la prevención de la muerte súbita y la adherencia a las mismas, como son promocionar la lactancia materna a demanda, evitar la posición en prono durante el sueño hasta los seis meses de edad y desaconsejar el tabaquismo.
- b) Recomendar la vacunación sistemática según edad cronológica, igual que el resto de recién nacidos, y promocionar la “estrategia de nido”, vacunando a los convivientes y cuidadores de todos los prematuros, tanto en el seno de la familia como en las unidades neonatales.
- c) Poner especial atención a las infecciones respiratorias y tratar precozmente con antibióticos de amplio espectro ya que su sistema inmunológico es más inmaduro y las coinfecciones son relativamente frecuentes.
- d) El seguimiento neurológico de estos niños no debe diferir del de cualquier niño nacido a término, realizándolo, como en todo prematuro, aplicando la edad corregida hasta los dos años, y siendo conocedores de los riesgos asociados a la prematuridad tardía.

**52.- El tratamiento de la anemia ferropénica leve-moderada de origen carencial se basa en todo lo siguiente, EXCEPTO:**

- a) Hierro oral en forma de sulfato ferroso, gluconato o fumarato ferroso. La dosis de hierro elemental recomendada es de 4-6 mg/kg/día repartida en 1-3 tomas diarias, preferentemente separado de las comidas y acompañado de algún alimento rico en vitamina C para favorecer su absorción.
- b) Los preparados comerciales de hierro oral son todos en forma de sal ferrosa y la dosis se calcula según los miligramos de hierro disponible por comprimido o ampolla, no según los miligramos de hierro elemental.
- c) Se recomienda control analítico a los 2 meses tras el inicio del tratamiento, valorando fundamentalmente la elevación de Hemoglobina y ferritina. El aumento del recuento de reticulocitos se produce en 2-3 días y del hematocrito en 1-4 semanas de tratamiento.
- d) Tras completar el tratamiento (3 meses) hay que valorar un nuevo control analítico a los 2 meses de su finalización, según gravedad inicial y características del paciente. Los depósitos de hierro suelen llenarse con 3 meses de tratamiento.

**53.- Como prevención de la ferropenia se recomienda todo lo siguiente, EXCEPTO:**

- a) Garantizar el aporte dietético de hierro a través de carne roja, legumbres, cereales enriquecidos, quinoa, sésamo, tofu y algunos moluscos (almejas, berberechos) desde el inicio de la alimentación complementaria (6 meses)
- b) Limitar la ingesta de leche de vaca y productos lácteos (yogures, petit-suisse...) a medio litro al día, ya que dificultan la absorción de hierro
- c) A partir de los 6 meses limitar la ingesta de leche materna, ya que su aporte en hierro es bajo
- d) No disponemos de pruebas concluyentes de que la terapia con hierro mejore el desarrollo cognitivo de los niños, así que el cribado de ferropenia en menores de 5 años en grupos de riesgo se considera recomendación débil a favor (la evidencia del efecto del tratamiento con hierro sobre el desarrollo neurológico es baja).

**54.- Se consideran obesógenos ambientales y se debería reducir o evitar su consumo todos los siguientes, EXCEPTO:**

- a) Los ultraprocesados (bollería industrial, galletas, snacks)
- b) La comida rápida (hamburguesas, frituras, pizzas) y precocinada
- c) Disruptores endocrinos presentes en el plástico de envases de comida y bebida, sartenes de teflón, algunos cosméticos, productos de limpieza, herbicidas, insecticidas, protectores solares...
- d) Los productos animales o vegetales ecológicos

**55.- Ante un IMC >p90 (sobrepeso) o >p97 (obesidad), se debería hacer todo lo siguiente EXCEPTO:**

- a) Detectar factores de riesgo: personales (Macrosomía, bajo peso al nacer con rápido catch up, rebrote adiposo precoz (<5 años), aumento del IMC >2 U por año, menarquia <11 años), familiares (padres con obesidad, diabetes mellitus tipo 2 o dislipemia), estilos de vida (inactividad física y sedentarismo, duración del sueño (> riesgo si <7 horas al día), alimentación inadecuada)
- b) Exploración física incluyendo datos antropométricos (peso, talla e IMC), medición de la cintura abdominal y la presión arterial y valoración de signos de obesidad secundarios (acantosis nigricans, hirsutismo).
- c) Valorar signos de sospecha de obesidad secundaria o genética: Talla baja, rasgos dismórficos, alteraciones oculares, sordera neurosensorial, retraso mental, hipotonía, pubertad retrasada, hipogonadismo, hirsutismo, obesidad central o de comienzo precoz (menores de 2 años) o grave, refractaria, alteraciones renales o cardíacas.
- d) Está indicado realizar una analítica de sangre ante el diagnóstico de obesidad o sobrepeso sin signos de comorbilidad: hemograma y bioquímica básica, perfiles hepático y renal, estudio de lípidos (colesterol total y subtipos, triglicéridos) y glucemia basal, función tiroidea e insulina basal con cálculo del índice HOMA: glucemia en ayunas (mmol/l) x insulina en ayunas mU/ml)/22,5.

