

sescam

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha

Pediatra de Atención Primaria

26/04/2026

Procesos selectivos convocados mediante Resolución de 23/06/2025 (D.O.C.M. nº 123, de 30 de junio), de la Dirección General de Recursos Humanos y Transformación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).

INSTRUCCIONES:

- 1. No abra este cuestionario hasta que se le indique.**
- 2. Utilice bolígrafo negro o azul. Antes de comenzar, lea detenidamente las instrucciones que figuran al dorso de la "Hoja de Examen".**
- 3. Este cuestionario consta de 100 preguntas y 5 de reserva. Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario solicite su sustitución.**
- 4. Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en la "Hoja de Examen" es el que corresponde con el número de pregunta del cuestionario.**
- 5. Todas las preguntas de este cuestionario tienen el mismo valor y una sola respuesta correcta.**
- 6. Las respuestas deberán ser marcadas en la "Hoja de Examen" teniendo en cuenta estas instrucciones y las contenidas en la propia "Hoja de Examen".**
- 7. El tiempo de realización de este ejercicio es de 120 minutos. Para aquellas personas con discapacidad que hayan solicitado adaptación, la duración concreta se ha establecido según el tipo de discapacidad y de acuerdo con la normativa vigente.**
- 8. Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador, pudiendo llevarse el mismo una vez finalizada la prueba.**
- 9. No está permitido el uso de calculadora, libros, documentación, teléfono móvil, relojes inteligentes o cualquier otro dispositivo electrónico.**
- 10. No olvide firmar la "Hoja de Examen" en el lugar reservado al efecto.**

**Grupo: A01
093**

- 1. El reconocimiento del derecho a la protección de la salud viene recogido en la Constitución Española de 1978 dentro de:**
 - a) Las garantías de las libertades y derechos fundamentales.
 - b) Los derechos y deberes de los ciudadanos.
 - c) Los principios rectores de la política social y económica.
 - d) Los derechos fundamentales y las libertades públicas.

- 2. La Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha establece que la aprobación de la delimitación geográfica de las Áreas de Salud y los municipios que la integran es competencia de:**
 - a) Las Cortes de Castilla-La Mancha.
 - b) El Consejo de Gobierno.
 - c) La Consejería competente en materia de Sanidad.
 - d) El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

- 3. ¿Cuál de las citadas a continuación NO es una prestación comprendida en el Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud?**
 - a) Atención Sociosanitaria.
 - b) Transporte sanitario
 - c) Productos dietéticos.
 - d) Todas las citadas están incluidas.

- 4. El Decreto de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha señala que el derecho de acceso a la historia clínica podrá ejercitarse:**
 - a) Por el paciente, previa acreditación de su identidad.
 - b) Por el paciente aunque esté en situación de incapacidad.
 - c) Por el representante legal del paciente menor de 16 años emancipado.
 - d) Por los representantes legales de los pacientes mayores de 16 años o menores emancipados, en cualquier caso.

- 5. Conforme a la Ley sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, la información que se facilite al paciente antes de recabar su consentimiento será:**
 - a) Comprensible, veraz y suficiente, objetiva y adecuada al procedimiento.
 - b) Facilitada a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho por escrito.
 - c) Facilitada verbalmente en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
 - d) Facilitada, como regla general, por escrito.

- 6. En relación a la Atención Temprana, señale la afirmación correcta:**
 - a) Hace referencia a las actuaciones dirigidas únicamente a niños prematuros
 - b) El acceso a los servicios de Atención Temprana está sujeto a la contraprestación económica por parte de las familias
 - c) Se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a los niños, niñas, a sus familias y al entorno, desde el nacimiento hasta los 6 años, cuando presenten dificultades en su desarrollo o se aprecien factores de riesgo biológico y/o social para que dichas dificultades puedan aparecer
 - d) Las actuaciones en Atención Temprana no deben realizarse de forma precoz, conviene esperar a ver la evolución

7. La Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria de Castilla la Mancha, se denomina:

- a) Mambrino.
- b) Carpeta Sanitaria AP.
- c) Turriano.
- d) SiSprima

8. Niño de 3 años que consulta por fiebre de reciente aparición asociando cuadro de tos de 3 días de evolución, sin diagnóstico cerrado. ¿Qué sistema permite registrar síntomas y evolución del episodio clínico en Atención Primaria?

- a) DSM-V
- b) CIE-10
- c) CIAP-2
- d) DSM-IV

9. Said tiene 4 años y reside en Toledo. Va a viajar con su familia a Orán, Argelia, de vacaciones que es la ciudad donde viven sus abuelos. Said tiene administradas todas las vacunas del calendario oficial de Castilla-La Mancha, incluida la correspondiente de los 4 años. Teniendo en cuenta lo anterior, ¿cuál de las siguientes vacunas se recomienda administrar a Said para su protección antes de su viaje?

- a) Vacuna contra la fiebre tifoidea.
- b) Vacuna contra la rabia.
- c) Vacuna contra la hepatitis A.
- d) Vacuna contra la tuberculosis.

10. La Resolución del 24/11/2025 de la Dirección General de Salud Pública contempla las siguientes novedades en el calendario vacunal de Castilla La Mancha de 2026, EXCEPTO una:

- a) Sustitución de la vacuna monovalente frente a meningococo C (MenC) por la vacuna frente a meningococo ACWY (MenACWY) a los 4 y 12 meses de edad.
- b) Los niños que han recibido la vacuna monovalente MenC a los 4 meses de edad, recibirán la vacuna MenACWY a los 12 meses de edad.
- c) Los niños que han recibido la vacuna monovalente MenC a los 4 y 12 meses de edad, recibirán una dosis de vacuna MenACWY antes de los 10 años.
- d) Está indicada la vacunación con una dosis de MenACWY a los adolescentes entre 13 y 18 años de edad que no hayan recibido ninguna dosis de esta vacuna a partir de los 10 años.

11. Luca es un lactante de 12 meses que acude a la revisión del Programa de Salud Infantil. Las vacunas previas han sido administradas sin incidencias. Como antecedente de interés, a los 6 meses presentó un cuadro de hematomas generalizados y gingivorragia, siendo diagnosticado de trombocitopenia inmune primaria y tratado con dosis única de 1 g/kg de inmunoglobulinas intravenosas con respuesta y evolución favorables. La familia expresa que va a viajar la próxima semana a Rumanía, su país de origen, durante un período de tres meses. En relación con la vacunación de Luca, ¿qué opción le parece MÁS apropiada?:

- a) Administramos dosis de vacuna antimeningococo C y antimeningococo B. Posponemos dosis de triple vírica 6 meses
- b) Administramos dosis de vacuna triple vírica, antimeningococo ACWY y antimeningococo B.
- c) Administramos dosis de vacuna antimeningococo ACWY y antimeningococo B. Administramos dosis de triple vírica teniendo en cuenta que la dosis administrada no contabilizará como válida y deberá readministrarse tras un intervalo de 10 meses desde la dosis de inmunoglobulina.
- d) Administramos dosis de vacuna antimeningococo ACWY y antimeningococo B. Posponemos dosis de triple vírica 10 meses desde la dosis de inmunoglobulina.

12. ¿Qué podemos decirle a María y su familia, una niña de 7 años que tras caída casual sufre un traumatismo facial con afectación de los incisivos superiores?

- a) La Atención Bucodental en Castilla-La Mancha no incluye atención de urgencias por afectación bucodental.
- b) Si es precisa la extracción de una pieza dental afectada deberá acudir a un odontólogo privado.
- c) La Atención Bucodental infantil-juvenil incluye la revisión de la salud bucal, tratamientos dentales básicos como fluoración tópica y educación para la salud y tratamientos de urgencias bucodentales entre otros.
- d) La Atención Bucodental en Castilla-La Mancha solo incluye a niños/niñas y adolescentes entre los 9 y los 15 años.

13. El uso de un medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas en España:

- a) No se debe emplear en pediatría de Atención Primaria.
- b) El pediatra debe justificar ante la Farmacia de A.P. la necesidad del uso.
- c) Se debe obtener el consentimiento de los padres, pudiendo recogerse verbalmente, sin necesidad de un documento de consentimiento informado por escrito.
- d) Si sospechamos una reacción adversa, no se debe notificar en este caso, según el Real Decreto 1344/2007 del 11 de octubre

14. Según las recomendaciones del Plan Nacional frente a la resistencia a antibióticos (PRAN) y de los Programas de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) en Atención Primaria, ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente una de las metas de estos programas en la prescripción de antibióticos en pediatría?

- a) Aumentar el uso de antibióticos de amplio espectro como amoxicilina clavulánico y macrólidos en procesos respiratorios comunes para asegurar la cobertura de posibles bacterias resistentes.
- b) Reducir la prescripción de antibióticos innecesarios, promoviendo el uso de antibióticos de espectro reducido (como penicilina V o amoxicilina) en procesos con evidencia bacteriana, evitando tratamientos empíricos no justificados.
- c) Prescribir antibióticos en todas las faringoamigdalitis agudas independientemente del resultado del test de diagnóstico rápido antigénico.
- d) Aumentar la prescripción de antibióticos en menores de 5 años por la mayor incidencia de infecciones bacterianas en esta edad.

15. Según las recomendaciones del Plan Nacional frente a la resistencia a antibióticos (PRAN) y de los Programas de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) en Atención Primaria, ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente una de las metas de estos programas en la prescripción de antibióticos en pediatría?

- a) Aumentar el uso de antibióticos de amplio espectro como amoxicilina clavulánico y macrólidos en procesos respiratorios comunes para asegurar la cobertura de posibles bacterias resistentes.
- b) Reducir la prescripción de antibióticos innecesarios, promoviendo el uso de antibióticos de espectro reducido (como penicilina V o amoxicilina) en procesos con evidencia bacteriana, evitando tratamientos empíricos no justificados.
- c) Prescribir antibióticos en todas las faringoamigdalitis agudas independientemente del resultado del test de diagnóstico rápido antigénico.
- d) Aumentar la prescripción de antibióticos en menores de 5 años por la mayor incidencia de infecciones bacterianas en esta edad.

