OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 115/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 115/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

KATEGORIA:

FAK. ESP. OSPITALE-PEDIATRIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO PEDIATRÍA HOSPITALARIA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 19a**
Fecha prueba: **19 de mayo de 2018**

***1. ariketa** / 1er. ejercicio*
A** Eredua / Modelo **A

1 EN RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE LAS ANOMALÍAS DEL NÚMERO DE CROMOSOMAS O ANEUPLOIDÍAS FETALES Y NEONATALES, SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:

1a) La trisomía 21 es la causa genética más común de discapacidad intelectual moderada.
1b) Se pueden ofrecer métodos séricos de cribado del síndrome de Down con la detección del ADN libre fetal en el plasma para mujeres embarazadas.
1c) El síndrome de Klinefelter suele cursar con rasgos dismórficos evidentes al nacimiento.
1d) El linfedema de manos y pies suele aparecer en mujeres recién nacidas con cariotipo 45, X.

2 SEÑALE LA ENFERMEDAD GENÉTICA QUE NO SIGUE UN PATRÓN MENDELIANO CLÁSICO, CARACTERIZADA POR LA EXPANSIÓN DE REPETICIONES DE TRIPLETES :

2a) Síndrome de Noonan.
2b) Síndrome de Wiskott-Aldrich.
2c) Neurofibromatosis tipo I.
2d) Síndrome del X frágil.

3 LA INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS SE CARACTERIZA POR TODO LO EXPRESADO EN LAS RESPUESTAS SIGUIENTES, EXCEPTO EN UNA. ¿CUÁL ES LA RESPUESTA FALSA?

3a) La mayoría cursan de forma asintomática.
3b) La principal secuela es la pérdida visual o ceguera.
3c) Puede presentar ictericia, hepatoesplenomegalia y petequias.
3d) Puede originar prematuridad y bajo peso.

4 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS NO ESTÁ INCLUIDO EN EL TEST DE APGAR PARA VALORAR A UN RECIÉN NACIDO A LOS 1, 5 Y 10 MINUTOS DE VIDA?:

4a) Saturación de oxígeno.
4b) Tono muscular.
4c) Frecuencia cardíaca.
4d) Respuesta a estímulos.

5 EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA INICIAL DE UN RECIÉN NACIDO HOMBRE A TÉRMINO, ¿QUÉ DATO SE PUEDE CONSIDERAR FISIOLÓGICO O NORMAL?:

5a) Frecuencia cardíaca de 80 latidos/minuto.
5b) Frecuencia respiratoria en reposo de 40 respiraciones/minuto.
5c) Ausencia de testículos palpables en bolsa escrotal.
5d) Palidez y relleno capilar lento.

6 RECIÉN NACIDO A TÉRMINO CON PARTO NORMAL, QUE PRESENTA UN DISTRESS RESPIRATORIO MARCADO E INMEDIATO y ABDOMEN EXCAVADO. EN LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DESTACA DESVIACIÓN DEL MEDIASTINO HACIA LA DERECHA E IMÁGENES HIDRO-AÉREAS CIRCULARES QUE OCUPAN EL HEMITÓRAX IZQUIERDO. EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE ES:

6a) Enfermedad de membrana hialina.
6b) Neumotórax a tensión.
6c) Síndrome de aspiración meconial.
6d) Hernia diafragmática congénita o de Bochdalek.

7 RECIÉN NACIDO PREMATURO DE 1200 GRAMOS QUE, A LOS 5 DÍAS, EMPIEZA CON EPISODIOS REPETIDOS DE APNEAS, AFECTACIÓN DEL ESTADO GENERAL, VÓMITOS Y MARCADA DISTENSIÓN ABDOMINAL. EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE ES:

7a) Ileo meconial por fibrosis quística.
7b) Sepsis por gram negativos.
7c) Enterocolitis necrotizante.
7d) Atresia yeyunal.

8 RESPECTO A LA INCOMPATIBILIDAD MATERNO-FETAL EN EL SISTEMA ABO DE GRUPOS SANGUÍNEOS, ES CIERTO QUE:

8a) Es la causa más frecuente de enfermedad hemolítica del recién nacido.
8b) No suele afectar a los primogénitos.
8c) La detección prenatal es importante porque se asocia a anemia fetal.
8d) El test de Coombs indirecto es positivo.

9 SI UN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO DE BAJO PESO (1900 GRAMOS) PRESENTA UN EPISODIO DE MOVIMIENTOS REPETIDOS DE CHUPETEO Y DE PEDALEO A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES, QUE CEDEN EN POCOS MINUTOS CON LEVE LETARGIA POSTERIOR, ¿CUÁL DEBE SER LA PRIMERA SOSPECHA DIAGNÓSTICA?:

9a) Tremulaciones características del CIR simétrico y armónico.
9b) Convulsión neonatal por hipoglucemia.
9c) Hiperamoniemia por error innato del metabolismo.
9d) Ictus o accidente cerebrovascular.

10 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA, SOBRE LA RETINOPATÍA DEL PREMATURO:

10a) Es vasoproliferativa.
10b) Para su prevención, es vital vigilar la oxigenoterapia y evitar la hiperoxia.
10c) Los estadios 1 y 2 pueden regresar espontáneamente.
10d) La primera exploración con oftalmoscopio se debe realizar a los 6 meses.

11 ANTE UN RECIÉN NACIDO DE 42 SEMANAS DE GESTACIÓN QUE PRESENTÓ DESACELERACIONES TIPO II, LÍQUIDO AMNIÓTICO TEÑIDO DE MECONIO Y QUE NACE CIANÓTICO, APNÉICO Y BRADICÁRDICO, ¿CUÁL ES LA PRIMERA MEDIDA A TOMAR?

11a) Intubación traqueal y aspiración.
11b) Ventilación con presión positiva mediante mascarilla.
11c) Intubación y ventilación manual con presión positiva.
11d) Administración de adrenalina.

12 LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, COMO LA PREECLAMPSIA GRAVE CON SÍNDROME DE HELLP, PUEDEN AFECTAR A LA SALUD MATERNA Y FETAL, POR LO QUE PUEDEN SER NECESARIAS LAS SIGUIENTES MEDIDAS EXCEPTO UNA. ¿CUÁL?

12a) Finalización de la gestación.
12b) Administración de corticoides maternos, para favorecer la maduración pulmonar fetal.
12c) Vigilar las cifras de plaquetas, en la madre y recién nacido.
12d) Evitar fármacos antihipertensivos en la madre, por el riesgo de bradicardia fetal.

13 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CAUSAS DE ICTERICIA POR ANEMIA HEMOLÍTICA CONGÉNITA NO DA MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL PERÍODO NEONATAL?

13a) Beta-talasemia.
13b) Déficit de piruvato kinasa.
13c) Esferocitosis hereditaria.
13d) Déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa.

14 EN RELACIÓN CON LA SEPSIS NEONATAL, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

14a) El agente más frecuente de sepsis de comienzo precoz es el Estreptococo grupo B.
14b) La profilaxis antibiótica intraparto está indicada en caso de fiebre materna.
14c) La rotura prolongada de membranas es un factor de riesgo para la sepsis de transmisión vertical.
14d) Se recomienda tratamiento empírico con una cefalosporina de tercera generación por vía intravenosa.

15 EN EL CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS QUE SE REALIZA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA, SE INCLUYEN DIVERSAS PATOLOGÍAS Y MÉTODOS DE ESTUDIO. SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES SE INCLUYE:

15a) Drepanocitosis mediante el estudio de la hemoglobina F.
15b) Hipotiroidismo mediante la determinación de hormona T4 libre.
15c) Fibrosis Quística mediante la determinación de tripsinógeno o tripsina y estudio genético limitado.
15d) Hipoacusia mediante audiometría.

16 SI, EN UNA ANALÍTICA SANGUÍNEA DE RUTINA REALIZADA A UN NIÑO DESHIDRATADO, SE DETECTA UNA HIPOCALCEMIA, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS PODRÍA INFLUIR EN QUE LOS NIVELES DE CALCIO ESTÉN FALSAMENTE DISMINUIDOS?:

16a) Hipoalbuminemia.
16b) Hiponatremia.
16c) Acidosis.
16d) Hipermagnesia.

