

PEDIATRÍA I

TOXOPLASMOSIS



80% Asintomáticos al nacimiento

FASE GENERALIZADA:
hepatoesplenomegalia
lefteria, miocarditis.

FASE ENCEFÁLICA: Encefalitis,
Hidrocefalia,
Convulsiones.

DIAGNÓSTICO:
IgA (infección congénita): bebe
IgM (confirmatoria): mamá y bebe

INFECCIÓN:
Gatos, carne
cruda

TETRADE DE SABIN
Hidrocefalia
Coriorretinitis
Calcificaciones
Convulsiones

COMPLICACIONES
Sordera
Convulsiones

TRATAMIENTO
Pirimetamina +
Sulfadiazina por un
año

RUBEOLA



La infección es más común durante el tercer trimestre pero es más grave si ocurre durante el primer trimestre.

Si la infección ocurre después de la 16 SPT el riesgo es nulo.

OJO!!! Si se detecta en la embarazada **NO DAR INMUNIZACIÓN!!!**

*coriorretinitis
En sal y
pimienta*

TETRADE DE CREGG
Microcefalia
Sordera
Glaucoma / catarata
Cardiopatía

DIAGNÓSTICO:
IgM al nacer
IgG después de 8 meses de vida
extrauterina.
Aislamiento del virus en orina,
sangre, LCR o secreción faringea

TRATAMIENTO:
No existe específico
Deben enviarse a pruebas de audición y
evaluación somatosensorial

CMV

Virus DNA de la
familia:
Herpesvirus



Es la más común
90% asintomáticos al nacimiento

TEMPRANAS: Coriorretinitis,
microcefalia, calcificaciones
periventriculares

TARDÍAS: Sordera
neurosensorial, retraso mental

"Blueberry
muffin baby"

DIAGNÓSTICO:
Aislamiento del
virus o PCR en
orina o saliva

COMPLICACIÓN:
Sordera
neurosensorial
detectada por
potenciales
evocados.

TRATAMIENTO:
No específico, medidas de
sostén.
Ganciclovir puede evitar
la progresión de la
perdida auditiva

SIFILIS

Suelen ser asintomáticos al nacer
Mayor riesgo a menor edad gestacional por infección en el Emb.



TEMPRANAS <2 años: Rinitis, hepatoesplenomegalia,
penfigo sifilítico (lesiones eritemato descamativas palmo
plantares).

TARDÍAS >2 años: Sordera, queratitis, dientes tonel,
tibia en sable

DIAGNÓSTICO:
No treponémicas: VDRL
Treponémicas: FTA-ABS
VDRL + FTA-ABS = **TRATAMIENTO**
VDRL + FTA-ABS - = **NO TRATAMIENTO**
VDRL - FTA-ABS + = **NO TRATAMIENTO**

OTROS DATOS CLAVE:
Nariz en silla de montar
Tibia en sable (Rx Signo de Wimberger)
Neumonía alba (opacificación completa de ambos campos
pulmonares)
Dientes de Hutchinson
Articulaciones de Clutton
Signo de Higoumenakis

TRATAMIENTO:
PENICILINA G

HERPES

VHS Tipo 2
Nacen asintomáticos y suelen debutar al
7mo día



LOCAL: Afección muco-
cutánea más encefalitis
(letargia, hipotonía,
convulsiones)

PISEMÍNADA: sistémico:
pulmón, hígado.

INFECCIÓN:
Contagio al paso del canal de
parto

OJO!!! Si hay lesiones
evidentes en la mamá el
termino del Emb debe ser
por cesárea

DIAGNÓSTICO:
Cultivo de una
vesícula cutánea
PCR

TRATAMIENTO:
Aciclovir

COMPLICACIÓN:
Retardo mental

VIIH

El termino del embarazo se determina según
la carga viral materna, mayor a 1000 =
cesárea.

Riesgo de infección:
Mayor durante el trabajo de
parto.

LACTANCIA es contraindicación
ABSOLUTA en México.

DIAGNÓSTICO:
Tomar carga viral el día 14-21
de vida extrauterina

Repetir al mes y 4 meses
WB ELISA
a los 18
meses
Tratamiento sano

TRATAMIENTO:
ZDV (zidovudina)
ZDV+Nevirapina si
mamá no recibió
Profilaxis anteparto.

PEDIA I

1. CARACTERÍSTICAS Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

. A todos los recién nacidos les realizamos prevención de la oftalmía neonatal, ¿cuál es falsa con respecto a ello? (2023)

- a) Se puede realizar con pomada de eritromicina al 0.5%.
 - b) Se puede realizar con tetraciclina al 1% en ambos ojos.
 - c) Se hace con el objetivo de prevenir la conjuntivitis por *Neisseria Gonorrhoea*.
 - d) No es nada efectivo el tratamiento para la prevención de la infección por *Chlamydia Trachomatis*.
- parcialmente efectivo para la conjuntivitis por *Chlamydia Trachomatis*.

. A todos los recién nacidos les realizamos prevención de la oftalmia neonatal. ¿Cuál es correcta con respecto a ello? (2015 diciembre)

- a) Se puede realizar con pomada de eritromicina al 0.5% en ambos ojos.
- b) Se puede equipar con tetraciclina al 1% en ambos ojos.
- c) Se hace con el objetivo de prevenir la conjuntivitis por *Neisseria gonorrhoeae*.
- d) Es también parcialmente efectivo el tratamiento para la prevención de la infección por *chlamydia trachomatis*.
- e) Todas son correctas. *

→ prevención de la oftalmía neonatal = para la profilaxis de conjuntivitis x *Neisseria Gonorrhoeae* (y parcialmente para la *Chlamydia Trachomatis*) emplearemos pomada de eritromicina al 0.5% en ambos ojos; otra opción sería tetraciclina al 1% pero se usa mucho menos.

. Con respecto a la prevención de la oftalmia neonatal, cuál es falsa: (2013 diciembre)

- a) Se debe realizar a los recién nacidos tanto de parto vaginal como de cesárea.
- b) Se hace prevenir la conjuntivitis por estreptococo B. *
- c) Es parcialmente efectiva para la *Chlamydia Trachomatis*.
- d) Se aplica pomada de eritromicina la 0.5% en ambos ojos.
- e) Se puede aplicar tetraciclina al 1%.

. Para la profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido: (2023)

- a) Se administra vitamina K sólo en niños que reciben lactancia materna.
- b) Se administra vitamina K al segundo día de vida.
- c) Se administra vitamina K vía subcutánea.
- d) En caso de coagulopatías se administra vitamina K vía oral. *

→ Profilaxis enfermedad hemorrágica = vit k:

- inyección intramuscular 1mg primeras 6h
- vo = solo usa en casos hemofilia (déficit factor VIII) o alteración hereditaria coagulación para no producir hemorragia al realizar inyección

. En los cuidados iniciales del recién nacido, ¿cuál NO es la respuesta correcta? (2020 diciembre)

- a) Se liga el cordón umbilical y se corta a 3-4 cm de la superficie abdominal.
- b) Se administra 1 mg de vitamina K intravenosa. *
- c) Se indica profilaxis oftalmológica con pomada de eritromicina.
- d) Se identifica al RN con un brazalete con el nombre y apellidos de la madre.

. En los cuidados del recién nacido, cuál no es la respuesta correcta: (2012 junio)

- a) Se liga el cordón umbilical y se corta a 3-4cm de la superficie abdominal.
- b) Se administra 1mg de vitamina K intravenosa. *
- c) Se indica profilaxis oftalmológica con pomada de eritromicina.
- d) Ninguna es correcta.
- e) Todas son correctas.

→ asistencia sala partos:

- ligadura cordón umbilical = una vez que deje de latir, ligaremos el cordón con una pinza/hilo estéril + lo cortaremos a 3-4cm de la superficie abdominal

- prevención oftalmía neonatal = profilaxis conjuntivitis x N.gonorrhoeae (+ parcialmente C.trachomatis) con pomada eritromicina 0,5% en ambos ojos.
- profilaxis enfermedad hemorrágica = 1mg vitK intramuscular o 2mg v.o.

. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO valora el test de Apgar? (2020 julio)

- Frecuencia cardíaca.
- Frecuencia respiratoria. *
- Tono muscular.
- Irritabilidad refleja.

. ¿Cuál de estos parámetros clínicos no valora el test de Apgar? (2017 diciembre)

- Frecuencia cardíaca.
- Color.
- Tono muscular.
- Número de respiraciones. *
- Tipo de respiración.

→ Test de Apgar ⇒ 5 criterios: color piel + frecuencia cardíaca + reflejos + tono muscular + respiración

→ Icuidad! criterios respiración = ausente 0pts + débil/irregular 1pts + fuerte 2pts.

. Un RN que al minuto de vida presenta una coloración normal, su frecuencia cardíaca es de 130 latidos por minuto, y respiratoria de 40 respiraciones/minuto, patalea al ser estimulado y hace movimientos activos, ¿cuál es el APGAR? (2024 pregunta vista en clase) (2023 diciembre) (2020 diciembre) (2014 diciembre)

- 9.
10. *
- 1.
- 0.

→ Test APGAR = coloración normal 2pts + FC>100 2pts + respiración fuerte (40-60) 2pts + reflejos pataleo 2pts + tono muscular movimiento activo 2pts.

. Un recién nacido a término de 3 kg, presenta a los cinco minutos de vida, frecuencia cardíaca de 90 latidos/minuto, respiración regular con frecuencia respiratoria de 45 rpm, tono disminuido con movimiento de flexión de los miembros, estornudos al pasar la sonda nasogástrica y acrocianosis. La puntuación de Apgar es: (2020 julio)

- 5.
- 6.
7. *
- 9.

→ color de piel = extremidades azules (acrocianosis) 1pts + FC<100 1pt + reflejos estornudos al ser estimulado 2pts + tono disminuido 1pt + respiración regular 2pts = 7

. Un recién nacido que al minuto de vida presenta respiración débil, irregular con frecuencia cardíaca en torno a 120 latidos por minutos, buen tono muscular, patalea al ser estimulado y buena coloración presente un puntaje de APGAR de: (2024 pregunta vista en clase) (2015 diciembre)

- 10.
9. *
- 1.
- 8.
- 7.

→ color piel normal 2pts + FC>100 2pts + reflejos pataleo 2pts + tono muscular 2pts + respiración débil 1pts.

	0 puntos	1 punto	2 puntos
Color piel	tono azul	extremidades azules	normal
Frecuencia cardíaca	0	<100	>100
Reflejos	sin respuesta a estimulación	mueca/llanto débil a estimulación	estornudos/tos/pataleo al ser estimulado

Tono muscular	ninguno	alguna flexión	movimiento activo
Respiración	ausente	débil o irregular	fuerte

. Con respecto al cordón umbilical, ¿cuál es correcta? (2023 diciembre)

- a) Tiene dos venas y una arteria.
- b) Tiene dos arterias y una vena. *
- c) Se desprende generalmente al mes de vida.
- d) Se emplea para su desinfección alcohol al 97%.

→ ligadura cordón umbilical

- tiene 2 arterias + 1 vena
- se cae en los primeros 5-15 días de vida
- limpieza con agua y jabón (antes con alcohol 76°, NO 96°)

. Con respecto al cordón umbilical. ¿Cuál es correcta? (2014 diciembre)

- a) Tiene dos venas y una arteria.
- b) Tiene dos arterias y una vena. *
- c) Se desprende generalmente al mes de vida.
- d) Se emplea para su desinfección alcohol al 97%.
- e) Ninguna es correcta.

→ ligadura cordón umbilical:

- cordón umbilical contiene 2 arterias y 1 vena (te vas a acordar porque el bebé necesita muchos nutrientes y oxígeno para su desarrollo, por ello necesita el doble aporte de sangre que recogida).
- se desprende ente los 5-15 primeros días de vida.
- limpieza con agua y jabón .

. En un recién nacido sano, ¿cuál crees que es correcta?: (2014 diciembre)

- a) Debemos iniciar la alimentación precozmente. *
- b) Se le debe administrar 2mg vitamina K intramuscular.
- c) Se ha de bañar limpiando bien el vernix.
- d) Se ha de colocar para su identificación un brazalete con el nombre y los apellidos del niño.
- e) Se debe hacer profilaxis de infección oftálmica con claritromicina.

. En un recién nacido sano, ¿cuál crees que es correcta?: (2014 diciembre)

- a) Debemos iniciar la alimentación precozmente. *
→ durante la estancia en el hospital de la madre y su bebé debemos = iniciar alimentación precoz
- b) Se le debe administrar 2mg vitamina K intramuscular.
→ profilaxis enfermedad hemorrágica = admin 1mg vitK intramuscular / 2mg v.o.
- c) Se ha de bañar limpiando bien el vernix.
→ limpieza piel = debemos respetar siempre el vernix (retrasando su eliminación hasta que el RN se haya adaptado desde el punto de vista cardiocirculatorio).
- d) Se ha de colocar para su identificación un brazalete con el nombre y los apellidos del niño.
→ identificación RN = brazalete con nombre y apellido madre.
- e) Se debe hacer profilaxis de infección oftálmica con claritromicina.
→ profilaxis conjuntivitis con eritromicina 0,5% o tetraciclina 1%.

. Con respecto a la evaluación de la audición a los recién nacidos: (2023)

- a) Debe efectuarse únicamente si hay antecedentes de sordera familiar.
- b) Se debe hacer en el primer mes de vida. *
- c) Detectan umbrales de 60 o más decibelios.
- d) Las otoemisiones acústicas detectan hipoacusias de origen retrococlear.

→ cribado auditivo:

- realizar a todos los neonatos para hacer un cribado de sordera congénita.
- se realiza: antes del alta / en el primer mes de vida.
- se usan: otoemisiones acústicas (OEA) / potenciales auditivos
- patología cuando OEA NO detectan hipoacusias >40dB

- OEA => NO detectan hipoacusias de origen retrococlear

. A un neonato se le realiza cribado auditivo y con respecto a esta prueba cuál es FALSA: (2020 diciembre)

- a) Se realizan de entrada potenciales auditivos automatizados u otoemisiones acústicas.
- b) Los potenciales automatizados permiten explorar la vía retrococlear.
- c) La prueba de cribado auditivo es patológica por encima de 40 decibelios.
- d) La prueba de cribado auditivo se debe realizar en los primeros 3 meses de vida. *

. A un neonato de 15 días de vida se le realiza el cribado auditivo, ¿cuál es FALSA? (2020 julio)

- a) Se le realiza adecuadamente pues se debe hacer en el primer mes de vida.
 - b) Es más frecuente que se le realice en los primeros días antes del alta en la maternidad.
 - c) Su familia es normooyente, por tanto seguro le dará sin alteraciones. *
 - d) Los potenciales auditivos automatizados son la prueba de primera opción para realizarle el cribado auditivo.
- d) hay 2 formas de hacer cribado auditivo = potenciales auditivos (método más adecuado) + OEA (no detectan hipoacusias neurológicas de origen retrococlear).

. ¿Cuál es falsa con respecto al cribado auditivo en el período neonatal? (2013)

- a) Se puede realizar por otoemisiones acústicas o por potenciales automatizados.
 - b) Se debe realizar a todos los recién nacidos.
 - c) Detectan umbrales mayores o iguales a 40 dB.
 - d) Las otoemisiones acústicas detectan hipoacusias de origen retrococlear. *
 - e) Si el cribado está alterado el paso siguiente es realizar potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.
- importante! Las otoemisiones acústicas (OEA) NO detectan hipoacusias de origen retrococlear.

. Con respecto al cribado auditivo que se realiza a los recién nacidos: (2012 junio)

- a) Se realizan de entrada potenciales automáticos u otoemisiones acústicas.
 - b) Se realizan de entrada potenciales evocados auditivos.
 - c) La prueba de cribado auditivo es patológica por encima de 40 decibelios.
 - d) La prueba de cribado auditivo es patológica por encima de 20 decibelios.
 - e) A y C son correctas. *
- cribado auditivo = si esta prueba está alterada, se realizarán potenciales evocados auditivos.

. El cefalohematoma: (2013 diciembre)

- a) Habitualmente es bilateral.
- b) La hemorragia es subaponeurótica y sobrepasa suturas.
- c) No se reabsorbe espontáneamente y se debe drenar.
- d) Es causa de ictericia. *
- e) Es más frecuente en región frontal.

→ exploración cráneo

- caput succedaneum = (-) profundo + debajo aponeurosis + desaparece primeras 48-72h vida + NO respeta suturas + puede ser parietooccipital o parietotemporal.
- cefalohematoma = (+) profundo + subperióstico + tarda meses en desaparecer + respeta suturas + puede ser parietal/occipital (NO parietooccipital).

. Señala la respuesta falsa en el recién nacido: (2012 junio)

- a) La frecuencia cardíaca es de 120-160 latidos/minuto.
- b) La frecuencia respiratoria es de 40-60 respiraciones/minuto.
- c) Los soplos en las primeras horas de vida son siempre patológicos. *
- d) El número de deposiciones con lactancia materna suele ser de 4-5 veces/día.
- e) Desarrollan el reflejo completo de Moro a partir de la 32 semana.

. Señala la respuesta falsa en el recién nacido: (2012 junio)

- a) La frecuencia cardíaca es de 120-160 latidos/minuto.
→ FC 120-160lpm (recuerda que en un adulto sería 60-100).
- b) La frecuencia respiratoria es de 40-60 respiraciones/minuto.
→ FR 40-60rpm (adulto = 12-20rpm).
- c) Los soplos en las primeras horas de vida son siempre patológicos. *

- constantes vitales = en las primeras horas pueden auscultarse soplos que carecen de significado patológico.
- d) El número de deposiciones con lactancia materna suele ser de 4-5 veces/día.
 - lactancia materna = heces (+) explosivas, amarillas, acuosas → 4-5 deposiciones diarias.
- e) Desarrollan el reflejo completo de Moro a partir de la 32 semana.
-

. En cuanto a los órganos de los sentidos del recién nacido, cuál es la falsa: (2016)

- a) El recién nacido reacciona a estímulos luminosos, es capaz de seguir con la mirada objetos muy cercanos.
- b) Existe disminución de la capacidad auditiva fisiológica en las primeras semanas.
- c) Gusto: escasa reacción inicialmente a distintos sabores. *
- d) El olfato está poco desarrollado en el recién nacido.
- e) El cribado auditivo se considera patológico si no responde a los 49dB mediante potenciales u otoemisiones acústicas. *

→ órganos de los sentidos:

- visión = recién nacido reacciona a estímulos luminosos, es capaz de seguir objetos cercanos con la mirada.
- oído = durante las primeras semanas la capacidad auditiva fisiológica es menor x sustancia mucosidad en caja timpánica.
- gusto = reacciona con viveza a distintos sabores.
- olfato = muy poco desarrollado

*cribado auditivo patológico = NO respuesta a 40dB.

. Con respecto a los órganos de los sentidos en el RN, ¿cuál es falsa?: (2014 diciembre)

- a) El RN reacciona a estímulos luminosos, es capaz de seguir con la mirada objetos cercanos.
- b) Tiene disminución de la capacidad auditiva fisiológica en las primeras semanas (existe sustancia mucoide en la caja timpánica).
- c) Reacciona con viveza a distintos olores. *
- d) Reacciona con viveza a distintos sabores.
- e) Todas son falsas.

→ RN olfato = muy poco desarrollado.

*. ¿Cuál es correcta con respecto al cribado endocrino-metabólico neonatal? (2012 junio)

- a) Se debe realizar a todos los recién nacidos al primer día de vida.
- b) Se debe realizar a todos los recién nacidos al tercer día de vida. *
- c) Es obligatorio para la fenilcetonuria e hipertiroidismo congénito.
- d) Es obligatorio para la fenilcetonuria y galactosemia.
- e) La muestra de sangre se extrae generalmente del dedo pulgar del pie o de la mano.

→ despistaje metabólico = se realiza el 2º día vida, tras 24h de haber comido.

. ¿Qué no es cierto con respecto al recién nacido? (2015 diciembre)

- a) El olfato es el órgano sensorial más desarrollado en el recién nacido. *
- b) Hay una pérdida fisiológica de peso en los primeros días de vida.
- c) Duerme la mayor parte del día y despierta en función de sus necesidades.
- d) Se le debe colocar un brazalete con el nombre y apellidos de la madre mientras esté en el Hospital.
- e) En los niños que no precisan reanimación se les pondrá en contacto piel con piel con la madre.

. ¿Qué no es cierto con respecto al recién nacido? (2015 diciembre)

- a) El olfato es el órgano sensorial más desarrollado en el recién nacido. *
 - olfato = está muy poco desarrollado en el recién nacido.
- b) Hay una pérdida fisiológica de peso en los primeros días de vida.
 - en los 3-5 primeros días pierden hasta un 10% de peso de forma fisiológica.
- c) Duerme la mayor parte del día y despierta en función de sus necesidades.
 - actitudes en el primer mes = duerme durante la mayor parte del día (18-20h) + despierta en función de sus necesidades.
- d) Se le debe colocar un brazalete con el nombre y apellidos de la madre mientras esté en el Hospital.
 - identificación del recién nacido = se puede utilizar huella plantar, pero lo más utilizado es un brazalete con el nombre y apellido de la madre que el recién nacido portará hasta que abandone el hospital.
- e) En los niños que no precisan reanimación se les pondrá en contacto piel con piel con la madre.
 - en situaciones de normalidad perinatal el mejor método para el mantenimiento adecuado de la temperatura corporal del neonato es el contacto piel con piel con la madre (mínimo 50min).

2. EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

. Hablamos de prematuro extremo si es: (2023)

- a) Menor de 37 semanas de edad gestacional.
- b) Menor de 34 semanas de edad gestacional.
- c) Menor de 32 semanas de edad gestacional.
- d) Menor de 28 semanas de edad gestacional. *

→ pretérmino/prematuro <37sem || gran prematuro <32sem || extremadamente gran prematuro <28sem || prematuro tardío 34-36+6sem.

. Para prevenir la hipotermia del recién nacido de muy bajo peso en paritorio es útil: (2023)

- a) Mantener la humedad ambiental muy baja.
- b) Mantener la temperatura del paritorio alrededor 23-24°C.
- c) Cubrir al recién nacido con un envoltorio de polietileno. *
- d) Utilizar paños precalentados humedecidos y cubrir la cabeza.

→ reanimación cardiopulmonar prematuridad = gran prematuro (<32sem) con muy bajo peso → bolsas/plástico de polietileno = preservación calor + protección cuero cabelludo.

. Para prevenir la hipotermia del RNMBP en paritorio es útil: (puesta en clase 2024)

- a) Mantener la humedad ambiental muy baja.
- b) Mantener la temperatura del paritorio alrededor 23-24°C.
- c) El servocontrol de temperatura.
- d) Cubrir al recién nacido con un envoltorio de polietileno. *
- e) Utilizar paños precalentados humedecidos y cubrir la cabeza.

. En las medidas generales en el gran prematuro cuál es errónea: (2023)

- a) Nutrición parenteral precoz. Manejo adecuado de fluidos parenterales.
- b) Alimentación enteral trófica precoz.
- c) Uso juicioso del oxígeno: saturaciones objetivo 86-90%.
- d) Prevención apnea de la prematuridad: cafeína.

. En las medidas generales en el gran prematuro cuál es errónea: (2023)

- a) Nutrición parenteral precoz. Manejo adecuado de fluidos parenterales.
→ RN prematuro - alimentación parenteral con aminoácidos y glucosa desde el nacimiento.
- b) Alimentación enteral trófica precoz.
→
- c) Uso juicioso del oxígeno: saturaciones objetivo 86-90%. *
→ enfermedad membrana hialina - tto = admin O2 saturación 90-94% (> = riesgo retinopatía).
- d) Prevención apnea de la prematuridad: cafeína.
→ apnea de la prematuridad - tto = cafeína (fármacos).
→ la primera vez lo puse según los apuntes de dura
→ según comisión => medidas generales gran prematuro:
 - nutrición parenteral precoz; manejo adecuado de fluidos parenterales
 - alimentación enteral trófica precoz
 - uso juicioso de oxígeno: saturación objetivo 90-94%
 - prevención apnea de la prematuridad: cafeína (intravenosa)

. ¿Qué NO es cierto o NO es característico del gran prematuro? (2020 diciembre)

- a) Consideramos gran prematuro a los de menos de 32 semanas.
- b) Tienen más riesgo de distrés respiratorio por enfermedad de membrana hialina.
- c) Tienen más riesgo de hipoglucemia.
- d) Su alimentación se inicia con alimentación enteral exclusiva a débito continuo. *

→ medidas generales gran prematuro = nutrición parenteral precoz → alimentación enteral progresiva

. En un RN gran prematuro consideramos que mantenemos una oxigenación adecuada y al mismo tiempo contribuimos a prevenir la retinopatía del gran prematuro: (2020 diciembre)

- a) Manteniendo niveles de saturación de oxígeno al 100%
- b) Manteniendo niveles de saturación de oxígeno entre 87% y 92%.
- c) Manteniendo niveles de saturación de oxígeno entre 90% y 94% *
- d) Manteniendo niveles de saturación de oxígeno por encima del 95%.

→ medidas generales gran prematuro ⇒ uso juicioso de oxígeno = objetivo estar entre 90-94% → cifras mayores aumentan riesgo retinopatía

*. Parto mediante cesárea a las 27+6 semanas de gestación. Peso RN 960 g (p25-50). Apgar 1/5. Nace sin esfuerzo respiratorio, con frecuencia cardíaca < 100 lpm. Tras intubación orotraqueal frecuencia cardíaca > 100 lpm, escasa expansión torácica que no mejora con incremento del pico de presión inspiratoria. En esta circunstancia cuál de las siguientes medidas podría valorar en primer lugar: (2023 diciembre)

- a) Administración de surfactante. *
- b) Drenaje de un probable neumotórax
- c) Administración de adrenalina via umbilical
- d) Ninguna de las anteriores.

→

. ¿Qué se entiende por apnea de la prematuridad? (2020 diciembre)

- a) Cese de la respiración de 15 segundos de duración.
- b) Cese de la respiración de más de 20 segundos de duración o de menos de 20 segundos de duración que se acompaña de bradicardia y/o hipoxemia. *
- c) Respiración periódica del prematuro.
- d) Ausencia de esfuerzo respiratorio de 10 segundos de duración.

→ enfermedades específicas prematuro - apnea = episodio ausencia flujo respiratorio >20sec de duración y episodios de menor duración acompañados de bradicardia (<100lpm) y/o hipoxemia.

. Respecto al manejo respiratorio del recién nacido prematuro, NO es correcto: (2020 diciembre)

- a) En recién nacidos prematuros con distrés respiratorio la ventilación mecánica invasiva se reserva para aquellos casos en los que fracasa la ventilación no invasiva.
- b) El tratamiento con cafeína para la apnea de la prematuridad no ha demostrado modificar los resultados a largo plazo en el recién nacido de muy bajo peso al nacimiento por lo que no se debe administrar de forma rutinaria ni en los extremadamente prematuros. *
- c) La ventilación mecánica invasiva puede resultar lesiva para el pulmón.
- d) Se deben evitar las fluctuaciones de la saturación de oxígeno, así como los picos hiperóxicos.

→ RN prematuros - enfermedades específicas

- sd distress respiratorio - tto = VMNI + surfactants → VMI cuando otros métodos soporte han fracasado
- apnea - tto = cafeína → admin de forma precoz en <28sem EG + reduce riesgo comorbilidades (displasia broncopulmonar + ductus arterioso persistente).

. Respecto al diagnóstico del ductus arterioso persistente en un neonato, señale la verdadera: (2020 diciembre)

- a) Los signos clínicos clásicos (soplo en maquinaria...) son precoces y patognomónicos.
- b) La ecocardiografía es el "gold standard" del diagnóstico.
- c) La radiografía de tórax es definitiva en el diagnóstico.
- d) El ECG es patognomónico.

→ enfermedades específicas prematuro - ductus arterioso persistente

- clínica = hiperemia pulmonar → taquipnea + tiraje + insuficiencia cardíaca
- tras disminución resistencias pulmonares = ausculto soplo continuo sistólico y diastólico
- dx = ecocardiografía → método principal

. La lesión neurológica aguda más frecuente en el recién nacido pretérmino es: (2020 diciembre)

- a) Encefalopatía hipóxico-isquémica.
- b) Infarto cerebral.
- c) Hemorragia intraventricular. *
- d) Meningitis.

→ hemorragia ventricular = lesión cerebral (+) frecuente del RN prematuro.

. Recién nacido pretermino de 27 semanas de edad gestacional con peso al nacer de 980g. Apgar: 7-8. Inicia nutrición enteral trófica a los 3 días de vida y alcanza la nutrición enteral completa a los 15 días de vida con lactancia mixta. A los 17 días de vida, presenta pausas de apnea, mala perfusión periférica y distensión abdominal. En radiografía de torax-abdomen presenta distensión de asas con neumatosis intestinal. ¿cuál la sospecha diagnóstica inicial?: (2023 diciembre) (pregunta clase 2023)

- a) Sepsis.
- b) Íleones paralítico.
- c) Enterocolitis necrosante. *
- d) Intolerancia a proteínas de leche de vaca.

→ enterocolitis necrosante

- suele debutar en la 2ª semana vida xq ocurre cuando avanza en las tomas de alimentación enteral
- con frecuencia comienza cuando se están aumentando las tomas/raciones leche ("alcanza nutrición enteral completa)
- lactancia materna protege
- Rx = distensión asas + neumatosis intestinal (burbujas gas intramural)
- prematuro distensión abdominal + sangre heces = enterocolitis

. Y en ese neonato comentado en la pregunta anterior, qué debo hacer inicialmente: (2023 diciembre)

- a) Dieta absoluta e inicio de antibioterapia. *
- b) Laparotomía exploradora de forma urgente.
- c) Administrar lactancia materna exclusiva
- d) Añadir probióticos.

→ enterocolitis necrosante - tto= suprimir alimentación enteral + dejar sonda porsí secreciones biliosas + ATB + corrección electrolitos + soporte hemodinámico.

3. CIR

. Con respecto a estas definiciones cuál es errónea: (2023 diciembre)

- a) El niño con peso inferior al P10 es pequeño para su edad gestacional (PEG)
- b) Un pequeño porcentaje van a ser CIR (crecimiento intrauterino retardado). El estudio doppler fetal actual define, estadía y favorece el seguimiento del niño CIR.
- c) El CIR se establece de Grado I a V de mayor a menor gravedad, siendo el grado I el más grave. *
- d) La mayor morbilidad observada en los niños PEG tanto perinatal como a medio y largo plazo la provoca el subgrupo de niños CIR

→ PEG (pequeños para edad gestacional) = RN peso al nacer <P10 (o -2DS = desviaciones standar).

→ estudio Doppler actual = define + estadía + favorece seguimiento → CIR

→ 50-70% niños PEG son fetos sanos y constitucionalmente pequeños.

→ mayor morbilidad observada en niños PEG tanto perinatal como a medio y largo plazo la provoca el su grupo de niños CIR.

4. HIPOGLUCEMIA NEONATAL

. Sabemos que está incrementado el riesgo de malformaciones en la diabetes gestacional controlada. A qué nivel son más frecuentes:

- a) A nivel del sistema nervioso central y cardiovascular. *
- b) A nivel renal e intestinal
- c) A nivel óseo.
- d) A nivel muscular.

→ RN madre diabética - malformaciones congénitas = mayoría lesiones afectan SNC y cardiovascular.

. En un recién nacido hijo de madre con diabetes gestacional que no estuvo muy bien controlada es más frecuente que al nacimiento sea: (2023 diciembre)

- a) Microsómico.
- b) Macrosómico con aumento únicamente del peso para la edad gestacional.
- c) Macrosómico con aumento del peso y longitud para la edad gestacional. *
- d) Macrosómico con aumento del peso, longitud y perímetro de cráneo para la edad gestacional.

→ hipoglucemia neonatal - RN madre diabética ⇒ macrosomía = peso y longitud x encima media + perímetro cráneo dentro media.

. Finalizada la exanguinotransfusión presenta irritabilidad y temblores. ¿Cuál es la causa más probable de estos síntomas? (2023 diciembre)

- a) Hipoglucemia.
- b) Hipotermia.
- c) Reacción transfusional.
- d) Hipocalcemia. *

→ hipocalcemia neonatal - causa iatrogénica = exanguinotransfusión con sangre citrata (los contratos son anticoagulantes para impedir la coagulación de la sangre durante el proceso de exanguinotransfusión, pero son quelantes del calcio, por lo que reducen los niveles del calcio sérico).

5. ICTERICIA NEONATAL

. Un neonato con peso al nacer de 3500gramos, grupo sanguíneo O (+) recibe lactancia materna y presenta a los cuatro días de vida Bi Total de 14mg/dL, BI I de 13mg/dL, Hb: 16g/dL. ¿cuál es correcta? (2023 diciembre)

- a) Estamos con toda probabilidad ante una ictericia hemolítica y debemos ver el Coombs directo.
- b) Estamos probablemente ante una ictericia por lactancia materna. *
- c) Estamos ante un cuadro de colestasis.
- d) Debemos ingresarlo para poner fototerapia.

→ hiperbilirrubinemia indirecta - ictericia fisiológica

- x lactancia materna = >3 día de vida - puede durar hasta 1mes

- leve = bilirrubinemia <15mg/dL

- predominio indirecto

→ para ser hemolítica deberíamos de ver anemia

→ para ser colestasis BiD 20% total (en esta caso es 1/14)

→ para poner fototerapia debemos de tener una ictericia patológica.

. Cuál de los criterios se corresponde con ictericia neonatal patológica? (2020 diciembre)

- a) Ictericia que dura más de 7 días en los recién nacidos pretérmino.
- b) Aparición de ictericia en las primeras 24 horas de vida. *
- c) Inicio en la cara con extensión al tronco y resto del cuerpo.
- d) Bilirrubina directa menor de 1.5-2 mg/dL

→ ictericia patológica:

- inicia en las primeras 24h

- aparece en el primer día vida

- bilirrubina directa 20% total (>1mg/dL)

- dura >8días (RN a término) / >2sem (prematureo)

. RN varón de 35 semanas de edad gestacional. Se trata de un primer embarazo con gestación controlada y parto via vaginal. Peso al nacer: 2140g. Apgar: 7-9. Grupo sanguíneo de la madre: O Rh (+). Grupo sanguíneo del RN: A Rh (+).

Alimentación con lactancia materna. En exploración a las 12 horas de vida: discreta coloración icterica en cara y parte superior de tronco sin otros hallazgos patológicos. Bilirrubina medida con bilirrubinómetro transcutáneo: 10,4 mg/dL. Que conducta seria la adecuada?: (2023 diciembre)

- a) No hacer nada puesto que tiene una cifra dentro del rango normal
- b) Esperar 24 horas y repetir la bilirrubina.
- c) Dar fórmula artificial para suplementar la lactancia materna.
- d) Iniciar tratamiento con fototerapia. *

→ hiperbilirrubinemia indirecta

- ictericia patológica = se inicia en las primeras 24h + >5mg/dL diarios (no tiene ni un día de vida el churumbel y ya tiene una bilirrubina de 10,4)

- causas => anemia hemolítica adquirida = incompatibilidad ABO = dx test Coombs directo

- tto = fototerapia (tto de entrada + indicado >35sem EG)

. RN con peso al nacer de 3kg y cuya madre presenta grupo sanguíneo O(+) y el neonato B(+) y Coombs directo positivo. Está con lactancia materna. Presenta a los 2 días de vida Hb: 12g/dL; Bi I: 27mg/dL, por lo que se le va a realizar exanguinotransfusión. ¿Cuál consideras que es errónea? (2023 diciembre)

- a) Se le practica exanguinotransfusión parcial.
- b) Se le recambia 2 veces la volemia, con un total de 480ml de sangre total reconstituida.
- c) El recambio será con sangre O(+).
- d) Se le suprime la lactancia materna. *

→ hiperbilirrubinemia indirecta - isoimmunización ABO => tto = exanguino transfusión total (recambia volemia x2 = total sangre reconstituida 480mL entendiendo que la volemia del niño es 240mL) *estos datos los dio en clase aunque luego en los apuntes dice que la volemia del niño es 80mL

→ exanguinotransfusión parcial = solo la he visto indicada para policitemia

→ exanguinotransfusión total

- sangre fresca grupo sanguíneo O(-) si hay esa posibilidad, sino isogrupo

- indicada Bi>25mg/dL

. Finalizada la exanguinotransfusión presenta irritabilidad y temblores. ¿Cuál es la causa más probable de estos síntomas? (2023 diciembre)

- a) Hipoglucemia.
- b) Hipotermia.
- c) Reacción transfusional.
- d) Hipocalcemia. *

→ no lo he visto en los apuntes

→ chatGPT = exanguinotransfusión puede alterar niveles calcio sangre (xq químicos anticoagulantes son quelantes, se unen al calcio reduciendo sus niveles en el cuerpo) => (-) Ca = síntomas neuromusculares (irritabilidad y temblores).

→ la primera vez que leíste esta pregunta pensaste en hipoglucemia ya que tb produce estos síntomas y ser un grupo de riesgo a padecerla.

. Un RN presenta a los 6 días de vida bilirubina de 30 mg/dL y puede manifestar una encefalopatía bilirubínica ¿cuál no es característica de encefalopatía?: (2023 diciembre)

- a) Retraso mental.
- b) Hipoacusia.
- c) Esplenomegalia. *
- d) Alteraciones de la motilidad ocular

→ primero entender que un niño que tiene una Bi > 25 tiene riesgo de pérdidas auditivas y déficit IQ.

→ ictericia nuclear genuina - secuelas = parálisis cerebral con movimientos coreoatetósicos o temblores + hipoacusia neurosensorial parcial o completa + retraso mental + alteraciones motilidad ocular

6. PATOLOGÍA RESPIRATORIA NEONATAL

. El tratamiento de la membrana hialina se basa fundamentalmente en: (2020 julio)

- a) Oxigenoterapia.
- b) Presión de distensión continua con ventilación mecánica.
- c) Administración de surfactante exógeno.
- d) Todas las respuestas son ciertas. *

→ sd distress respiratorio I (enfermedad membrana hialina) - tto

- Oxigenoterapia + ventilación mecánica no invasiva (CPAP: presión distensión positiva continuada)
- Admin surfactante artificial x vía endotraqueal

. Una madre da a luz a la 40 semanas de amenorrea a través de parto por cesárea a un neonato con peso al nacer de 3400gramos. Nace con buena vitalidad y al poco del nacimiento inicia taquipnea, quejido respiratorio, aleteo nasal con mínima cianosis. El diagnóstico más probable es: (2023)

- a) Enfermedad de membrana hialina.
- b) Sepsis neonatal.
- c) Aspiración meconial.
- d) Taquipnea transitoria. *

→ síndrome de distress respiratorio tipo II / taquipnea transitoria ("pulmón húmedo")

- neonatos en riesgo = RN a término (37-42 semanas) + nacidos x cesárea (al no pasar por canal parto no expulsan líquido amniótico)
- clínica = taquipnea (>60rpm hasta 120rpm) + quejido respiratorio + aleteo alas nariz + cianosis mínima.

. Una madre da a luz a la 40 semanas de amenorrea a través de parto por cesárea a un neonato con peso al nacer de 3400gramos. Nace con buena vitalidad y al poco del nacimiento inicia taquipnea, quejido respiratorio, aleteo nasal con mínima cianosis. El diagnóstico más probable es: (vista en clase 2024)

- a) Enfermedad de membrana hialina.
- b) Sepsis neonatal.
- c) Aspiración meconial.
- d) Taquipnea transitoria. *
- e) Ninguna es correcta.

. Un recién nacido de 42 semana de edad gestacional presenta el síndrome de aspiración de meconio. ¿Cuál empeora más su pronóstico?: (2023)

- a) Hipotermia.
- b) Presentar hipertensión pulmonar persistente. *
- c) El ser hijo de madre diabética.
- d) La posmadurez.

→ aspiración meconio:

- si se desarrolla hipertensión pulmonar = hay dificultad para conseguir adecuada oxigenación
- complicaciones = hipertensión pulmonar severa + neumotórax + neumonía.

. Nos avisan al paritorio porque va a nacer un neonato de una madre con un embarazo no controlado que está a término y tiene un registro con DIP II. Nace un varón de 2800g sin llanto espontáneo al que se le ventila con bolsa autoinflable y notamos el latido cardíaco desplazado a la derecha: (2024 vista en clase)

- a) Podría tener un neumotórax izquierdo.
- b) Podría tener una hernia diafragmática.
- c) Podría tener un neumotórax derecho.
- d) Podría tener una hipoplasia pulmonar.
- e) Respuestas a y b son correctas.

→ latido cardíaco desplazado = neumotorax o hernia diafragmática

. Un RN a término de madre con un embarazo no controlado presenta al nacimiento distres respiratorio con desviación del latido cardíaco a la derecha. ¿Cuál es correcta?: (2024 vista en clase)

- a) Lo debemos ventilar sin problema con bolsa autoinflable.
- b) Lo más probable es que sea una taquipnea transitoria se trata de una enfermedad de membrana hialina.
- c) Puede tratarse de una hernia diafragmática y debemos intubarlo, colocarle una sonda gástrica y hacer una radiografía.
- d) Todas son correctas.

→ hernia diafragmática:

- ppl izq = corazón desplazado drch
- NUNCA se ventila con bolsa y mascarilla
- intubar rápido (aplicar presión positiva) + SNG abierta (disminuir aire abdominal).

. En el paritorio nace un varón de 3200g en el que se objetiva distres respiratorio y abdomen excavado y a la auscultación se observa el latido cardíaco más desplazado a la derecha, ¿qué respuesta no es correcta? (2024 vista en clase) (2023 diciembre)

- a) Puede tratarse de una hernia diafragmática izquierda.
- b) Debemos intubarlo.
- c) Debemos colocarle una sonda nasogástrica abierta.
- d) Debemos ventilarlo con mucho pico de presión para que expanda ese pulmón izquierdo. *
- e) Ninguna es correcta.

→ hernia diafragmática:

- ppl izq = desvía corazón drch
- NUNCA se ventila con bolsa y mascarilla
- intubar rápido (aplicar presión positiva) + SNG abierta (disminuir aire abdominal).
- diferencia neumotorax x abdomen excavado (intestino asciende).