16. En la exploración del recién nacido podemos encontrar erupciones cutáneas transitorias sin significado patológico. Solo una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- a) Las lesiones de la melanosis pustulosa neonatal transitoria no están presentes al nacimiento, a diferencia de las del eritema tóxico del recién nacido.
- b) El eritema tóxico del recién nacido afecta sobre todo a cara, nalgas, tronco y extremidades proximales, pero es excepcional en palmas y plantas.
- c) La miliaria rubra se debe a un bloqueo del conducto de la glándula sudorípara en el estrato córneo, y se localiza en cara y parte superior del tronco.
- d) Las ampollas por succión son consecuencia de una succión vigorosa por parte del lactante durante la vida fetal, siendo sus localizaciones características el dorso del dedo pulgar e índice

17. En relación a los estudios de crecimiento, señale la respuesta VERDADERA:

- a) La valoración correcta del patrón de crecimiento de un niño, niña o adolescente precisa comparar sus datos antropométricos con los estándares obtenidos en una muestra representativa de la población a la que pertenece.
- b) Los estudios transversales se obtienen efectuando un corte en la población en un momento dado y permiten incluir un elevado número de sujetos para cada grupo de edad y sexo. Son rápidos de realizar, informan sobre la situación actual de la población estudiada y ofrecen información sobre la velocidad de crecimiento.
- c) Los estudios longitudinales estudian a una población desde el nacimiento hasta la edad adulta. Estos estudios no suministran información de la velocidad de crecimiento.
- d) Las gráficas disponibles en el programa informático Turriano disponible en atención primaria son las correspondientes al Estudio longitudinal español 2010.

18. Nos comenta la abuela de un niño de 10 meses en la consulta que su nieto no gatea ni se arrastra y que se queda en la misma posición cuando juegan con él. ¿Qué actitud deberíamos tomar en relación con este signo?

- a) La falta de desplazamiento a los 10 meses es común y no debe ser motivo de preocupación.
- b) Deberíamos valorar el desarrollo motor y si persiste la ausencia de desplazamiento a los 12 meses, realizar una derivación para valoración en neuropediatría.
- c) Considerar este signo como indicador de retraso en el desarrollo, por lo que sería necesario iniciar tratamiento en el centro de atención temprana de referencia de modo inmediato.
- d) No es necesario intervenir hasta los 15 meses si el niño no ha comenzado a caminar.

19. Manuel acude hoy a su cita de los 14 años dentro del Programa de salud Infantil. Refiere cefaleas frecuentes y bajo rendimiento escolar en el último curso. En la anamnesis se detecta insomnio, escasa adherencia al tratamiento de un asma persistente, sedentarismo y uso excesivo de pantallas, sin datos actuales de patología orgánica grave. Hijo de padres separados, vive con su madre, que presenta ansiedad no tratada. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la más adecuada desde Atención Primaria?

- a) Solicitar pruebas complementarias neurológicas antes de valorar factores psicosociales.
- b) Abordar exclusivamente el control del asma, posponiendo la valoración psicosocial.
- c) Identificar y registrar los factores personales y de salud como factores de riesgo psicosocial, realizar una valoración integral y coordinar intervención con recursos comunitarios si procede.
- d) Derivar a Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil sin intervención previa desde Atención Primaria.

20. Por diferentes motivos, cada vez son más el número de familias que optan por una alimentación vegetariana o vegana. Sabemos que una dieta vegetariana bien estructurada y correctamente suplementada es perfectamente válida para una óptima nutrición y desarrollo del niño y adolescente, pero sólo una de las siguientes afirmaciones es correcta:

- a) Las familias que siguen una dieta ovolactovegetariana no precisan suplementación con vitamina B12 puesto que obtienen esta vitamina de fuentes naturales.
- b) Los niños que siguen una alimentación vegana estricta presentan riesgo de déficit de algunos nutrientes como el calcio, hierro, zinc, vitamina B12, C, E y folatos.
- c) La fuente láctea principal en el primer año de vida será la lactancia materna, y si ésta no es posible, se recurrirá a fórmulas vegetales adaptadas al bebé. A partir del primer año de vida se aconseja el uso de bebidas vegetales, siendo la de soja la primera elección por su contenido proteico similar a la leche de vaca.
- d) Es imprescindible la suplementación con vitamina B 12 en el lactante vegetariano a partir de los 6 meses de edad, preferiblemente fraccionada a diario o varias veces a la semana para favorecer la absorción intestinal y lograr su óptimo aprovechamiento.

- 21. En la revisión de 15 días de Lucas, objetivamos un peso igual al del nacimiento. Es un recién nacido de peso adecuado a edad gestacional, alimentado con lactancia materna exclusiva. En la exploración física, lo único que apreciamos es ictericia a nivel de la cara. ¿Cuál sería nuestra actitud con la madre de Lucas?**
- a) Añadimos un suplemento de 30 ml de leche tras una toma, al día.
 - b) Hacer doble pesada para comprobar la cantidad de leche que está tomando.
 - c) Revisamos con la madre una toma.
 - d) Recomendamos a la madre que evite tomar productos lácteos.
- 22. Acude de forma urgente un niño de 3 años tras sufrir accidente doméstico: se ha vertido el agua de cocción de verduras en el dorso del pie. Tras valoración en consulta, usted informará a la familia sobre la quemadura que presenta. Indique la respuesta correcta:**
- a) Presenta solo eritema y leve dolor, se trata de una quemadura grado 2 profunda, afecta al total del espesor de la piel y dejará cicatriz.
 - b) Presenta zona enrojecida dolorosa en dorso de pie con 2 ampollas pequeñas intactas, se trata de una quemadura grado 2 superficial y no dejará cicatriz aunque puede dejar zona de despigmentación.
 - c) Presenta en dorso de pie zona enrojecida con ampollas rotas exudativas con hipoalgesia, se trata de una quemadura grado 1 y no dejará cicatriz.
 - d) Presenta zona enrojecida en dorso de pie con ampollas intactas dolorosas, se trata de una quemadura grado 3, afecta a todo el espesor y dejará cicatriz.
- 23. Un lactante Nacido a las 28+4 semanas de edad gestacional, con peso al nacer de 1050g, presenta antecedente de displasia broncopulmonar leve sin oxigenoterapia domiciliaria al alta. Es dado de alta a las 38 semanas de edad postmenstrual. Acude a su revisión en Atención Primaria a las 8 semanas de edad cronológica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la más correcta?**
- a) La valoración del crecimiento y desarrollo debe realizarse con edad cronológica, reservando la edad corregida solo para prematuros < 28 semanas.
 - b) El calendario vacunal debe retrasarse hasta alcanzar la edad corregida de 2 meses.
 - c) La vigilancia del desarrollo neurológico debe basarse en la edad corregida, al menos hasta los 24 meses, y extremarse la detección precoz de signos de alarma, coordinando con Atención Temprana si procede.
 - d) En ausencia de oxigenoterapia domiciliaria, no precisa seguimiento respiratorio específico desde Atención Primaria.
- 24. Recién nacido de 27 semanas y 890 g, con displasia broncopulmonar moderada, sepsis tardía y tratamiento prolongado con furosemida y aminoglucósidos. En el informe de alta de nuestro hospital de referencia consta: “Cribado auditivo neonatal superado mediante otoemisiones acústicas”. A los 9 meses de edad corregida, los padres no refieren problemas claros de audición. Según el protocolo SENEo/AEPap, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**
- a) En grandes prematuros, un cribado normal con otoemisiones no descarta neuropatía auditiva ni afectación retrococlear.
 - b) La existencia de factores de riesgo neonatales obliga a un seguimiento auditivo posterior aunque el cribado neonatal sea normal.
 - c) En ausencia de signos clínicos de sospecha a los 9 meses de edad corregida, puede darse por finalizado el seguimiento auditivo en Atención Primaria.
 - d) Nosotros, como pediatras de Atención Primaria, debemos comprobar que el método de cribado empleado en estos casos de alto riesgo auditivo fue el adecuado.

25. Debemos indicar medidas preventivas para evitar la plagiocefalia postural en las primeras visitas del recién nacido a nuestra consulta de Pediatría de Atención Primaria. Entre ellas se encuentran todas las siguientes excepto una, indíquela:

- a) Pasar tiempo en decúbito prono cuando esté despierto y vigilado
- b) Recomendar dormir en decúbito prono para evitar el apoyo en la zona occipital
- c) Recomendar portear al recién nacido para evitar tiempo prolongado con presión de apoyo en la cabeza
- d) Cambiar la orientación del niño en la cuna para que vaya percibiendo sonidos y movimientos y conseguir que no se gire siempre hacia el mismo lado

26. La Asociación Española de Pediatría publicó en el 2023 una Actualización del documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda y sinusitis. A continuación se exponen algunas de las recomendaciones de dicho documento de consenso. Señale la INCORRECTA:

- a) Según la mayoría de los estudios, la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada tridecavalente se ha traducido en un descenso de la colonización nasofaríngea por neumococo, con un aumento porcentual de serotipos resistentes no cubiertos.
- b) El diagnóstico rutinario de la sinusitis es clínico y ante la sospecha de complicaciones la radiografía de senos continúa siendo la prueba de imagen electiva, junto con la resonancia magnética en indicaciones muy circunscritas.
- c) El tratamiento antibiótico de elección en la otitis media aguda y la sinusitis en el paciente con síntomas moderados sin factores de riesgo continúa siendo amoxicilina 80-90 mg/kg/día.
- d) Si existen datos de gravedad, factores de riesgo o sospecha de infección por H influenzae (menores de 6 meses, no vacunación completa, asociación con conjuntivitis purulenta, recurrencia o antibiótico previo en 30 días) debería emplearse amoxicilina/clavulánico 8:1 (dosis 80-90 mg amoxicilina/kg/día).