17 ¿CUÁL ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE ACIDOSIS METABÓLICA CON HIATO (GAP) ANIÓNICO NORMAL EN LOS LACTANTES EN NUESTRO MEDIO?

17a) Diarrea aguda.
17b) Insuficiencia renal.
17c) Cetoacidosis diabética.
17d) Insuficiencia respiratoria aguda.

18 EN UN PACIENTE CON DIABETES INSÍPIDA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ALTERACIONES ESPERARÍA ENCONTRAR?

18a) Hipernatremia superior a 150 mEq/L y osmolaridad alta en orina.
18b) Hipernatremia superior a 150 mEq/L y osmolaridad baja en suero.
18c) Osmolaridad alta en suero y baja en orina.
18d) Glucemia basal (tras 8 horas de ayuno) igual o superior a 126 mg/dL.

19 EN EL RAQUITISMO CARENCIAL POR DÉFICIT DE VITAMINA D, SE OBSERVAN TODOS LOS SIGUIENTES DATOS CLÍNICOS Y ANALÍTICOS, EXCEPTO:

19a) Hipotonia muscular generalizada.
19b) Craneotabes y fontanelas amplias.
19c) Rosario costal y deformidades en huesos largos.
19d) Hiperfosforemia.

20 ¿EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO, LA AFECTACIÓN HEPÁTICA NO FORMA PARTE DEL CUADRO CLÍNICO HABITUAL?:

20a) Fenilcetonuria.
20b) Tirosinemia.
20c) Galactosemia.
20d) Glucogenosis.

21 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS NO ES CARACTERÍSTICO DE LA TALLA BAJA FAMILIAR?

21a) Talla en percentil menor del p3.
21b) Edad ósea retrasada respecto a la cronológica.
21c) Desarrollo puberal en concordancia con edad cronológica.
21d) Inicio postnatal del hipocrecimiento.

22 CON RESPECTO AL CRECIMIENTO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA?:

22a) En la obesidad hay un aumento de la edad ósea y de la talla final.
22b) Los niños con pubertad precoz alcanzan una talla final mayor.
22c) En el retraso del crecimiento constitucional, la talla final es normal.
22d) La regulación del crecimiento fetal depende de los niveles de hormona de crecimiento (GH).

23 ¿A QUÉ EDAD EL INICIO DE LA TELARQUIA CON DESARROLLO MAMARIO ESTADIO 2 DE TANNER O SUPERIOR SE DEBE CONSIDERAR COMO UNA POSIBLE MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE PUBERTAD PRECOZ EN MUJERES EN EUROPA?:

23a) Antes de los 7 años.
23b) Antes de los 8 años.
23c) Antes de los 9 años.
23d) Antes de los 10 años.

24 CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO PRIMARIO, SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:

24a) El cribado se debe realizar, en todos los recién nacidos, entre las 48 y 72 horas de vida.
24b) Niveles bajos de hormona tireotropa o TSH definen la enfermedad.
24c) La causa más frecuente es la disgenesia tiroidea.
24d) En los prematuros, es recomendable realizar una segunda determinación a los 15 días de vida.

25 EN EL SÍNDROME DE DI GEORGE O VELOCARDIOFACIAL, ¿QUÉ HALLAZGOS CLÍNICOS NO ESPERARÍA ENCONTRAR?:

25a) Hipocalcemia por hipoparatiroidismo.
25b) Anomalías cardíacas como patología del arco aórtico.
25c) Hiperplasia tímica con aumento de la silueta tímica en RX tórax.
25d) Alteraciones genéticas como Microdelección 22q11.2.

26 EN UN NIÑO DE 8 AÑOS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 SIN CETOACIDOSIS Y ESTABLE. ¿CUÁL SERÍA LA TERAPIA INICIAL MÁS HABITUAL?:

26a) Metformina oral.
26b) Insulina en perfusión continúa por vía subcutánea.
26c) Bolus de insulina subcutánea después de las comidas.
26d) Pauta combinada de insulina subcutánea basal de tipo intermedia y de insulina rápida o análogo ultrarápido.

27 NIÑA DE 3 MESES, HIJA DE PADRES CONSANGUÍNEOS, QUE CONSULTA POR FIEBRE Y DIFICULTAD RESPIRATORIA DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CON ESCASA GANANCIA PONDERAL Y DIARREA PROLONGADA EN EL ÚLTIMO MES. EN EL HEMOGRAMA, DESTACA LINFOPENIA Y EN RX TÓRAX UN PATRÓN DE NEUMONÍA INTERSTICIAL BILATERAL. ¿QUÉ ENFERMEDAD GRAVE DEBERÍA SOSPECHAR?:

27a) Inmunodeficiencia combinada grave.
27b) Agammaglobulinemia de Bruton.
27c) Fibrosis quística de páncreas.
27d) Inmunodeficiencia variable común.

28 RESPECTO A LOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH. SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:

28a) El tratamiento antirretroviral en las madres infectadas por VIH no ha demostrado ser una medida efectiva como profilaxis de la transmisión vertical.
28b) El virus VIH materno no puede atravesar la placenta.
28c) La mayoría de las infecciones ocurren durante el parto.
28d) La leche materna no representa un factor de riesgo de transmisión postnatal.

29 NIÑO DE 3 AÑOS QUE REFIERE DOLOR EN CARA ANTERIOR DEL MUSLO Y COJERA DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CON LIMITACIÓN DE LA ROTACIÓN INTERNA DE LA CADERA. DOS SEMANAS ANTES, HABÍA PRESENTADO FIEBRE E INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS DURANTE 48 HORAS. LA ANALÍTICA Y LA RADIOLOGÍA SON NORMALES, SALVO LEVE DERRAME ARTICULAR. ¿QUÉ DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA INICIAL DEBE PLANTEAR?

29a) Artritis séptica de cadera.
29b) Artritis idiopática juvenil.
29c) Sinovitis transitoria de cadera.
29d) Enfermedad de Perthes.

30 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS NO FORMA PARTE DEL CUADRO CLÍNICO CARACTERÍSTICO DE LA ANAFILAXIA?:

30a) Síncope, hipotensión.
30b) Vómitos, dolor abdominal o diarrea.
30c) Estornudos, ronquera o disnea.
30d) Fiebre.

31 NIÑO DE 3 AÑOS QUE PRESENTA LESIONES ECZEMATOSAS CRÓNICAS CON ERITEMA Y PICOR INTENSO A NIVEL DE LAS FLEXURAS DE BRAZOS Y PIERNAS, ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE?:

31a) Sarna.
31b) Dermatitis atópica.
31c) Dermatitis seborreica.
31d) Impétigo.

32 LACTANTE DE 8 MESES, PREVIAMENTE SANO, QUE PRESENTA UN CUADRO BRUSCO DE CIANOSIS GENERALIZADA, CON BUEN ESTADO GENERAL. LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y LAS CONSTANTES SON NORMALES, SALVO CIANOSIS. EN URGENCIAS, SE COMPRUEBA QUE LAS CONSTANTES SON NORMALES, EXCEPTO SATURACIÓN DE OXÍGENO MUY BAJA. ¿QUÉ DEBERÍA SOSPECHAR?

32a) Cardiopatía cianógena.
32b) Aspiración de cuerpo extraño.
32c) Anafilaxia.
32d) Metahemoglobinemia.

33 ¿CUÁL ES LA SECUELA TARDÍA MÁS FRECUENTE QUE DEBERÍA VIGILARSE EN UN NIÑO DE 2 AÑOS QUE PRESENTÓ UNA MENINGITIS NEUMOCÓCICA SIN COMPLICACIONES?

33a) Hipoacusia.
33b) Epilepsia.
33c) Ataxia.
33d) Retraso mental.

34 EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?:

34a) La base patogénica es una vasculitis.
34b) Entre los datos clínicos destaca la fiebre alta, conjuntivitis, lengua en fresa, descamación y exantemas cutáneos polimorfos.
34c) Los aneurismas de las arterias coronarias suelen aparecer en la primera semana
34d) El tratamiento precoz con inmunoglobulinas intravenosas y dosis elevadas de ácido acetilsalicílico reduce el riesgo de complicaciones cardíacas.