*. ¿Cuál de los siguientes parámetros no valora el test de Silverman de dificultad respiratorio en el recién nacido?: (2013 diciembre) (2012 junio)

- a) Tiraje intercostal.
- b) Disociación toracoabdominal.
- c) Aleteo nasal.
- d) Taquipnea. *
- e) Quejido respiratorio.

→ valoración clínica respiración neonatal - test de Silverman = 5 parámetros:

1. disociación tóraco-abdominal / 2. tiraje / 3. retracción xifoidea / 4. aleteo nasal / 5. quejido respiratorio

7. REANIMACIÓN NEONATAL Y MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

. Una mascarilla es de tamaño adecuado para el recién nacido cuando cubre: (2023)

- a) Boca y nariz *
- b) Al menos la boca.
- c) Boca, nariz y parte interna de los ojos.
- d) Al menos la nariz, siempre que se mantenga la boca bien sellada.

→ material necesario para reanimación = mascarillas faciales (debe cubrir boca y nariz, teniendo cuidado de no lesionar los ojos).

. Una mascarilla es de tamaño adecuado para el recién nacido cuando cubre: (vista en clase 2024)

- a) Boca y nariz *
- b) Al menos la boca.
- c) Boca, nariz y parte interna de los ojos.
- d) Boca, nariz y todo el mentón.
- e) Al menos la nariz, siempre que se mantenga la boca bien sellada.

. Para prevenir la hipotermia del recién nacido de muy bajo peso en paritorio es útil: (2023 diciembre)

- a) Mantener la humedad ambiental muy baja.
- b) Mantener la temperatura del paritorio alrededor 23-24°C.
- c) Cubrir al recién nacido con un envoltorio de polietileno. *
- d) Utilizar paños precalentados humedecidos y cubrir la cabeza.

→ material necesario para reanimación = bolsa de polietileno para envolver a los RN <28 semanas (en clase ha añadido que: si pesa muy poco tb se pone a los de <32 semanas).

. Para prevenir la hipotermia del RNMBP en paritorio es útil: (puesta en clase 2024)

- a) Mantener la humedad ambiental muy baja.
- b) Mantener la temperatura del paritorio alrededor 23-24°C.
- c) El servocontrol de temperatura.
- d) Cubrir al recién nacido con un envoltorio de polietileno. *
- e) Utilizar paños precalentados humedecidos y cubrir la cabeza.

. La valoración y estabilización iniciales y el inicio de la ventilación del recién nacido a término, deben realizarse en los primeros: (2024 vista en clase)

- a) 30 segundos.
- b) 60 segundos. *
- c) 90 segundos.
- d) 120 segundos.
- e) Depende de la experiencia del reanimador.

→ especialmente importante el minuto de oro (60 segundos) = valoración + estabilización + evaluación + ventilación

. Ante un recién nacido a término, que al nacer presenta llanto enérgico, lo indicado sería: (2024 pregunta vista en clase) (2023 diciembre)

- a) Iniciar la reanimación.
- b) Esperar al minuto de vida y según el test de Apgar actuar.
- c) Monitorizar frecuencia cardíaca.
- d) Colocar piel con piel sobre la madre y secar. *
- e) Iniciar protocolo de identificación.

→ valoración inicial = respira / llora / tono muscular → si es correcto = piel con piel con la madre + cuidados de rutina (es pérdida calor + secar + asegurar vía aérea + reevaluar.

. Ante el nacimiento de un recién nacido a término, producto de una gestación controlada sin antecedentes de riesgo y nacido por parto vaginal eutócico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta? (2020 diciembre)

- a) Debemos priorizar las medidas de estabilización como el secado y aspiración de secreciones además de la evaluación de su situación clínica, antes de planteamos realizar el procedimiento del contacto piel con piel.

- b) Debemos realizar el sondaje nasogástrico que nos permite aspirar secreciones y comprobar la permeabilidad de las coanas y esófago, así como realizar lavado de secreciones deglutidas en el canal del parto, se debe realizar siempre como medida inicial.
- c) Debemos evaluar la situación clínica en cuna de calor radiante, que debe estar situada en el paritorio, con medidas de estabilización antes de iniciar el contacto piel con piel.
- d) Debemos colocar al RN en contacto piel con piel con la madre y taparlo con mantita o toalla precalentada. *

. En relación a la asignación de roles entre reanimadores, el reanimador principal se encarga de: (2024 vista en clase)

- a) Colocar el pulsioxímetro.
- b) Auscultar al recién nacido.
- c) Ventilar y oxigenar. *
- d) Colocar ECG.
- e) Preparar la medicación.

→ el médico que realiza la ventilación es el encargado de coordinar la reanimación.

. En las compresiones torácicas del recién nacido en sala de partos la relación compresión-ventilación es: (2024 vista en clase)

- a) 3 compresiones/1 ventilación.
- b) 3 ventilaciones/1 compresión.
- c) 5 compresiones/1 ventilación.
- d) 1 ventilación/2 compresiones.
- e) 5 ventilaciones/1 compresión.

→ RCP neonato = 3 masajes cardíacos + 1 ventilación.

. La FIO₂ inicial que se debe emplear para ventilar a un recién nacido a término es: (2024 vista en clase)

- a) 1.
- b) 0,3.
- c) 0,4.
- d) 0,21. *
- e) Depende del sistema de ventilación que utilicemos.

→ FC < 100 lpm / respiración gasping o apnea = ventilación con presión positiva → RN a término se recomienda iniciar una ventilación con aire ambiente (FIO₂ 0,21).

. ¿Cuándo debemos interrumpir las compresiones torácicas? (2024 vista en clase) (2023 diciembre)

- a) FC > 60 lpm. *
- b) FC > 100 lpm.
- c) Mejoría de la perfusión.
- d) Cuando recupere tono.

→ si una vez establecida la ventilación adecuada y con una duración de 30 segundos la FC < 60 lpm = inician compresiones torácicas.

(Entendemos que si las pulsaciones alcanzan 60 lpm = [stop] compresiones torácicas).

. La definición de colapso postnatal repentino e inesperado incluye todo excepto: (2023 diciembre)

- a) Que ocurre dentro de la primera semana de gestación en un bebé nacido > 35 semanas de edad gestacional.
- b) Con un Apgar a los 5 minutos > 7, que aparentemente está bien al nacer y se considera saludable
- c) Que requiere reanimación cardiopulmonar con ventilación mecánica, requiriendo ingreso en UCIN con resultado de muerte o encefalopatía hipóxico-isquémica grave.
- d) Que es más frecuente en multiparas. *

→ colapso postnatal repentino

- bebé nacido > 35 sem EG
- apgar 5' > 7 (aparentemente bien al nacer y se considera saludable)
- requiere reanimación cardiopulmonar con ventilación mecánica, requiriendo ingreso en UCI con resultado de muerte o encefalopatía hipóxico-isquémica

8. CRIBADO NEONATAL

. El Ministerio de Sanidad aconseja el cribado endocrino-metabólico neonatal de varias enfermedades ¿cuál es falsa? (2023 diciembre)

- a) Déficit de acil CoA deshidrogenasa de cadena media.
- b) Déficit de hidroxiacil CoA deshidrogenasa de cadena muy larga. *
- c) Aciduria glutárica tipo 1.
- d) Fibrosis quística.

→ programa cribado neonatal enfermedades endocrino-metabólicas:

1. Fenilcetonuria
2. Aciduria glutárica tipo 1.
3. Déficit de la betaoxidación de ácidos grasos de cadena larga
4. Déficit de la betaoxidación de ácidos grasos de cadena media
5. Fibrosis quística
6. Anemia de células falciformes
7. Hipotiroidismo congénito
8. Enfermedad de la orina con olor a jarabe
9. Homocistinuria
10. Déficit de biotinidasa
11. Hiperplasia suprarrenal congénita

. ¿Qué controles debemos hacer los primeros días de nacimiento? (2024 vista en clase)

- a) Cribado metabólico neonatal. *
- b) Valoración cardiológica inmediata tras el nacimiento.
- c) No debe tomar lactancia materna.
- d) Todas son falsas.
- e) Todas son correctas.

→ La valoración cardiológica se puede hacer por si acaso, pero puede hacerse a lo largo de los primeros meses de vida.

→ ¡cuidado! No confundir con cardiopatía congénita que se criba en las primera 24h (idóneo 6-12h) con pulsioximetría.

. ¿Cuál es correcta con respecto al cribado endocrino-metabólico neonatal? (2012 junio)

- a) Se debe realizar a todos los recién nacidos al primer día de vida.
- b) Se debe realizar a todos los recién nacidos al tercer día de vida. *
- c) Es obligatorio para la fenilcetonuria e hipertiroidismo congénito.
- d) Es obligatorio para la fenilcetonuria y galactosemia.
- e) La muestra de sangre se extrae generalmente del dedo pulgar del pie o de la mano.

→ despistaje metabólico = se realiza el 2º día vida, tras 24h de haber comido => 24-72h

→ muestra de sangre del talón

→ chochete es una pregunta del 2012 si la ponen este año es para que pongas que el cribado debe hacerse entre 24-72h (necesario que hayan pasado al menos 24h de la ingesta oral ya que es con la ingesta como se ven estas alteraciones).

9. ENFERMEDADES METABÓLICAS HEREDITARIAS

. Una niña que nace a término con un peso de 3000g y buen estado general, recibe lactancia materna y en la prueba de cribado endocrino-metabólico neonatal que le realizan al segundo día de vida presenta niveles de fenilalanina de 20mg/dL. ¿cuál es falsa?: (2023 diciembre)

- a) Presenta fenilcetonuria.
- b) Si inicia el tratamiento precozmente y está bien controlada va a tener un desarrollo psicomotor normal.
- c) Es frecuente que sea una niña con la piel muy pigmentada y el cabello y ojos oscuros. *
- d) Sus padres tienen un riesgo de un 25% de tener un nuevo hijo con fenilcetonuria.

→ fenilcetonuria

- clínica - al nacimiento = aspecto normal + piel blanca + cabello rubio + ojos claros (x tener déficit de la enzima fenilalanina hidroxilasa que provoca la disminución de melanina).
- fenilalanina en sangre >20mg/dL = fenilcetonuria clásica/severa

. Si la madre tiene PKU, ¿qué tiene la hija?: (2024 vista en clase)

- a) Embriofetopatía alcohólica.
- b) Embriofetopatía por PKU materna. *
- c) PKU clásica.
- d) Déficit de BH4.
- e) Defecto de los neurotransmisores.

→ fenilalanina = potencialmente teratogénica → si está elevada durante embarazo puede causar embriopatía por fenilcetonuria (PKU).

Una mujer con fenilcetonuria que quiere quedarse embarazada tiene que seguir una dieta muy estricta sino la fenilalanina será muy nociva para su hijo.

. Con el diagnóstico ya establecido, ¿qué actitud tomaríamos?: (2024 vista en clase)

- a) Dar consejo genético.
- b) Realizar estudio familiar de PKU.
- c) Poner a dieta baja en fenilalanina a la madre.
- d) Poner a dieta baja en fenilalanina a la hija.
- e) a), b), y c) son correctas. *

→ la hija no tiene problemas en metabólicas la fenilalanina, es la madre la que no la puede metabolizar correctamente.

. Una vez establecido en un niño el diagnóstico de embriofetopatía por fenilcetonuria materna, ¿cuál es errónea? (2023)

- a) Dar consejo/asesoramiento genético.
- b) Realizar estudio familiar fenilcetonuria.
- c) Poner a dieta baja en fenilalanina a la madre.
- d) Poner a dieta baja en fenilalanina al hijo. *

10. INFECCIONES NEONATALES BACTERIANAS

. Un neonato hijo de una madre con embarazo controlado nace tras parto vaginal y presenta desde el segundo día de vida un cuadro clínico compatible con sepsis. ¿Cuál puede ser el germen responsable más frecuente actualmente? (2023 diciembre)

- a) *Streptococo B*.
- b) *Escherichia Coli*. *
- c) *Listeria*.
- d) *Estafilococo epidermis*.

→ sepsis transmisión vertical:

- suelen iniciarse en los 3 primeros días de vida = se conocen como sepsis de inicio precoz (aunque no siempre es así)
- etiología = ahora es (+) prevalente *E.Coli* → antes *estreptococo grupo B* pero como ahora se hace cribado embarazadas 35-37sem portadoras <- penicilina.

. Un neonato a término inicia a las 24 horas de vida rechazo de tomas, tiene coloración pajiza y las pruebas complementarias apoyan datos de sepsis vertical. ¿Qué gérmes pensamos puedan ser los más frecuentes? (2020 diciembre) (2013)

- a) *Streptococo grupo B* y *E. coli*. *
- b) *Streptococo grupo A* y *E. coli*.
- c) *Streptococo grupo B* y *listeria*.
- d) *E. coli* y *estafilococo*.

→ sepsis transmisión vertical = bacterias, las más frecuentes son *Streptococcus agalactiae* o *estreptococo del grupo B* (EGB) y *Escherichia coli* (*E.Coli*)

. ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo de sepsis neonatal precoz en el recién nacido asintomático es menos importante? (2020 julio)

- a) Fiebre materna intraparto mayor de 38°
- b) Corioamnionitis.
- c) Prematuridad.
- d) Parto instrumental.

→ sepsis transmisión vertical (sepsis de inicio precoz) - factores de riesgo:

- colonización x bacterias patógenas del canal genital materno.
- rotura prematura y/o prolongada de membranas (>18h antes expulsivo)
- corioamnionitis = madre tiene infección bolsa amniótica con aguas malolientes y fiebres.
- antecedentes bacteriuria materna x *Streptococo grupo B*: durante gestación / Dx previo de hermano con sepsis

. El germen más habitual en la infección nosocomial en el recién nacido de muy bajo peso es: (2020 diciembre)

- a) *Candida spp*.
- b) *Estafilococo epidermidis*. *
- c) *Klebsiella pneumoniae*.
- d) *Pseudomona aeruginosa*.

→ sepsis transmisión nosocomial - etiología = gérmes gram (+) → *estafilococos coagulasa negativo* (*S.CoN*) → *S.Epidermidis*.

. El tratamiento de elección en la sepsis tardía por *Staphylococcus epidermidis* es: (2020 julio)

- a) Ampicilina + gentamicina.
- b) Cefotaxima + ampicilina.
- c) Cefotaxima.
- d) Vancomicina. *

→ sepsis transmisión nosocomial

- [start] >3días = sepsis inició tardío
- etiología ⇒ G(+) = *estafilococos coagulasa negativo* = *S. Epidermidis*
- tto = combinación cubra *estafilococos coagulasa negativos* (resistentes a metilicina) + otro G(-) (st enterobacterias) = glucopéptido (vancomicina/teicoplanina) + aminoglucósido (amikacina/gentamicina).
- *Aminoglucosidos se usan para ampliar espectro cobertura tto pero el tto de elección para *S.epidermidis* es Vancomicina.

. Acude a urgencias un recién nacido a término varón de siete días de vida por fiebre de hasta 40°C sin otra clínica acompañante. Embarazo controlado con serologías antenatales acordes y normales. Parto vaginal a término sin otros antecedentes perinatales de interés salvo cultivo recto-vaginal positivo para estreptococo B con profilaxis incompleta. No otros factores de riesgo infeccioso. La exploración física es normal salvo ictericia cutánea. Qué se aconseja menos: (2024 vista en clase) (2023 diciembre)

- a) Análisis de sangre y reactantes de fase aguda.
- b) Urocultivo, cultivo LCR.
- c) Hemocultivo.
- d) Radiografía de tórax. *

→ infecciones neonatales bacterianas - dx = hemocultivos (gold standard) + cultivo líquido cefalorraquídeo (LCR) + cultivo orina + cultivo aspirado gástrico + cultivo aspirado traqueal + dx x imagen.ñ
→ cultivo LCR x elevada incidencia meningitis.

. Se confirma en un neonato de 7 días el diagnóstico de sepsis de origen urinario al aislar E. Coli sensible en hemocultivo y urocultivo por lo que pauta antibioterapia dirigida. ¿qué debo hacer de modo inicial? (2024 vista en clase) (2023 diciembre)

- a) Ecografía cerebral.
- b) Ecografía renal. *
- c) Cistografía.
- d) Urografía.

→ explicación dada en clase = puede ser x reflujo (dilatación pelvis-renal) → cistografía después

. ¿Cuál de los siguientes métodos diagnósticos es el menos útil en la sepsis neonatal precoz? (2020 julio)

- a) Número de leucocitos y cociente neutrófilos inmaduros y neutrófilos totales, NI/NT.
- b) Radiología de tórax. *
- c) Análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR).
- d) Antígenos bacteriano en orina y en el LCR.

. ¿Cuál de los siguientes datos del análisis bioquímico de líquido cefalorraquídeo le parece MENOS sugestivo de meningitis bacteriana? (2020 diciembre)

- a) Más de 5.000 leucocitos/mm³.
- b) Predominio celular de linfocitos (más del 50% del conteo celular). *
- c) Glucorraquia baja (menor del 50% de la glucemia).
- d) Proteínas de 400 mg/dL.

→ meningitis neonatal - dx - análisis líquido cefalorraquídeo:

- leucocitos >20-30 (adultos >5-10)
- proteínas >100mg/dL
- glucosa <30mg/dL

11. INFECCIONES ANTENATALES Y PERINATALES

. RN de 30 semanas de edad gestacional. Ingresa en la UCI Neonatal presentando distres respiratorio, exantema petequial en tronco y extremidades superiores, hepatoesplenomegalia de 2-3 cm, con 55000 plaquetas/mm³ en la analítica sanguínea. Peso: 950 g, Longitud: 35.5 cm, P. Cráneo 24 g (p-20E). ¿Qué pruebas de estas realizaría en es paciente? (2023 diciembre)

- a) Urocultivo.
- b) Estudio de citomegalovirus. *
- c) Estudio de anemia.
- d) Estudio de coagulopatías.

→ CMV - clínica (asintomática +frec) formas agudas = petequias + hepatoesplenomegalia + microcefalia + disnea/taquipnea (neumonía intersticial)

→ trombopenia = <100.000

. ¿Cuál es la clínica más frecuente en una infección por citomegalovirus? (2023 diciembre)

- a) Ictericia.
- b) Exantema purpuro petequial.
- c) Hepatoesplenomegalia.
- d) Que sea asintomático. *

→ CMV - clínica:

- NO sintomatología clínica = (+) frecuente (87,3%)
- formas agudas - 1ª semanas vida = petequias (55%) + púrpura (3%) + ictericia (40%) + hipoacusia (40%) + CIR (33%) + PPT (25%) + hepatoesplenomegalia (17%) + microcefalia + calcificaciones cerebrales periventriculares + coriorretinitis

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones NO es frecuente en la infección sintomática por citomegalovirus? (2020 julio)

- a) Hepatomegalia.
- b) Petequias/púrpura.
- c) Cardiopatía congénita tipo coartación de aorta. *
- d) Ictericia.

→ sd rubéola congénita = defectos congénitos: cardíacos

. Si hay una sospecha de infección congénita por citomegalovirus (CMV), cual es la prueba más útil para identificarla: (2023 diciembre)

- a) PCR de citomegalovirus en orina. *
- b) PCR de citomegalovirus en sangre.
- c) PCR de citomegalovirus en LCR.
- d) Serología de CMV.

→ CTM - Dx => PCR = técnica de referencia en orina (x sensibilidad 100% + especificidad 99%).

. ¿Cuál de las siguientes infecciones congénitas se asocia con calcificaciones cerebrales? (2020 julio)

- a) Toxoplasmosis.
- b) Citomegalovirus.
- c) Infección por Listeria monocytogenes.
- d) Son ciertas a y b. *

→ CMV - clínica = calcificaciones cerebrales periventriculares / toxoplasmosis - clínica = té trad a de Sabin = hidrocefalia obstructiva + coriorretinitis + calcificaciones intracraneales + convulsiones).

. La infección congénita por citomegalovirus se diferencia de la infección congénita por toxoplasma por lo siguiente: (2020 julio)

- a) Púrpura.
- b) Hepatoesplenomegalia.
- c) Afectación cerebral central. *
- d) Ictericia.

→ CMV = periventriculares

. La presencia en un neonato de pénfigo palmoplantar, rinorrea intensa, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia, neumonitis nos puede orientar más a: (2023 diciembre)

- a) Infección por citomegalovirus.
- b) Infección por toxoplasma.
- c) Infección por rubeola.
- d) Infección por sífilis. *

→ lues congénita / sífilis - clínica:

- síntomas cutáneos = pénfigo palmo plantar
- síntomas mucosos = rinitis obstructiva mucosa o coriza
- síntomas viscerales = esplenomegalia + hepatomegalia

. Neonato mujer de 9 días de vida que consulta por lesiones cutáneas de 12 horas de evolución en la mejilla izquierda consistentes en vesículas arracimadas. No fiebre. No irritabilidad. Lactancia materna a demanda. Sin otra clínica asociada. Embarazo controlado, parto a las 39 semanas instrumentado con ventosa. Amniorrhexis 26 horas y fiebre materna. No otros antecedentes perinatales de interés. Neonatal inmediato normal. No antecedentes familiares de lesiones cutáneas. Qué sospechas: (2024 pregunta vista en clase)

- a) Citomegalovirus.
- b) Toxoplasma.
- c) Rubeola.
- d) Herpes. *

. Ante la sospecha de IHN, se realiza estudio de lesiones en el que se aísla VHS en PCR de líquido de vesícula y en el cultivo del exudado. Se realiza punción lumbar con citoquímica sin alteraciones pero PCR VHS positiva en líquido cefalorraquídeo. Estudio de neuroimagen, oftalmológico y neurofisiológico normal. ¿Qué harías? (2024 vista en clase)

- a) No tratarlo.
- b) Aciclovir. *
- c) Valganciclovir.
- d) Penicilina.