27. Un niño de 20 meses acude por fiebre de hasta 39,3°C axilar de 48 horas de evolución junto con irritabilidad y rechazo de alimentación. Asiste a guardería. A la exploración destaca tímpano derecho abombado, opaco, sin visualización clara de la luz del martillo y con movilidad reducida a otoscopia neumática. No hay otorrea. El niño ha recibido un ciclo de amoxicilina en el último mes por una infección respiratoria. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a) Iniciar manejo sintomático solamente y reevaluar en 48-72h, sin antibiótico, dado que puede tratarse de una infección viral autolimitada.
- b) Prescribir amoxicilina oral a dosis estándar por 7-10 días.
- c) Prescribir amoxicilina clavulánico a 80mgKg/día, considerando los factores de riesgo.
- d) Indicar ciclo corto de ibuprofeno y derivar a ORL para drenaje trastimpánico por probable otitis serosa.

28. Pablo es un niño de 23 meses asintomático que desde hace 2 meses convive en su domicilio con un familiar que acaban de diagnosticar de tuberculosis pulmonar. Indique las respuesta correcta al respecto:

- a) No es preciso realizar ninguna prueba de cribado de infección tuberculosa, debe realizarse obligatoriamente profilaxis postexposición con isoniacida
- b) Debe realizarse cribado de infección tuberculosa realizando prueba de la tuberculina e interferón-gamma reléase assay (IGRA) simultáneos
- c) La Rx de tórax posteroanterior y lateral está indicada ante cualquier sospecha de tuberculosis pulmonar pero no en el niño con diagnóstico de infección tuberculosa (PT y/o IGRA positivos)
- d) El dintel de positividad de la prueba de la tuberculina, independientemente del antecedentes de vacunación BCG es una induración ≥ 15 mm

- 29. Pilar, que tiene 4 años, presenta tos persistente desde hace 7 semanas, productiva húmeda, que la despierta con ruidos de secreción y perturba el sueño, con ecografía pulmonar/radiografía normal. ¿Cuál afirmación es FALSA?**
- a) Por la tos húmeda y el tiempo de evolución, sospechamos bronquitis bacteriana persistente (BBP).
 - b) Una tos productiva cronicada bajo este contexto nos hace plantearnos un ensayo de antibiótico prolongado si se sospecha BBP.
 - c) La presencia de tos húmeda por >4 semanas nos lleva a excluir, con alta probabilidad, el diagnóstico de asma.
 - d) Determinar si la tos es húmeda o seca es un factor clave para guiar estudios diagnósticos.
- 30. Luis es un niño asmático de 8 años que acude a nuestra consulta para seguimiento. Que opción de tratamiento te parece correcta:**
- a) Si no existe control con dosis bajas de glucocorticoide inhalado, doblaremos dosis y añadiremos montelukast.
 - b) El uso de tiotropo está contraindicado hasta los 12 años.
 - c) En caso de exacerbación, podemos recomendar el uso de agonistas β_2 adrenérgico de larga duración.
 - d) Si precisa broncodilatador de acción corta dos o más veces al mes, con función pulmonar normal, iniciaremos tratamiento de mantenimiento.
- 31. En relación con la elección del antibiótico y la pauta de profilaxis para la prevención de la endocarditis infecciosa en pacientes pediátricos de alto riesgo sometidos a procedimientos odontológicos invasivos, señale la opción FALSA:**
- a) La amoxicilina por vía oral es el antibiótico de primera elección, administrado en dosis única de 50 mg/kg (dosis máxima 2 g), 30–60 minutos antes del procedimiento.
 - b) En pacientes pediátricos con alergia inmediata (tipo I) a penicilinas, la azitromicina por vía oral puede emplearse a dosis única de 15 mg/kg (dosis máxima 500 mg), 30–60 minutos antes del procedimiento.
 - c) En niños con alergia a penicilinas no mediada por IgE, la cefalexina por vía oral puede utilizarse a dosis única de 50 mg/kg (dosis máxima 2 g), administrada 30–60 minutos antes del procedimiento.
 - d) La eritromicina por vía oral se considera una alternativa adecuada en pediatría, administrada en dosis única de 20 mg/kg (dosis máxima 800 mg), 30–60 minutos antes del procedimiento, por su cobertura frente a estreptococos del grupo viridans.
- 32. Sólo en uno de los siguientes casos está indicada la búsqueda de la infección por *helicobacter pylori* mediante test no invasivo:**
- a) En paciente con esofagitis eosinofílica que asocia anemia ferropénica
 - b) En el estudio de talla baja o pubertad retrasada si asocia anemia ferropénica
 - c) En el estudio de dolor abdominal crónico tipo dispepsia que no mejora con inhibidor de la bomba de protones
 - d) En niño asintomático con un progenitor con cáncer gástrico
- 33. En el manejo del reflujo gastroesofágico en el niño mayor de 2 años, sólo una de las siguientes es correcta:**
- a) El uso de antisecretores está recomendado en aquellos pacientes con sintomatología extradigestiva (tos, sibilancias, asma) aunque no tengan síntomas digestivos.
 - b) Las modificaciones dietéticas y del estilo de vida, así como la reducción de sobrepeso y obesidad, no han demostrado mejoría en los síntomas y calidad de vida del paciente con reflujo gastroesofágico.
 - c) Los bloqueantes H₂ no disminuyen el número de episodios de reflujo pero sí neutralizan la acidez, y se emplean como primera opción si los inhibidores de la bomba de protones están contraindicados o no disponibles.
 - d) Si no hay mejoría de la sintomatología tras las modificaciones dietéticas y del estilo de vida, se hará una prueba terapéutica con antisecretores durante al menos 12 semanas, y si no hay mejoría se derivará a consulta especializada.

34. Lactante de 2 meses, nacido a término, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por presentar desde hace 10 días hebras de sangre roja en las deposiciones, de consistencia normal. Se encuentra afebril, con buen estado general, ganancia ponderal adecuada y exploración física normal. No presenta vómitos, eccema ni síntomas respiratorios. Está con lactancia materna exclusiva. Según tu sospecha diagnóstica, ¿cuál sería la actitud más adecuada según las últimas recomendaciones de la ESPGHAN?

- a) Mantengo lactancia materna sin dieta de exclusión a la madre y reevalúo.
- b) Retiro lactancia materna y doy fórmula extensamente hidrolizada.
- c) Mantengo lactancia materna y retiro PLV a la madre.
- d) Solicito IgE específicas, mantengo lactancia materna y retiro PLV a la madre.

35. En relación con la enfermedad celiaca, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Los pacientes celíacos que no realizan de forma estricta la dieta sin gluten, o que no han negativizado los anticuerpos antitransglutaminasa, presentan una situación de «hipoesplenismo funcional» que los hace susceptibles de infecciones bacterianas por microorganismos capsulados.
- b) La monitorización del título de anticuerpos antitransglutaminasa hasta su normalización es un marcador indirecto de curación mucosa.
- c) La calidad de vida del niño, niña o adolescente celíaco puede verse afectada por esta enfermedad crónica. Los cuestionarios CDDUX y CDPQOL han sido validados en nuestro país para su valoración.
- d) La evolución de los síntomas es el pilar de seguimiento para valorar la adherencia a la dieta sin gluten y la evolución de la enfermedad.

36. Iker, de 6 semanas de vida (nacido a término, peso adecuado para la edad gestacional, lactancia materna exclusiva) presenta episodios diarios de llanto intenso y enrojecimiento facial de varios minutos, con flexión de MMII, que finalizan con la expulsión de heces abundantes, pastosas y amarillentas. Deposiciones 1–2/día. Exploración física normal, buen aumento ponderal. Los padres de Iker están muy angustiados y solicitan tratamiento. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- a) Este cuadro es compatible con disquecia del lactante.
- b) No requiere tratamiento farmacológico.
- c) La intervención principal consiste en tranquilizar a la familia y evitar intervenciones rectales o farmacológicas.
- d) El inicio de laxantes osmóticos, en este caso, es muy útil para disminuir el esfuerzo defecatorio y el malestar del lactante.

37. Lactante de 11 meses, previamente sano, sin antecedentes urológicos conocidos, que consulta por fiebre de hasta 39°C axilar sin foco. Se confirma infección del tracto urinario (ITU) mediante urocultivo obtenido por sondaje vesical (E. Coli sensible). El paciente presenta buen estado general, desaparición de la fiebre a las 24-36 horas y evolución clínica favorable con tratamiento antibiótico oral.

- a) Solicitar gammagrafía renal con DMSA en fase tardía y mantener profilaxis antibiótica durante 6 meses por tratarse de un menor de 2 años.
- b) No solicitar pruebas de imagen tras la buena evolución clínica y tratar con amoxicilina clavulánico como antibiótico de elección.
- c) Indicar cistouretrografía miccional seriada y tratar con nitrofurantoína oral durante 10 días.
- d) Solicitar ecografía renal y vesical tras la resolución del episodio agudo y tratar con una cefalosporina de 3ª generación.