35 LOS SIGUIENTES CUADROS CLÍNICOS PUEDEN ESTAR CAUSADOS POR VIRUS HERPES, EXCEPTO:

35a) Gingivoestomatitis.
35b) Encefalitis.
35c) Varicela.
35d) Herpangina.

36 SI UN ADOLESCENTE ACUDE A URGENCIAS POR FIEBRE DE POCAS HORAS DE EVOLUCIÓN Y EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA PRESENTA LETARGIA, MENINGISMO Y LESIONES PURPÚRICAS CON PETEQUIAS Y EQUIMOSIS, ¿QUÉ ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA SE DEBERÍA UTILIZAR EN EL MANEJO INICIAL?

36a) Ampicilina.
36b) Aminoglucósido.
36c) Cefalosporina de tercera generación tipo cefotaxima o ceftriaxona.
36d) Meropenem.

37 ¿CUÁL ES LA ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA CARACTERIZADA POR FIEBRE ALTA DE 3 DÍAS DE DURACIÓN, CON DESCENSO DE LA FIEBRE AL CUARTO DÍA Y APARICIÓN SIMULTÁNEA DE UN EXANTEMA ERITEMATOSO MACULOPAPULOSO DE PREDOMINIO EN TRONCO QUE SUELE DESAPARECER EN 2 DÍAS?:

37a) Exantema súbito.
37b) Exantema infeccioso.
37c) Rubéola.
37d) Escarlatina.

38 LAS INFECCIONES POR *CANDIDA ALBICANS* A NIVEL DE PIEL Y MUCOSAS EN NIÑOS SON FRECUENTES Y PUEDEN ORIGINAR LOS SIGUIENTES CUADROS CLÍNICOS, EXCEPTO:

38a) Muguet.
38b) Intértrigo.
38c) Dermatitis del pañal.
38d) Ectima.

39 NIÑO DE 12 MESES QUE HA PRESENTADO 2 VÓMITOS Y EPISODIOS INTERMITENTES DE DOLOR ABDOMINAL, CON AFECTACIÓN DEL ESTADO GENERAL Y FLEXIÓN DE LAS PIERNAS EN LAS ÚLTIMAS 6 HORAS, QUE HAN AUMENTADO EN FRECUENCIA. NO REFIERE HISTORIA DE RASH, FIEBRE NI DIARREA Y LA EXPLORACIÓN ACTUAL ES NORMAL. ¿QUÉ ACTITUD TERAPEUTA INDICARÍA SEGÚN LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA?

39a) Cirugía por sospecha de apendicitis.
39b) Cirugía por sospecha de peritonitis.
39c) Reducción radiológica guiada por ecografía, por sospecha de invaginación intestinal.
39d) Cirugía urgente, por sospecha de vólvulo intestinal.

40 EN UN PACIENTE RECIENTEMENTE HOSPITALIZADO POR OSTEOMIELITIS CON ANTIBIOTERAPIA PROLONGADA, QUE PRESENTA DEPOSICIONES CON SANGRE DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN Y COPROCULTIVO POSITIVO A *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*. ¿QUÉ TRATAMIENTO RECOMENDARÍA INICIALMENTE?

40a) Solución de rehidratación oral y loperamida.
40b) Metronidazol intravenoso.
40c) Vancomicina intravenosa.
40d) Metronidazol oral.

41 EN UN PACIENTE ASINTOMÁTICO DE 13 AÑOS CON ANEMIA FERROPÉNICA QUE NO RESPONDE A UN TRATAMIENTO ORAL CORRECTO CON SALES FERROSAS DURANTE 3 MESES, ¿QUÉ ESTUDIOS DIGESTIVOS INDICARÍA, INICIALMENTE?:

41a) Determinación de Anticuerpos antitransglutaminasa de tipo Ig A y niveles séricos de Ig A para descartar una enfermedad celíaca.
41b) Endoscopia digestiva alta para descartar sangrado por un divertículo de Meckel.
41c) Estudio de parásitos en heces para descartar parasitosis tipo *Giardia lamblia.*
41d) Colonoscopia y toma de biopsia para descartar enfermedad inflamatoria intestinal.

42 NIÑO DE 2 AÑOS QUE COMIENZA, DE MANERA BRUSCA, CON CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA INTENSA, ESTRIDOR INSPIRATORIO Y TOS RONCA MIENTRAS DORMÍA. ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE?

42a) Crisis asmática.
42b) Aspiración de cuerpo extraño.
42c) Laringitis aguda.
42d) Epiglotitis aguda.

43 RESPECTO A LA BRONQUIOLITIS AGUDA, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

43a) El anticuerpo monoclonal frente al Virus Respiratorio Sincitial, palivizumab está indicado para su prevención en grandes prematuros y en algunas cardiopatías.
43b) En todos los casos con fiebre y necesidades de oxígeno para mantener saturación >94%, se debe realizar una radiografía de tórax.
43c) En bronquiolitis no complicadas no se recomiendan corticoides ni broncodilatadores.
43d) El mejor método para prevenir la transmisión nosocomial es una higiene meticulosa y lavado de las manos.

44 NIÑA DE 3 AÑOS INGRESADA POR NEUMONÍAS DE REPETICIÓN. LAS 3 INFECCIONES HAN CURSADO CON FIEBRE ALTA Y CREPITANTES FOCALES, PERO CON AFECTACIÓN DE DIFERENTES SEGMENTOS PULMONARES. TAMBIÉN HA PRESENTADO OTITIS DE REPETICIÓN (6 EPISODIOS), ABSCESOS CUTÁNEOS Y DERMATITIS. EN LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL, ¿QUÉ PRUEBA NO ESTARÍA INDICADA?:

44a) Broncoscopia.
44b) Hematimetría con fórmula leucocitaria.
44c) Determinación de niveles de inmunoglobulinas.
44d) Determinación de los títulos de anticuerpos frente a vacunas como neumococo.

45 RESPECTO A LAS COMPLICACIONES DE LA SINUSITIS BACTERIANA AGUDA, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

45a) En complicaciones graves, como el absceso epidural, puede requerirse drenaje quirúrgico por neurocirugía.
45b) Para la valoración de las complicaciones orbitarias, se recomienda incluir Tomografía Computarizada de órbitas, senos y consulta con el otorrinolaringólogo y oftalmólogo.
45c) Debe iniciarse tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro de forma inmediata, en caso de complicaciones intracraneales
45d) La celulitis periorbitaria causa proptosis, diplopia, dolor y alteración de los movimientos oculares

46 ¿CUÁL ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO, EN NIÑOS Y ADOLESCENTES?:

46a) Dolor abdominal funcional.
46b) Enfermedad celíaca.
46c) Alergia alimentaria.
46d) Intolerancia a la lactosa.

47 EN RELACIÓN CON LA ALERGIA ALIMENTARIA EN NIÑOS, SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:

47a) La alergia a las proteínas de leche de vaca puede ser mediada por Ig E o no mediada por IgE.
47b) Entre los síntomas cutáneos precoces, destacan la urticaria y el angioedema.
47c) No se produce reactividad cruzada entre diferentes alimentos.
47d) En algunos pacientes con manifestaciones digestivas, se puede observar infiltración por eosinófilos en uno o más tramos del tracto gastrointestinal.

48 ¿CUÁL ES LA INDICACIÓN MÁS FRECUENTE DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INFANCIA EN NUESTRO MEDIO?

48a) Atresia de vías biliares o biliar.
48b) Síndrome de Alagille.
48c) Enfermedad de Wilson.
48d) Infección crónica por hepatitis C.

49 EN UN PACIENTE DE 13 AÑOS, CON ASMA BRONQUIAL MODERADO Y PERSISTENTE QUE PRESENTA SÍNTOMAS DIARIOS Y CRISIS FRECUENTES, PERO QUE NO RECIBE NINGÚN TRATAMIENTO DE BASE, ¿QUÉ TERAPIA INICIAL RECOMENDARÍA?

49a) Dosis altas de corticoides inhalados.
49b) Antagonistas de los receptores de los leucotrienos (montelukast).
49c) Terapia combinada con dosis bajas de corticoides inhalados y agonistas beta-2 de acción prolongada.
49d) Salbutamol a demanda.