→ herpes - tto = aciclovir

→ valganciclovir - CMV / penicilina - sífilis.

12. ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETA ATLÁNTICA

. ¿Cuál de las siguientes es función de los componentes funcionales de los alimentos? (2018)

- a) Aporte de energía.
- b) Regulación de los procesos metabólicos.
- c) Hipertrofia tisular.
- d) Reparación tisular.
- e) Propiedades fisiológicas específicas. *

→ componentes funcionales = sustancias no necesariamente nutritivas con propiedades fisiológicas específicas.

. ¿Cuál de las siguientes NO es característica de un nutriente? (2020 julio)

- a) Su falta en la dieta produce una carencia.
- b) Su carencia da lugar a un cuadro clínico patológico específico.
- c) Su carencia, en ocasiones, se puede corregir con dieta.
- d) Tiene propiedades fisiológicas específicas.

→ nutrientes - características:

- si falta en la dieta produce carencia
- carencia = expresión clínico patológica específica
- el aporte suficiente en la dieta o su administración farmacológica hace reversible o mejora sensiblemente la sintomatología en la mayoría de los casos

→ componente funcional = propiedades fisiológicas específicas

. ¿Cuál de las siguientes NO es función de los nutrientes? (2016)

- a) Aporte de energía.
- b) Regulación de los procesos metabólicos.
- c) Hipertrofia tisular.
- d) Reparación tisular.
- e) Propiedades fisiológicas específicas. *

→ nutrientes - función:

- aporte energía
- regulación procesos metabólicos (reacciones químicas reguladas por enzimas que son proteínas y coenzimas que son vitaminas y minerales)
- hipertrofia e hiperplasia tisular (en niños)
- reparación tisular

→ componentes funcionales = propiedades fisiológicas específicas.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2020 diciembre)

- a) Una función principal de los componentes funcionales de los alimentos es la reparación tisular.
- b) Un componente funcional es una sustancia no necesaria nutritiva con propiedades fisiológicas específicas.
- c) La carencia de un nutriente en la dieta produce una expresión clínico-patológica específica.
- d) Las sustancias líquidas comestibles no saludables también son alimentos.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2020 diciembre)

- a) Una función principal de los componentes funcionales de los alimentos es la reparación tisular. *

→ nutrientes - función = reparación tisular

- b) Un componente funcional es una sustancia no necesaria nutritiva con propiedades fisiológicas específicas.

→ componentes funcionales = sustancias no necesariamente nutritivas con propiedades fisiológicas esoeeficas

- c) La carencia de un nutriente en la dieta produce una expresión clínico-patológica específica

→ nutrientes - características => carencia = expresión clínico patológica específica.

- d) Las sustancias líquidas comestibles no saludables también son alimentos.

→ alimento = toda sustancia sólida/líquido comestible - no implica relación con saludable.

. El Índice de Calidad Nutricional es: (2020 julio)

- a) Una medida de densidad nutricional.
- b) Es una medida de riesgo aterogénico.
- c) Es una medida de la cantidad de probióticos.

d) Es una medida de la cantidad de proteínas.

→ índice calidad nutricional = medida densidad de nutrientes en alimento o dieta

(Un alimento o dieta tendrá una alta calidad cuantos (+) nutrientes presente)

*ICN = ej: leche materna <6 meses

= >1 = calidad alta / <1 = calidad baja

. El Índice de Calidad Nutricional: (2020 diciembre)

a) Refleja la capacidad aterogénica de un alimento.

b) Refleja la capacidad aterogénica de una dieta.

c) Aumenta al incrementarse los nutrientes consumidos en 1000 kcal. *

d) Aumenta al incrementarse los nutrientes recomendados en 1000 kcal.

→ índice calidad nutricional = medida densidad nutrientes en alimento/dieta

- ICN = nutrientes en 1000Kcal consumidas / nutrientes recomendados en 1000kcal

- numerador > denominador = cociente >1 = calidad alta

- numerador < denominador = cociente <1 = calidad baja

. ¿Qué nutriente tiene más peso en el índice aterogénico de los alimentos? (2018) (2016) (2014)

a) La grasa animal.

b) La grasa saturada. *

c) El colesterol.

d) La grasa de palma.

e) Los ácidos grasos poliinsaturados de cadena muy larga.

→ índice aterogénico / de Connor = capacidad alimento generar placa ateroma

IA = $1,01 \times \text{g grasa saturada} + 0,05 \times \text{mg colesterol}$ => tiene (+) peso la grasa saturada.

. ¿Cuál es el nutriente con más peso en el índice de Connor? (2020 diciembre)

a) El índice de Connor es una medida de calidad nutricional.

b) La grasa total es el principal nutriente que condiciona el índice de Connor.

c) Las proteínas condicionan especialmente el Índice de Connor.

d) La grasa saturada es el nutriente con mayor peso en el índice de Connor.

. ¿Cuál es el nutriente con más peso en el índice de Connor? (2020 diciembre)

a) El índice de Connor es una medida de calidad nutricional.

→ índice iatrogénico / de Connor = capacidad aterogénica de un alimento

b) La grasa total es el principal nutriente que condiciona el índice de Connor.

c) Las proteínas condicionan especialmente el Índice de Connor.

d) La grasa saturada es el nutriente con mayor peso en el índice de Connor. *

→ IA = $1,01 \times \text{g grasa saturada} + 0,05 \times \text{mg colesterol}$ => tiene (+) peso: grasa saturada

. En la dieta, ¿cuál de los siguientes tiene más peso en el índice de Connor? (2020 julio)

a) La grasa.

b) El colesterol. *

c) La grasa insaturada.

d) Los probióticos.

→ creo que en este caso pone correcta colesterol ya que no aparece la opción de grasa SATURADA y en la fórmula el segundo que tendría tanto peso sería el colesterol.

. ¿Cuál de las siguientes NO es verdadera sobre el ácido eicosapentaenoico (EPA)? (2020 julio)

a) Es un ácido graso poliinsaturado de cadena larga.

b) Es un ácido graso omega-3.

c) Es fundamental en el desarrollo cerebral.

d) Es un ácido graso monoinsaturado. *

→ AGP (ácido graso poliinsaturado) = EPA (eicosapentanoico + n-3) + DHA (ácido docohexaenoico) = (de cadena muy larga) fundamentales para desarrollo cerebral (y retina).

. En relación con los ácidos grasos: (2020 diciembre)

a) El ácido mirístico y el ácido oleico son ácidos grasos insaturados.

- b) El ácido araquidónico y el ácido oleico son ácidos grasos insaturados n-3 y n-9.
- c) El ácido araquidónico y el ácido docosahexaenoico son ácidos grasos insaturados n-6 y n-3.
- d) El ácido láurico y palmítico son ácidos grasos insaturados.

. En relación con los ácidos grasos: (2020 diciembre)

- a) El ácido mirístico y el ácido oleico son ácidos grasos insaturados.
→ AGS (ácidos grasos saturados) = ácido: láurico + mirístico + palmítico + esteárico ("LAURa ESTá MIRando a la PALMa xq está SATURADA")
- b) El ácido araquidónico y el ácido oleico son ácidos grasos insaturados n-3 y n-9.
→ AGM (ácidos grasos monoinsaturados) = tienen x2 enlace n-9 = oleico
→ AGP (ácidos grasos poliinsaturados) = linoleico n-6 (precursor ácido araquidónico).
- c) El ácido araquidónico y el ácido docosahexaenoico son ácidos grasos insaturados n-6 y n-3.
→ AGP (poliins) = linoleico n-6 (precursor ácido araquidónico) + docosahexaenoico (DHA, n-3)
- d) El ácido láurico y palmítico son ácidos grasos insaturados.
→ AGS (saturados) = ácido: laurítico + palmítico

. ¿Cuál de los siguientes es un ácido graso poliinsaturado? (2018)

- a) Ácido oleico.
- b) Ácido elaídico.
- c) Ácido esteárico.
- d) Ácido docosahexaenoico. *
- e) Ácido palmítico.

→ ácidos grasos

- AG Saturados = láurico + mirístico + esteárico + palmítico ("Laura está mirando a la palma xq está saturada")
- AG Monoinsaturados = oleico + elaídico
- AG Poliinsaturados = linoleico + eicosapentanoico (EPA) + ácido docosahexaenoico (DHA)

. ¿Cuál de las siguientes NO es verdadera en relación con los ácidos grasos trans? (2020 julio)

- a) Ácidos grasos saturados.
- b) Ácidos grasos insaturados.
- c) Se producen por hidrogenación.
- d) No todos los ácidos grasos trans incrementan el riesgo cardiovascular.

→ grasas trans = ácidos grasos insaturados + fundamentalmente encontrados en alimentos industrializados sometidos a hidrogenación (con fin solidificarlos o promover frescura) + (se encuentran en pequeñas cantidades en leche y grasa corporal rumiantes) efectos beneficiosos salud (reciben nombre ácido graso linoleico conjugado (CLA)).

. Las grasas "trans": (2020 diciembre)

- a) Son ácidos grasos saturados que se encuentran en aceites vegetales.
- b) Son ácidos grasos insaturados que se encuentran principalmente en alimentos que han sido sometidos a hidrogenación.*
- c) Son ácidos grasos insaturados que nunca se encuentran en grasas animales.
- d) Son ácidos grasos saturados que se encuentran en grasas animales.

→ grasas trans = ácidos grasos insaturados → se encuentran fundamentalmente en alimentos industrializados sometidos a hidrogenación + tb en pequeñas cant en leche y grasa corporal rumiante

. ¿Qué es el requerimiento nutricional? (2020 diciembre)

- a) Es la cantidad mínima de un nutriente para mantener la salud individual. *
- b) Es la cantidad suficiente de un nutriente para cubrir las necesidades de la media de la población.
- c) Es la máxima ingesta permitida de un nutriente para que no aparezcan efectos adversos.
- d) Es la cantidad suficiente de un nutriente para cubrir las necesidades del 75% de la población.

→ requerimiento = cantidad mínima de un nutriente para mantener la salud individual.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2015) (2014) (2012)

- a) Requerimiento de un nutriente es la cantidad suficiente de un nutriente que cubre las necesidades de la mayoría de la población.
- b) Requerimiento de un nutriente es la cantidad mínima de un nutriente para mantener la salud de un individuo. *
- c) Requerimiento de un nutriente es la cantidad máxima de un nutriente para mantener la salud.
- d) Requerimiento de un nutriente es la cantidad máxima de un nutriente a partir de la cual se produce toxicidad.

e) Requerimiento de un nutriente es la cantidad de un nutriente que consume la media de una población sana

. ¿Qué es requerimiento de un nutriente? (2018) (2016)

- a) Cantidad mínima de un nutriente para mantener la salud. *
- b) Cantidad suficiente de un nutriente para cubrir las necesidades de la mayoría de la población.
- c) Ingesta media de un nutriente por un individuo.
- d) La ingesta por debajo de la cual la casi totalidad de los individuos no podrán mantener su integridad metabólica
- e) Umbral a partir del cual empiezan a observarse efectos adversos

. ¿Cuál de las siguientes NO forma parte de las ingestas dietéticas de referencia? (2020 diciembre)

- a) El requerimiento medio estimado.
- b) Los aportes dietéticos recomendados.
- c) El nivel de ingesta máximo tolerable.
- d) El requerimiento individual estimado. *

→ ingestas dietéticas de referencia = DRI (: Dietary Reference Intakes)

- 1. aporte medio recomendado = RDA (: Recommended Dietary Allowance)
- 2. ingesta adecuada = AI (: Adequate Intake)
- 3. requerimiento medio estimado = RDA (: Recommended Dietary Allowance)
- 4. umbral máximo / límite máximo tolerado = UL (: Tolerable Upper Intake Level)
- 5. umbral mínimo / límite mínimo de ingesta = LTI (: Lowest Threshold Intake)

. ¿Qué es el requerimiento medio estimado dentro de las DRIs? (2020 julio)

- a) El requerimiento medio de un grupo de población.
- b) La media de ingesta de un grupo de población.
- c) La media de ingesta de un grupo de población, que cubre las necesidades del 98% del grupo.
- d) La cantidad de ingesta de un nutriente que supone efectos adversos al 98% del grupo.

→ ingesta dietética de ref (DRI) => requerimiento medio estimado (EAR: Estimated Average Requirement) = requerimiento medio de un grupo con respecto a un nutriente.

. ¿Cuál es el aporte recomendado de los distintos macronutrientes al valor calórico total de la dieta? (2012)

- a) Proteínas 10-15%, Grasas 30-35% e hidratos de carbono 50-60%. *
- b) Proteínas 20%, Grasas 25% e hidratos de carbono 55%.
- c) Proteínas 25%, Grasas 20% e hidratos de carbono 55%.
- d) Proteínas 5%, Grasas 30% e hidratos de carbono 65%.
- e) Proteínas 30%, Grasas 10-15% e hidratos de carbono 55-60%.

. En cuanto a la distribución calórica en macronutrientes, en una dieta de 1000Kcal. ¿cuál de las siguientes es adecuada? (2023)

- a) Proteínas 150Kcal, Grasas 300Kcal, Hidratos de Carbono 550Kcal. *
- b) Proteínas 200Kcal, Grasas 400Kcal, Hidratos de Carbono 400Kcal.
- c) Proteínas 80Kcal, Grasas 400Kcal, Hidratos de Carbono 520Kcal.
- d) Proteínas 180Kcal, Grasas 300Kcal, Hidratos de Carbono 520Kcal.

→ aporte recomendado según tipo nutriente:

- 10-15% proteínas
- 30-35% grasas
- 50-60% hidratos de carbono

. En cuanto a la distribución calórica en macronutrientes, en una dieta de 2000 kcal, ¿cuál de las siguientes es adecuada? (2020 diciembre)

- a) Proteínas 300 kcal, grasas 600 kcal, hidratos de carbono 1100 kcal. *
- b) Proteínas 160 kcal, grasas 800 kcal, hidratos de carbono 1040 kcal.
- c) Proteínas 240 kcal, grasas 800 kcal, hidratos de carbono 960 kcal.
- d) Proteínas 360 kcal, grasas 700 kcal, hidratos de carbono 940 kcal.

. ¿Qué porcentaje deben suponer las grasas al valor calórico total de la dieta saludable? (2018)

- a) 40%.

- b) 35%. *
- c) 70%.
- d) 25%.
- e) 55%.

. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones es adecuada? (2015)

- a) Proteínas 17%, grasas 30% e hidratos de carbono 53%.
- b) Proteínas 20%, grasas 25% e hidratos de carbono 55%.
- c) Proteínas 25%, grasas 20% e hidratos de carbono 55%.
- d) Proteínas 5%, grasas 30% e hidratos de carbono 65%.
- e) Grasas monoinsaturadas 15% del valor calórico total de la dieta. *

→ aporte recomendado según el tipo nutriente - grasas = 30-35%

- 10% grasas saturadas
- 10-20% grasas monosaturadas
- 10% poliinsaturadas

*colesterol = 100mg/1000Kcal.

. Un niño de 3 años que debe ingerir 1000 kcal, ¿cuál de las siguientes dietas se ajustaría a las recomendaciones de una dieta saludable? (2020 julio)

- a) 120 kcal de proteínas, 100 kcal de grasa monoinsaturada, 580 kcal de carbohidratos y 9 g de fibra. *
- b) 120 kcal de proteínas, 200 kcal de grasa saturada, 580 kcal de carbohidratos y 9g de fibra.
- c) 200 kcal de proteínas, 100 kcal de grasa monoinsaturada, 580 kcal de carbohidratos y 9 g de fibra.
- d) 120 kcal de proteínas, 400 kcal de grasa, 480 kcal de carbohidratos y 12 g de fibra.

→ aporte recomendado según tipo nutriente:

- 10-15% proteínas
- 30-35% grasas
 - 10% grasas saturadas
 - 10-20% grasas monosaturadas
 - 10% poliinsaturadas
- 50-60% hidratos de carbono
- fibra => max/día edad+5 // min/día edad+10

. En una dieta de 1500 kcal para una niña de 7 años. ¿Cuál de las siguientes es verdadera? (2020 diciembre)

- a) La dieta debe aportar 300 mg de colesterol y 12 g de fibra. *
- b) La dieta debe aportar 150 mg de colesterol y 15 g de fibra.
- c) La dieta debe aportar menos de 100 mg de colesterol y menos de 12 g de fibra.
- d) La dieta debe aportar menos de 300 mg de colesterol y menos de 12 g de fibra.

→ aporte recomendado según tipo nutriente

- fibra => max/día edad+5 // min/día edad+10
- colesterol = 100mg/1000kcal

. ¿Qué cantidad de fibra debe ingerir un niño de tres años? (2014)

- a) 8 gramos. *
- b) 13 gramos.
- c) 7 gramos.
- d) 6 gramos.
- e) 3 gramos.

→ $3 + 5 = 8$

. Una dieta debe ser suficiente, completa, equilibrada y adecuada. ¿A qué leyes de la Alimentación responden los adjetivos "suficiente y equilibrada"? (2023)

- a) Ley de cantidad y ley de la adecuación.
- b) Ley de la calidad y ley de la armonía.
- c) Ley de la cantidad y ley de la armonía. *
- d) Ley de la calidad y ley de la adecuación.

→ aporte recomendado según el tipo de nutriente = una buena dieta debe seguir 4 leyes:

- ley de la cantidad = la cantidad de alimentos en nuestra dieta debe ser suficiente para cubrir las necesidades energéticas y mantener el equilibrio del organismo.
- ley de la calidad = aporte completo de todos los macro y micronutrientes necesarios.
- ley de la armonía = aporte de cantidades adecuadas y equilibradas de cada uno de los macro y micronutrientes a las necesidades del organismo.
- ley de la adecuación = la alimentación además de suficiente completa y equilibrada, debe ser adecuada a la edad, sexo, fisiología o patología del organismos y actividad física.

. Una dieta debe ser suficiente, completa, equilibrada y adecuada. ¿A qué leyes de la alimentación responden los adjetivos "completa y equilibrada"? (2020 diciembre)

- a) Ley de la cantidad y ley de la adecuación.
- b) Ley de la calidad y ley de la armonía.
- c) Ley de la cantidad y ley de la armonía.
- d) Ley de la calidad y ley de la adecuación.

→ buena dieta = 4 leyes ⇒ ley: cantidad (suficiente) + calidad (completo) + armonía (equilibradas) + adecuación (edad, sexo, fisiología, patología y actividad física).

. La actividad física NO tiene efectos positivos sobre: (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) La salud cardiovascular.
- b) La resistencia a la insulina.
- c) La salud emocional.
- d) La regulación tiroidea. *

→ actividad física diaria = pilar fundamental → beneficios = cardiovasculares + respiratorios + músculoesqueléticos + peso + masa muscular + emocionales + conductuales + metabólicos (glucosa, insulina, colesterol, ...)

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2020 julio)

- a) Los recién nacidos, lactantes y niños pequeños son un grupo de riesgo en relación con la hidratación y consumo de agua.
- b) La pirámide saludable incluye la ingesta diaria de 5 raciones de frutas y verduras, 2 de frutas 3 de verduras.
- c) Los lácteos deben formar parte de la ingesta diaria. Se recomiendan al menos 3 al día.
- d) Para la ingesta adecuada de componentes funcionales se recomiendan que las frutas y las verduras incluyan a diario los "5 colores de la vida" (rojo, amarillo/naranja, azul/violeta, verde y blanco).

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2020 julio)

- a) Los recién nacidos, lactantes y niños pequeños son un grupo de riesgo en relación con la hidratación y consumo de agua.
→ grupos riesgo deshidratación = RN + lactantes + niños pequeños + ancianos
- b) La pirámide saludable incluye la ingesta diaria de 5 raciones de frutas y verduras, 2 de frutas 3 de verduras.
→ 5 raciones de fruta y verdura = 3 frutas + 2 verduras
- c) Los lácteos deben formar parte de la ingesta diaria. Se recomiendan al menos 3 al día.
→ se deben consumir de 2 a 4 raciones de lácteos al día (dependiendo situación fisiológica)
- d) Para la ingesta adecuada de componentes funcionales se recomiendan que las frutas y las verduras incluyan a diario los "5 colores de la vida" (rojo, amarillo/naranja, azul/violeta, verde y blanco).
→ frutas y verduras = tomando los 5 colores (rojo, amarillo, verde, azul/violeta, blanco) cumplimos con todos los componentes funcionales necesarios.

. ¿Cuál de los siguientes NO es un objetivo de salud nutricional? (2018)

- a) Consumir más proteínas. *
- b) Consumir más grano entero.
- c) Consumir más pescado.
- d) Consumir más aceite de oliva.
- e) Aumentar la variedad de alimentos consumidos.