- 38. Acude a consulta un niño de 7 años con una disuria intermitente sin fiebre. En la exploración presenta irritación leve en glándula y aunque lo más probable es que esa sea la causa, realizamos una tira de orina reactiva. En ella sólo objetivamos >2+ de proteína. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es correcta?**
- a) Solicito una primera orina de la mañana con sedimento y urocultivo, y si el resultado es normal solicito una orina de 24h para ampliar el estudio.
 - b) Solicito una orina de 24h para analizar cociente proteína/creatinina, proteinuria total, microalbuminuria, y si existe algún hallazgo anormal, derivó a consulta de especializada.
 - c) Solicito una primera orina de la mañana con sedimento y cociente proteína/creatinina, y si el resultado es normal, realizaré control en un año.
 - d) Solicito una primera orina de la mañana con sedimento y urocultivo. Si el resultado es anormal y en el sedimento se confirma la proteinuria, probablemente se deba a una proteinuria por sobrecarga transitoria.
- 39. Un lactante de 9 meses con cribado neonatal positivo para enfermedad de células falciformes (HbSS) acude a consulta. Presenta anemia crónica estable con Hb de 7,8 g/dL y sin signos de infección o crisis vasooclusiva. A la exploración se observa ligera ictericia y facies pálida. Su pediatra decide solicitar control analítico. ¿Cuál de los siguientes hallazgos sería el más específico para diferenciar entre una crisis aplásica secundaria a infección por parvovirus B19 y una hemólisis acelerada en este paciente con anemia de células falciformes?**
- a) Incremento de LDH > 2 veces el valor normal.
 - b) Disminución marcada de reticulocitos (<1%)
 - c) Haptoglobina reducida por debajo de límites detectables.
 - d) Bilirrubina indirecta > 2mg/dL
- 40. Laura es una niña de 2 años que acude con su progenitora a la consulta del Programa de Salud Infantil. Como antecedentes de interés, es hija madre diabética gestacional no controlada y su progenitora presentó anemia grave durante la gestación. Tomó lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y continúa con lactancia complementada con otros alimentos. La introducción de la alimentación complementaria cursó sin incidencias, con introducción de carne y huevos entre los 6 y 7 meses y tomas puntuales de leche de vaca entera desde los 9 meses coincidiendo con los turnos de trabajo de la progenitora. Recientemente, has leído las últimas recomendaciones publicadas por el grupo Previnfad sobre el cribado de ferropenia y sabes que teniendo en cuenta que los factores de riesgo de ferropenia son conocidos, parece razonable realiza el cribado en niños y niñas con factores de riesgo. En el caso de Laura, ¿cuál es el factor de riesgo MENOS PROBABLE de ferropenia?**
- a) Introducción de carne y huevo entre los 6 y 7 meses de vida.
 - b) Diabetes gestacional no controlada.
 - c) Ingesta de leche de vaca desde los 9 meses.
 - d) Anemia grave durante la gestación.
- 41. Todas las siguientes condiciones deben hacernos pensar en la posibilidad de un cáncer pediátrico, excepto una:**
- a) Dolor osteomuscular multifocal prolongado y progresivo, con aumento de partes blandas sin traumatismo.
 - b) Linfadenopatía >1.5 cm indolora que no responde a tratamiento antiinflamatorio tras 5-7 días.
 - c) Estreñimiento persistente que no mejora a pesar de tratamiento y presenta signos y síntomas de obstrucción intestinal.
 - d) Masa testicular indolora de crecimiento lento y progresivo, con síntomas generales, adenopatías y/o visceromegalias.

- 42. Yaiza es una adolescente de 14 años que acude a la revisión. Es una joven sana, deportista (pertenece al equipo de natación de la Comunidad), no fumadora. Desde hace año y medio, tiene pareja “estable” y se inició anticonceptivos orales combinados. A raíz de la revisión se diagnosticó Hipertensión Arterial. ¿Qué podemos recomendar a Yaiza respecto a su HTA y los anticonceptivos?**
- Haríamos prueba de embarazo y si es negativo, mantenemos los anticonceptivos y añadiremos enalapril.
 - Recomendaríamos anticonceptivos sólo con progestágenos y continuar valoración de la tensión.
 - Cambiamos a anticonceptivo sólo con estrógenos y añadiremos enalapril.
 - Pautamos propranolol y cambiamos a anticonceptivo con la menor dosis de progestágenos.
- 43. Martina, niña de 6 años y 8 meses acude acompañada de su madre que refiere que tiene un “bulto” en la mama izquierda. Además la mamá refiere que la encuentra más delgada pero cree que es “porque ha pegado un estirón” en el último mes. Exploramos a Martina incluyendo peso y talla y objetivamos una telarquia unilateral y un aumento de la velocidad de crecimiento por encima de p95. Sospechamos que se trata de una pubertad precoz. En la relación a esto, indique la opción correcta:**
- La pubertad precoz es la aparición de caracteres sexuales secundarios a una edad < 2,5 DE: aparición de botón mamario o telarquia antes de los 8 años en niñas y aumento del volumen testicular >4 cc en niños antes de los 9. La frecuencia en niños es 10 veces más frecuente que en niñas
 - Tras anamnesis y exploración física la primera prueba complementaria a realizar sería una valoración de la edad ósea (Rx carpo izquierdo o derecho si la mano predominante es la izquierda)
 - En la pubertad precoz encontramos una edad ósea retrasada, típicamente 2-3 años inferior a la edad cronológica
 - Si la edad ósea está adelantada no es preciso realizar más pruebas complementarias, confirmaremos a la familia que ha iniciado la pubertad
- 44. Con respecto a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad sobre actividad física y reducción del sedentarismo y del tiempo de pantalla, sólo una de las siguientes es correcta:**
- En la población de 5 a 17 años se aconsejan actividades de fortalecimiento muscular que incluyan grandes grupos musculares y de mejora de la masa ósea.
 - La actividad física en la población de 5 a 17 años ha demostrado mejorar la función cognitiva en aquellos que padecen TDAH, pero no hay evidencia demostrada en los niños que padecen discapacidad intelectual.
 - En el niño menor de 1 año no se recomienda que pasen tiempo delante de una pantalla, a partir de 1 año no se recomienda permanecer más de 1 hora en actitud sedentaria frente a una pantalla, y cuanto menos mejor.
 - En los niños de 3 a 4 años se recomienda que sean físicamente activos al menos 90 minutos distribuidos a lo largo del día, de los que al menos 60 minutos se dedicarán a actividad física de moderada a intensa.
- 45. En relación al bocio en la infancia, señale la respuesta INCORRECTA:**
- La primera causa de bocio en la edad pediátrica en países desarrollados es la tiroiditis linfocitaria crónica o enfermedad de Hashimoto.
 - En países en vías de desarrollo, el bocio secundario a déficit de yodo continúa siendo la causa más prevalente.
 - Lo más frecuente es que el crecimiento sea lento y progresivo. Cuando el bocio se desarrolla de forma rápida orienta a malignidad.
 - La ecografía puede aportar información sobre el tamaño del tiroides, pero no aporta información que nos oriente hacia la etiología responsable.

46. Niño de 3 años que acude a consulta por deformidad progresiva de miembros inferiores. Marcha autónoma desde los 14 meses. No antecedentes perinatales de interés. Alimentación adecuada para la edad. Cumple calendario vacunal. No infecciones de repetición. Hermano mayor con talla baja y genu varo intervenido en la infancia. En la exploración física destaca: Talla en p10, genu varo bilateral marcado, ensanchamiento metafisario de muñecas, no rosario costal y desarrollo psicomotor normal. En la analítica, calcio sérico normal, fósforo sérico bajo, fosfatasa alcalina elevada, PTH normal y 25-OH-vitamina D normal. En la radiografía de muñeca se ve ensanchamiento y deflecamiento metafisario. ¿Cuál es la afirmación más correcta?

- a) Se trata de un raquitismo nutricional y el tratamiento de elección es vitamina D a dosis altas.
- b) El diagnóstico más probable es raquitismo hipofosfatémico y el tratamiento incluye fosfato oral y calcitriol.
- c) La normalidad de la vitamina D descarta raquitismo.
- d) La elevación de la PTH es un criterio imprescindible para el diagnóstico.

47. Dentro del grupo de movimientos paroxísticos no epilépticos, las ritmias motoras del sueño son causa de gran ansiedad en los familiares. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

- a) La edad de debut suele aparecer entre los 6-24 meses, y pueden estar presentes hasta los 5 años.
- b) Consisten en movimientos o conductas repetitivas estereotipadas que pueden aparecer en la transición del sueño-vigilia, pero son más frecuentes en fases de sueño profundo.
- c) Los más frecuentes son el cabeceo anteroposterior (head-banging), balanceo lateral de cabeza (head-rolling) y balanceo anteroposterior de todo el cuerpo (body-rocking).
- d) La duración puede ser desde pocos minutos hasta más de 30, aparecen "en racimos", son suaves y esporádicos.

48. Adolescente de 13 años, sin antecedentes personales de interés y con madre migrañosa, consulta por episodios de cefalea desde hace un año. Presenta 2-3 crisis/mes, de inicio progresivo, unilaterales, pulsátiles, de intensidad moderada-alta, acompañadas de náuseas, fotofobia y fonofobia, que obligan a interrumpir la actividad.

Precediendo a la cefalea, describe "destellos luminosos" de 20-25 minutos, completamente reversibles, sin déficit motor, afasia ni alteración del nivel de conciencia. Entre crisis está asintomático. Exploración neurológica normal. No consumo de tóxicos.

En dos crisis recientes no ha respondido a ibuprofeno a dosis adecuadas administrado en la primera hora.

¿Cuál es la mejor actitud terapéutica en nuestra consulta de Atención Primaria?

- a) Iniciar amitriptilina como profilaxis por presencia de aura.
- b) Prescribir sumatriptán intranasal para las crisis, con educación sobre uso precoz.
- c) Solicitar resonancia magnética cerebral antes de modificar el tratamiento.
- d) Evitar triptanes por la presencia de aura y pautar paracetamol alternado con AINE con uso de modo precoz.

49. De la siguientes lesiones cutáneas, cuál es MENOS PROBABLE que se asocie a disrafismo espinal oculto:

- a) Aplasia cutis.
- b) Seno dérmico.
- c) Melanocitosis dérmica congénita.
- d) Nevos melanocíticos.

50. La epífora o lagrimeo en lactantes es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Su causa más frecuente es la obstrucción del conducto nasolagrimal (OCNL).

Indique la respuesta INCORRECTA:

- a) La mayoría de las obstrucciones del conducto nasolagrimal precisará tratamiento quirúrgico
- b) El diagnóstico de OCNL es clínico
- c) Clínicamente los lactantes con una OCNL se presenta con epífora o lagrimeo a las 2-6 semanas de vida, secreción mucosa que acumula en los párpados y pestañas y dermatitis secundaria
- d) La mayoría de las OCNL se resolverán espontáneamente. Si persiste una epífora significativa al año de edad o conjuntivitis de repetición en edades más tempranas, se tratará, habitualmente, mediante drenaje de la vía nasolagrimal.