50 EN RELACIÓN CON EL DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO, SEÑALE LA RESPUESTA VERDADERA:

50a) El quilotórax es una acumulación de pus en el espacio pleural.
50b) Se suele asociar a neumonía causada por *Mycoplasma pneumoniae.*
50c) En la toracocentesis, si hay empiema, se detectará un líquido pleural con escasa celularidad.
50d) La ecografía puede ser útil para determinar la cantidad de líquido, la presencia de tabiques y guiar la colocación del tubo de drenaje.

51 ANTE UN LACTANTE DE UN MES CON UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA SIN AUMENTO DEL FLUJO SANGUÍNEO PULMONAR, SEÑALE EN QUÉ PENSARÍA:

51a) Comunicación interventricular.
51b) Tronco arterioso o truncus.
51c) Atresia tricuspÍdea.
51d) Ductus arterioso persistente.

52 EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA, LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SON CORRECTAS, EXCEPTO UNA. ¿CUÁL ES LA FALSA?

52a) El factor que, con mayor frecuencia, precipita una inestabilidad cardíaca en los niños es la insuficiencia respiratoria.
52b) La comprobación del pulso se debe realizar a nivel carotideo en niños mayores de 1 año.
52c) La maniobra frente-mentón facilita la apertura de la vía aérea.
52d) En caso de sospecha de obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, aunque no se visualice, se debe intentar una extracción manual y barrido digital oral.

53 UNA NIÑA QUE HA SUFRIDO UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y QUE EN LA EXPLORACIÓN PRESENTA APERTURA DE LOS OJOS AL DOLOR, RESPUESTA VERBAL INCOMPRENSIBLE Y RESPUESTA MOTORA AUSENTE, TENDRÁ UNA PUNTUACIÓN EN LA ESCALA DE GLASGOW DE:

53a) Escala de Glasgow: 3 puntos.
53b) Escala de Glasgow: 5 puntos.
53c) Escala de Glasgow: 7 puntos.
53d) Escala de Glasgow: 9 puntos.

54 EL TIPO MÁS FRECUENTE DE SHOCK, EN UN ADOLESCENTE QUE HA PRESENTADO UN TRAUMATISMO, ES:

54a) Neurogénico por traumatismo cráneo-encefálico.
54b) Cardiogénico por hemotórax.
54c) Hipovolémico por hemorragia.
54d) Distributivo por lesión medular.

55 EN EL TRATAMIENTO DE LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR CON UNA FRECUENCIA CARDÍACA DE 300 LATIDOS/MINUTO QUE NO MEJORA CON MANIOBRAS VAGALES Y FRÍO, ¿QUÉ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INICIAL RECOMENDARÍA EN UN PACIENTE ESTABLE?

55a) Digoxina.
55b) Adenosina.
55c) Clonidina.
55d) Amlodipino.

56 RESPECTO A LA NEFROPATÍA IGA O DE BERGER, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

56a) Es una enfermedad por depósito de inmunocomplejos.
56b) Es una causa frecuente de insuficiencia renal terminal en la infancia.
56c) La hematuria macroscópica es la forma de presentación más frecuente.
56d) Los niveles séricos de complemento C3 son normales.

57 RESPECTO AL SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO O DE CAMBIOS MÍNIMOS, UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA:

57a) La tensión arterial está elevada.
57b) Los niveles de albúmina sérica suelen ser inferiores a 2,5 g/dl.
57c) Los niveles séricos de colesterol y triglicéridos suelen encontrarse elevados.
57d) Los corticoides constituyen el pilar básico del tratamiento.

58 LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE HEMATURIA MACROSCÓPICA ES:

58a) Glomerulonefritis.
58b) Hipercalciuria.
58c) Infección bacteriana del tracto urinario.
58d) Nefritis intersticial.

59 EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL MANTENIDA, LA MANIFESTACIÓN MÁS FRECUENTE, DENTRO DE LAS LESIONES EN ÓRGANOS DIANA, QUE ADEMÁS SUPONE UNA INDICACIÓN PARA INICIAR TERAPIA FARMACOLÓGICA, ES:

59a) Hipertrofia del ventrículo izquierdo en ecocardiografía.
59b) Retinopatía con cambios en el estudio del fondo de ojo.
59c) Edema pulmonar en radiografía de tórax.
59d) Alteraciones en la pletismografía.

60 EN LOS TRASTORNOS HEREDITARIOS DEL TRANSPORTE TUBULAR RENAL, COMO EL SÍNDROME DE BARTTER, LA ALTERACIÓN METABÓLICA MÁS CARACTERÍSTICA ES:

60a) Alcalosis metabólica e hipopotasemia.
60b) Acidosis metabólica e hiponatremia.
60c) Pérdida renal de glucosa, fósforo y aminoácidos.
60d) Hiposmolaridad sérica y urinaria.

61 EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICO, SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA:

61a) A nivel hematológico, la afectación se limita a la serie roja.
61b) La mayoría de los pacientes recuperan completamente la función renal.
61c) Las formas genéticas son las más frecuentes.
61d) La poliuria es característica.

62 EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC), SE DEBEN TRATAR LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES NO SUELE APARECER EN LA IRC?

62a) Talla baja.
62b) Anemia.
62c) Hipertensión.
62d) Hipoparatiroidismo

63 EN UN NIÑO DE 6 MESES QUE, TRAS UN EPISODIO FEBRIL, PRESENTA PALIDEZ DE MUCOSAS, ICTERICIA CONJUNTIVAL Y ESPLENOMEGALIA. EN LA ANALÍTICA, DESTACA HB 6,5 GR/DL, BILIRRUBINA TOTAL DE 7 MG/DL. PADRE ESPLENECTOMIZADO A LOS 8 AÑOS. ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE EN NUESTRO MEDIO?

63a) Beta-talasemia mayor.
63b) Anemia hemolítica autoinmune.
63c) Esferocitosis.
63d) Déficit de Glucosa 6-Fosfato deshidrogenasa.

64 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES VIRUS PUEDE PRODUCIR, CON MÁS FRECUENCIA, UNA CRISIS APLÁSICA, EN UN PACIENTE CON UNA ANEMIA HEMOLÍTICA CONGÉNITA?:

64a) Virus Herpes-6.
64b) Parvovirus B19.
64c) Virus Coxsackie tipo A.
64d) Adenovirus.

65 SOBRE LA PROFILAXIS ANTIMICROBIANA FRENTE A LAS INFECCIONES RECURRENTES DEL TRACTO URINARIO, SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA:

65a) Está indicada en niños (varones) tras un primer episodio de pielonefritis aguda.
65b) Recomendada en niños y niñas con disgenesias renales.
65c) Indicada en los casos de hidronefrosis y obstrucción de la unión pieloureteral.
65d) Los resultados actuales de los estudios aleatorizados no han demostrado una disminución significativa de la aparición de cicatrices renales en mayores de un año de edad.

66 EN LA PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES NO ES CARACTERÍSTICA?

66a) Trombopenia.
66b) Artralgias y artritis.
66c) Nefropatía.
66d) Dolor abdominal y vómitos.

67 EN UN NIÑO DE 3 AÑOS, QUE CONSULTA POR FIEBRE MANTENIDA DE 38-39ªC DE UN MES DE EVOLUCIÓN CON MARCADA HEPATOESPLENOMEGALIA, PANCITOPENIA E HIPERGAMMAGLOBULINEMIA. ¿CUÁL SERÍA LA INFECCIÓN MÁS PROBABLE?

67a) Fiebre tifoidea.
67b) Brucellosis.
67c) Leishmaniasis.
67d) Paludismo.

68 ¿CUÁL, DE LOS SIGUIENTES DATOS DE LABORATORIO, NO ESTÁ INCLUIDO EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?

68a) Trombocitosis.
68b) Anemia.
68c) Niveles bajos de complemento C3 y C4.
68d) Hematuria.