**56.- En el abordaje de la obesidad desde Atención Primaria se recomienda las siguientes pautas según el percentil de IMC detectado:**

- a) Percentil IMC 90-97: Corrección errores en dieta (encuesta dietética), recomendar al día al menos 1 hora de ejercicio y <2 horas de TV/pantallas, seguimiento mensual (si hay buena respuesta, trimestral)
- b) Percentil IMC 90-97: Corrección de errores en dieta (no se precisa encuesta dietética), recomendar ejercicio 2-3 veces/semana y <2h de TV/pantallas al día, seguimiento trimestral (si hay buena respuesta, anual)
- c) Percentil IMC: 97-99: Corrección de errores en dieta (encuesta dietética), recomendar al día al menos 1 hora de ejercicio y <2 horas de TV/pantallas, seguimiento trimestral (si hay buena respuesta, anual)
- d) Percentil IMC >99: Intervención nutricional urgente, no recomendar ejercicio para evitar estigmatización, recomendar <2 horas de TV/pantallas. Derivación a Especializada, no se recomienda tratamiento farmacológico, no precisa control en Atención Primaria.

**57.- Ante un caso de malestar emocional en la adolescencia es imprescindible descartar la ideación autolítica y el riesgo de suicidio. Para ello en Navarra existe un protocolo consensuado con salud mental para la detección y manejo del riesgo suicida en la población infanto-juvenil, que incluye todo lo siguiente, EXCEPTO:**

- a) Se recomienda preguntar directamente sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, así como ampliar la evaluación a personas cercanas (padres/madres, profesorado)
- b) La guía de evaluación de riesgo de conductas suicidas en menores de Navarra debe ser utilizada en el ámbito educativo por el orientador/a del centro y en el ámbito sanitario por pediatría y Salud Mental Infanto-Juvenil.
- c) Esta guía sirve para generar información del paciente de forma ordenada, ayudar al clínico en la formulación y estructurar el gradiente de las preguntas, pero en ningún caso se tomarán decisiones a partir de las escalas únicamente.
- d) Tanto el psicólogo/psiquiatra como el orientador escolar y el pediatra de Atención primaria pueden activar el Código Suicidio si consideran una situación de riesgo grave. El Código Suicidio es un procedimiento de atención clínica que va a dar respuesta de forma coordinada, rápida y eficiente a las personas con ideación y/o conducta suicida.

**58.- En la primera visita al centro de salud de un niño/a inmigrante se debe aplicar el Protocolo de Atención a la Niña y al Niño Inmigrantes (PANNI) que incluye todo lo siguiente, EXCEPTO:**

- a) Anamnesis: idioma, ruta migratoria, atención sanitaria recibida, antecedentes patológicos, riesgo o síntomas de enfermedades infecciosas. Atención especial a la salud mental y al duelo migratorio
- b) Exploración física: antropometría, anomalías congénitas, hepatoesplenomegalia, adenopatías, piel y mucosas, genitales (mutilación genital) y desarrollo psicomotor
- c) Analítica de sangre (Hemograma, sideremia, ferritina, HBs Ag), orina, parásitos en heces y tuberculina. Especial atención a: Ferropenia, raquitismo y déficits nutricionales
- d) Vacunación: En general, se han de aceptar como válidos los registros vacunales aportados por los padres, excepto si hay algún signo sospechoso de falsificación. Se completarán las vacunas según el calendario de vacunación vigente de cada comunidad autónoma. En caso de acreditar la vacunación contra Hepatitis B no es necesario incluir HBsAg en la analítica.

**59.- Según los factores de riesgo y la procedencia del niño/a inmigrante recién llegado, se solicitarán las siguientes pruebas específicas, señala la INCORRECTA:**

- a) Niños procedentes de Centroamérica y Sudamérica, excepto islas del Caribe: Serología de la enfermedad de Chagas
- b) Menores de 5 años, sobre todo en menores de un año, de raza negra o con ancestros de esta raza: Serología específica para strongiloides
- c) Niños procedentes del África subsahariana, adoptados, hijos de madres de riesgo, adolescentes sexualmente activos, pacientes que hayan sufrido intervenciones o transfusiones sin las condiciones sanitarias adecuadas, y los hijos de madres hepatitis C (HC) positivas: Serología para VIH, sífilis y HC.
- d) Niños procedentes de zona endémica de malaria con proceso febril, especialmente los procedentes de África subsahariana y durante los tres primeros meses de su llegada: Gota gruesa, detección de antígenos específicos o reacción en cadena de la polimerasa específica

**60.- En el caso de querer publicar o enviar a un congreso un caso o una serie de casos clínicos que incluyan datos e imágenes de los pacientes, ¿cuál es cierta?:**