→ objetivos para una mayor salud nutricional

- consumir más = grano entero + pescado + vegetales/frutas + aceite oliva + lácteos rebajados grasa + carnes y embutidos magros + alimentos densos en nutrientes y menos densos en energía
- limitar = comida rápida rica en grasas y azúcares + bebidas azucaradas y sal
- aumentar variedad alimentos consumidos
- cocinar cocido, vapor, plancha, hornos y menos fritura

13. ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

. En relación con la alimentación en el primer año de vida, ¿cuál de las siguientes es FALSA? (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) La mejor evidencia de si un lactante está comiendo adecuadamente es la valoración de su tasa de crecimiento y desarrollo.
- b) La tasa de crecimiento y desarrollo de un lactante es la expresión de su grado de salud y bienestar.
- c) Durante el periodo de lactancia las necesidades y demandas nutricionales son muy similares en función de la edad y sexo. *
- d) El primer año de vida forma parte de los 1000 primeros días y es un periodo crítico nutricional.

→ alimentación en el primer año de vida.

- periodos crítico nutricional
- la mejor evidencia de si un lactante está recibiendo suficiente cantidad (leche mujer/fórmula o alimentación complementaria) = valoración tasa crecimiento/desarrollo → como expresión grado salud y bienestar.
- exige individualizar necesidades = las variaciones de las necesidades y demandas entre lactantes son muy grandes.

. En relación con el periodo de lactancia exclusiva, ¿qué NO es cierto? (2020 julio)

- a) Debe durar hasta los 4-6 meses de vida.
- b) La actividad de amilasa es elevada. *
- c) La tasa de filtración renal está disminuida.
- d) Está aumentada la permeabilidad intestinal a proteínas extrañas.

→ periodo de lactancia exclusiva

- desde nacimiento a los primeros meses vida (4-6 meses)
- grado maduración o desarrollo = SNC + digestivo + riñón
- digestivo = (-) actividad amilasa + (+) permeabilidad aparato digestivo a proteínas extrañas
- riñón = (-) TFG

. Con respecto a la alimentación en el primer año. ¿Cuál de las siguientes es FALSA? (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) El periodo de adulto modificado va desde el final del primer año hasta el final del 3°
- b) En el periodo de adulto modificado el niño se debe introducir progresivamente a la dieta familiar con modificaciones mínimas en consistencia, troceado y presentación atractiva.
- c) La leche de mujer continua siendo el alimento principal en el periodo de alimentación complementaria. La tasa por la cual cada lactante progresa a través de los estadios de la alimentación en el primer año debería estar determinada por su curva de crecimiento y por el estado de maduración del sistema respiratorio, del tracto digestivo y de los riñones. *
- d) En el periodo de alimentación complementaria en un lactante sano, si no podemos administrar leche de mujer, debemos administrar fórmula adaptada de continuación.

. Con respecto a la alimentación en el primer año. ¿Cuál de las siguientes es FALSA? (2023)

- a) El periodo de adulto modificado va desde el final del primer año hasta el final del 3°.
→ periodo adulto modificado = abarca desde el final del primer año hasta el final del 3° año.
- b) En el periodo de adulto modificado el niño se debe introducir progresivamente a la dieta familiar con modificaciones mínimas en consistencia, troceado y presentación atractiva.
→ periodo adulto modificado = se introduce progresivamente alimento similar al adulto, aunque procesado, es decir, la dieta del adulto pero con pequeñas modificaciones en textura, en troceado, en consistencia, etc.
- c) La leche de mujer continua siendo el alimento principal en el periodo de alimentación complementaria. La tasa por la cual cada lactante progresa a través de los estadios de la alimentación en el primer año debería estar determinada por su curva de crecimiento y por el estado de maduración del sistema respiratorio, del tracto digestivo y de los riñones.
→ periodo introducción alimentación complementaria = leche será alimento principal (priorizando la leche de mujer). El grado de maduración o desarrollo se expresa por: SNC, digestivo y riñón.
- d) En el periodo de alimentación complementaria en un lactante sano, si no podemos administrar leche de mujer, debemos administrar fórmula adaptada de continuación.
→ periodo introducción alimentación complementaria = la leche será el alimento principal, priorizando la leche de mujer o en su defecto, la leche de fórmula de continuación.

. En qué momento de la alimentación se inicia el periodo de "adulto modificado": (2020 julio)

- a) Entre los 8 y 9 meses de vida.

- b) Entre los 10 y 11 meses de vida.
- c) A los 9 meses de vida.
- d) A los 12 meses de vida. *

→ periodo alimentación 1er año - periodo adulto modificado = desde final 1er año (12 meses) hasta 3er año

. ¿Por qué alimento se debe iniciar el periodo de destete? (2018) (2016)

- a) Por la fruta como único alimento y no se introduce otro hasta pasados 7-10 días.
- b) Por los cereales como único alimento y no se introduce otro hasta pasados 7-10 días.
- c) Por la verdura como único alimento y no se introduce otro hasta pasados 7-10 días.
- d) Por el pescado como único alimento y no se introduce otro hasta pasados 7-10 días.
- e) No importa por cual, se debe hacer por un único alimento y no se introduce otro hasta pasado 7-10 días. *

→ orden introducción alimentos lactante

- intervalo tiempo = debe ser >1 sem para cada nuevo alimento
- NUNCA debemos hacer una mezcla de alimentos hasta que se hayan introducido cada uno de ellos por separado.

. ¿Por qué alimento se DEBE empezar la introducción de la alimentación complementaria? (2020 julio)

- a) Los cereales sin gluten.
- b) Las frutas frescas, de temporada.
- c) El pescado.
- d) Lo importante es introducir alimento a alimento, dejando un periodo de 7-10 días entre ellos. *

. En un lactante de 3 meses. ¿Qué alimento NUNCA estaría indicado? (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Lactancia materna en exclusiva.
- b) Fórmula adoptada de inicio.
- c) Hidrolizado de proteína de leche de vaca.
- d) Fórmula adaptada de crecimiento. *

→ orden de introducción de alimentos en la dieta del lactante:

- lactancia materna = 1-24 meses
- leche de inicio = 1-6 meses
- leche crecimiento = >1año (12 meses)

. Un lactante varón de 5 meses, ¿cuál de las siguientes pautas alimentarias sería la más aconsejable? (2020 julio)

- a) Lactancia materna. *
- b) Fórmula de crecimiento.
- c) Fórmula de inicio + cereales + papilla de fruta.
- d) Lactancia materna + cereales + papilla de fruta.

→ 5 meses = periodo transición / destete / introducción alimentación complementaria = leche alimento principal (leche de fórmula de continuación en su defecto)

→ orden introducción alimentos dieta lactante

- fórmula inicio hasta 6 meses - luego leche continuación
- leche crecimiento >1 año
- leche vaca >1año
- cereales sin gluten >5º-6º mes
- frutas y verduras >5º-6º mes
- cereales con gluten >6ºmes y medio - 7º
- derivados lácteos >8º-9º mes
- pescado >9º mes
- huevos >10
- legumbres >11-12

. En relación al baby-led-weaning, ¿Cuál de las siguientes es FALSA? (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Podría aumentar el riesgo de atragantamiento y/o sofocación.
- b) Podría aumentar el riesgo de déficit de nutrientes.
- c) Realizado adecuadamente y en presencia de un adulto podría ayudar a la regulación de la ingesta.
- d) El último documento de posicionamiento del Comité de Nutrición ESPHAN postula el baby-led-weaning como la mejor opción para la introducción de la alimentación complementaria. *

→ baby-lead-weaning

- (+) riesgo asfixia
- aporte inadecuado energía y micronutrientes (st hierro)
- alimentación con purés y cuchara = (+) consumo cereales enriquecidos con micronutrientes = (-) riesgo déficits nutricionales.

→ métodos alimentación (ESPGHAN 2017) = actualmente NO evidencia suficiente para sacar conclusiones sobre método alimentación (+) adecuado: "alimentación como cuchara" en comparación con la "auto alimentación".

. Con respecto a la vitamina D, ¿cuál de las siguientes es FALSA? (2020 julio)

- a) Los lactantes menores de 1 año alimentados con lactancia materna deben ingerir un suplemento de 400 UI de vitamina D.
- b) Los lactantes menores de 1 año alimentados con fórmula deben ingerir un suplemento de 400 UI de vitamina D hasta que ingieran 1 litro de leche.
- c) La vitamina D tiene receptores en todas las células del organismo.
- d) Un adolescente con una dieta saludable no precisa suplemento de vitamina D. *

→ vitamina D

- hasta hace poco se pensaba que sólo era necesaria para la mineralización ósea, pero hoy sabemos que es una hormona liposoluble con efectos pleiotrópicos (= hay gran cantidad de receptores en multitud de células del organismo) que está implicada en muchas patologías
- recomendaciones
- lactantes <1a lactados al pecho = suplemento 400UI/día de vitD
- todos lactante <1a alimentados con sucedáneo de leche humana que ingieren <1L diario de fórmula = 400UI/día vitD
- niños >1a y adolescente = ponerse al sol al mediodía sin protección 10-15min
- suplemento 400UI/día debe comenzar dentro primeros días vida y continuar durante toda infancia

14. ALIMENTACIÓN EN EL SEGUNDO AÑO DE VIDA

15. ALIMENTACIÓN ESCOLAR

. En la consulta de salud de una adolescente, ¿cuál de las siguientes deficiencias nutricionales NO esperaríamos encontrar?
(2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Déficit de hierro.
- b) Déficit de fósforo. *
- c) Déficit de calcio.
- d) Déficit de yodo.

→ adolescencia - nutrientes en especial riesgo:

- (-) vit D/Ca + (+) fósforo => de abalancé razón 2:1 (Ca:P) = riesgo osteoporosis/malacia

*exceso fósforo x ser acidulante refrescos

- (-) hierro

→ problemas alimentarios de niños y adolescentes europeos = déficit aporte minerales Fe, Ca, yodo

. ¿Ortorexia? (2020 diciembre)

- a) Se caracteriza por comer sólo alimentos biológicamente puros, en su preocupación extrema por la salud. *
- b) Generalmente consumen solo productos animales.
- c) Nunca presentan deficiencias nutricionales.
- d) Situación creada a partir de una excesiva práctica deportiva, en la búsqueda obsesiva de la belleza física.

→ ortorexia = obsesión por comer sano → comer sólo alimento biológicamente puros, en su preocupación extrema por la salud.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2018) (2016)

- a) La vigorexia es más frecuente en mujeres. *
- b) La vigorexia es más frecuente en varones.
- c) En ocasiones, después de la vigorexia se desarrolla anorexia.
- d) La ortorexia puede suponer un riesgo especialmente de déficit de micronutrientes.
- e) El tipo restrictivo y en atracones y purgas de la anorexia nerviosa podrían no ser dos subtipos, sino un continuum de la enfermedad.

→ anorexia nerviosa = tipo restrictivo + tipo alimentación atracones y purgas = NO está claro si son dos subtipos distintos o un continuum

→ ortorexia = las fuertes restricciones de alimentos que se imponen pueden conllevar carencias de micronutrientes

→ vigorexia = (+) frec en varones → que en ocasiones desarrollan posteriormente anorexia nerviosa

16. LACTANCIA MATERNA COMO PILARES EN LA ALIMENTACIÓN

. En un lactante de 3 meses. ¿Qué alimento NUNCA estaría indicado? (2023)

- a) Lactancia materna en exclusiva.
- b) Fórmula adoptada de inicio.
- c) Hidrolizado de proteína de leche de vaca.
- d) Fórmula adaptada de crecimiento. *

→ periodos de alimentación en 1º año vida

- periodo de lactancia exclusiva = ese recién nacido hasta 1º meses vida (4-6 meses) = leche único alimento dando prioridad a la materna y en su defecto usamos leche de fórmula adaptada de inicio.

*hidrolizado de proteínas de leche de vaca = niños alérgicos a proteína leche.

. Con respecto a la alimentación en el primer año. ¿Cuál de las siguientes es FALSA? (2023)

- a) El período de adulto modificado va desde el final del primer año hasta el final del 3º
- b) En el período de adulto modificado el niño se debe introducir progresivamente a la dieta familiar con modificaciones mínimas en consistencia, troceado y presentación atractiva.
- c) La leche de mujer continua siendo el alimento principal en el periodo de alimentación complementaria. La tasa por la cual cada lactante progresa a través de los estadios de la alimentación en el primer año debería estar determinada por su curva de crecimiento y por el estado de maduración del sistema respiratorio, del tracto digestivo y de los riñones.
- d) En el período de alimentación complementaria en un lactante sano, si no podemos administrar leche de mujer, debemos administrar fórmula adaptada de continuación.

. Con respecto a la alimentación en el primer año. ¿Cuál de las siguientes es FALSA? (2023)

- a) El período de adulto modificado va desde el final del primer año hasta el final del 3º.
→ periodo adulto modificado = abarca desde el final del primer año hasta el final del 3º año.
- b) En el período de adulto modificado el niño se debe introducir progresivamente a la dieta familiar con modificaciones mínimas en consistencia, troceado y presentación atractiva.
→ periodo adulto modificado = se introduce progresivamente alimento similar al adulto, aunque procesado, es decir, la dieta del adulto pero con pequeñas modificaciones en textura, en troceado, en consistencia, etc.
- c) La leche de mujer continua siendo el alimento principal en el periodo de alimentación complementaria. La tasa por la cual cada lactante progresa a través de los estadios de la alimentación en el primer año debería estar determinada por su curva de crecimiento y por el estado de maduración del sistema respiratorio, del tracto digestivo y de los riñones.
→ periodo introduccion alimentación como exentaría = leche será alimento principal (priorizando la leche de mujer).
→ la tasa por la cual cada lactante progresa a través de estos estadios debe estar determinada por su curva de crecimiento y por el Estel de maduración del sistema nervioso, del tracto digestivo y de los riñones.
- d) En el período de alimentación complementaria en un lactante sano, si no podemos administrar leche de mujer, debemos administrar fórmula adaptada de continuación.
→ periodo introducción alimentación complementaria = la leche será el alimento principal, priorizando la leche de mujer o en su defecto, la leche de fórmula de continuación.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA en las diferencias entre la leche humana y la de fórmula? (2015)

- a) Menor biodisponibilidad de hierro en la leche humana.
- b) Menor concentración de colesterol en la leche humana.
- c) La leche humana es estéril.
- d) No presencia de linfocitos B en la leche humana.
- e) Presencia de oligosacáridos en la leche humana. *

→ leche materna NO estéril x contiene microorganismos (lactobacillus y bifidobacteria)

→ propiedades nutricionales leche materna

- cualidades grasa = alto contenido colesterol (más incluso que la leche de vaca)

- cualidades hidratos de carbono = oligosacaridos (no proporcionados x leche de vaca)

→ ventajas leche materna sobre leche de vaca

- lactoferrina = proteína transportadora de hierro -> ayuda a gran disponibilidad de hierro en leche humana

- linfocitos B y T

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Existe correlación entre el aporte proteico de la leche de los diferentes mamíferos y la tasa de ganancia de peso postnatal de las crías.
- b) La leche de mujer es el primer alimento simbiótico.
- c) Los oligosacáridos de la leche de mujer son probióticos y se relaciona con mejor salud a corto, medio y largo plazo.
- d) La microbiota intestinal del lactante difiere entre los lactantes alimentados con leche de fórmula.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Existe correlación entre el aporte proteico de la leche de los diferentes mamíferos y la tasa de ganancia de peso postnatal de las crías.
→ la leche de vaca presenta un alto contenido en proteínas, siendo este el único nutriente en el que se ha demostrado su relación con la obesidad.
- b) La leche de mujer es el primer alimento simbiótico.
→ propiedades nutricionales leche materna = cualidades hidratos de carbono → la leche de mujer es el primer alimento simbiótico (tiene prebióticos y probióticos)
→ microflora intestinal lactantes = la leche materna es el primer alimento simbiótico que contiene probióticos y prebióticos.
- c) Los oligosacáridos de la leche de mujer son probióticos y se relaciona con mejor salud a corto, medio y largo plazo. *
→ ventajas lactancia materna para el niño =
→ propiedades nutricionales leche materna - cualidades hidratos de carbono = oligosacáridos que actúan como prebióticos
- d) La microbiota intestinal del lactante difiere entre los lactantes alimentados con leche de fórmula.
→ hay evidencia de que los niños alimentados con leche materna presentan una microbiota intestinal distinta de aquellos alimentados con leche de fórmula.

. En relación con la leche de mujer, ¿cuál es FALSA? (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Tóxicos presentes en la sangre materna, se encuentran también en su leche.
- b) El factor bifidus y los oligosacáridos condicionan la microbiota del lactante.
- c) Los niños alimentados con leche de mujer, tienen menos ganancia de peso en el primer año que los alimentados con leche de fórmula.
- d) No se debe administrar lactancia materna en las primeras 12 horas de vida.

. En relación con la leche de mujer, ¿cuál es FALSA? (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Tóxicos presentes en la sangre materna, se encuentran también en su leche.
→ desventajas lactancia materna = traspasan todas sustancias nocivas (contaminantes ambientales + tóxicos) → madres ingieren alcohol presentan dosis similar en plasma y leche producida.
- b) El factor bifidus y los oligosacáridos condicionan la microbiota del lactante.
→ microbiota intestinal distinta de niños alimentados con leche materna [vs] leche de fórmula
→ leche materna = 1er alimento simbiótico = probióticos (Bifidobacterium) + prebióticos (oligosacáridos).
- c) Los niños alimentados con leche de mujer, tienen menos ganancia de peso en el primer año que los alimentados con leche de fórmula.
→ gold standard = leche materna → a los 18 meses talla (⇒) en ambos tipos de lactancia pero el peso es 500g (+) en los alimentados con fórmula.
- d) No se debe administrar lactancia materna en las primeras 12 horas de vida. *
→

. ¿Cuál de las siguientes es FALSA? (2020 julio)

- a) La leche de mujer es un alimento estéril. *
- b) La leche de mujer tiene factor bifidus.
- c) La leche de mujer contiene prebióticos.
- d) La leche de mujer es un buen alimento incluso en el periodo de adulto modificado.
→ ventajas lactancia materna = la leche materna NO es estéril ya que contienen microorganismos (lactobacillus + bifidobacterias = probióticos).
→ leche materna = 1er alimento simbiótico = probióticos (bifidus + lactobacillus) + prebióticos (oligosacáridos)
→ OMS recomienda que hasta los 6 meses de vida la alimentación sea exclusivamente leche materna, que está se continúe parcialmente hasta los 12 meses, y se recomienda seguirla después de los 12 meses si existe "mutuo acuerdo" madre-lactante.

17. OBESIDAD

. En un niño de 7 años con obesidad mórbida, ¿qué NO deberíamos encontrar como comorbilidad de la obesidad? (2023 diciembre)

- a) Síndrome Metabólico.
- b) Hipovitaminosis D.
- c) Adipomastia.
- d) Intolerancia alimentaria. *

→ obesidad - comorbilidades en niños y adolescentes:

- cardiovasculares = síndrome metabólico
- déficits nutrientes = Fe + Ca + vitD (xq grasa secuestra vitamina)

. Un varón de 3 años, con un Índice de Masa Corporal en percentil 75 para su edad y sexo. ¿Qué podríamos afirmar? (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Presenta sobrepeso, pero no obesidad.
- b) Presenta obesidad grado I.
- c) Presenta adiposidad dentro de la normalidad. *
- d) Presenta sobrepeso grado I.

→ p5-85 = normal → sobrepeso p>85 → obesidad p>95 → obesidad mórbida p>99.

. ¿Cuál de los siguientes es un niño de 8 años con sobrepeso, según el estándar internacional? (2020 julio)

- a) Su peso/talla es >p85 para edad y sexo.
- b) Su circunferencia de cintura es >p85 para edad y sexo.
- c) Su peso/talla² es >p85 para edad y sexo. *
- d) Su IMC es >p80 para edad y sexo.

→ lojo piojo! IMC = peso/altura²

→ criterios diagnósticos obesidad - IMC

- <P5 para edad sexo = delgado
- P5-P85 = normal
- >P85 = sobrepeso
- >P95 = obesidad
- >P99 = obesidad mórbida

18. INFECCIONES EL GRUPO BORDETELLA: TOSFERINA

. En relación con la tosferina, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es correcta? (2020 julio)

- a) Es poco contagiosa, con unas tasas de ataque inferiores al 20% en personas susceptibles.
- b) Es un motivo frecuente de tos prolongada en adolescentes y adultos.
- c) Los individuos vacunados y los que han pasado la enfermedad adquieren inmunidad permanente.
- d) Los niños menores de dos años con sospecha de tos ferina requieren ingreso hospitalario por riesgo de complicaciones.

. En relación con la tosferina, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es correcta? (2020 julio)

- a) Es poco contagiosa, con unas tasas de ataque inferiores al 20% en personas susceptibles.
→ tosferina - epidemiología = altamente contagiosa
- b) Es un motivo frecuente de tos prolongada en adolescentes y adultos. *
→ tos ferina = tos prolongada
→ aumento casos: adolescentes + adultos jóvenes no vacunados o en los que la inmunidad adquirida ha disminuido.
(Especifica que este grupo es el reservorio principal de enfermedad).
- c) Los individuos vacunados y los que han pasado la enfermedad adquieren inmunidad permanente.
→ vacuna no confiere inmunidad permanente (la inmunidad vacunal conseguida en la infancia disminuye con el tiempo)
- d) Los niños menores de dos años con sospecha de tos ferina requieren ingreso hospitalario por riesgo de complicaciones.
→ aunq. este año no lo dijo en los apuntes del año pasado si que pone que paciente <3-4 meses es criterio de ingreso
→ tb entendiendo que los lactantes son los que tienen el problema letal, serán estos los que necesiten ingreso

. En relación a la tosferina, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es correcta? (2017)

- a) Es poco contagiosa, con unas tasas de ataque inferiores al 20% en personas susceptibles.
- b) Es un motivo frecuente de tos prolongada en adolescentes y adultos. *
- c) Los individuos vacunados y los que han pasado la enfermedad adquieren inmunidad permanente
- d) Los niños menores de dos años con sospecha de tos ferina requieren ingreso hospitalario por riesgo de complicaciones.
- e) Las vacunas de tosferina de células enteras son más efectivas que las vacunas acelulares.