69 NIÑO DE 3 AÑOS CON FIEBRE Y DOLORES ÓSEOS DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN, QUE PRESENTA PETEQUIAS Y EQUIMOSIS EN PIEL. EN HEMATIMETRÍA AUTOMATIZADA: 7.400 LEUCOCITOS/MM3 (20% NEUTRÓFILOS, 80% LINFOCITOS) 7,4 G/DL HEMOGLOBINA 38.000 PLAQUETAS. ¿QUÉ PRUEBA INDICARÍA Y CON QUÉ SOSPECHA DIAGNÓSTICA?

69a) Hemograma seriado para vigilar la cifra de plaquetas por sospecha de Trombopenia Inmune Primaria.
69b) Aspirado de médula ósea para descartar Leucemia Linfoblástica Aguda.
69c) Factor reumatoide, ANA y Anti-DNA por sospecha de artritis idiopática juvenil.
69d) Biopsia de médula ósea para descartar anemia aplásica.

70 LA DIABETES MELLITUS TIPO I EN LA INFANCIA SE CARACTERIZA POR TODO LO SIGUIENTE, EXCEPTO:

70a) La alteración poligénica y los factores ambientales conducen a la destrucción autoinmune de los islotes beta del páncreas.
70b) Las complicaciones vasculares a largo plazo suelen aparecer en la edad adulta y la microalbuminuria suele ser la alteración clínicamente detectable más precoz.
70c) Asocia un riesgo más elevado de desarrollar otras enfermedades autoinmunes como enfermedad celíaca.
70d) La incidencia ha aumentado como consecuencia de la epidemia de obesidad infantil

71 TRAS EL DIAGNÓSTICO PRENATAL DE UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA GRAVE, ¿EN QUÉ TIPO DE CARDIOPATÍA PUEDE SER NECESARIA LA ADMINISTRACIÓN URGENTE DE PROSTAGLANDINAS Y UNA SEPTOTOMÍA AURICULAR DE RASHKIND POR CATETERISMO, TRAS LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA POSTNATAL?

71a) Transposición de grandes vasos.
71b) Comunicación interauricular.
71c) Drenaje venoso pulmonar anómalo total.
71d) Síndrome de hipoplasia de las cavidades cardíacas izquierdas.

72 RESPECTO AL CÁNCER EN LA EDAD PEDIÁTRICA, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

72a) La localización más frecuente de los linfomas de Burkitt es abdominal.
72b) Los sarcomas son más frecuentes en los primeros años de vida.
72c) Los retinoblastomas pueden ser hereditarios.
72d) La función renal se mantiene normal en la mayoría de los pacientes con nefroblastoma bilateral.

73 EL NEUROBLASTOMA TIENE UN COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO MUY VARIABLE EN LOS NIÑOS. SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA:

73a) Las formas neonatales pueden regresar espontáneamente.
73b) La inmunoterapia se utiliza en el tratamiento de los tumores metastásicos con amplificación del oncogén NMYC > 10 copias.
73c) Los estadios 4S pueden tener imágenes aisladas de metástasis en médula ósea.
73d) Los tumores mediastínicos más frecuentes son los neuroblastomas.

74 EL FACTOR DE BUEN PRONÓSTICO MÁS IMPORTANTE, EN EL MOMENTO ACTUAL, EN LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN LOS NIÑOS ES:

74a) Número de leucocitos al diagnóstico <20.000/mm3.
74b) Respuesta precoz al tratamiento de inducción con Enfermedad Mínima Residual (EMR) negativa.
74c) Inmunofenotipo T.
74d) Edad mayor de 10 años.

75 EN RELACIÓN CON LAS CONVULSIONES FEBRILES SIMPLES O TÍPICAS, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

75a) Su duración es inferior a 15 minutos.
75b) En la mayoría de los casos, no es necesaria la realización de pruebas diagnósticas complementarias.
75c) Los antecedentes familiares de convulsiones febriles son frecuentes.
75d) Suelen recidivar en un periodo de 24 horas.

76 EN UN NIÑO DE 8 AÑOS, PREVIAMENTE SANO, QUE CONSULTA POR TOS Y MARCADA FATIGA DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN QUE HABÍA PRESENTADO UN CUADRO DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS HACIA 2 SEMANAS. EN RX TÓRAX SE OBSERVA CARDIOMEGALIA, SIN OTRAS ALTERACIONES. ¿CUÁL SERÍA SU PRINCIPAL SOSPECHA DIAGNÓSTICA?

76a) Pericarditis.
76b) Miocarditis.
76c) Neumonia con derrame pleural.
76d) Comunicación interauricular.

77 ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES NO ASOCIAN UN RIESGO CARACTERÍSTICO, Y MÁS ELEVADO QUE LA POBLACIÓN GENERAL, DE PRESENTAR UN ICTUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA?:

77a) Anemia de células falciformes.
77b) Defectos de la coagulación por mutación del factor V de Leiden.
77c) Siringomielia.
77d) Prótesis valvulares.

78 EN UN PACIENTE DE 6 AÑOS QUE PRESENTA UN TRASTORNO GENERAL DEL DESARROLLO CON EPILEPSIA Y ALTERACIONES CUTÁNEAS TIPO ANGIOFIBROMAS FACIALES. ¿CUÁL SERÍA SU DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA?

78a) Esclerosis tuberosa.
78b) Neurofibromatosis tipo I.
78c) Síndrome de Sturge-Weber.
78d) Síndrome PHACE.

79 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS NO ES CARACTERÍSTICA DE LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL?:

79a) Discapacidad crónica motora.
79b) Hipotonia.
79c) Alteración de la marcha.
79d) Grado variable de discapacidad intelectual.

80 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES NO DEBE CONSIDERARSE COMO UN FACTOR DE RIESGO HABITUAL PARA EL DESARROLLO DE HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA?

80a) Hemorragia intraventricular.
80b) Síndrome de West.
80c) Meningitis bacteriana.
80d) Malformación de Chiari.

81 EN LA EPILEPSIA CARACTERIZADA POR AUSENCIAS EN LA INFANCIA, SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA:

81a) El EEG intercrítico o entre crisis es normal.
81b) Se producen suspensiones de la conciencia de unos minutos de duración.
81c) Afectan a niños menores de 2 años.
81d) El tratamiento inicial de elección es la Vigabatrina.

82 ¿CUÁL ES EL HALLAZGO DE LABORATORIO MÁS CARACTERÍSTICO DE LA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE?:

82a) Alteración de la velocidad de conducción motora y sensitiva en pruebas de neurofisiología.
82b) Hallazgos de afectación miopática en el electromiograma.
82c) Elevación de los niveles séricos de Creatina-Cinasa (CK o CPK).
82d) Alteración del perfil hepático.

83 CUANDO, EN UN NIÑO CON HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, SE CONSIDERA NECESARIO INICIAR UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, ¿QUÉ GRUPO DE PSICOFÁRMACOS UTILIZARÍA?:

83a) Benzodiacepinas.
83b) Barbitúricos.
83c) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
83d) Psicoestimulantes.

84 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE FRACTURA TIENE UNA ALTA PROBABILIDAD DE SER UNA LESIÓN NO ACCIDENTAL Y NOS ORIENTA A POSIBLES MALOS TRATOS, EN UN LACTANTE?

84a) Fracturas costales posteriores.
84b) Fractura clavicular.
84c) Fractura craneal lineal.
84d) Fractura de diáfisis de fémur.

85 EN LA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA DE UN ADOLESCENTE QUE LLEGA A URGENCIAS Y PRESENTA UNA SITUACIÓN DE COMA. ¿CUÁL ES LA ACTUACIÓN QUE DEBE REALIZARSE DE FORMA MÁS URGENTE?

85a) Tomar una muestra de sangre, para determinar los niveles de alcohol y administrar naloxona.
85b) Tomar una muestra de sangre, para determinar la glucemia e iniciar aporte intravenoso de glucosa.
85c) Inducir el vómito, mediante la administración de jarabe de ipecacuana.
85d) Administración de carbón activado.

86 EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

86a) Los episodios recurrentes de atracones pueden ocurrir tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa.
86b) Son característicos los vómitos autoprovocados.
86c) Pueden asociar hipotermia por disfunción hipotalámica.
86d) El tratamiento farmacológico es efectivo en los adolescentes.