- a) En menores de 14 años se debe solicitar siempre consentimiento informado de la utilización de imágenes del paciente a los padres o tutores (titulares de la patria potestad) antes de enviarlo a publicar o a un congreso. A partir de 14 años también debe dar su consentimiento el menor
- b) Solo se debe solicitar consentimiento informado en caso de que en las imágenes sea reconocible el/la menor y se vaya a publicar en internet. Si las imágenes se quedan en una publicación interna de un congreso no es necesario.
- c) La mayoría de edad legal son 18 años y la mayoría de edad sanitaria, 16 años. Por debajo de esa edad son siempre los padres (portadores de la patria potestad) los que deciden sobre la salud del menor.
- d) A partir de los 12 años el/la menor tiene derecho a ser informado y escuchado si el médico considera que es maduro para entenderlo, pero no es necesario informarle sobre la publicación de sus imágenes ni que firme ningún consentimiento/asentimiento informado.

## **PREGUNTAS DE RESERVA**

**Pregunta de Reserva 1.- ¿Cuál de estos fármacos se considera de segunda línea en el tratamiento de una crisis febril?:**

- a) Midazolam
- b) Diasepam
- c) Leviteracetam
- d) Lorazepam

**Pregunta de Reserva 2.- Dentro del estudio de un paciente con reflujo vesicoureteral. ¿Qué prueba será la más sensible para predecirnos un daño renal?:**

- a) Renograma diurético
- b) Cistografía urinaria miccional seriada (CUMS)
- c) Gammagrafía DMSA
- d) Ecografía renal

**Pregunta de Reserva 3.- Niña de 4 años cuyos padres consultan porque no oye bien desde hace unas 2 semanas coincidiendo con un cuadro catarral con rinorrea y tos productiva. El desarrollo del lenguaje es adecuado para su edad. En la exploración se observan unos tímpanos deslustrados con tono amarillento sin reflejo luminoso. Timpanograma con curva plana en ambos oídos. No colabora en la audiometría. ¿Cuál es la actitud más correcta en el momento actual?:**

- a) Iniciar tratamiento con corticoide nasal mometasona 1 puff en cada fosa nasal durante 15 días y citamos en 1 mes para seguimiento.
- b) Iniciar tratamiento con corticoide nasal durante 30 días y citamos en 3 meses para seguimiento.
- c) Mantener actitud expectante y citar en 1 mes para seguimiento.
- d) Mantener actitud expectante y citar en 3 meses para seguimiento.

**Pregunta de Reserva 4.- Cuál NO es un signo de alerta en desarrollo del lenguaje:**

- a) Si con 8 meses no balbucea
- b) Si con 12-18 meses no señala.
- c) Si no une dos palabras en una frase con 2 años.
- d) Si no pronuncia la "RR" a los 4 años.

**Pregunta de Reserva 5.- Se plantea realizar un estudio retrospectivo multicéntrico mediante la revisión de historias clínicas de pacientes que han acudido al servicio donde actualmente trabajas, en este caso:**

a) No es necesario solicitar consentimiento informado ni aprobación del comité de ética, ya que son pacientes de tu cupo o que han acudido a tu consulta voluntariamente, así que tienes derecho a extraer esa información y utilizarla para un estudio de investigación.

b) En el caso de que el proyecto cumpla criterios para la exoneración de consentimiento informado, hay que solicitarlo formalmente al Departamento de Salud (sección de investigación) incluyendo: solicitud de autorización de acceso a la documentación clínica, proyecto de investigación, informe justificativo en el que se motive el interés público y las razones que imposibilitan obtener el consentimiento informado de los pacientes, así como obtener los datos de forma anonimizada, declaración jurada de que no se realizará cesión de datos nominales a terceros e informe favorable de la Gerencia del ámbito correspondiente.

c) En Navarra se dispone de una base de datos poblacional “Bardena” que recoge datos anonimizados aportados de Atención Primaria y Hospitalaria. En caso de poder extraer los datos necesarios para tu estudio de esa base de datos, no es necesario ningún papeleo más (exoneración de consentimiento informado, proyecto de investigación, aprobación de gerencia ni del comité de ética).

d) Al ser multicéntrico, es suficiente con la aprobación del comité de ética del Investigador Principal. En Navarra no hay que volver a pasar el comité de ética local ni solicitar la aprobación de gerencia para explotar esos datos.

**Pregunta de Reserva 6.- ¿Por qué la lactancia materna es importante?:**

- a) Previene enfermedades, aporta micronutrientes y promueve el desarrollo de la flora intestinal, la tolerancia (previene alergias) y la maduración del sistema inmune del bebé.
- b) Aporta nutrientes esenciales y parece que puede prevenir enfermedades en el bebé, aunque en países desarrollados no se ha demostrado su efecto preventivo.
- c) Previene algunas enfermedades en el bebé pero no en la madre.
- d) Con los probióticos añadidos a la leche artificial se consigue una microbiota saludable en el bebé, muy similar a la encontrada en bebés alimentados con leche materna.