51. Con respecto a los test más utilizados para la valoración del estrabismo en pediatría, una de las siguientes respuestas es incorrecta:

- a) El test de Brückner se trata de la observación de un reflejo rojo del fondo de ojo tras aplicar una fuente de luz a una distancia de 50-100cm, iluminando los dos ojos dirigiendo la luz al puente nasal.
- b) El test de Hirschberg consiste en iluminar con una linterna a una distancia de 40 cm buscando la fijación, y valorar si el reflejo en la córnea está centrado (ojo fijador) y descentrado en otro (ojo estrábico).
- c) En el cover si existe una desviación en convergencia el ojo desviado llevará a cabo un movimiento de rectificación de dentro hacia fuera al desoccluir el ojo fijador.
- d) En el cover test si existe una desviación en divergencia el ojo desviado llevará a cabo un movimiento de rectificación de fuera hacia dentro al ocluir el ojo fijador.

52. En las revisiones de los niños, ¿cuál consideras que es una recomendación que NO se debe dar?

- a) A partir de los tres años utilizar pasta de dientes fluorada 1550 ppm del tamaño de un guisante.
- b) Enseñar técnicas de cepillado dental desde la aparición de los primeros dientes.
- c) Indicar no enjuagar tras el cepillado.
- d) Recomendar si se puede, usar pasta dental que contenga arginina 1.5% y zinc.

53. Miguel es un adolescente de 13 años que juega al hockey hierba. Esta tarde ha ido a entrenar sin los protectores bucales, recibiendo un traumatismo con la pelota con avulsión de uno de los incisivos superiores. Recientemente, Miguel acudió a un taller de urgencias que dio el pediatra de atención primaria en su instituto y cree recordar qué es lo que hay que hacer en estos casos. Señale la respuesta CORRECTA:

- a) El diente ha caído al suelo. Lo introduce en su botella de bebida isotónica y acude al dentista de forma urgente.
- b) El diente ha caído al suelo. Lo lava con agua durante unos 10 segundos, lo guarda en leche y solicita cita para acudir al día siguiente al dentista.
- c) El diente se ha caído al suelo. Lo lava con agua cogiéndolo de la raíz durante 10 segundos, lo envuelve en un paño seco y acude al dentista de forma urgente.
- d) El diente se ha caído al suelo. Lo introduce en leche y acude al dentista de forma urgente.

- 54. Sara es una paciente que acude a la revisión del Programa de Salud Infantil a los 20 días de vida. En la exploración observamos un hemangioma en región perianal de aproximadamente 6 cm, con aspecto de “mapa”, no ulcerado. Los padres aseguran que no estaba presente al nacimiento. No existen otras anomalías en la exploración. Todas las siguientes son correctas, excepto una:**
- a) Los hemangiomas localizados en el área del pañal se consideran de alto riesgo de ulceración y deben ser valorados por dermatología lo antes posible.
 - b) Los hemangiomas perineales pueden formar parte del síndrome LUMBAR y estar asociados a anomalías vesico-renales y anorrectales, malformaciones de genitales externos y defectos medulares a nivel lumbar.
 - c) El tratamiento precoz y ambulatorio con propranolol oral a dosis iniciales de 1mg/kg/día antes de las 5 semanas de vida será fundamental para evitar la ulceración, con un estrecho seguimiento en consulta de dermatología.
 - d) La resonancia magnética lumbosacra nos ayudaría a descartar las malformaciones asociadas más relevantes, pero dada la edad de la paciente, solicitaremos una ecografía lumbar y reno-vesical como parte del estudio inicial.
- 55. Susana es una lactante de 2 meses que trae su madre a consulta porque “la manchita” que tenía en el brazo ha crecido mucho. A la exploración presenta una lesión redondeada de 1,5 cm de diámetro de bordes bien definidos, de color rojizo brillante con superficie algo lobulada. Sospechamos que se trata de un hemangioma y podemos explicar a la mamá todo lo siguiente EXCEPTO:**
- a) El hemangioma infantil es el tumor benigno más frecuente en la infancia (4-10%)
 - b) El hemangioma es un tumor benigno que precisa cirugía
 - c) Explicamos que, en general, los hemangiomas infantiles tienen 3 fases evolutivas: una fase proliferativa en la que la lesión crece aceleradamente, un periodo de estabilidad y una fase involutiva en la que, independientemente del tratamiento, la lesión se atenúa de color y disminuye de tamaño
 - d) Por la localización y características se trata de un hemangioma superficial y, por tanto, de bajo riesgo. Haremos seguimiento en nuestra consulta de Atención Primaria con seguimiento estrecho hasta el 3º mes de vida y valoración de riesgo en cada visita
- 56. Acude a consulta un lactante de 3 meses con prurito intenso, especialmente nocturno, y lesiones papulovesiculosas en palmas, plantas, axilas y cuero cabelludo. La madre presenta prurito similar desde hace 2 semanas.. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada con la sospecha diagnóstica?**
- a) Permetrina tópica al 5% en una única aplicación nocturna, evitando cabeza y cuello, y tratamiento solo del lactante al confirmarse el diagnóstico clínico.
 - b) Ivermectina oral en dosis única, repetida a los 7 días, tanto en el lactante como en los convivientes, por tratarse de una forma familiar.
 - c) Vaselina azufrada al 5-10% aplicada en todo el cuerpo, incluyendo cuero cabelludo y pliegues, durante 3 noches consecutivas, asociando tratamiento simultáneo de todos los convivientes.
 - d) Tratamiento sintomático con antihistamínicos y corticoide tópico, posponiendo el escabicida hasta confirmación microscópica del ácaro.
- 57. ¿A qué edad se recomienda realizar la ecografía de cadera en un niño con factores de riesgo para displasia evolutiva de cadera?**
- a) Al mes de vida.
 - b) A los 6 meses.
 - c) A los 2 meses.
 - d) Al año de vida.

- 58. Acude Pedro, de 3 años, acompañado por su abuela. Ella ha pedido la cita, está preocupada por cómo anda Pedro.**
Exploramos a Pedro, observamos en el podoscopio un pie plano grado II y valgo de retropié. En el test de Rodríguez Fonseca, el retropié pasa de valgo a varo y en el test de Jack mejora el valgo y aumenta un poco el arco plantar. No apreciamos alteración en el patrón de la marcha.
¿Cuál será nuestra actitud con Pedro?
- a) Pautamos zapato cómodo y observación.
 - b) Derivamos a Traumatología para pautar ortesis rígida.
 - c) Derivamos a Neuropediatría para estudio neuromotor.
 - d) Pautamos zapato con talonera pronadora y control en 6 meses.
- 59. Niña de 12 años, sin menarquia, que consulta por asimetría de hombros detectada en revisión escolar. No dolor ni clínica neurológica. En la exploración presenta test de Adamas positivo con giba torácica derecha y en la teleradiografía se observa curva dorsal con un ángulo de Cobb de 28° y Risser 0 de maduración ósea. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada?**
- a) Observación clínica y radiológica anual, ya que las curvas menores de 30° no requieren tratamiento activo.
 - b) Indicación de corsé ortopédico, al tratarse de una escoliosis en crecimiento con ángulo de Cobb entre 25° y 40°.
 - c) Derivación para valoración quirúrgica precoz, dado el elevado riesgo de progresión en ausencia de menarquia y Risser 0.
 - d) Ejercicios de fisioterapia específicos como único tratamiento, sin necesidad de ortesis.
- 60. Acude a consulta un escolar varón de 10 años de edad con cojera izquierda y dolor en cara anterolateral del muslo ipsilateral de 4 semanas de evolución. No ha tenido fiebre. Niega antecedente traumático. No habían consultado antes porque al inicio la cojera era indolora. En la exploración se observa limitación dolorosa de las rotaciones de cadera externa e interna. ¿Cuál de las siguientes consideraciones no es cierta?**
- a) Si realizo una radiografía simple lo más probable es que encuentre la cabeza del fémur aplanada y ensanchada.
 - b) La existencia de una coagulopatía silente como un déficit de proteína S podría ser la causa de lesiones vasculares sucesivas que bloquean el riesgo sanguíneo epifisario dando lugar a necrosis y revascularización en esta patología.
 - c) En la exploración física suele ser positivo el signo de Drehmann: cuando flexionamos pasivamente la cadera, ésta se coloca en rotación externa, debido a la caída y desplazamiento de la cabeza de fémur.
 - d) Si el colapso de cabeza de fémur es del 50%, dada la edad del paciente, se beneficiará del tratamiento quirúrgico.
- 61. Si en un paciente adolescente de 14 años que está jugando al fútbol se produce una inversión brusca y súbita del pie (hacia dentro y hacia abajo) ¿cuál de las siguientes opciones consideras incorrecta?:**
- a) Los ligamentos son más fuertes que las fisis en esta edad, por lo que será más frecuente una lesión tipo epifisiólisis que un esguince de tobillo.
 - b) En la inversión del pie se tensa sobre todo el ligamento peroneo-astragalino anterior, que es el más débil y el que se lesiona con más frecuencia.
 - c) La inflamación es indicativa de la gravedad, aunque no será valorable si se ha puesto hielo o si han pasado poco tiempo desde la lesión.
 - d) Si existe tumefacción, equimosis y dolor a la palpación en el maléolo tibial será imprescindible la realización de una radiografía AP y lateral.