. ¿Cuál de estas manifestaciones no suelen presentar los niños con tos ferina? (2006)

- a) Leucocitosis con predominio neutrófilo y desviación izquierda. *
- b) Auscultación pulmonar anormal.
- c) Apnea del lactante.
- d) Accesos de tos más frecuentes durante la noche y desencadenados por estímulos físicos y psíquicos.
- e) Hemorragia conjuntival.

→ tos ferina - concepto:

- tos violenta + paroxística + sensación asfixia + gallo inspiratorio
- a veces acompañado de vómitos y/o apnea

→ Fase paroxística o período de estado (4-6 semanas) => presenta la clínica típica de la tos ferina = tos en aumento desencadenada por estímulos físicos y psíquicos (con accesos, cianosis y congestión facial) + gallo inspiratorio y eliminación de tapón de moco a través de un vómito + pueden asociarse hemorragias subconjuntivales / epistaxis / petequias + niño afebril y con ACP normal

→ tos ferina - complicaciones = respi (apnea) + otras (hemorragias conjuntivales).

. Para el diagnóstico de tos ferina qué datos analíticos son verdad: (2013)

- a) Presencia de leucopenia.
 - b) Presencia de leucocitosis >10.000 por mm³.
 - c) Leucocitosis >20.000 por mm³.
 - d) Leucocitosis con predominio de neutrófilos y formas inmaduras >50-60%.
 - e) Leucocitosis con predominio de linfocitos >50-60%. *
- tos ferina - pruebas analíticas (no son específicas pero ayudan a llegar al diagnóstico)
- leucocitosis a expensas de linfocitosis (fase catarral y paroxística)
 - neutrofilia sugiere sobreinfección bacteriana
 - datos mal pronóstico = leucocitosis extrema (>90.000 cel/mm³) / trombocitosis (>780.000/mm³)

. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico de elección de un niño de 1 mes de edad con tosferina? (2023 diciembre) (2020 julio)

- a) Azitromicina. *

- b) Eritromicina.
- c) Claritromicina.
- d) Roxitromicina.

→ tos ferina - tto ATB = macrólidos (de elección azitromicina) → se pueden usar otros macrólidos excepto lactantes <1mes
 → Azitromicina

. Con respecto al tratamiento de la tos ferina, el tratamiento de elección es la administración de: (2013)

- a) Corticoides.
- b) Gammaglobulina antipertusis.
- c) Eritromicina.
- d) Cefaclor.
- e) Cefuroxima acetilo.

→ tos ferina - tto ATB elección = macrólidos - azitromicina

*se pueden usar otros macrólidos EXCEPTO en lactantes <1mes (solo azitro, el resto efectos adversos)

*. Lactante de 3 meses correctamente vacunado para su edad que, tras dos semanas con rinorrea, estornudos y tos, ingresa por intensificación de los accesos de tos con cianosis al final de estos, que finalizan con inspiración profunda o gallo inspiratorio, precisando estimulación, aspiración de secreciones y oxígeno para recuperarse de los mismos. Según su sospecha diagnóstica y con respecto a la vacuna de dicha enfermedad, todas las siguientes afirmaciones son ciertas excepto una: (2024 vista en clase) (2020 julio) (MIR 2015)

- a) La vacuna en España se administra en combinación con la antidiftérica y la antitetánica.
- b) Se debe vacunar a los adultos que vayan a estar en contacto con lactantes menores de 6 meses.
- c) La inmunidad, tanto materna como vacunal, permanece de por vida.
- d) La vacuna está formada por microorganismos muertos.

. Lactante de 3 meses correctamente vacunado para su edad que, tras dos semanas con rinorrea, estornudos y tos, ingresa por intensificación de los accesos de tos con cianosis al final de estos, que finalizan con inspiración profunda o gallo inspiratorio, precisando estimulación, aspiración de secreciones y oxígeno para recuperarse de los mismos. Según su sospecha diagnóstica y con respecto a la vacuna de dicha enfermedad, todas las siguientes afirmaciones son ciertas excepto una: (2024 vista en clase) (2020 julio) (MIR 2015)

- a) La vacuna en España se administra en combinación con la antidiftérica y la antitetánica.
 → lactantes administra vacuna hexavalente (Hepatitis B, polio, Haemophilus Influenza, Difteria, tétanos y tos ferina).
 → más adelante se pone vacuna de recuerdo = difteria, tétanos y tos ferina.
- b) Se debe vacunar a los adultos que vayan a estar en contacto con lactantes menores de 6 meses.
 → ESTRATEGIA DE COCOONING o estrategia del nido = se vacunan a las personas que estén en contacto directo con el lactante para crear una coraza a su alrededor ya que este necesita vacunarse varias veces para crear inmunidad).
- c) La inmunidad, tanto materna como vacunal, permanece de por vida. *
 → ni la infección ni la enfermedad confieren inmunización de por vida
- d) La vacuna está formada por microorganismos muertos.
 → Sí, es una vacuna inactivada, acelular. Ventajas: vacunación selectiva de los antígenos que se precisan y no produce fiebre. Desventajas: La protección es menor que con células enteras.

. ¿Cuál de los siguientes antígenos no forma parte de la vacuna combinada pentavalente que se administra habitualmente en el calendario vacunal infantil para ahorrar pinchazos a los niños?: (2015)

- a) Poliomieltitis.
- b) Difteria.
- c) Tosferina.
- d) Meningococo. *
- e) Haemophilus Influenzae.

→ lactantes administra vacuna hexavalente = Hepatitis B + polio + Haemophilus Influenza + Difteria + tétanos + tos ferina
 → "TE DI TOHA PO HE" (te dí toda por el) = tétanos + difteria + tos ferina + Haemophilus Influenza + polio + hepatitis B

. ¿Cuál de las siguientes estrategias de prevención de la tosferina le parece la menos adecuada de las citadas a continuación de cara a mejorar el control de la enfermedad? (2023 diciembre)

- a) Vacunación en el embarazo.
- b) Incrementar a cobertura vacunal na infancia.

- c) Administrar recuerdos frente a tosferina en adolescentes y adultos.
 - d) Sustituir las vacunas de tosferina acelulares por vacunas de tosferina de células enteras. *
- tos ferina - estrategias control enfermedad:
- 1. Vacunación mujeres embarazadas (+ efectiva)
 - 2. Vacunación universal de adolescentes y adultos jóvenes
 - 3. Vacunación selectiva de adolescentes y adultos / cooconing / estrategia nido = vacunar conviniendoos lactante para crear burbuja protección
 - 4. Vacunación precoz = inmunización neonatal (estudios dicen no sirve, ahora intenta vacunar RN 6sem no a las 8)

19. INFECCIONES ESTREPTOCÓCICA Y ESTAFILOCÓCICAS

. En relación al estafilococo aureus no es cierto que: (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Es la causa más frecuente de osteomielitis aguda en niños.
- b) Cuando produce un shock toxico estafilocócico. la cepa produce una toxina denominada TSST-1 que actúa como un superantígeno.
- c) Es causa de toxi-infección alimentaria
- d) El tratamiento de elección debe de incluir un macrólido. *

→ infección estafilocócica

- cepas productoras de toxinas => superantígeno TSST-1 = síndrome shock tóxico / enterotoxina = intoxicaciones alimentarias.
- clínica - focal - osteoarticulares = osteomielitis (muy frec) + osteoarthritis + artritis superada -> la causa (+) frecuente de infección osteoarticular en el niño es el Staphylococcus Aureus.

. El tratamiento de elección en la sepsis tardía por Staphylococcus epidermidis es: (2020 julio)

- a) Ampicilina + gentamicina.
- b) Cefotaxima + ampicilina.
- c) Cefotaxima.
- d) Vancomicina. *

. Ante la sospecha de sepsis tardía por estafilococo epidermidis el tratamiento de elección es: (2017) (2015) (2013) (2012)

- a) Ampicilina + gentamicina.
- b) Cefotaxima + ampicilina.
- c) Cefotaxima.
- d) Imipenem.
- e) Vancomicina + cefotaxima. *

. La causa bacteriana más frecuente de bacteriemia es: (2018) (2016) (2014)

- a) Streptococcus grupo A o pyogenes. *
- b) Enterococos grupo (E).
- c) Streptococcus pneumoniae.
- d) Streptococcus grupo D o enterococo.
- e) Neisseria meningitidis.

→ EBHGA - clasificación clínica - infecciones invasoras = bacteriemia (sin puerta de entrada)

(No pone como tal que sea la más frecuente)

. En relación al impétigo en niños, cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta: (2023 diciembre) (2020 diciembre)

- a) Casi siempre es de causa estafilocócica o estreptocócica o mixta.
- b) La forma ampollosa es la más frecuente. *
- c) Es frecuente encontrar linfadenitis regional acompañante.
- d) El tratamiento consiste en antibióticos tópicos como la mupirocina si las lesiones son aisladas y no hay signos sistémicos.

→ impétigo

- no ampollalo = forma (+) frecuente + se puede producir x estafilococo y estreptococo + puede asociarse a linfadenopatías regionales
- ampolloso = (+) típico neonatos y lactantes pequeños
- tto => local = mupirocina/acido fusídico y retapamulina (*cuando afectación es más grande = ATB sistémica).

.Cuál de estas enfermedades NO es producida por estreptococos? (2020 julio)

- a) Síndrome de Kawasaki. *
- b) Shock tóxico.
- c) Dermatitis perianal.
- d) Fascitis necrotizante.

→ SBHGA (S.pyogenes) - manifestaciones clínica = impétigo + dermatitis perianal estreptocócica + shock tóxico estreptocócico + fascitis necrosante)

→ SBHGA - dx did = enfermedad de Kawasaki (muy importante)

.Cuál de estas infecciones no es estreptocócica: (2017) (2014)

- a) Fascitis necrotizante.
- b) Faringoamigdalitis.
- c) Impétigo contagioso.
- d) Exantema súbito. *
- e) Choque tóxico.

.¿Cuál de estas enfermedades no es producida por estreptococos? (2015) (2013) (2012)

- a) Síndrome de exantema súbito. *
- b) Shock tóxico.
- c) Dermatitis perianal.
- d) Fascitis necrotizante.
- e) Erisipela.

→ SBHGA = faringoamigdalitis + erisipela + impétigo + fascitis necrotizante + shock tóxico + dermatitis perianal.

.Ante un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de inicio súbito en un niño de 9 años que además presenta tics y corea como manifestaciones neurológicas se debería descartar una infección por: (2023 diciembre)

- a) Estreptococo viridans.
- b) Estreptococo alfa-hemolítico.
- c) Estreptococo beta-hemolítico, grupo A.
- d) Enterococo.

→ estreptococo grupo A / pyogenes - complicaciones - no supurativas:

- PANDAS (trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes agudos asociados a una infección estreptocócica) = TOC + síndrome Tourette
- Core de Sydenham

.Todas estas son manifestaciones mayores de la fiebre reumática, excepto: (2018)

- a) Artritis.
- b) Carditis.
- c) Fiebre. *
- d) Eritema anular o marginado de Leiner-Lehendorff.
- e) Nódulos subcutáneos Meynet.

→ fiebre reumática - criterios dx de Jones

- criterios mayores = carditis + valvulitis + poliartritis moratoria + eritema marginatum + nódulos subcutáneos + corea
- criterios menores = artralgia + fiebre + elevación reactantes fase aguda

*. De los siguientes cuál es el signo de peor pronóstico en la sepsis neonatal precoz por Streptococcus beta hemolítico del grupo B: (2015) (2014) (2013) (2012)

- a) Neutropenia. *
- b) Distress respiratorio.
- c) Ictericia mixta.
- d) Acidosis metabólica.
- e) Trombopenia.

20. PATOLOGÍA INFECCIOSA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

.Cuál de las siguientes patógenos es el más frecuente como etiología de meningitis bacteriana en un paciente pediátrico de 2 años de edad. (2023 diciembre)

- a) Streptococcus pneumoniae. *
- b) Stafilococcus aureus.
- c) Escherichia Coli.
- d) Listeria monocytogenes.

→ 3 gérmenes principales producen meningitis bacteriana en infancia (especialmente después periodo neonatal) =

- meningococo / Neisseria Meningitidis
- Haemophilus Influenzae B
- Streptococcus Pneumoniae / neumococo

* La etiología bacteriana más frecuente de las meningitis neonatales es: (2020 julio)

- a) Streptococo grupo B.
- b) Escherichia coli. *
- c) Neisseria meningitidis B.
- d) Enterococo.

* ¿Cuál de las siguientes patógenos es el MENOS frecuente como etiología de meningitis bacteriana en un paciente pediátrico? (2020 diciembre)

- a) Streptococcus pneumoniae.
- b) Staphylococcus aureus.
- c) Neisseria meningitidis.
- d) Haemophilus influenza.

* ¿Cuál de los siguientes datos del análisis bioquímico de líquido cefalorraquídeo le parece MENOS sugestivo de meningitis bacteriana? (2020 diciembre)

- a) Más de 5.000 leucocitos/mm³.
- b) Predominio celular de linfocitos (más del 50% del conteo celular). *
- c) Glucorraquia baja (menor del 50% de la glucemia).
- d) Proteínas de 400 mg/dL.

. En un niño de 2 meses de edad con fiebre y un análisis de líquido cefalorraquídeo que presenta 2000 células/mm³ de predominio neutrófilo, glucosa baja y proteínas elevadas, a la espera de los resultados microbiológicos, cuál de las siguientes actitudes le parece más apropiada: (2023 diciembre)

- a) Esperar a iniciar tratamiento a tener los resultados microbiológicos si su estado general es bueno.
- b) Cefotaxima.
- c) Ampicilina + cefotaxima. *
- d) Vancomicina + cefotaxima.

→ meningitis bacteriana - características LCR = células >1.000 + predominio neutrófilo (PMN) + proteínas >80 + glucosa <50

→ tto ATB 1-3 meses = cefotaxima (ceftriaxona) + ampicilina +/- vancomicina

*importante = ampicilina cubre Listeria + cefotaxima/ceftriaxona (gérmenes principales) + Vancomicina (neumococo) => a esta edad podemos encontrar tanto gérmenes neonatales como pediátricos)

* Después de ver el webinar sobre "Lo último y los siguientes en enfermedad meningocócica" que nos indicó el Prof. Martínón que viésemos, he aprendido que es FALSO que: (2020 diciembre)

- a) Las Neisseria meningitidis se están identificando como causa de enfermedades de transmisión sexual y están adquiriendo mecanismos de resistencia antibiótica similares a la Neisseria gonorrhoeae.
- b) Los pili tipo IV juegan un papel fundamental en la patogenia de la enfermedad meningocócica, facilitando la adhesión entre la Neisseria y su fijación al endotelio.
- c) En niños con enfermedad meningocócica encontramos antecedentes personales o familiares de enfermedad infecciosa grave en un 10% de los casos y se ha visto que variantes en el gen CFH (factor H del complemento) pueden condicionar una mayor o menor susceptibilidad a la enfermedad.
- d) Las vacunas disponibles frente a meningococo funcionan muy bien frente a los serogrupos A, C, W y Y, pero no han demostrado aun su efectividad frente al serogrupo B.

*. La presencia de meningitis con petequias se asocia a la etiología de: (2020 julio)

- a) *Neisseria meningitidis* B.
- b) *Haemophilus influenza* B.
- c) *Mycobacterium tuberculosis*.
- d) a, b y c son ciertas. *

*. ¿Cuál de estos criterios indica gravedad en la infección meningocócica? (2020 julio)

- a) Leucocitosis mayor de 15.000/mm³.
- b) Presencia de leucocitosis en el LCR.
- c) Púrpura de menos de 12 horas de evolución. *
- d) Velocidad de sedimentación globular aumentada.

*. Paciente de 10 años, con febrícula y cefalea de 4 días de evolución, que empeoró progresivamente, siendo muy intensa en los últimos días, y acompañándose de alteraciones en el comportamiento, pasando de estar irritable a adormilado. A la exploración física tiene un puntaje en la escala de coma Glasgow de 11 (normal 15).Cuál de las siguientes actitudes o aseveraciones le parece incorrecta: (2023 diciembre)

- a) Sería conveniente hacer un análisis de líquido cefalorraquídeo, aunque sin altas expectativas de que encontremos la respuesta en el análisis.
- b) Mientras determinamos que sucede me plantearía el tratamiento empírico con Aciclovir.
- c) Un electroencefalograma podría ayudar, siendo lo habitual encontrar actividad paroxística difusa, congruente con mi sospecha diagnóstica. *
- d) En el diagnóstico diferencial no debemos considerar exclusivamente causas infecciosas, con lo que completaría el estudio inicial con gasometría, ionograma, hematimetría y bioquímica básica incluyendo función renal y hepática.

→ encefalitis

- vírica = Herpes causa (+) frec → tto empírico con aciclovir
- clínica = fiebre + cefalea (síntoma predominante) + alteración nivel conciencia
- dx = LCR (si es normal no descarta encefalitis) + EEG (actividad paroxística)
- dx diferencial con encefalopatías no infecciosas = intoxicaciones + metabólicas + endocrinopatías + insuficiencia renal/hepática + procesos hipóxicos-isquémicos

*. Atiende en consulta un paciente de 5 años con buen estado general, fiebre, cefalea, vómitos y diarrea, que en la exploración física presenta ligera rigidez de nuca. Su madre y su hermano tiene también vómitos y diarrea. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones le parece INCORRECTA? (2020 diciembre)

- a) Realizaré una punción lumbar, midiendo presión de apertura de líquido cefalorraquídeo, haciendo análisis bioquímico y tinción Gram.
- b) Pondré tratamiento empírico con ampicilina y cefuroxima a la espera de resultados. *
- c) Si bien parece que podría ser un enterovirus, la clínica no es suficiente para excluir una meningitis bacteriana.
- d) Lo más probable es que en el líquido cefalorraquídeo, de haber células, estas estén por debajo de 1000/mm³.

21. TUBERCULOSIS

. ¿Cuál no es correcta con respecto a un niño que tiene una enfermedad tuberculosa? (2018)

- a) Es más frecuente que sea una enfermedad tuberculosa pulmonar.
- b) Dosis óptimas de vitamina D pueden ayudarle a recuperarse con más rapidez de la enfermedad tuberculosa.
- c) La meningitis tuberculosa es más frecuente si es un adolescente.
- d) Para el cultivo se le toma muestra de jugo gástrico, recogiendo 3 muestras en días consecutivos.
- e) A lo largo de un año, puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho si sigue con la tuberculosis activa.

. ¿Cuál no es correcta con respecto a un niño que tiene una enfermedad tuberculosa? (2018)

- a) Es más frecuente que sea una enfermedad tuberculosa pulmonar.
→ TB - clínica - formas intratorácicas = TB parenquimatosa => la que afecta al pulmón = (+) típica
- b) Dosis óptimas de vitamina D pueden ayudarle a recuperarse con más rapidez de la enfermedad tuberculosa.
→ no lo he encontrado en los apuntes
- c) La meningitis tuberculosa es más frecuente si es un adolescente. *
→ TB patógena - case 2 = diseminación hematogénica = meningitis / TBC miliar → (+) probable lactantes
- d) Para el cultivo se le toma muestra de jugo gástrico, recogiendo 3 muestras en días consecutivos.
→ TB dx microbiológico = cultivo → muestras utilizadas: 3 muestras de jugos gástricos consecutivos (en ayunas x aspirado o esputo inducido).
- e) A lo largo de un año, puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho si sigue con la tuberculosis activa.
→

. Un niño de 8 años es diagnosticado de tuberculosis pulmonar primaria progresiva, ¿qué es frecuente que presente? (2017)

- a) Importante afectación del estado general.
- b) Fiebre en agujas.
- c) Tos.
- d) Disnea, aleteo nasal, quejido espiratorio.
- e) Todas son correctas. *

→ según la Tabla de los cojones lo único frecuente en niños es la tos, la fiebre y la disnea son infrecuentes, así que según la tabla pondría c.

. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones en relación al diagnóstico de tuberculosis en niños es incorrecta? (2023 diciembre)

- a) La lectura de la prueba de tuberculina (o PPD o Mantoux) debe realizarse idealmente a las 72 horas, aunque el rango de lectura es de 48-96 horas.
- b) Si la induración mide más de 10 mm, significa que es positivo y que el niño está infectado.
- c) La inyección del PPD se realizará intramuscularmente en la cara anterior del antebrazo.
- d) La interpretación del resultado, varía en función del paciente y el contexto, siendo necesario una induración menor para considerarlo positivo en casos de alto riesgo, como por ejemplo un niño con VIH.

. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones en relación al diagnóstico de tuberculosis en niños es incorrecta? (2023 diciembre)

- a) La lectura de la prueba de tuberculina (o PPD o Mantoux) debe realizarse idealmente a las 72 horas, aunque el rango de lectura es de 48-96 horas.
→ PT = lectura desde 24-48h hasta las 96h → 72h = consigue mayor indicación
- b) Si la induración mide más de 10 mm, significa que es positivo y que el niño está infectado.
→ induración >10mm = positiva en cualquier caso
- c) La inyección del PPD se realizará intramuscularmente en la cara anterior del antebrazo. *
→ prueba tuberculina = inyección intradérmica de 0,1mL del derivado proteico purificado (PPD).
- d) La interpretación del resultado, varía en función del paciente y el contexto, siendo necesario una induración menor para considerarlo positivo en casos de alto riesgo, como por ejemplo un niño con VIH.
→ induración >5mm + niño VIH = positiva

. En relación con el diagnóstico de la tuberculosis en niños con la prueba de Mantoux o de la tuberculina, es FALSO que: (2020 diciembre)

- a) La prueba de Mantoux consiste en la inyección intradérmica de derivado proteínico purificado.
- b) La prueba de Mantoux se lee transcurridas 48-72 horas de su administración.
- c) Un eritema mayor de 5 mm se considera positivo en niños con sospecha de enfermedad tuberculosa.
- d) La prueba de Mantoux no distingue entre infección y enfermedad tuberculosa.

. En relación con el diagnóstico de la tuberculosis en niños con la prueba de Mantoux o de la tuberculina, es FALSO que: (2020 diciembre)

- a) La prueba de Mantoux consiste en la inyección intradérmica de derivado proteínico purificado.
→ prueba tuberculina / Mantoux = inyección intradérmica de derivado proteínico purificado (PPD)
- b) La prueba de Mantoux se lee transcurridas 48-72 horas de su administración.
→ PT - lectura = debe leerse a las 48h, ideal a las 72h x (+) induración.
- c) Un eritema mayor de 5 mm se considera positivo en niños con sospecha de enfermedad tuberculosa.
→ 1. NO es eritema = es induración vesícula da
→ 2. induración <5mm para ser positiva si + = niño: contacto íntimo sospechoso TB / clínica o Rx sospechosa / inmunodepres o VIH / conversión PT anteriormente negativa
- d) La prueba de Mantoux no distingue entre infección y enfermedad tuberculosa.
→ PT + IGRAS = NO distinguen entre infección latente y enfermedad

. Si un niño de 3 años, que vive con su abuelo que acaba de ser diagnosticado de tuberculosis pulmonar, está asintomático, ¿qué debo hacer de entrada? (2018)

- a) Realizarle un T-IGRA.
 - b) Realizarle prueba de PPD (Mantoux). *
 - c) Realizarle TAC tórax.
 - d) Iniciar terapia con isoniacida y rifampicina durante al menos 2 meses.
 - e) Administrarle la vacuna de BCG.
- PT indicaciones - prueba inmediata = contacto con individuo con sospecha/certeza TB activa.

. De las siguientes situaciones en cual está indicado realizar de inmediato la prueba de la tuberculina (PPD): (2016) (2015)

- a) La enfermedad lo sugiere.
 - b) Existe un contacto adulto con sospecha o certeza de tuberculosis activa.
 - c) En la primera valoración pediátrica de niños inmigrantes.
 - d) Antes de iniciar tratamientos prolongados con inmunosupresores.
 - e) En todas las situaciones citadas previamente. *
- PT inmediata - indicaciones
- contacto con individuo sin sospecha o certeza de TB activa
 - hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos de enfermedad tuberculosa
 - inmigrantes (o adoptados) de países con alta prevalencia
 - niños viajeros procedentes de zonas endémicas (después 10 sem regresó)
 - antes tto inmunosupresores (corticoesteroides, antagonistas factor necrosis tumoral alfa)

. De las siguientes situaciones en cual se debe considerar como positiva una induración en la prueba de la tuberculina (PPD) ≥ a 5 mm: (2016) (2015)

- a) Niños en contacto íntimo con casos índice o sospechoso de tuberculosis.
 - b) Niños sospechosos de enfermedad tuberculosa clínica o radiológica.
 - c) Niños en situaciones de inmunodepresión o infección por VIH.
 - d) Niños con conversión de Mantoux (PPD) previamente negativo.
 - e) En todas las situaciones citadas previamente. *
- induración >5mm = positiva si:
- niños en contacto íntimo con casos índice o sospechoso de tuberculosis
 - niños sospechosos de enfermedad tuberculosa clínica o radiológica
 - niños en situaciones de inmunodepresión o infección por VIH
 - niños con conversión de PT previamente negativo.

. Refieren a mi consulta un niño de 2 años, cuyo padre ha sido diagnosticado de enfermedad tuberculosa. El niño tiene buen aspecto y a la exploración física no encuentro nada anormal. ¿Cuál de las siguientes actitudes le parece que es INCORRECTA? (2020 diciembre)

- a) Prueba de tuberculina.
- b) Inicio de tratamiento profiláctico con isoniazida.
- c) Radiografía de tórax.
- d) Actitud expectante.

. Refieren a mi consulta un niño de 2 años, cuyo padre ha sido diagnosticado de enfermedad tuberculosa. El niño tiene buen aspecto y a la exploración física no encuentro nada anormal. ¿Cuál de las siguientes actitudes le parece que es INCORRECTA? (2020 diciembre)

- a) Prueba de tuberculina.
→ PT indicaciones - prueba inmediata = contacto con individuo con sospecha/certeza TB activa
- b) Inicio de tratamiento profiláctico con isoniazida.
→ tto - profilaxis 1º = <5a / inmunodeprimidos que han tenido: contacto sospechoso + Mantoux<5mm → isoniazida 2m
- c) Radiografía de tórax.
→ pruebas complementarias = Rx tórax (+ característica) → se hace al dx
- d) Actitud expectante. *

El niño del caso anterior acude a tu consulta, transcurridos 2 meses, para un control evolutivo. Los padres refieren que no ha habido incidencias y que el niño ha estado bien. ¿Cuál de las siguientes actitudes te parece correcta? (2020 diciembre)

- a) Completar los 6 meses de isoniazida.
 - b) Hacer prueba de la tuberculina. *
 - c) Hacer un TAC torácico.
 - d) Hacer un cultivo de aspirado gástrico para detección de tuberculosis.
- tto post-exposición = profilaxis ⇒ isoniazida 2meses → repetir Mantoux

. Un niño de 2 años previamente sano que había sido contacto tuberculoso, acude a consulta de seguimiento 2 meses después. Cuál de las siguientes aseveraciones en relación a la actitud a seguir le parece incorrecta: (2023 diciembre)

- a) Si el mantoux (o prueba de tuberculina) sigue siendo negativo, suspendemos la profilaxis.
- b) Si tiene clínica compatible, será necesario hacer más pruebas complementarias e iniciar tratamiento añadiendo al menos dos fármacos adicionales.
- c) Si el mantoux era negativo y ahora es positivo, realizaremos una prueba de imagen del tórax, y mantendremos la profilaxis.
- d) Si creemos que tiene una infección tuberculosa latente, y no tiene clínica asociada, mantenemos la vigilancia sin tratamiento, con visitas cada 4-6 semanas, o antes si inicia síntomas.

. Un niño de 2 años previamente sano que había sido contacto tuberculoso, acude a consulta de seguimiento 2 meses después. Cuál de las siguientes aseveraciones en relación a la actitud a seguir le parece incorrecta: (2023 diciembre)

- a) Si el mantoux (o prueba de tuberculina) sigue siendo negativo, suspendemos la profilaxis.
→ tto post-exposición = profilaxis ⇒ isoniazida 2meses → repetir Mantoux = <5mm = suspende tto
- b) Si tiene clínica compatible, será necesario hacer más pruebas complementarias e iniciar tratamiento añadiendo al menos dos fármacos adicionales.
→ ITBL = PT (+) + Rx normal + sintomatología (+/-)
→ tto ITBL = profilaxis 2ª → caso índice cepa multirresistente = vigilancia estrecha / profilaxis 2/+ fármacos eficaces (12meses)
- c) Si el mantoux era negativo y ahora es positivo, realizaremos una prueba de imagen del tórax, y mantendremos la profilaxis.
→ tto post-exposición = profilaxis ⇒ isoniazida 2meses → repetir Mantoux = >5mm → se repite Rx tórax = si es normal + paciente asintomático → ITBL = isoniazida 6-9meses
- d) Si creemos que tiene una infección tuberculosa latente, y no tiene clínica asociada, mantenemos la vigilancia sin tratamiento, con visitas cada 4-6 semanas, o antes si inicia síntomas. *

. Si un niño padece una tuberculosis pulmonar primaria activa, cuál sería su tratamiento: (2015) (2013)

- a) I + R + S durante 12 meses.
- b) I + R durante 4 meses.
- c) I + R + S durante 5 meses.
- d) I + R + Z diario durante 2 meses, más 4 meses de I + R. *
- e) I + R + Z durante 9 meses.

→ estamos en 2024

→ TB tto enfermedad pulmonar = fase inducción 2meses (isoniazida + rifampicina + pirazinamida + etambutol) + fase mantenimiento 4meses (isoniazida + rifampicina)

. En la quimioprevención de la tuberculosis, cuál es la dosis de Isoniazida: (2015) (2013)

- a) 20 mg/kg/día, máximo 500 mg.

- b) 10 mg/kg/día, máximo 300 mg. *
 - c) 15 mg/kg/día, máximo 400 mg.
 - d) 10 mg/kg/día, máximo 600 mg.
 - e) 12 mg/kg/día, sin límite máximo.
- ni lo hemos visto

22. ENFERMEDADES EXANTÉMICAS

ESCARLATINA

¿Cuál de las siguientes enfermedades tiene un tiempo de incubación más corto? (2020 julio)

- a) Escarlatina. *
- b) Sarampión.
- c) Varicela.
- d) Rubéola.

→ escarlatina = tiempo incubación muy corto (2-4 días).

En relación con la escarlatina, ¿cuál de las siguientes aseveraciones NO es correcta? (2020 julio)

- a) Su tiempo de incubación es muy corto.
- b) El tratamiento de elección es la penicilina.
- c) Puede producir complicaciones como la fiebre reumática o la glomerulonefritis postestreptocócica.
- d) Su causa es el *Streptococcus pneumoniae*. *

→ escarlatina

- enfermedad infecciosa x SBHGA (*S. Pyogenes*)
- tiempo incubación muy corto (2-4 días)
- complicaciones = fiebre reumática + glomerulonefritis postestreptocócica + PANDAS
- tto (de elección) = penicilina oral 10 días

Nos traen a Urgencias a un escolar de 7 años, que estando bien, presenta fiebre de 39°C, acompañada de vómitos, cefaleas, pulso rápido y algo débil, con sensación de enfermedad grave. A la exploración destacan amígdalas hipertróficas con exudado blanco-amarillento, así como exantema en paladar blando. Además presenta adenitis satélite en ángulo mandibular izquierdo. A las 14 horas aparece exantema puntiforme a la palpación que respeta el ángulo nasogeniano. A los 3-4 días se inicia descamación furfurácea. El tratamiento de elección de este proceso es: (2020 julio) (2014) (2013)

- a) Azitromicina durante 3 días.
- b) Solo tratamiento sintomático.
- c) Penicilina oral durante 10 días. *
- d) Gammaglobulina y aspirina.

→ escarlatina - clínica = fiebre + vómitos + cefalea

- 12-48h = exantema en piel de gallinazo/lija = respeta ángulo nasogeniano (signo afilanos) + palmas + plantas → empieza st en inglés y cuello
- palidez peribucal
- >24h = exantema generalizado + descamación furfurácea



SARAMPIÓN

. Un lactante de 3 años acude a Urgencias derivado por el pediatra de atención primaria por sospecha de enfermedad de Kawasaki. Refiere fiebre de hasta 39.5°C de 5 días de evolución que no cede a pesar del tratamiento con amoxicilina pautado hace 72 horas por sospecha de faringoamigdalitis aguda. Durante las últimas 24 horas asocia exantema eritematoso no pruriginoso de evolución cefalocaudal y durante los últimos días llama la atención a sus padres la tos y una intensa conjuntivitis. No refieren rinorrea. A la exploración clínica presenta subcrepitantes en ambas bases pulmonares sin taquipnea ni signos de dificultad respiratoria. A la exploración orofaríngea se evidencian manchas blanquecinas en mucosa yugal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2020 julio) (2017) (2015) (2014) (2013) (MIR 2011)

- a) Enfermedad de Kawasaki.
- b) Sarampión. *
- c) Escarlatina.
- d) Mononucleosis infecciosa.

→ sarampión - clínica

- periodo promótrico/catarral (dura 2-4 días) = fiebre alta (hasta 40°) + conjuntivitis + tos seca ("un sarampión que no tose no es sarampión") + manchas Koplik (grumos blancos/amarillentos en mucosa yugular - nivel molares).
- periodo exantemático (dura 3-5 días) = exantema papulo-eritematoso (coincide con pico fiebre + no blanquea con presión + cronología cefalo-caudal).



. ¿La ausencia de cuál de los siguientes síntomas hace más improbable que el exantema que presenta el niño que estamos explorando en nuestra consulta sea debido al sarampión? (2020 julio) (2020 diciembre)

- a) Conjuntivitis.
- b) Fluxión nasal.
- c) Tos. *
- d) Prurito.

. La ausencia de cuál de los siguientes síntomas, hace más improbable que el exantema que presenta el niño que estamos explorando en nuestra consulta, sea debido al sarampión: (2020 julio)

- a) Conjuntivitis.
- b) Fluxión nasal.
- c) Tos. *
- d) Prurito.
- e) Descamación.

→ sarampión sin tos no es sarampión => clínica que si no está nos hace pensar que estamos ante otra enfermedad

→ al principio entendías que signo hacía que descartases sarampión => exantema maculo-papular NO puriginoso

. ¿Cuál de las siguientes vacunas parenterales está contraindicada durante el embarazo? (MIR 2013)

- a) Vacuna frente al tétanos.
- b) Vacuna frente al sarampión. *
- c) Vacuna frente a la tos ferina.
- d) Vacuna frente a la hepatitis B.

e) Vacuna frente a la gripe.

→ sarampión - vacunación como profilaxis = virus vivo atenuado → NO uso: inmunodepres + preñadas

*Vacuna x3 virus (triple vírica) = sarampión + rubéola + parotiditis

. ¿Cuál las siguientes vacunas está recomendada para su administración a los 12 meses con una dosis de refuerzo a los 3-4 años? (2020 julio)

a) Hepatitis B.

b) Triple vírica. *

c) Haemophilus influenza.

d) Vacuna frente al neumococo.

→ vacuna triple vírica = sarampión + rubéola + parotiditis ⇒ 2 dosis = 12 meses + dosis recuerdo 3-6años.

. Respecto a la vacuna triple vírica, señale la afirmación FALSA: (2012)

a) Es una vacuna de microorganismos atenuados.

b) Incluye entre sus componentes la rubeola.

c) Está contraindicada su utilización en embarazadas y pacientes con SIDA.

d) Su pauta de administración consiste en 2 dosis, administradas a los 4 y 6 meses de edad.

e) Puede administrarse simultánea con la vacuna de la varicela.

→ triple vírica

- sarampión + rubéola + parotiditis

- virus vivo atenuado → NO inmunodepresión (SIDA) / embarazadas

- 2 dosis = 12 meses + 3-años recuérdame

- dosis recuerdo 3-6años = incluye varicela = tetravalente

*. En relación a la vacuna del sarampión, todas las afirmaciones siguientes son ciertas EXCEPTO una: (MIR 2012)

a) En los lactantes vacunados antes de los 12 meses, no se debe contabilizar la dosis administrada, y han de recibir dos dosis adicionales: a los 12-15 meses y a los 4-6 años de edad, respectivamente.

b) La lectura del Mantoux no resulta interferida por la administración de la vacuna dos semanas antes de la prueba. *

c) La vacuna puede prevenir o atenuar el curso de la enfermedad cuando se administra a personas no vacunadas, en las 72 horas siguientes a la exposición a un caso de sarampión.

d) La vacunación protege frente al desarrollo de panencefalitis esclerosante subaguda.

e) No está contraindicada en pacientes alérgicos al huevo.

. Indique la situación de las siguientes en la que recomendaría la prevención con inmunoglobulinas: (2006)

a) Tras la exposición de un niño susceptible a otro que padece parotiditis.

b) Un niño de 8 años correctamente vacunado que sufre una herida considerada tetanígena.

c) Un niño de 8 años correctamente vacunado según el calendario oficial, inmunocompetente, que 4 días antes estuvo jugando con amigos que al día siguiente empezó con varicela.

d) Al compañero de pupitre que acaba de ser diagnosticado de meningococemia.

e) Un niño de 10 meses que hace cuatro días recibió la visita de un primo que tenía tos y a los dos días fue diagnosticado de sarampión. *

→ sarampión - vacunación = 2 dosis → a los 12 meses + recuerdo a los 3-6años

Como es <12 meses, no vacuna = protección con Ig. (Deducción que me he sacado del papo)

*. El aislamiento recomendado de un niño con sarampión es: (MIR)

a) Durante la fase de exantema.

b) Desde el comienzo de la fase catarral hasta tres días después de desaparecer el exantema.

c) Desde el comienzo de la fase catarral hasta el tercer día de rash. *

d) No se recomienda aislamiento.

→ El período de contagiosidad del sarampión es desde el comienzo de la fase catarral hasta el 4º día de exantema.

RUBÉOLA

. La rubeola en el niño suele tener un buen pronóstico, pero a veces pueden surgir algunas complicaciones de las que la más frecuente es: (MIR)

- a) Artritis. *
- b) Sordera conducción.
- c) Encefalitis.
- d) Bronconeumonía.

→ La artritis es la complicación más frecuente de la rubéola; afecta sobre todo a adultos jóvenes del sexo femenino, se suele localizar a nivel de pequeñas articulaciones y remite de forma espontánea en aproximadamente una semana. Otras complicaciones de la rubeola son: encefalitis (1/6.000 casos), púrpura rubeólica postinfecciosa y más raramente, otitis y mastoiditis, neuritis y bronconeumonía

. La más frecuente de las manifestaciones clínicas de la Rubéola congénita es: (2018) (2012) (2013)

- a) Cataratas.
- b) Sordera. *
- c) Microcefalia.
- d) Cardiopatía congénita (Síndrome de Gregg).
- e) Criptorquidea.

→ Sd rubéola congénita = cataratas + sordera (+frec) + cardiopatía congénita (triada Gregg) + microcefalia (DD toxo y CMV).

. Un niño recién nacido presenta microcefalia, cataratas y una cardiopatía congénita. Con estos datos usted cree que todo lo siguiente es cierto EXCEPTO: (2020 julio)

- a) Es muy sugestivo de una infección viral de la madre durante el embarazo, pero no patognomónico.
- b) Sería conveniente hacer un estudio auditivo.
- c) El diagnóstico es posible mediante estudios serológicos.
- d) Esta infección que aconteció en la madre, cuando ocurre en niños mayores o adolescentes es habitualmente grave. *

→ rubéola = enfermedad x virus (togavirus)

→ sd rubéola congénita

- enfermedad transmisión vertical (gran relevancia embarazo)

- triada Gregg = cataratas + sordera + cardiopatía congénita

- dx x serología = positiva para anticuerpos IgM (infección activa) / elevación IgG (infección pasiva)

. Una de las siguientes enfermedades exantemáticas sufrida por la madre en el curso del embarazo puede producir la muerte fetal por anemia e insuficiencia cardíaca: (2006)

- a) Varicela.
- b) Sarampión.
- c) Rubéola. *
- d) Eritema infeccioso.
- e) Exantema súbito

. ¿Cuál las siguientes vacunas está recomendada para su administración a los 12 meses con una dosis de refuerzo a los 3-4 años? (2020 julio)

- a) Hepatitis B.
- b) Triple vírica.
- c) Haemophilus influenza.
- d) Vacuna frente al neumococo.

. La clasificación más útil de las vacunas las divide en vivas o atenuadas y vacunas inactivadas. ¿Cuál de las siguientes enfermedades se puede prevenir con una vacuna viva atenuada?:

- a) Rubeola.
- b) Tosferina.
- c) Encefalitis japonesa.
- d) Hepatitis B.
- e) Meningococo B.

→ triple vírica (sarampión + rubéola + parotiditis) = virus vivos atenuados

- *. Respecto a la vacunación con vacuna de rubeola en embarazadas, señale la respuesta correcta: (MIR 2014)
- Debe de estimularse ya que es muy conveniente para la Salud Pública.
 - Es el procedimiento de elección para el control del síndrome de rubéola congénita.
 - No se considera ya como una indicación de aborto. *
 - Es permitida en el caso de las vacunas de la cepa RA 27/3, pero no en el caso de las vacunas de la cepa Cendehill.
 - Se debe administrar conjuntamente con inmunoglobulina específica.



ERITEMA INFECCIOSO / MEGALOERITEMA (5ª enfermedad)



EXANTEMA SÚBITO / ROSÉOLA INFANTUM / FIEBRE 3 DÍA (6º)

. La aparición de fiebre elevada de 39°C en un lactante de 10 meses que cede bruscamente después de 3-5 días, seguido de un exantema morbiliforme cefalocaudal con exantema constituido por pápulas rojizas en paladar, y que se resuelve en una semana, asociado a buen estado general, suele estar producido por: (2020 julio) (2018) (MIR 2015)

- a) Parvovirus B19.
- b) Herpes virus tipo 6. *
- c) Virus coxsackie A16.
- d) Primoinfección por virus de Epstein-Barr.