87 LA PROPORCIÓN DE PERSONAS DE UNA POBLACIÓN AFECTADAS DE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD EN UN MOMENTO CONCRETO TEMPORAL SE DENOMINA:

87a) Tasa de incidencia.
87b) Prevalencia.
87c) Razón de predominio (Odds ratio).
87d) Riesgo absoluto.

88 RESPECTO AL VALOR DE UNA DETERMINADA PRUEBA DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD, ¿QUÉ INDICA EL CONCEPTO DE ESPECIFICIDAD?

88a) Capacidad de detectar una enfermedad.
88b) Capacidad de detectar la ausencia de enfermedad.
88c) Relación entre los resultados positivos verdaderos y el número total de resultados positivos.
88d) Relación entre los resultados negativos verdaderos y el número total de resultados negativos.

89 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES VACUNAS SE RECOMIENDA ACTUALMENTE A LAS MUJERES EMBARAZADAS PARA PROTEGER A LOS RECIÉN NACIDOS, EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA?:

89a) Vacuna frente a tétanos.
89b) Vacuna frente a hepatitis B.
89c) Vacuna frente a la gripe.
89d) Vacuna frente a la tos ferina o pertusis.

90 EN RELACIÓN CON LAS VACUNACIONES RECOMENDADAS EN LA EDAD PEDIÁTRICA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

90a) La vacuna triple vírica está contraindicada durante el tratamiento de un niño con leucemia linfoblástica aguda.
90b) En los pacientes esplenectomizados, se recomiendan las vacunas frente a neumococo y meningococo.
90c) La vacuna frente a meningococo C es conjugada.
90d) La vacuna frente a rotavirus se debe administrar por vía subcutánea.

91 LA VARICELA ES UNA DE LAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS MÁS PREVALENTES EN LA INFANCIA. SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA RESPECTO A SUS COMPLICACIONES:

91a) La varicela es un factor de riesgo para las infecciones invasivas graves por estreptococos del grupo A.
91b) La encefalitis es más frecuente que la ataxia cerebelosa.
91c) La neuralgia postherpética es frecuente en niños con herpes zoster.
91d) El tratamiento con aciclovir no modifica el curso de la varicela ni del herpes zoster.

92 EL EJERCICIO DE FUNCIONES DE GESTIÓN CLÍNICA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS:

92a) Está sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados.
92b) Únicamente tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura y coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales.
92c) La participación en las Unidades de Gestión Clínica es obligatoria para todos los profesionales sanitarios del centro sanitario.
92d) Conllevará necesariamente la compensación económica que se pacte con el órgano de gobierno del centro sanitario

93 EN RELACIÓN CON LA ADQUISICIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO, UNA VEZ SUPERADAS LAS PRUEBAS DE SELECCIÓN Y OBTENIDO EL NOMBRAMIENTO CONFERIDO POR EL ÓRGANO COMPETENTE, LA PERSONA SELECCIONADA:

93a) Debe incorporarse a una plaza del servicio o centro que le corresponda en un plazo no superior a tres meses a contar desde el día siguiente al del nombramiento.
93b) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá, en todo caso, el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo.
93c) Con carácter previo a la incorporación deberá superar, en todo caso, un periodo de prueba.
93d) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo, salvo que la falta de incorporación no sea imputable a la persona interesada y obedezca a causas justificadas.

94 EL NOMBRAMIENTO COMO PERSONAL DIRECTIVO DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS:

94a) Únicamente puede recaer en personas que tengan la condición de personal estatutario fijo.
94b) Requiere el acuerdo previo del Consejo de Gobierno y su posterior publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.
94c) Requiere la previa convocatoria pública en la que deberán establecerse los requisitos necesarios de capacidad y experiencia profesional.
94d) Tiene una duración máxima de cuatro años, prorrogable por otros cuatro.

95 EN RELACIÓN CON LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

95a) Tienen derecho a estar acompañados por familiares, así como al uso, con carácter general, de habitación individual para preservar su intimidad.
95b) Tienen derecho a dar su consentimiento para la intervención, cuando se trate de mayores de 14 años.
95c) Tienen derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital.
95d) Tienen derecho a disponer de un horario de visitas específico, en función de las peculiaridades de su hospitalización.

96 CONFORME A LA LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

96a) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar verbalmente ante tres testigos.
96b) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar por escrito ante el funcionario o empleado público encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.
96c) Toda persona mayor de edad, y que no haya sido judicialmente incapacitada para ello, puede actuar como testigo para la formalización del documento de voluntades anticipadas.
96d) El documento de voluntades anticipadas puede ser modificado, una vez hayan transcurrido, al menos, tres meses desde su otorgamiento.

97 A LOS EFECTOS DE LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, SE CONSIDERA QUE LOS ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS PLURIPERSONALES TIENEN UNA REPRESENTACIÓN EQUILIBRADA:

97a) Cuando los dos sexos estén representados en un 50%.
97b) Cuando la Presidencia y la Vicepresidencia del órgano recaigan en personas de distinto sexo.
97c) Cuando los dos sexos estén representados por, al menos, 1/3 de las personas que lo integran.
97d) Cuando los dos sexos estén representados al menos al 40%.

98 EL ABORDAJE DE LAS LISTAS DE ESPERA:

98a) Permite disminuir las desigualdades en salud.
98b) Requiere un consenso previo con las y los profesionales sanitarios.
98c) Requiere un análisis previo de la demanda de servicios y una reordenación de la atención primaria.
98d) Requiere desarrollar campañas para la concienciación a la sociedad acerca del uso de los recursos sanitarios.

99 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES <u>FALSA</u>:

99a) El consumo excesivo de alcohol, tabaco, cannabis y policonsumo de drogas es más frecuente en hombres que en mujeres.
99b) El consumo de psicofármacos sin receta es más frecuente en mujeres que en hombres.
99c) El inicio de consumo de alcohol en Euskadi se produce, en términos generales, antes de los 14 años.
99d) El consumo de tabaco es mayor en los grupos sociales más desfavorecidos.

100 DEL ANÁLISIS D.A.F.O. SOBRE EL MODELO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DIGA CUÁL DE ESTAS CONCLUSIONES ES CIERTA:

100a) Existe un amplio consenso respecto del modelo de atención sociosanitaria y su coordinación interna.
100b) La actual financiación resulta suficiente pero necesita dotarse de mecanismos de coordinación interinstitucional.
100c) La implantación de la historia clínica y social compartida constituye el mayor logro de la coordinación sociosanitaria.
100d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

PREGUNTAS RESERVA

101 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS SE RECOMIENDA, EN UN NIÑO DE 3 AÑOS ASINTOMÁTICO SALVO PETEQUIAS Y EQUIMOSIS AISLADAS Y HEMOGRAMA CON 27.000 PLAQUETAS/MM^3?

101a) Observación.
101b) Inmunoglobulina intravenosa.
101c) Corticoides sistémicos.
101d) Transfusión de plaquetas.

102 ¿CUÁL ES EL TAMAÑO DE TUBO ENDOTRAQUEAL SIN GLOBO MÁS INDICADO, PARA LA INTUBACIÓN DE UN NIÑO DE 8 AÑOS PREVIAMENTE SANO Y EN PERCENTIL 50?

102a) Cuatro milímetros o Número 4.
102b) Cinco milímetros o Número 5.
102c) Seis milímetros o Número 6.
102d) Ocho milímetros o Número 8.

103 EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN LACTANTE DE 8 MESES. SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:

103a) La furosemida es el diurético más utilizado.
103b) La reparación quirúrgica se debe plantear, tras la estabilización del paciente, en caso de cardiopatía congénita como la comunicación interventricular.
103c) La ventilación con presión positiva puede ser necesaria, en caso de edema pulmonar.
103d) Los fármacos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) están contraindicados.

104 EN UN NIÑO DE 8 AÑOS PREVIAMENTE SANO QUE, TRAS CORRER EN UN PARTIDO DE BALONCESTO, REFIERE TOS SECA Y SENSACIÓN DE AHOGO. ¿QUÉ TRATAMIENTO RECOMENDARÍA?

104a) Beta-agonistas de acción corta inhalados y previos al ejercicio físico, si se repite la sintomatología.
104b) Beta-agonistas de acción corta inhalados diarios.
104c) Corticoides inhalados.
104d) Cromoglicato sódico.