- 62. Pedro tiene 4 años y viene a nuestra consulta con dolor en la cadera derecha y cojera tras una infección respiratoria viral. En la exploración, presenta dolor a la rotación interna de la cadera, pero no se observa fiebre. Sospechamos sinovitis transitoria de cadera y decidimos hacer una ecografía. ¿Cuál es el hallazgo ecográfico más común en esta patología?**
- a) Derrame articular con líquido anecoico en la cápsula articular.
 - b) Hiperecogenicidad del tejido periarticular.
 - c) Engrosamiento de la cápsula sinovial sin líquido libre.
 - d) Lesiones óseas focales.
- 63. ¿Cuáles de los siguientes parámetros clínicos se evalúan en la escala observacional de Yale?**
- a) Calidad del llanto, interacción con los padres, afectividad, coloración, hidratación y saturación de oxígeno.
 - b) Calidad del llanto, interacción con los padres, estado sueño-vigilia, coloración, hidratación y respuesta social.
 - c) Calidad del llanto, interacción con los padres, esfuerzo respiratorio, taquicardia y fiebre.
 - d) Calidad del llanto, interacción con los padres, estado sueño-vigilia, hidratación, afectividad y esfuerzo respiratorio.
- 64. Respecto a la medición de la temperatura:**
- a) En la práctica habitual se puede emplear cualquier vía periférica para la toma de temperatura en el neonato.
 - b) La precisión en la toma de temperatura corporal en neonatos hace más necesaria la toma por infrarrojos.
 - c) Los termómetros timpánicos ofrecen una lectura rápida y fiable en lactantes.
 - d) En neonatos es necesaria una medición más fiable mediante la toma rectal.
- 65. En relación a las enfermedades exantemáticas, indique la asociación correcta:**
- a) Fiebre elevada en los 3 días previos con buen estado general que remite y aparición de exantema eritematomacular no confluyente – Megaloeritema o Eritema infeccioso
 - b) Fiebre, conjuntivitis, tos y exantema eritematomacular confluyente – Sarampión
 - c) Fiebre alta 5 días, conjuntivitis, adenopatía cervical, exantema polimorfo generalizado, edema en dorso de manos y labios fisurados - Escarlatina
 - d) Exantema maculopapuloso que afecta a palmas, plantas, región glútea y peribucal – Molluscum contagioso
- 66. Acude a consulta un niño de 3 años por la aparición en la piel de lesiones muy pruriginosas de varios días de evolución. No asocia fiebre ni clínica catarral previa. En la exploración observamos lesiones papulovesiculosas de 3-4 mm de diámetro, con base eritematosa, alguna evolucionada a ampolla y algunas lesiones excoriadas con costra en la superficie. La distribución es simétrica en codos, rodillas y nalgas. No hay afectación de mucosas. ¿En qué etiología pensaría como más probable?**
- a) Dermatitis herpetiforme
 - b) Impétigo ampolloso
 - c) Síndrome de Gianotti-Crosti
 - d) Varicela
- 67. Niña de 3 años, previamente sana y correctamente vacunada según calendario, que acude a consulta tras confirmarse que su abuelo conviviente ha sido diagnosticado de tuberculosis bacilífera (esputo positivo). La niña está asintomática, afebril y con exploración física normal. Se realiza prueba de tuberculina a los 7 días del último contacto, siendo negativa, y una radiografía de tórax que no muestra alteraciones. ¿Cuál es la actitud más adecuada?**
- a) No iniciar tratamiento y repetir prueba de tuberculina (PT) a las 8-10 semanas del último contacto.
 - b) Iniciar profilaxis con isoniacida, independientemente del resultado inicial de la PT, y repetir tras el período ventana; mantener o suspender tratamiento según el resultado.
 - c) Iniciar tratamiento completo antituberculoso con cuatro fármacos hasta confirmación microbiológica.
 - d) No realizar profilaxis ni repetir pruebas si la radiografía inicial es normal y la niña permanece asintomática.

68. Desde la introducción del tratamiento antirretroviral (TAR), la mortalidad de los pacientes pediátricos con infección por el VIH se ha reducido más de un 90% así como la incidencia de infecciones oportunistas. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- a) La identificación de las gestantes con infección por el VIH y el TAR en las mismas ha permitido la práctica eliminación de nuevos casos de infección por VIH por transmisión vertical
- b) Los casos de infección por VIH por transmisión sexual en adolescentes, en su mayoría varones, ha ido en aumento
- c) No hay mayor riesgo de progresión de la enfermedad causada por el VIH en ausencia de tratamiento efectivo en los pacientes con infección perinatal, por tanto, no es necesario el inicio precoz del TAR
- d) Los pacientes pediátricos con infección por el VIH requieren controles periódicos frecuentes (2-4 semanas) tras el inicio del TAR, mensuales durante el 1º año de vida y una vez estabilizado el paciente cada 3-4 meses

69. El pediatra de Atención Primaria debe tener en cuenta:

- a) En el diagnóstico del fenómeno de Raynaud la dermatoscopia es una herramienta útil en Atención Primaria.
- b) En la púrpura de Schönlein Henoch, la gravedad viene marcada por la afectación de los vasos intestinales.
- c) La trombopenia y linfopenia son características de la Artritis Idiopática Juvenil.
- d) La uveítis anterior en la Artritis Idiopática Juvenil es la manifestación extraarticular menos frecuente.

70. Niña de 9 años diagnosticada de artritis idiopática juvenil oligoarticular extendida, en tratamiento con metotrexato semanal (15 mg/m²) desde hace 6 meses, con buena respuesta clínica y sin corticoides sistémicos asociados. En revisión de vacunación se comprueba que no ha recibido la segunda dosis de triple vírica ni de varicela. La paciente no ha presentado infecciones graves ni neutropenia. ¿Qué hacemos con sus vacunas pendientes?

- a) Administrar ambas vacunas, ya que el metotrexato a dosis bajas no contraindica las vacunas de virus vivos atenuados.
- b) Administrar triple vírica, pero contraindicar varicela por mayor riesgo de diseminación vacunal.
- c) No administrar vacunas de virus vivos atenuados mientras esté en tratamiento con metotrexato, y planificar su administración antes de intensificar la inmunosupresión o tras la suspensión del fármaco.
- d) Suspender el metotrexato y administra ambas vacunas de forma segura.

71. Juan es un niño de casi 4 años que desde hace 6 meses presenta fiebre 39° durante 3-4 días cada 3-6 semanas. Se acompaña de amigdalitis con exudado, adenopatías cervicales y, a veces, aftas. Durante los episodios los test de estreptococo han sido negativos cediendo la fiebre de forma espontánea. No presenta otros antecedentes de interés y el desarrollo ponderoestatural es normal. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- a) Fiebre mediterránea familiar.
- b) Síndrome PFAPA.
- c) Síndrome de fiebre periódica hereditaria.
- d) Infección herpética recurrente.

72. De las siguientes características, ¿cuál le parece que es MENOS probable que se asocie a dolores de crecimiento?

- a) Con frecuencia son bilaterales y aparecen en extremidades inferiores.
- b) Suelen presentarse por la noche y, a veces, vespertinos.
- c) El dolor limita la realización de actividades habituales durante el día.
- d) La exploración física es normal.

73. Señalar, de entre las siguientes lesiones, la que menos probabilidad sea de origen intencionado:

- a) Lesiones en cabeza, orejas, cuello, muslos y brazos.
- b) Lesiones localizadas en tronco anterior, rodillas y cara anterior de piernas.
- c) Lesiones en racimo, múltiples y similares.
- d) Lesiones tipo scalping con edema en frente y periorbitario.

74. Se denomina ciberacoso o ciber violencia a la intimidación, acoso, hostigamiento y malos tratos a través de medios tecnológicos. Señale cuál de los siguientes términos NO se correlaciona con su definición

- a) Grooming online o engatusamiento: ciberacoso ejercido por otro niño/niña/adolescente (NNA) de la misma o edad o más pequeño, con el propósito de ganarse la confianza para luego involucrarle en una actividad sexual
- b) Sextorsión: chantaje o coacción sexual al protagonista de las imágenes, bajo amenaza de hacer públicos materiales de contenido sexual obtenidos mediante sexting
- c) Sexting: consiste en la creación o transmisión por parte del NNA de textos, vídeos, o fotos con contenido erótico o sexual a través de la red a una persona amiga virtual o física
- d) Sharentting: supone la exposición pública y constante de la vida de los NNA por parte de sus progenitores o tutores en internet

75. Niño de 20 meses que acude a revisión del Programa de Salud Infantil. Los padres refieren retraso en el lenguaje expresivo. Se realiza M-CHAT-R, obteniéndose 3 respuestas fallidas. Tras la entrevista de seguimiento, persisten las alteraciones. ¿Cuál de las siguientes combinaciones obliga a considerar el cribado como positivo?

- a) No le gustan los ruidos fuertes, se frustra con facilidad y prefiere jugar solo.
- b) Tiene escaso lenguaje expresivo, presenta rabietas frecuentes y dificultad para dormir.
- c) Camina de puntillas ocasionalmente, es selectivo con los alimentos y presenta hipersensibilidad táctil.
- d) No señala para mostrar interés, no responde cuando se le llama por su nombre y no muestra objetos a los cuidadores.

76. Dentro de las estrategias dirigidas a fomentar una relación saludable con la alimentación y el cuerpo que contribuyen a la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria, señale la estrategia que le parece MENOS APROPIADA:

- a) Promover las comidas familiares.
- b) Evitar conversaciones sobre el peso y la imagen corporal en el entorno familiar.
- c) Evitar indagar en los antecedentes de maltrato o acoso escolar.
- d) Promover la estima corporal.

77. Los trastornos de aprendizaje (TA) se definen como la incapacidad persistente, inesperada y específica para adquirir de forma eficiente determinadas habilidades académicas que ocurren a pesar de que niño/a tenga una inteligencia normal, siga una escolarización adecuada y su entorno sociocultural sea favorable.