→ exantema súbito

- etiología = herpes virus tipo 6 (+frec) / 7
- característico = lactantes 6-18 meses
- clínica = fiebre súbita y alta (dura 2-3 días) → después: exantema súbito = rash maculopapular

. Niño de 12 meses con cuadro febril de 3 días de duración, sin otra sintomatología acompañante salvo irritabilidad con los períodos de hipertermia. El cuarto día presenta aparición de exantema en tronco y desaparición de la fiebre. Respecto al cuadro clínico citado, ¿cuál de las siguientes es verdadera? (2020 diciembre)

- a) El diagnóstico más probable es una infección por virus del sarampión.
- b) El signo físico diagnóstico es la presencia de una amigdalitis exudativa.
- c) Se asocia a una infección por virus herpético humano tipo 6. *
- d) El tratamiento indicado es amoxicilina oral.

. Niño de 10 meses con cuadro febril de 3 días de duración, sin otra sintomatología acompañante salvo irritabilidad con los períodos de hipertermia. El cuarto día presenta aparición de exantema en tronco y desaparición de la fiebre. Respecto al cuadro clínico citado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?: (2018) (2017) (2015) (2013)

- a) El diagnóstico más probable es una infección por virus del sarampión.
- b) El signo físico diagnóstico es la presencia de una amigdalitis exudativa.
- c) El tratamiento indicado es amoxicilina oral.
- d) Se asocia a una infección por virus herpético humano tipo 6. *
- e) La duración del exantema suele ser de 4 semanas.



VARICELA ZÓSTER

. El virus responsable del herpes zóster establece su latencia en: (2020 julio)

- a) Linfocitos B.
- b) Linfocitos T.
- c) Hígado.
- d) Ganglios sensoriales. *

→ la varicela es sólo la primo infección de un virus que en el adulto produce herpes virus

1. Primoinfección x varicela → virus va a ganglios sensitivos → 2. virus permanece quiescente en ganglios dorsales → 3. reactivación zoster (no es x reinfección, relacionado con inmunosupresión).

. Un niño de 4 años acude al pediatra por aparición de lesiones papulosas rojas, algunas con vesículas blanquecinas no umbilicadas en tronco y también en mucosa oral, muy pruriginosas. Dos días antes presentaba cuadro catarral con fiebre moderada. Respecto al cuadro que presenta este niño, todo lo siguiente es cierto, EXCEPTO: (2014) (2013)

- a) Está causado por un herpes virus.
- b) Las lesiones costrosas contienen virus viables.
- c) La complicación más frecuente es la sobreinfección de las lesiones cutáneas.
- d) La neumonía como complicación es poco frecuente en la infancia comparado con el adulto
- e) La encefalitis cuando se presenta como complicación de esta enfermedad habitualmente se presenta con signos cerebelosos y tiene mejor pronóstico que si lo hace con signos cerebrales.

→ varicela zoster

- clínica = vesículas (lesión elemental) muy pruriginosas en cuyo interior hay partículas víricas
- infección indica en tórax (se extiende a cara y cuero cabelludo) + enantera (exantera no respeta mucosas - mucosa orla o genital)
- complicación = sobreinfección cutánea bacteriana (+frec) + respi (neumonía de la que sospechamos cuando aparece tos, taquipnea y fiebre 2-5 días) + neurológicas (meningitis-encefalitis para y postinfecciosa + cerebritis).

. ¿Cuál es la complicación más frecuente de la varicela? (2020 julio)

- a) Síndrome de Reye.
- b) Sobreinfección cutánea bacteriana. *
- c) Síndrome de Guillain-Barré.
- d) Púrpura trombocitopénica.

→ varicela zoster - complicaciones (adulto) = sobreinfección cutánea bacteriana (S.pyogenes / S.aureus)

→ varicela zoster relación con Sd Reye

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en infecciones por virus herpéticos? (2018) (2014) (2013)

- a) Foscarnet.
- b) Ganciclovir.
- c) Aciclovir. *
- d) Valganciclovir.
- e) Interferón.

→ varicela zoster = herpes zoster - tto = sintomático + Aciclovir (reservado para situaciones gravedad)

. ¿Cuál de las siguientes vacunas está contraindicada en pacientes inmunodeprimidos? (MIR 2015)

- a) Varicela. *
- b) Hepatitis B.
- c) Gripe.
- d) Neumocócica (polisacáridos).

→ varicela - vacuna = virus vivo atenuado → + vacuna triple vírica en 2ª dosis

→ vacunas virus vivos atenuados = NO inmunodepres/embarazadas



PAROTIDITIS

. ¿Cuál es la causa adquirida más frecuente de sordera unilateral? (MIR)

=> Parotiditis.

-> parotiditis - complicaciones = pruritis + sordera (1ª causa de sordera adquirida unilateral neurosensorial)

HERPES SIMPLE: GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA Y ECZEMA HERPÉTICA (ECZEMA VARICELIFORME DE KAPOSI)

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en infecciones por virus herpéticos? (2018) (2014) (2013)

a) Foscarnet.

b) Ganciclovir.

c) Aciclovir. *

d) Valganciclovir.

e) Interferón.

-> herpes simple:

- gingivostomatitis herpética - tto = antivirales (Aciclovir)

- eczema herpético (eczema variceliforme de kaposi) - tto = antivirales (Aciclovir)

ENFERMEDAD DE KAWASAKI

. ¿Cuál es el agente o mecanismo presuntamente implicado en la producción de una enfermedad de Kawasaki?: (2015) (2013)

a) Estreptococo beta-hemolítico grupo A.

b) Agentes no identificados que actúan como superantígenos. *

c) Diferentes enterovirus.

d) Una reacción injerto contra huésped.

e) Artrópodos.

-> enfermedad Kawasaki = etiología desconocida -> teoría participación superantígeno (sobrestimula sistema inmune)
similar toxina síndrome shock tóxico estafilocócico

. En relación a la enfermedad de Kawasaki, todas las afirmaciones son correctas menos una. Señálela: (2014)

a) Se acompaña de picos febriles elevados de al menos 5 días de evolución.

b) La base patogénica de la enfermedad es la vasculitis.

c) Las complicaciones más graves se relacionan con la afectación coronaria.

d) El diagnóstico se realiza habitualmente mediante biopsia ganglionar.

e) El tratamiento consiste en inmunoglobulina intravenosa y dosis elevadas de ácido acetilsalicílico.

. En relación a la enfermedad de Kawasaki, todas las afirmaciones son correctas menos una. Señálela: (2014)

a) Se acompaña de picos febriles elevados de al menos 5 días de evolución.

-> fiebre >5 días evolución sin causa justificada

b) La base patogénica de la enfermedad es la vasculitis.

-> enfermedad Kawasaki = vasculitis (afectación predomina vasos medianos y pequeños - si no se tratan = aneurisma múltiple)

c) Las complicaciones más graves se relacionan con la afectación coronaria.

-> complicaciones = afectación cardíaca en forma de vasculitis coronaria con formación de aneurismas

d) El diagnóstico se realiza habitualmente mediante biopsia ganglionar. *

-> dx se basa en criterios clínicos

e) El tratamiento consiste en inmunoglobulina intravenosa y dosis elevadas de ácido acetilsalicílico.

-> tto (admin precoz antes inicio cuadro para evitar complicaciones cardíacas) = gammaglobulina iv + salicilatos (aspirina)

. La complicación más importante de la enfermedad de Kawasaki es: (2020 julio)

a) Hepatitis.

b) Artralgias.

c) Aneurismas coronarios. *

d) Alteraciones neurológicas.

→ enfermedad Kawasaki = >pacientes pediátricos + complicación aneurisma coronario

- criterios clínicos: fiebre >5 días (sin causa justificada) + 4/5 = inyección conjuntival + cambios piel (rash polimorfo generalizado) + cambios extremidades (induración manos/pies, eritema palmoplantar, descamación periungueal) + cambios boca (eritema en boca y faringe, labios rojos y fisurados y lengua aframbuesada) + adenopatía cervical

EXANTEMA MANO-PIE-BOCA

. Los enterovirus: (2020 julio)

a) Pueden transmitirse por vía respiratoria, especialmente el D68. *

b) Producen el síndrome mano-codo-hombro.

c) Producen el síndrome mano-codo-hombro.

d) Se tratan habitualmente con la combinación de ganciclovir y zidovudina.

→ enterovirus D68 = clínica respiratoria.



MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (ENFERMEDAD DEL BESO)

. ¿En cuál de las siguientes entidades NO está implicado el Virus de Epstein-Barr? (MIR 2014)

a) Mononucleosis infecciosa.

b) Linfoma de Burkitt.

c) Linfoma de células grandes B en pacientes inmunodeprimidos.

d) Carcinoma nasofaríngeo.

e) Carcinoma de cérvix. *

→ virus Epstein Barr - cuadros clínicos

- mononucleosis infecciosa

- linfoma de Burkitt

- enfermedad linfoproliferativa (en inmunodeprimidos)

- carcinoma nasofaríngeo

- leucoplasia vellosa oral (SIDA)

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas a los virus herpes humanos es correcta? (MIR 2011)

a) Son virus RNA de simetría icosaédrica y desnudos (sin envoltura).

- b) Los mecanismos involucrados en la patogenia de las infecciones causadas por los virus del herpes simple tipos 1 y 2 son muy diferentes.
- c) La queratitis herpética casi siempre afecta a ambos ojos.
- d) El virus de Epstein Barr presenta una relación etiológica con el linfoma endémico de Burkitt, la enfermedad de Hodgkin y el carcinoma nasofaríngeo. *
- e) La vía frecuente de transmisión de citomegalovirus es la aérea.

. Esta pregunta, que cae tal como prometió el profesor, hace referencia a un paciente de 14 años que presenta faringitis prolongada, fiebre y adenopatías. El laboratorio informa de la existencia de linfomonocitosis y de anticuerpos heterófilos. Como usted es muy listo, y estudió lo que debía, conoce el diagnóstico y sabe que una de las siguientes aseveraciones sobre la entidad que el niño padece NO es cierta: (2014)

- a) El mycoplasma, el toxoplasma, o el herpes virus pueden producir también esta sintomatología.
- b) El virus que habitualmente produce este cuadro se transmite principalmente a través de la saliva.
- c) El virus más frecuentemente responsable tiene un gran tropismo por los linfocitos T. *
- d) Esta entidad puede compartir etiología con otros procesos linfoproliferativos como la granulomatosis linfomatoide o el síndrome hemofagocítico.
- e) El tratamiento es sintomático.

. Un paciente de 14 años que presenta faringitis prolongada, fiebre y adenopatías, el laboratorio informa de la existencia de linfomonocitosis y de anticuerpo heterófilos. Como usted es muy listo, conoce el diagnóstico y sabe que una de las siguientes aseveraciones sobre la entidad que el niño padece NO es cierta: (2013)

- a) El virus más frecuentemente responsable tiene un gran tropismo por las Linfocitos T. *
- b) El mycoplasma, el toxoplasma o el herpes virus pueden producir también esta sintomatología.
- c) El virus que habitualmente produce este cuadro se transmite principalmente a través de la saliva.
- d) Esta entidad puede compartir etiología con otros procesos linfoproliferativos como la granulomatosis linfomatoide o el síndrome hemofagocítico.
- e) El tratamiento es sintomático.

→ mononucleosis infecciosa

- diagnóstico diferencial = toxoplasma + mycoplasma + HHV 6 y 7 + VIH
- EBV - cuadros clínicos = enfermedad linfoproliferativa (en inmunodeprimidos)
- mecanismo infección = tropismo linfocitos B
- se transmite x saliva

. Niño de 9 años que acude a urgencias por presentar tumefacción cervical bilateral sin fiebre ni otros síntomas. En la exploración física presenta: BEG, febrícula, palpación de varias adenopatías dolorosas de 1,5cm, bilaterales en región submandibular, y un exudado blanco- amarillento sobre amígdalas hipertróficas e hiperémicas. Se instaura tratamiento empírico con amoxicilina oral, a pesar de lo cual la paciente regresa al 5o día por persistencia del cuadro, fatiga intensa, exantema maculopapuloso en tronco y extremidades, y fiebre de 30oC. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?: (2013)

- a) Herpangina.
- b) Escarlatina.
- c) Sarampión.
- d) Rubéola.
- e) Mononucleosis infecciosa. *

→ mononucleosis infecciosa - clínica (triada: fiebre duración prolongada + linfadenopatías + faringitis) - niños:

- faringoamigdalitis
- adenopatías
- pseudomembranas en amígdalas
- cansancio, malestar
- exantemas maculares V exacerban con admin amoxicilina o ampicilina.

*BEG = buen estado general

. En un paciente que presenta faringitis prolongada, fiebre y adenopatías, el laboratorio informa de la existencia de linfomonocitosis y de anticuerpos halterófilos. Su actitud será: (2020 julio) (2017) (2015) (2014)

- a) Hacer una biopsia de un ganglio linfático.
- b) Solicitar IgM para el antígeno de la cápside viral (VCA). *
- c) Solicitar IgG para el antígeno nuclear (EBNA).

d) Diagnosticar una mononucleosis infecciosa.

e) Remitir al paciente a un hematólogo.

→ mononucleosis

- triada característica = fiebre duración prolongada + faringitis + linfadenopatías

- Dx = test de Paul-Brunel (prueba de anticuerpos heterófilos) + anticuerpos IgM anti-VCA (dx infección aguda x VEB)

- Dx se hace = linfomonocitosis marcada en hemograma

. Adolescente de 13 años que acude a la consulta del Centro de Salud con fiebre elevada e intenso dolor de garganta. En la exploración física, se observa: adenopatías laterocervicales y submandibulares, amigdalitis exudativa y esplenomegalia. El hemograma presenta leucocitosis (16.000) con linfomonocitos del 61%. Ante la sospecha de mononucleosis infecciosa por el virus Epstein-Barr, ¿cuál sería el siguiente estudio para realizar para hacer diagnóstico de mononucleosis aguda? (2020 julio)

a) Anticuerpos heterófilos (reacción de Paul-Bunnell). *

b) Anticuerpos IgM contra antígenos de la cápside viral (anti-VCA).

c) Anticuerpos IgG contra antígenos tempranos (anti-EA).

d) Anticuerpos IgM contra antígenos nucleares (anti-EBNA).

→ Anticuerpos heterófilos (reacción de Paul-Bunnell) = aparecen en fase aguda.

. El tratamiento que recomendaría a un niño diagnosticado de mononucleosis infecciosa sería: (2020 julio)

a) Corticoides.

b) Inmunosupresores.

c) Antivirales (aciclovir o ganciclovir) + medidas sintomáticas.

d) Medidas sintomáticas.

→ mononucleosis infecciosa - tto v sintomático con aporte de líquidos

COVID 19

. He leído en el Lancet que se ha detectado en niños un síndrome relacionado con el COVID-19 que se confunde o presenta características similares al síndrome de Kawasaki, si bien no presenta todas sus características habituales. ¿Qué complicación presentan estos pacientes con COVID-19 que no presenta habitualmente el síndrome de Kawasaki? (2020 diciembre) (2020 julio)

a) Exantema.

b) Fiebre.

c) Aneurismas coronarios.

d) Disfunción miocárdica. *

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades es la menos contagiosa? (2023 diciembre)

a) Sarampión.

b) Tosferina.

c) Polio.

d) SARS-COV-2. *

.Cuál de las siguientes aseveraciones en relación a la pandemia por SARS-COV-2 Y los niños, en función del conocimiento actual le parece incorrecta: (2023 diciembre)

a) La pandemia ha propiciado un incremento significativo de la patología psiquiátrica pediátrica.

b) El SARS-COV-2 produce formas clínicas más leves en los niños que en los adultos.

c) El SARS-COV-2 en niños puede producir un cuadro inflamatorio parecido al Kawasaki. *

d) La pandemia ha mejorado las cobertura vacúnales infantiles en general gracias al interés despertado por las vacunas.

23. INMUNODEFICIENCIAS

.Cuál es el tipo de inmunodeficiencia primaria más frecuente de los enumerados a continuación. (2023 diciembre)

- a) Inmunodeficiencias combinadas.
- b) Deficiencias predominantemente de anticuerpos. *
- c) Defectos de la inmunidad innata.
- d) Enfermedades por disregulación inmune.

→ deficiencias predominantemente de anticuerpos = grupo de inmunodeficiencias primarias más frecuente (50-60%)

.Cuál de las siguientes aseveraciones en relación a la inmunodeficiencia variable común es falsa: (2023 diciembre)

- a) La cuantificación de gammaglobulinas es esencial en el diagnóstico.
- b) Debutan precozmente, en las primeras semanas de vida. *
- c) Incluso con tratamiento, pueden presentar infecciones graves, incluyendo encefalitis por virus.
- d) Constituye la forma más frecuente de inmunodeficiencia primaria sintomática.

→ deficiencias predominantes de anticuerpos - inmunodeficiencia común variable

- IDP sintomática (+) frec
- Dx en edad adulta

. Refieren un lactante de 2 meses alimentado a pecho a tu consulta porque ha tenido desde el nacimiento una otitis, y ahora una neumonía diagnosticada radiológicamente que no evoluciona bien a pesar del tratamiento antibiótico desde hace una semana. Además, notan que no gana peso. A la exploración física observas un niño sin rasgos fenotípicos llamativos, con escaso panículo adiposo, en percentil 25 de talla y peso (en su historia figura que al nacimiento estaba en percentil 75), y que, además tiene una candidiasis en la mucosa oral y en pliegues y zona perineal. Aunque tiene buena coloración y no aparenta tener dificultad respiratoria, en la auscultación pulmonar llama la atención disminución en el murmullo vesicular y estertores diseminados. En relación a este paciente cuál de las siguientes aseveraciones/actitudes NO consideras adecuada: (2023 diciembre)

- a) Es importante hacer una anamnesis detallada, y analizar la historia familiar de enfermedades.
- b) Sería importante realizar un hemograma, una bioquímica completa, una cuantificación de inmunoglobulinas una determinación de subpoblaciones linfocitarias.
- c) Haría una radiografía de tórax para ver evolutivamente si hay cambios y fijarme en el ritmo.
- d) Tranquilizaría a los padres, y posiblemente se trate de un problema de técnica de alimentación y aún no han pasado días suficientes de tratamiento de esa neumonía, con lo que retrasaría cualquier prueba complementaria. *

→ inmunodeficiencias primarias - dx - despistaré inicial:

- anamnesis/hª clínica (detección de antecedentes personales y familiares)
- primer set de pruebas para descartar o confirmar inmunodef = hemograma + cuantificación Ig + bioquímica + subpoblaciones linfocitarias.

. En el paciente del caso anterior, en cuanto llega el hemograma, te llama la atención que tiene 900 linfocitos/mm³. Entre tus primeras consideraciones, hay una que no es correcta: (2023 diciembre)

- a) Tengo que cambiarle la pauta antibiótica y cubrir posibles gérmenes oportunistas.
- b) Si hubiesen realizado el TREC en el cribado neonatal podríamos haberlo diagnosticado antes que comenzase con manifestaciones infecciosas.
- c) Su enfermedad base no tiene tratamiento posible. *
- d) Tengo que poner en marcha un estudio genético para identificar la alteración genética asociada, con especial atención al JAK3, el ADA y el gen de la cadena gamma del receptor de IL-2, entre otros genes.

→ linfopenia = $<2a <2500/mm^3$ → presente 80% IDCG

→ inmunodeficiencias combinadas graves (IDCG):

- afectación/ausencia linfocitos T + B + NK (linfocitopenia nos puede ayudar a diagnosticarla)
- debut = infecciones graves y recurrentes (oportunistas) con retraso crecimiento
- alteraciones implicadas = déficit cadena gamma del receptor IL-2 + quinasa 3 asociada a Janus (JAK 3) + ADA (gen de la adenosin deaminasa) + disgenesia reticular + déficit RAG1/2.
- se puede detectar neonatal ente a través de cribado neonatal de IDCG = estudio de TREC (T-cell Receptor Excision Circle)
- tto = trasplante progenitores hematopoyético (TPH)

preguntas que yo creo que no entra porque no están en el temario de este año

. ¿Cuál de estas enfermedades NO es producida por estreptococos? (2020 julio)

- a) Síndrome de Kawasaki. *
- b) Shock tóxico.
- c) Dermatitis perianal.
- d) Fascitis necrotizante.

. La etiología bacteriana más frecuente de las meningitis neonatales es: (2020 julio)

- a) Estreptococo grupo B.
- b) Escherichia coli. *
- c) Neisseria meningitidis B.
- d) Enterococo.

. La presencia de meningitis con petequias se asocia a la etiología de: (2020 julio)

- a) Neisseria meningitidis B.
- b) Haemophilus influenza B.
- c) Mycobacterium tuberculosis.
- d) a, b y c son ciertas. *

. ¿Cuál de estos criterios indica gravedad en la infección meningocócica? (2020 julio)

- a) Leucocitosis mayor de 15.000/mm³.
- b) Presencia de leucocitosis en el LCR.
- c) Púrpura de menos de 12 horas de evolución. *
- d) Velocidad de sedimentación globular aumentada.