105 RESPECTO A LAS PRINCIPALES CAUSAS DE FALLO HEPÁTICO AGUDO O INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

105a) Puede ser una complicación de una hepatitis vírica A.
105b) Puede observarse en caso de intoxicación grave por paracetamol.
105c) Puede ser provocada por una intoxicación alimentaria.
105d) Las formas idiopáticas son excepcionales en niños.

106 ENTRE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE LOS DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA SATISFACTORIA, SEÑALE LA QUE NO SE INCLUYE:

106a) Formación del personal sanitario.
106b) Informar, a todas las mujeres embarazadas, sobre los beneficios y la técnica de la lactancia materna.
106c) Permitir que la madre y el recién nacido permanezcan juntos las 24 horas.
106d) Iniciar la lactancia materna después de la primera hora tras el nacimiento.

107 ENTRE LOS POSIBLES FACTORES IMPLICADOS EN EL AUMENTO DE LOS NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD, EN LOS ADOLESCENTES DEL MUNDO ACTUAL, SE INCLUYE:

107a) Reducción en el tiempo que pasan durmiendo.
107b) Dieta más rica en carbohidratos que aportan 9 kilocalorías/gramo.
107c) Aporte de energía en forma hidratos de carbono, en la dieta, del 50%.
107d) Aporte de energía en forma de grasas, en la dieta, del 30%.

108 EN LA ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO, PUEDEN ESTAR IMPLICADOS MÚLTIPLES FACTORES. SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:

108a) Existe riesgo de recurrencia entre los hermanos y elevada tasa de concordancia en estudios con gemelos.
108b) Se han descrito numerosos genes implicados.
108c) Las exposiciones ambientales a ciertos virus, durante el embarazo o postnatales, tienen un papel relevante.
108d) Las elevadas tasas de epilepsia asociada sugieren la influencia de factores neurobiológicos.

109 UNA RECIÉN NACIDA DE 7 DÍAS ES INGRESADA POR VÓMITOS Y DESHIDRATACIÓN. EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DESTACA LA HIPERTROFIA DEL CLÍTORIS. ¿QUÉ DATOS ANALÍTICOS ESPERARÍA ENCONTRAR?:

109a) Hiponatremia e hiperpotasemia por hiperplasia suprarrenal congénita y déficit de 21 hidroxilasa.
109b) Niveles bajos de 17-hidroxiprogesterona por hiperplasia suprarrenal congénita y déficit de 21 hidroxilasa.
109c) Alcalosis metabólica por estenosis hipertrófica de píloro.
109d) Niveles elevados de testosterona por hiperandrogenismo.

110 ¿CUÁL ES EL MÉTODO MÁS EFECTIVO PARA TRATAR UN ABSCESO CUTÁNEO?

101a) Antibióticos tópicos.
101b) Antibióticos orales.
101c) Antibióticos intravenosos.
101d) Incisión y drenaje.

111 EN RELACIÓN CON EL CÁLCULO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES Y LAS NECESIDADES ENERGÉTICAS DE UN PACIENTE PEDIÁTRICO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA?

111a) No hay diferencias en el metabolismo basal entre hombres y mujeres
111b) La intensidad de la actividad física representa alrededor del 40-50% del gasto energético
111c) El gasto energético en el primer año de vida es muy elevado por el crecimiento
111d) Las necesidades de proteínas son constantes en los distintos grupos de edad

112 LOS TUMORES CEREBRALES DE PEOR PRONÓSTICO, EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SON:

112a) Ependimomas
112b) Meduloblastomas
112c) Gliomas de alto grado
112d) Gliomas de bajo grado difusos de protuberancia

113 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS SERÍA UNA INDICACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA RESONANCIA CEREBRAL, EN UN NIÑO CON CEFALEA?

113a) Focalidad neurológica
113b) Cefalea que empeora al final del día
113c) Presencia de aura, antes del inicio de la cefalea
113d) Edad inferior a 8 años

114 EN UN NIÑO DE 13 AÑOS CON FIEBRE ALTA, MALESTAR GENERAL, AMIGDALITIS, ADENOPATÍAS GENERALIZADAS, HEPATOESPLENOMEGALIA Y LINFOCITOSIS. ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE?

114a) Mononucleosis infecciosa
114b) Toxoplasmosis
114c) Rubeola
114d) Síndrome linfoproliferativo autoinmune

115 EN RELACIÓN CON LOS PERFILES LINGÜÍSTICOS, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA.

115a) Alcanzar los perfiles lingüísticos dentro de las fechas de preceptividad previstas constituye uno de los objetivos principales del II Plan de uso del Euskera.
115b) Todos los efectivos de Osakidetza-Servicio vasco de salud, tanto de unidades sanitarias como de unidades no sanitarias, tendrán asignado el perfil lingüístico 2.
115c) Al personal que a la fecha de aprobación del II Plan de uso del Euskera haya superado los 45 años y no tenga acreditado el perfil lingüístico 2, se les exigirá la acreditación del perfil 1.
115d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 eOPE 2017

FAK. ESP. OSPITALE-PEDIATRIAKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO PEDIATRIA HOSPITALARIA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 C	031 B	061 B	091 A
002 D	032 D	062 D	092 A
003 B	033 A	063 C	093 D
004 A	034 C	064 B	094 C
005 B	035 D	065 Baliogabetua (*)	095 C
006 D	036 C	066 A	096 B
007 Baliogabetua (*)	037 A	067 C	097 D
008 A	038 D	068 A	098 A
009 B	039 C	069 B	099 C
010 D	040 D	070 D	100 D
011 Baliogabetua (*)	041 A	071 Baliogabetua (*)	101 A
012 D	042 C	072 B	102 C
013 A	043 B	073 D	103 D
014 D	044 A	074 B	104 A
015 C	045 D	075 D	105 D
016 A	046 A	076 B	Erreserbak / Reservas
017 A	047 C	077 C	106 D
018 C	048 A	078 A	107 A
019 D	049 C	079 B	108 C
020 A	050 D	080 B	109 A
021 B	051 C	081 A	110 D
022 C	052 D	082 C	111 C
023 B	053 B	083 D	112 D
024 Baliogabetua (*)	054 C	084 A	113 A
025 C	055 B	085 B	114 A
026 D	056 B	086 D	115 D
027 A	057 A	087 B	
028 C	058 C	088 B	
029 C	059 A	089 D	
030 D	060 A	090 D	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

Osakidetza

2016 OPE 2017

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 115/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución nº 115/2018 de 7 de Febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de Febrero de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. OSPITALEKO PEDIATRIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MEDICO PEDIATRIA HOSPITALARIA

Proba eguna / Fecha prueba
2018ko maiatzaren 19an/ 19 de mayo de 2018

2.ariketa / 2º ejercicio

CASO CLÍNICO Nº 1

Niño de 3 años y 7 meses que ingresa con cuadro de artralgias de 7 días de evolución: refiere afectación de tobillo derecho, mano izquierda, no refiere fiebre.

Exploración física:

TA: 107/55; FC: 82 lpm; FR: 20 rpm; Tª axilar: 36,2ºC TEP: Normal. Hemodinámicamente estable. Dolor a la palpación del tobillo derecho, limitación a la movilización de ambas caderas. Auscultación cardiaca: arrítmica. Abdomen no doloroso, sin masas ni megalias. No exantemas ni petequias. ORL normal. Durante el ingreso precisa analgesia para las artralgias.

Pruebas complementarias:

EKG: ECG y Tira de ritmo: Ritmo auricular bajo alternando con ritmo sinusal; 130 / minuto con extrasístoles supraventriculares frecuentes (origen sinusal) Eje P: -90° °. Eje QRS: +70 °. PR: 0.10 seg. No se visualiza onda delta. QRS estrecho. QTc: normal. V1:Rs T (-) V6: qRs T (+).
Ecografía cardiaca: sin hallazgos.
Rx tórax: sin hallazgos.
Ecografía de articulaciones con afectación clínica referida: sin hallazgos.
Exploración oftalmológica normal.
ANALÍTICA: Hemoglobina 12.3 gr/dl, Plaquetas 313 *10^3/mm3, Leucocitos 6.1 *10^3/mm3 (N46%, L35%), CK 40U/L, Creatinina 0.5 mg/dL, GPT 24 U/L, Sodio 137 mEq/L, Potasio 3.9 mEq/L, PCR 21.5 mg/L(0-5), ANA 1/80, Factor reumatoide negativo, Coxiella burnetti IgM fase II Negativo, Coxiella burnetii IgG fase II Positivo > 1/1280. Hemocultivo: negativo.

A responder por el opositor (100 puntos) :

A. **Orientación diagnóstica: indique qué le sugieren los datos de la anamnesis, la exploración y las pruebas complementarias (10 puntos)**
B. **Diagnóstico de sospecha (20 puntos)**
C. **Para confirmar su diagnóstico de sospecha, ¿qué más pruebas complementarias realizaría y porqué? (35 puntos)**
D. **¿Qué tratamientos propondría para este paciente y durante cuanto tiempo? (35 puntos)**

Caso clínico 2

Madre y padre de origen marroquí sin antecedentes de interés. Madre 0 Rh negativo. Test de Coombs Indirecto en el primer trimestre negativo. Administración de gammaglobulina anti-D en el 3º trimestre. Segunda gestación: primer hijo ingresado en Unidad Neonatal a las 36 h de vida por hiperbilirrubinemia (fototerapia 3 días). Embarazo controlado de curso normal. Serologías maternas: rubeola inmune, resto de serologías (lúes, HBsAg, VIH, HBsAg) negativas. EGB positivo, profilaxis intraparto completa. REBA 18 horas. Parto a las 36+5 s de inicio espontáneo. Líquido amniótico claro. Circular de cordón. Extracción dificultosa, ventosa. Apgar 6/8. RCP: PIP+PEEP durante 2 minutos. pHau: 7,23. Adaptación posterior normal. PN: 2850 g.

Valoración a las 24 horas: lactancia materna instaurándose. Peso: 2760 g. Cefalohematoma y erosión por ventosa. Abdomen: normal, no megalias. No deposición. Diuresis iniciada. Bilirrubina tc: 8 mg/dL. ACP y resto anodino.

Valoración a las 48 horas de vida: Peso: 2550 g. Demandante. Mucosas algo pastosas. No deposición. Ictericia grado III. Bilirrubina tc 15 mg/dL. Cribado neonatal realizado.

Exámenes complementarios al ingreso:

- Grupo sanguíneo B Rh positivo. TCD positivo débil.
- HRF: H 4.280.000 h/mm^3, Hb 13,8 g/dL, Hcto 38 %, reticulocitos 3 %, plaquetas 215.000 p/mm^3, leucocitos 25.230 l/mm^3
- Bioquímica: Glucosa 45 mg/dL, urea 35 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL, Na 149 mmol/L, K 3,8 mmol/L, GPT 15 U/L, Bilirrubina total 18 mg/dL, albúmina 4 g/dL. PCR 10 mg/L.

Valoración a las 48 h tras ingreso, alimentación oral y fototerapia simple:

- Peso 2800 g.
- HRF: H 4250000, Hb 13,6 g/dL, Hcto 38 %, Plaq 245000, L 14.200.
- Grupo B (+). T. Coombs Directo (+). Fenotipo Rh: D(+), E(-), C(-), c(+), e(+). KELL: K(+). Aglutininas anti-B 1/1.
- Bioquímica: glucosa 80 mg/dL, urea 20 mg/dL, creatinina 0,5 mg/dL, Na 136 mmol/L, K 3,9 mmol/L, Bilirrubina total 10 mg/dL, albúmina 3,8 g/dL. PCR 5 mg/L.
- Estudio materno: grupo 0 (-). Fenotipo Rh: D(-), E(-), C(-), c(+), e(+). KELL K (+). Aglutininas naturales: anti-A 1/16, anti-B 1/64. Aglutininas inmunes: anti-A 1/8, anti-B ¼. Anticuerpos irregulares positivo anti-D 1/1.
- Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa: actividad enzimática normal.
- Cultivos negativos.

A. ***¿En este caso qué factores de riesgo reconoce para desarrollar hiperbilirrubinemia significativa?:*** *(25 puntos)*

B. ***¿Qué hechos clínicos y analíticos considera relevantes en su evolución?:*** *(50 puntos)*

C. ***Con el resultado de exámenes y la evolución clínica, ¿cuál sería su orientación diagnóstica?:*** *(25 puntos)*

CASO CLÍNICO 3

Paciente mujer de 4 meses de edad que traen a urgencias por crisis

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres sanos. Hermanos de 5 y 2 años sanos. Sin AF de interés. Nivel socioeconómico medio-alto.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Embarazo bien controlado de curso normal. Parto espontáneo a las 36 semanas. Diagnóstico de Síndrome de Down al nacimiento. No se observan cardiopatía ni otras anomalías de interés. Dificultades iniciales para la ingesta pero mejora. Episodios muy frecuente de llanto intenso que tras estudio minucioso se diagnostican de cólico del lactante. Curva de peso y talla dentro de percentiles.

ENFERMEDAD ACTUAL

Los padres acuden a urgencias por un cuadro de una semana de evolución de fiebre en las primeras horas, 3-4 deposiciones diarreicas al día y vómitos los últimos dos días. En la últimas horas, tres episodios de convulsión tónico- clónica generalizada, de resolución espontánea.

Temperatura axilar al ingreso 35º C. Perímetro Craneal P97. Talla P75 y Peso P50 según gráficas de S. Down. Palidez de piel, cutis marmorata. Taquipnéica y taquicárdica con fontanela tensa, rigidez de nuca, asimetría facial (desviación de la comisura labial derecha y disminución de la apertura palpebral del mismo lado). Sin lesiones orofaciales. Soplo sistólico II/VI paraesternal. Pulsos débiles. Auscultación pulmonar normal. Abdomen globuloso, blando y depresible, sin masas ni megalias.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Hemograma: Leucocitos 11.680 (41,5%N, 47,9% L, 4,0% Mo, 2,3% Eo, 0,3% Ba) Hemoglobina 6,7 g/dL, Hematocrito 19,3%, V.C.M 78,8, H.C.M 27,5, C.H.C.M 34,9, RDW 15,0%, HDW 3,26, Plaquetas normales.

Coagulación: Tiempo protrombina 11,2 seg, actividad protrombina 86%, INR 0,94, APTT: 18,8 seg (22-32). Fibrinógeno 401 mg/dl (105-400).

Bioquímica: Glucosa 95 mg/dl, Urea 36 mg/dl, Creatinina 0,30 mg/dl, Na: 138 mmol/l, K: 4,9 proteínas totales 6,6 g/dl, albúmina: 3,9 g/dl. GPT (ALT) 37 U/l, GOT (AST) 65 U/l, (0,0-37) Bilirrubina total 3,5 mg/dl, Bilirrubina conjugada 0,4 mg/dl, LDH 494 U/l (100,0-190,0), PCR 25,4 mg/L (0,0-5,0).

Sistemático de orina: No se observa nada anormal.

Urocultivo y hemocultivo sacados en urgencias.

Rx de tórax: sin anormalidades.

Rx simple de abdomen: aumento de gas y heces en asas intestinales.

Punción Lumbar: LCR sanguinolento con proteínas 502,3 mg/dl, glucosa 46,7 mg/dl, leucocitos 5 por mm3 y eritrocitos 13.2000 por mm3 .

Ecografía cerebral: aumento del líquido extraaxial, colección subdural frontoparietal bilateral de 11 mm, con engrosamiento de surcos y cisuras, sin signos de edema cerebral.

Ecografía Doppler: vasos corticales desplazados hacia el parénquima confirmando colección subdural.

Cultivos en sangre y LCR: negativos.

EEG: normal.

En el fondo de ojo se observaron múltiples hemorragias retinianas bilaterales, que aumentaron a las 48 horas, con compromiso en la zona macular, sin edema de papila ni alteraciones de la motilidad ocular.

La resonancia magnética nuclear con contraste fue compatible con hemorragia subdural

1. ENFOQUE DIAGNÓSTICO 40%

2. ACTITUD A SEGUIR 30%

3. DIAGNÓSTICO MAS PROBABLE 30%