Indique al respecto, cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:

- a) Si la familia acude con un diagnóstico de TA realizado por el Equipo de Orientación del centro escolar no es preciso realizar más valoraciones clínicas
- b) El pediatra debe realizar, ante la sospecha de un TA una historia clínica con antecedentes personales, médicos, escolares, psicológicos y sociales que permita realizar el diagnóstico diferencial de un problema primario (enfermedad neurológica, déficit sensorial, otras enfermedades...) de dificultades derivadas del entorno sociofamiliar y cultural o de un TA
- c) Los TA asocian siempre una discapacidad intelectual en mayor o menor grado
- d) Existen marcadores biológicos y pruebas neurofisiológicas o de neuroimagen específicas para el diagnóstico de los TA

78. Son factores de riesgo neurológico del recién nacido, todos los siguientes EXCEPTO uno, señálelo:

- a) Peso <1500 g y/o Edad gestacional <32 semanas, peso < ó= 2 DE o <p3 para su edad gestacional
- b) Apgar >9 a los 5 minutos de vida o pH de arteria umbilical >7
- c) Convulsiones neonatales
- d) Alteraciones en neuroimagen: hemorragia, leucomalacia periventricular, calcificaciones, hidrocefalia.

79. Lucía es una niña de 3 años con síndrome de delección 22q11.2 que presenta un retraso generalizado en el lenguaje, dificultad para establecer juegos simbólicos y tendencia a realizar movimientos repetitivos. La madre informa de que la niña tiende a evitar la interacción con otros niños y prefiere actividades solitarias. ¿Qué diagnóstico diferencial debe considerarse en este caso, además del síndrome de delección 22q11.2?

- a) Trastorno del lenguaje expresivo, sin relación con ninguna condición neuropsiquiátrica.
- b) Trastorno de la comunicación social, más allá del retraso general del lenguaje.
- c) Trastorno del espectro autista, dada la combinación de retraso en el lenguaje y problemas sociales.
- d) Trastorno del aprendizaje no verbal, debido a la dificultad en el juego simbólico.

80. Lactante que acude a revisión de un mes. ¿Qué consejo daremos a la madre respecto al sueño a esta edad?

- a) Aún no hay establecido sueño REM-no REM, por lo que no es necesario crear contraste luz-oscuridad.
- b) Durante el sueño activo tiene movimientos musculares, no será preciso calmarle.
- c) No debemos dejar que se duerma al pecho o con el biberón, ya que interfiere en el desarrollo de patrones de sueño.
- d) La lactancia materna (LM) tiene efecto protector frente a SMSL, por lo que una vez bien establecida la LM, la postura para dormir es irrelevante.

81. Juan es un niño de 9 años sin antecedentes de interés. Moja la cama desde siempre, más de tres noches a la semana, y tanto él como su familia desean tratamiento. Realizas una historia clínica en la que no refieren escapes diurnos, ni estreñimiento ni ronquido y la exploración física completa es normal. Como antecedentes familiares de interés, el padre mojó la cama hasta los 10 años. Solicitas un diario miccional de cuatro días, realizado de forma adecuada, y como resultado observas un volumen miccional máximo diurno del 35 % del esperado para su edad. ¿Cuál le parece la decisión MÁS ADECUADA en el manejo?:

- a) Pautar tratamiento con alarma ante una alta frecuencia de noches mojadas y motivación para el inicio del tratamiento.
- b) Pautar tratamiento farmacológico con desmopresina.
- c) Derivar a urología.
- d) Pautar tratamiento con alarma junto con desmopresina.

82. Niño de 7 años, sin antecedentes neurológicos ni urológicos de interés, que consulta por enuresis nocturna primaria, con 4-5 noches mojadas por semana. No presenta escapes diurnos, urgencia miccional ni infecciones urinarias. Exploración física normal. El diario miccional muestra volúmenes miccionales diurnos adecuados para la edad y una diuresis nocturna elevada. Tiene próxima una excursión con pernocta en un albergue y está muy motivado. ¿Qué le pautamos?

- a) Oxibutinina como tratamiento de primera línea, dado que reduce la actividad del detrusor durante la noche.
- b) Desmopresina ya que es una enuresis con poliuria nocturna y se aproxima la fecha de la excursión.
- c) Alarma de enuresis, ya que es el tratamiento de elección en todos los casos de enuresis primaria.
- d) Tratamiento combinado inicial con alarma y oxibutinina para mejorar la tasa de respuesta precoz.

83. Entre las recomendaciones para un sueño seguro en lactantes y así evitar el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se encuentra (señale la correcta):

- a) Recomendar dormir en prono
- b) Temperatura elevada en el dormitorio
- c) Dormir en cuna, en colchón firme y con sábanas ajustadas
- d) El uso del chupete es un factor de riesgo para el SMSL

84. ¿Cuál de los siguientes ritmos de parada cardiorrespiratoria es desfibrilable?

- a) Asistolia.
- b) Actividad eléctrica sin pulso.
- c) Bradicardia grave.
- d) Taquicardia ventricular sin pulso.

85. Traen al centro de Salud de forma urgente desde el colegio sito al otro lado de la calle a Martina, una niña de 8 años (25 kg de peso), porque tras ingesta de trozo de bizcocho de otra compañera que contenía nueces (Martina es alérgica a las nueces), ha comenzado a ponerse roja y con dificultad para respirar según relata su maestra que la acompaña.

A su llegada está consciente, presenta eritema generalizado e incluso leve edema en labio inferior así como discreta dificultad respiratoria con hipoventilación a la auscultación pulmonar.

Indique cuál sería su primera opción terapéutica de las siguientes:

- a) Prednisolona 40 mg vía oral
- b) Metilprednisolona 40 mg vía intramuscular
- c) Adrenalina 1/1000: 0.25 mg vía subcutánea
- d) Adrenalina 1/1000: 0.25 mg vía intramuscular

86. A la hora de explicar la muerte a los niños, niñas y adolescentes, se han descrito cuatro principios que pueden garantizarnos su comprensión independientemente de la edad. ¿Cuál de los siguientes principios le parece MENOS ADECUADO?:

- a) Irreversibilidad: aquello que ha muerto no va a volver a vivir.
- b) Universalidad: todos los seres vivos mueren en algún momento.
- c) El cuerpo deja de funcionar: todas las funciones vitales se paran tras la muerte.
- d) Recursos narrativos: uso de metáforas para explicar la causa.

87. Gabriel es un adolescente de 14 años que consulta por dolor al orinar y secreción uretral purulenta. Al indagar en su historial sexual, menciona haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja nueva de su misma edad. ¿Qué prueba diagnóstica es la más apropiada para confirmar el diagnóstico de gonorrea en este paciente?

- a) Citología de orina.
- b) Cultivo de secreción uretral.
- c) Test rápido de detección de Neisseria gonorrhoeae en orina.
- d) Análisis de fluidos uretrales mediante microscopía de campo oscuro

- 88. Sobre el impacto en la salud del adolescente de los medios digitales, todas las siguientes son correctas, EXCEPTO una:**
- a) La maduración incompleta del lóbulo prefrontal en esta etapa de la vida explica la mayor sensibilidad a estímulos gratificantes que activan el sistema dopaminérgico y refuerzan conductas intensivas con respecto a los dispositivos digitales.
 - b) La exposición a la luz azul de los dispositivos antes de dormir reduce la secreción de melatonina, desplazando la fase de inicio del sueño e interrumpiendo el descanso reparador.
 - c) El uso prolongado de dispositivos provoca un fenómeno conocido como fatiga ocular digital (FOD), caracterizado por ojos secos, prurito ocular, sensación de cuerpo extraño, visión borrosa, lagrimeo y cefalea.
 - d) El adolescente varón presenta mayor riesgo de adicción, ansiedad y depresión vinculada a las redes que la adolescente mujer, que presenta mayor prevalencia de conductas de riesgo en línea.
- 89. Niña de 9 años de origen somalí que acude a consulta con su madre. La niña no presenta signos físicos de mutilación genital femenina (MGF), pero la madre comenta que en su familia la ablación suele realizarse a los 10 años. La familia tiene previsto un viaje al país de origen en los próximos meses. Según el protocolo del SESCAM, ¿Cómo debemos actuar?**
- a) Identificar la situación de riesgo, activar medidas preventivas según protocolo (educación, sensibilización familiar, coordinación con servicios sociales protección de menores) y documentar el riesgo en la historia clínica.
 - b) Registrar en la historia clínica y esperar a que la niña tenga 10 años para valorar signos físicos de MGF, notificando solo si aparece evidencia de la lesión.
 - c) Administrar profilaxis antibiótica y plan de revisión tras el viaje, dado que la incidencia en España es baja y la MGF no es probable.
 - d) Derivar directamente a Ginecología para examen físico exhaustivo, sin involucrar a servicios sociales, dado que la prioridad es el diagnóstico médico.
- 90. Ante la sospecha de infección del tracto urinario (ITU) disponemos en consulta de tiras reactivas de orina (TRO) que junto con la clínica del paciente nos ayudará a tomar una decisión diagnóstica-terapéutica previa recogida de muestra para urocultivo. Indique cuál de las siguientes es la asociación correcta:**
- a) Nitritos (+) Esterasa leucocitaria (+): ITU improbable, no tratamiento antibiótico
 - b) Nitritos (+) Esterasa leucocitaria (-): ITU improbable, no tratamiento
 - c) Nitritos (-) Esterasa leucocitaria (+): manejo basado en el juicio clínico (reconsiderar según evolución, clínica y antecedentes)
 - d) Nitritos (-) Esterasa leucocitaria (-): ITU muy probable, tratamiento antibiótico
- 91. En cuanto al uso de los test rápidos de detección de antígenos de estreptococo (TRDA) en el abordaje de las faringoamigdalitis, señale la opción FALSA:**
- a) Aumenta los costes sin optimizar la utilización de recursos diagnósticos ni terapéuticos
 - b) Favorece y contribuye a un uso racional de los antibióticos al evitar el uso de los mismos en procesos en los que no están indicados
 - c) Aumenta el nivel de calidad de la atención prestada a los pacientes
 - d) Aumenta la seguridad del paciente al establecer de forma rápida la necesidad o no de tratamiento, evitando los problemas originados por una inadecuada prescripción: efectos adversos en el paciente y resistencias bacterianas en la población

92. Con respecto a la utilización de la espirometría como herramienta diagnóstica en las consultas de pediatría de atención primaria, sólo una de las siguientes es INCORRECTA:

- a) Disponemos de valores de referencia en niños españoles preescolares por lo que es posible realizar una espirometría forzada con garantías a esta edad.
- b) En el niño la relación FEV1/FVC se correlaciona mejor con la gravedad del asma que el FEV1, y se considera normal si es mayor de 0,80 (0,90 en preescolares).
- c) El tiempo de espiración forzada (FET) aceptable varía en función de la edad: mayor o igual a 3 segundos en niños entre 6-8 años, mayor o igual a 6 segundos en niños mayores de 10 años. En niños menores de 6 años se debe intentar que no sea inferior a un segundo.
- d) Un test broncodilatador positivo se considera positivo si el cambio en el porcentaje de FEV1 es igual o superior al 12% al valor teórico para el sexo y la edad del paciente.

93. La OMS reconoce que la educación para la salud (EPS) es una estrategia para mejorar la salud. Los pediatras de AP, estamos en una posición clave para fomentar la prevención y promocionar la salud. ¿Cuál de estas intervenciones NO debemos realizar en la EPS?

- a) Basarnos sólo en aquellas medidas que están avaladas por la evidencia.
- b) Estamos obligados a tener en cuenta los contextos sociales de las personas.
- c) Promover la captación de las personas.
- d) Es importante conocer los activos para la salud de la zona.

94. Pepe es un lactante que acude a revisión de 12 meses. Fue prematuro de 32 semanas y presenta una hernia umbilical por lo que su padres están muy preocupados. Qué podremos decirle a sus padres, señale la opción correcta:

- a) Remitiremos a Cirugía Pediátrica de forma preferente por el alto riesgo de incarceration
- b) Las hernias umbilicales tienen una clara tendencia al cierre espontáneo, muy raramente se incarceran y el tratamiento quirúrgico se indicaría a partir de los 4 años sin no se ha resuelto
- c) Indicamos medidas de contención con esparadrapo para facilitar su cierre
- d) Es muy poco frecuente que los pacientes prematuros presenten hernia umbilical

95. ¿Cuál es la edad más adecuada para realizar tratamiento quirúrgico en las siguientes patologías? Señale lo correcto:

- a) Conducto tirogloso – al diagnóstico
- b) Fimosis – a los 12 meses
- c) Hernia inguinal – a los 7 años
- d) Hipospadias – justo antes de la pubertad

96.Cuál de estos es un signo de alarma en la evaluación del desarrollo psicomotor:

- a) Sonrisa mimética social a los 2 meses de edad
- b) Sedestación estable entre los 6 y los 9 meses
- c) Imitación de sonidos y fonemas de la lengua materna entre los 9-12 meses
- d) Ausencia de marcha autónoma a los 18 meses

97. Niño de 7 años con dislipemia familiar leve. Los padres han empezado a darle yogures enriquecidos con esteroides vegetales. Señala la afirmación FALSA:

- a) Los alimentos con esteroides vegetales pueden reducir el colesterol LDL entre un 8-10%.
- b) Están indicados como primera medida dietética en la dislipemia infantil leve.
- c) Pueden emplearse como coadyuvantes dietéticos bajo supervisión pediátrica en niños con hipercolesterolemia familiar.
- d) Su uso prolongado sin seguimiento médico podría interferir con la absorción de carotenoides.

98. Usted como pediatra de Atención Primaria haría todas las siguientes recomendaciones nutricionales para optimizar el aporte de hierro dietético, EXCEPTO una de ellas, indíquela:

- a) No retrasar la diversificación alimentaria más allá de las 26 semanas de vida
- b) A partir del año de vida, aportar al menos una vez al día, alimentos con hierro más biodisponible (hierro hemo): carne, aves, pescado, huevos
- c) Incluir en las comidas ricas en hierro, frutas y hortalizas u otras fuentes de vitamina C
- d) A partir del año, consumir al menos 1200 ml de leche de vaca sin modificar

99. Leo es un niño de 9 años presenta un colesterol total de 210 mg/dL y un colesterol LDL de 140 mg/dL. Decidimos iniciar tratamiento para reducir los niveles de colesterol.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa según el algoritmo de la AEPAP para el tratamiento de la dislipemia infantil?

- a) El tratamiento no farmacológico, que incluye una dieta saludable y ejercicio, es la primera línea de tratamiento.
- b) Si los niveles de LDL no mejoran después de 6 meses de tratamiento no farmacológico, se debe considerar la opción farmacológica.
- c) Las estatinas deben ser el tratamiento de primera línea en niños con hipercolesterolemia severa (LDL > 190 mg/dL).
- d) Las estatinas están contraindicadas a la edad de esa niña debido a los riesgos de efectos adversos.

100. Son indicación de tratamiento con hormona de crecimiento todas las siguientes situaciones EXCEPTO

- a) Síndrome de Turner
- b) Síndrome de Noonan
- c) Síndrome Prader – Willi
- d) Déficit severo de IGF-2

101. Pablo es un niño de 8 años sin antecedentes de interés que presenta un episodio de atragantamiento en la sala de espera del centro de salud. Mateo no puede hablar, se lleva la mano al cuello y tose con fuerza. ¿Cuál le parece la secuencia de decisiones clínicas MÁS ADECUADA en este caso?

- a) Animar a toser. En el momento en el que la tos sea ineficaz, avisar al 112. Si Mateo está consciente, comenzar con 5 golpes en espalda alternando con 5 compresiones abdominales, reevaluando la posible salida del cuerpo extraño hacia la boca. Si Mateo pierde la conciencia, comenzar reanimación cardiopulmonar.
- b) Animar a toser. En el momento en el que la tos sea ineficaz, avisar al 112. Si Mateo está consciente, comenzar con 5 golpes en espalda alternando con 5 compresiones torácicas, reevaluando la posible salida del cuerpo extraño hacia la boca. Si Mateo pierde la conciencia, comenzar reanimación cardiopulmonar.
- c) Animar a toser y comenzar con 5 golpes en espalda alternando con 5 compresiones abdominales, reevaluando la posible salida del cuerpo extraño hacia la boca. Si Mateo pierde la conciencia, comenzar reanimación cardiopulmonar.
- d) Animar a toser y realizar un barrido a ciegas con el objetivo de despejar la obstrucción de la boca. En el momento en el que la tos sea ineficaz, avisar al 112. Si Mateo está consciente comenzar con 5 golpes en espalda alternando con 5 compresiones abdominales, reevaluando la posible salida del cuerpo extraño hacia la boca. Si Mateo pierde la conciencia, comenzar reanimación cardiopulmonar.

102. Juan es un paciente diabético de 16 años con buen control metabólico, sin complicaciones crónicas, que acude a consulta acompañado por su madre. Ella es quien gestiona íntegramente el tratamiento y las citas médicas. Juan está escolarizado con normalidad y presenta adecuada madurez cognitiva. No existen déficits sensoriales ni intelectuales. ¿Cuál es la estrategia de transición a la atención del adulto más adecuada?

- a) Programar la derivación directa a Endocrinología de adultos al cumplir 18 años, una vez completada la escolarización obligatoria.
- b) Iniciar un proceso planificado y progresivo de transición desde Atención Primaria pediátrica, fomentando la autonomía del adolescente, con coordinación estructurada con los equipos de adultos antes de la transferencia definitiva.
- c) Mantener el seguimiento en Pediatría hasta los 18 años y realizar una transferencia administrativa sin intervención previa.
- d) Derivar precozmente a Endocrinología de adultos a los 16 años para favorecer la adaptación temprana al nuevo modelo asistencial

103. Musa es un niño de 8 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta por fiebre 40° de 24 horas de evolución, malestar general, cefalea y mialgias. La exploración física es normal. La familia es de origen nigeriano y explican que han regresado de un viaje a Nigeria de un mes de duración hace 7 semanas. Se hospedó en una vivienda familiar, refiriendo uso de repelentes e ingesta de agua potabilizada, sin tomar ningún medicamento durante el viaje. ¿Cuál le parece la decisión clínica MÁS ADECUADA?

- a) Derivar al paciente al servicio de urgencias hospitalarias.
- b) Pautar antitérmicos, explicar signos de alarma y revisar si continua febril en 48-72 horas.
- c) Solicitar hemograma y bioquímica completa para realizar en centro de salud.
- d) Solicitar test de virus respiratorios.

104. Señalar la respuesta FALSA respecto al uso de la ecografía en el estudio de ganglios en los niños:

- a) No todos los ganglios aumentados de tamaño son malignos ni todos los ganglios malignos están aumentados de tamaño.
- b) En general se consideran ganglios de tamaño normal los que tienen entre 0,5 y 1 cm de diámetro (de eje corto), aunque en la región inguinal pueden considerarse normales hasta 2 cm, y en la región supraclavicular cualquier tamaño es patológico.
- c) Ganglio pequeño con forma de estrella e hipoeogenicidad no indica malignidad.
- d) Ganglio redondeado, con bordes irregulares y ausencia de hilio es un criterio ecográfico de benignidad en un ganglio.

105. Niña de 6 años que acude a la revisión del Programa de Salud Infantil (PSI) de Castilla la Mancha. Los padres refieren que desde hace meses la niña tarda más de 45 minutos en dormirse, se despierta varias veces en la noche y se queja de cansancio durante el día. No hay antecedentes médicos relevantes. Según el PSI, ¿cuál debe ser nuestra actitud en Atención Primaria?

- a) Aplicar directamente el BISQ, documentar los resultados y recomendar higiene de sueño sin derivación.
- b) Recomendar solo medidas de higiene de sueño y seguimiento en un año, ya que los despertares nocturnos son habituales a esa edad.
- c) Solicitar polisomnografía directamente, antes de cualquier cribado, dado que la niña presenta somnolencia diurna y despertares nocturnos.
- d) Realizar evaluación clínica y cribado inicial con BEARS, y si se identifican alteraciones significativas, aplicar SDSC para clasificación detallada de trastornos del sueño, planificando seguimiento o derivación según hallazgos.



SESCAM

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha