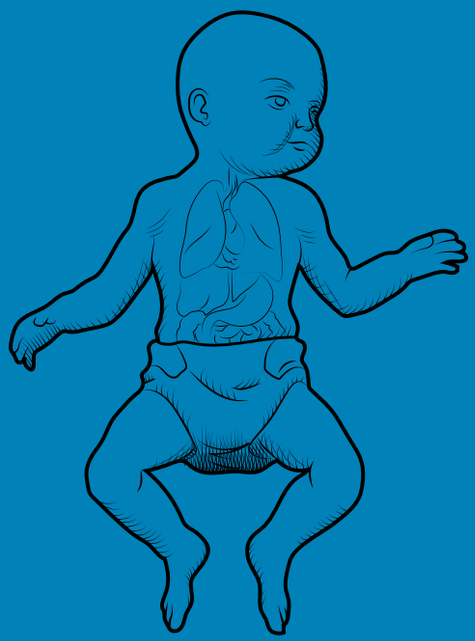


Pediatría

DESGLOSES MIR

PD

T01 Neonatología

P169 MIR 2018-2019

Señale la afirmación INCORRECTA sobre toxoplasmosis y embarazo:

1) El riesgo de transmisión vertical disminuye con la edad gestacional.
2) El tratamiento con espiramicina 3 g/d disminuye el riesgo de infección fetal.
3) El test de avidez de IgG se realiza ante sospecha de infección materna (IgM e IgG positivas).
4) La secuela más frecuente es la coriorretinitis subclínica.

Respuesta correcta: 1

P178 MIR 2018-2019

Recién nacido de 40 semanas de edad gestacional y peso estimado 3.800 g. Tiene una frecuencia cardiaca de 30 lpm y no se observa esfuerzo respiratorio. Se inicia reanimación con intubación, masaje cardiaco y tres dosis de adrenalina intravenosa. A los 15 minutos de vida no presenta signos vitales. ¿Cuál considera que es la actuación ADECUADA?

1) Como no responde bien a las maniobras de reanimación, se debe cambiar el tubo endotraqueal.
2) Continuar con la reanimación y administrar más dosis de adrenalina intravenosa.
3) Iniciar tratamiento con hipotermia pasiva.
4) Interrumpir las maniobras de reanimación.

Respuesta correcta: 4

P182 MIR 2018-2019

Recién nacido que en la exploración física presenta labio leporino con fisura palatina. Con respecto a esta malformación, todo lo siguiente es cierto, EXCEPTO:

1) Tiene una base genética.
2) Puede relacionarse con la ingesta de ciertos fármacos durante el embarazo.
3) Los pacientes afectos presentan con frecuencia otitis media aguda.
4) El cierre quirúrgico de la fisura palatina se realiza en los primeros 3 meses para evitar problemas de alimentación.

Respuesta correcta: 4

P230 MIR 2018-2019

Recién nacido a término con retraso del crecimiento intrauterino y microcefalia que en las primeras 24 horas de vida presenta ictericia, petequias y esplenomegalia. Tiene una bilirrubina total de 12 mg/dL y la indirecta de 2,5 mg/dL. En el hemograma se constata una trombocitopenia. El Coombs directo es negativo. En la tomografía axial computarizada cerebral se observan calcificaciones periventriculares. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

1) Infección perinatal por *Streptococcus agalactiae*.
2) Infección intrauterina por el virus de la rubéola.
3) Infección congénita por citomegalovirus (CMV).
4) Infección congénita por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Respuesta correcta: 3

P164 MIR 2017-2018

Un recién nacido presenta al minuto del nacimiento una frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, una respiración lenta e irregular, ausencia de tono muscular con flacidez generalizada, respuesta ausente al golpeo enérgico de la planta del pie y coloración rosada en el cuerpo con las extremidades azuladas. ¿Qué puntuación del test de Apgar le corresponde?

1) Dos puntos.
2) Cinco puntos.
3) Tres puntos.
4) Seis puntos.

Respuesta correcta: 3

P178 MIR 2016-2017

En relación al hipotiroidismo congénito, indique el enunciado FALSO:

1) Los programas de cribado neonatal detectan la mayoría de los casos.
2) Un porcentaje de casos no mayoritario (en torno a 10%) son transitorios
3) Las dishormonogénesis tiroideas son las causas más frecuentes
4) Las disgenesias tiroideas son alteraciones en el desarrollo embrionario de la glándula tiroides.

Respuesta correcta: 3

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P165 MIR 2015-2016

La causa más frecuente por la que un recién nacido puede precisar reanimación en el paritorio es:

1) Prematuridad.
2) Aspiración de meconio.
3) Metabolopatías.
4) Malformaciones cardíacas.

Respuesta correcta: 1

P176 MIR 2014-2015

¿Cuál de las siguientes se correlaciona con la retinopatía del recién nacido prematuro?

1) La bilirrubina.
2) La gentamicina.
3) Los corticoides.
4) El oxígeno.
5) El fentanilo.

Respuesta correcta: 4

P086 MIR 2013-2014

Dentro de las anomalías congénitas de la pared abdominal están el onfalocele y la gastrosquisis. Ambas entidades son defectos de la pared. ¿En qué se diferencian?

1) El onfalocele se produce a nivel umbilical y la gastrosquisis a nivel epigástrico.
2) El defecto, en el caso de la gastrosquisis, es de mayor tamaño que el onfalocele.
3) En el onfalocele, un saco peritoneal recubre el contenido abdominal y en la gastrosquisis no.
4) El onfalocele, a diferencia de la gastrosquisis, se asocia frecuentemente con la atresia intestinal.
5) A diferencia del onfalocele, en la gastrosquisis el tratamiento quirúrgico se puede diferir.

Respuesta correcta: 3

P173 MIR 2013-2014

Lactante de 1 mes de vida que acude a urgencias del hospital remitido por su pediatra por ictericia. Refiere ésta desde hace 10 días y ha ido en aumento. En la analítica de sangre destaca una bilirrubina total de 7 mg/dl siendo la bilirrubina indirecta de 1,5 mg/dl. La causa más probable, de entre las siguientes, de esta ictericia es:

1) Atresia de vías biliares.
2) Ictericia por lactancia materna.
3) Isoinmunizacion 0-A de aparición tardía.
4) Enfermedad de Gilbert.
5) Esferocitosis hereditaria.

Respuesta correcta: 1

P234 MIR 2012-2013

¿Qué hallazgo, de los siguientes, en la exploración que se realiza en las primeras 24 horas a un recién nacido obliga a realizar exámenes complementarios para aproximar su diagnóstico?

1) Acabalgamiento de sutura parieto-occipital.
2) Edema palpebral bilateral.
3) Eritema tóxico en tronco y extremidades.
4) Mancha mongólica en espalda y extremidades superiores.
5) Mechón de pelo en zona de columna lumbosacra.

Respuesta correcta: 5

P141 MIR 2011-2012

La causa más frecuente de síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de membrana hialina en el recién nacido prematuro es:

1) El defecto de surfactante pulmonar por inmadurez.
2) Un neumotórax a tensión.
3) Un síndrome de aspiración meconial.
4) Una infección respiratoria.
5) La escasa fuerza muscular.

Respuesta correcta: 1

T02 Desarrollo y nutrición

P177 MIR 2018-2019

Ante un niño de 15 meses de edad al que no le ha salido ningún diente, debemos considerar que:

1) No se trata de una erupción tardía. Estamos en los límites de la normalidad (media más desviación estándar).
2) La cronología dental guarda una estrecha relación con otros procesos de crecimiento y maduración.
3) Lo más frecuente es que no encontremos ninguna causa (origen idiopático).
4) La erupción dentaria comienza con los caninos, progresando hacia los incisivos.

Respuesta correcta: 3

P157 MIR 2017-2018

La llamada "alimentación complementaria" o "Beikost", consiste en la introducción de alimentos diferentes de la leche materna o leche de fórmula en los niños. Señale una opción incorrecta en este tipo de dieta:

1) A partir de los 4 meses yema de huevo.
2) A partir de los 4 meses cereales sin gluten.
3) A partir de los 4 meses fruta fresca.
4) A partir de los 6 meses cereales con gluten.

Respuesta correcta: 1

P158 MIR 2017-2018

Lactante de 1 mes de vida que presenta vómitos de 24 horas de evolución. Come con apetito y llora entre las tomas. Desde el nacimiento toma biberón y no vomitaba previamente. En función de la sospecha diagnóstica más probable, ¿qué pruebas diagnósticas le parecen más adecuadas?

1) Es un reflujo gastro-esofágico fisiológico para su edad, es suficiente con posición semiincorporada tras las tomas.
2) Puede ser una gastroenteritis, haría gasometría venosa e iones y administraría rehidratación intravenosa.
3) Probablemente tenga una estenosis hipertrófica de píloro, le pediría una ecografía.

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

4) Hay que descartar una malformación congénita del tracto digestivo con un tránsito gastroduodenal.

Respuesta correcta: 3

P176 MIR 2016-2017

¿Cuál de las siguientes NO es una característica del retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad?

1) Talla baja proporcionada durante la niñez, inadecuada para el contexto familiar.
2) Longitud al nacimiento pequeña para la edad gestacional.
3) Antecedentes familiares de maduración tardía.
4) Talla final acorde a la talla diana o genética.

Respuesta correcta: 2

P179 MIR 2016-2017

Señale cuál de las siguientes enfermedades NO cursa con talla alta:

1) Síndrome de Turner.
2) Síndrome de Klinefelter.
3) Síndrome de Marfan.
4) Homocistinuria.

Respuesta correcta: 1

P171 MIR 2014-2015

Para decidir posponer el alta a un niño en la maternidad a las 48 horas del parto se tendrá en cuenta los siguientes criterios EXCEPTO uno, indíquelo.

1) Ictericia evidente en el primer día de vida.
2) VDRL positivo.
3) Pérdida de peso del 7%.
4) Lactancia materna no establecida.
5) Falta de evacuación de meconio.

Respuesta correcta: 3

P175 MIR 2013-2014

Sobre el crecimiento y desarrollo de un niño sano en el primer año de vida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?

1) Entre los 3 y 4 meses de edad, la velocidad de ganancia ponderal aumenta hasta alrededor de 40 g al día.
2) A los 4 meses se duplica el peso al nacer.
3) El peso de un recién nacido puede disminuir un 10% del peso al nacer durante la primera semana.
4) La percepción de permanencia de un objeto es un hito del desarrollo fundamental, que ocurre hacia los 9 meses de edad.
5) Al año de vida, es capaz de caminar de la mano, usa la pinza índice-pulgar para coger un objeto sin ayuda y entregarlo a otra persona bajo petición o gesto y emplea unas pocas palabras además de "papá" y "mamá".

Respuesta correcta: 1

P176 MIR 2013-2014

Señale la respuesta correcta en relación a la lactancia materna:

1) Es importante que la madre desinfecte bien su pezón antes de iniciar cada toma.
2) La primera toma de lactancia materna no debe realizarse antes de las 6 horas de vida.
3) La lactancia maternal precisa de un horario fijo y estricto: una toma cada 4 horas.
4) No debe darse lactancia maternal después de los 12 meses de vida.
5) La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

Respuesta correcta: 5

P180 MIR 2013-2014

Lactante de 10 meses previamente sano con gastroenteritis aguda de un día de evolución y signos de deshidratación leve, sin sangre ni moco en las heces y sin intolerancia oral. ¿Cuál es el tratamiento de elección inicial en nuestro medio?

1) Rehidratación intravenosa, dieta absoluta 8 horas y comenzar alimentación con dieta astringente.
2) Rehidratación con solución de rehidratación oral de baja osmolalidad (sodio 60-75 mEq/l) y continuar con su alimentación habitual.
3) Rehidratación con solución de rehidratación de baja osmolalidad (sodio 60-75 mEq/l), mantener alimentación habitual y amoxicilina oral 10 días.
4) Rehidratación con solución de rehidratación oral de baja osmolalidad (sodio 60-75 mEq/l) y comenzar alimentación con fórmula sin lactosa.
5) Rehidratación con solución de rehidratación oral de baja osmolalidad (sodio 60-75 mEq/l), mantener alimentación habitual y loperamida 7 días.

Respuesta correcta: 2

P157 MIR 2012-2013

En relación al aumento de la prevalencia de sobrepeso y la obesidad en la población infantil, todas las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO una:

1) La prevalencia es mayor en quienes toman un desayuno escaso o lo omiten.
2) La medición de obesidad y sobrepeso se realiza mediante el cálculo del índice de masa corporal.
3) El bajo nivel educativo de los padres y las condiciones económicas negativas se consideran factores de riesgo.
4) El empleo de los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud facilita la comparación entre estudios realizados en distintos países.
5) El rápido aumento de la prevalencia experimentado en últimas décadas es atribuido a causas genéticas.

Respuesta correcta: 5

P159 MIR 2012-2013

La leche humana es el alimento natural y apropiado durante el primer año de vida. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones al respecto NO es cierta?

1) La lecha humana contiene anticuerpos bacterianos y víricos.
2) La lactancia natural se asocia con una menor incidencia de alergia o intolerancia a la leche de vaca.
3) Están bien reconocidas las ventajas psicológicas de la lactancia al pecho tanto para la madre como para el niño.
4) No se ha documentado la transmisión de infección por VIH por la leche materna.
5) La leche humana contiene lactoferrina, que tiene un efecto inhibitorio en el crecimiento de *E. coli.*

Respuesta correcta: 4

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P152 MIR 2010-2011

En la consulta de control de salud observamos las habilidades de un niño. La mamá nos dice que el niño sabe decir "mamá", "papá", "aua", "nene" y "caca". Comprobamos cómo sabe señalar las partes del cuerpo cuando su mamá le pregunta dónde están. La mamá nos cuenta que la obedece de inmediato cuando le dice que se siente para comer y que con señas y parloteo se hace entender casi siempre, pero que no se enfada si no logra hacerse comprender. ¿Cuál de las siguientes edades sería la más compatible con el grado de desarrollo del niño?

1) 12 meses.
2) 15 meses.
3) 18 meses.
4) 21 meses.
5) 24 meses.

Respuesta correcta: 3

P166 MIR 2009-2010

Niño de 12 años con una talla para la edad en el percentil 10 y cuya velocidad de crecimiento está por encima del percentil 25. Existen antecedentes de baja talla familiar en la rama materna y de pubertad retrasada en la paterna. La exploración física es normal, siendo su volumen testicular de 3 cc. Señale la respuesta correcta:

1) La opción terapéutica de elección es el empleo de hormona del crecimiento.
2) El indicador clínico que mejor refleja la normalidad del proceso es la velocidad de crecimiento.
3) La edad ósea probablemente estará adelantada con respecto a la cronológica.
4) Es aconsejable estudiar el eje de la hormona del crecimiento.
5) Se debe realizar control periódico de la talla cada 2 meses.

Respuesta correcta: 2

T03 Patología respiratoria pediátrica

P180 MIR 2016-2017

Señale la respuesta correcta respecto a la tosferina:

1) Es poco contagiosa, con unas tasas de ataque inferior al 20% en personales suscep-tibles.
2) Es un motivo frecuente de toso prolongada en adolescentes y adultos.
3) Los individuos vacunados y los que han pasado la enfermedad adquieren inmunidad permanente.
4) Los niños menores de dos años con sospecha de tosferina requieren ingreso hospitalario por riesgo de complicaciones.

Respuesta correcta: 2

P182 MIR 2016-2017

Lactante de 5 meses de acude a Urgencias por presentar rinorrea desde dos días antes, con aparición posterior de tos seca, fatiga, pitidos al respirar con rechazo de tomas. En la exploración física destaca T.ª 38,2 ºC, saturación arterial de O_2 96%, frecuencia respiratoria 50 resp/min con tiraje subcostal y sibilancias bilaterales; resto normal. Parto a término , sin antecedentes de interés, con calendario vacunal adecuado a su edad; padres fumadores y acude a guardería desde los 4 meses. ¿Cuál de estas medidas le parece que NO está indicada?

1) Ponerle semiincorporado en la cuna.
2) Lavados nasales con suero fisiológico con aspirado de secreciones.
3) Hidratación adecuada con tomas más pequeñas y frecuentes.
4) Amoxicilina oral, 50 mg/kg/día cada 8 horas durante 5 días.

Respuesta correcta: 4

P235 MIR 2015-2016

Lactante de 3 meses correctamente vacunado para su edad, que, tras dos semanas de rinorrea, estornudos y tos, ingresa por intensificación de los accesos de tos, con cianosis al final de los mismos, 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 son verdaderas, EXCEPTO:

1) La vacuna en España se administra combinada con la antidiftérica y antitetánica.
2) Se deben vacunar a los adultos que vayan a estar en contacto con lactantes menores de 6 meses.
3) La inmunidad, tanto natural como vacunal, permanece de por vida.
4) La vacunación está preparada a partir de microorganismos muertos.

Respuesta correcta: 3

P225 MIR 2014-2015

Ante una niña de 7 meses de edad que acude a urgencias con un cuadro sugerente de bronquiolitis, ¿cuál sería el agente etiológico más probable?

1) Adenovirus.
2) Virus parainfluenza 1.
3) Virus de la gripe B.
4) Bocavirus.
5) Virus respiratorio sincitial.

Respuesta correcta: 5

P161 MIR 2012-2013

En un lactante de 3 meses de edad, todas las manifestaciones clínicas reseñadas a continuación obligarían a descartar una fibrosis quística, EXCEPTO:

1) Retraso en la evacuación del meconio.
2) Sabor salado de la piel.
3) Aislamiento en secreciones de Pseudomonas aeruginosa.
4) Deterioro/detención de la curva ponderal.
5) Deshidratación hipernatrémica.

Respuesta correcta: 5

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P183 MIR 2010-2011

Durante los últimos años, en los países desarrollados se ha observado un descenso de la incidencia de meningitis e infecciones invasivas por neumococo. ¿Qué medida, de las enunciadas a continuación, ha sido más determinante?

1) Vacunación a los niños con vacuna conjugada antineumocócica (PCV7).
2) Vacunación a los adultos con vacuna conjugada antineumocócica (PCV7).
3) Vacunación a los niños con vacuna polisacárida polivalente antineumocócica.
4) Vacunación a los adultos con vacuna polisacárida polivalente antineumocócica (PPV23).
5) La mejora en las condiciones de vida y un mejor uso de antibióticos.

Respuesta correcta: 1

P173 MIR 2009-2010

Niño de 11 años que acude por tos seca de 2 semanas de evolución que ha aumentado en los últimos días; en la actualidad es espasmódica y emetizante. No se acompaña de fiebre ni de dificultad respiratoria. No convive con personas con tos crónica ni existe ambiente tabáquico en el hogar. Está correctamente vacunado y no tiene antecedentes de interés clínico. Su crecimiento y desarrollo son normales, presenta hemorragia subconjuntival bilateral y la auscultación es normal, sin ruidos sobreañadidos. Señale la respuesta correcta:

1) El diagnóstico más probable es el de asma.
2) Al ser la auscultación normal no se requieren más estudios complementarios.
3) No es preciso adoptar ninguna medida en quienes conviven con él.
4) El tratamiento de elección es un macrólido.
5) La asociación con hemorragia subconjuntival hace improbable un origen infeccioso.

Respuesta correcta: 4

T04 Patología digestiva pediátrica

P176 MIR 2018-2019

Lactante de 4 meses que es valorado en verano en Urgencias por vómitos, irritabilidad, eritema generalizado y decaimiento de unos 30 minutos de evolución. La madre refiere haberle dado una toma de biberón con fórmula de inicio previamente, con el objetivo de iniciar la lactancia artificial, pues debe incorporarse a trabajar en poco tiempo. No presenta antecedentes de interés, está vacunado correctamente y toma lactancia materna exclusiva. ¿Cuál cree que es la actitud MÁS correcta?

1) Se trata de una viriasis y le recomendaría a sus padres que le administraran un antihistamínico para calmar el picor, y paracetamol si fiebre.
2) Se debe realizar ecografía abdominal urgente para descartar una invaginación intestinal.
3) Se trata de un golpe de calor y aconsejo poner al bebé con poca ropa y dejarlo unas horas en Urgencias mientras se toma otro biberón, dado la angustia familiar.
4) Se trata de una alergia a las proteínas de la leche de vaca y le dejaría con lactancia materna exclusiva o fórmula hidrolizada.

Respuesta correcta: 4

P156 MIR 2017-2018

Niña de 13 años intervenida por enfermedad de Hirschsprung a los 3 meses de vida. ¿Cuál de los siguientes tumores es más probable que presente?

1) Neuroblastoma abdominal.
2) Tumor de Wilms.
3) Nefroma mesoblástico.
4) Carcinoma medular de tiroides familiar.

Respuesta correcta: 4

P161 MIR 2017-2018

En la hernia diafragmática congénita con defecto posterolateral, ¿qué alteración tiene mayor importancia fisiopatológica y clínica?

1) La herniación del hígado en el tórax.
2) La malrotación intestinal asociada.
3) El saco herniario peritoneal intratorácico.
4) La hipoplasia pulmonar y la hipertensión arterial pulmonar.

Respuesta correcta: 4

P163 MIR 2017-2018

Neonato de 20 días que presenta un cuadro de regurgitaciones y vómitos desde el nacimiento. Presenta aspecto desnutrido y letárgico. Lactancia artificial desde el nacimiento. En la analítica destaca leucocitosis con desviación izquierda. Se indica dieta absoluta, perfusión glucosalina y antibióticos intravenosos. Ante la mejoría clínica se reintroduce la alimentación oral a las 48 horas que es seguida de vómitos repetidos, incoercibles, más intensos que los que presentaba al ingreso, reaparición del aspecto letárgico y las mismas alteraciones analíticas. El diagnóstico más probable de este paciente es:

1) Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de la leche de vaca.
2) Hernia hiatal de gran tamaño.
3) Sepsis grave.
4) Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Respuesta correcta: 1

P175 MIR 2016-2017

Señale cuál de las siguientes es la causa más frecuente de trasplante hepático en la infancia:

1) Enfermedad de Crigler-Majjar de tipo I.
2) Hiperoxaluria primario tipo I.
3) Atresia biliar.
4) Enfermedad de Alagille.

Respuesta correcta: 3

P177 MIR 2016-2017

Un niño de 18 meses de vida es atendido en Urgencias por presentar deposición abundante de sangre oscura. En la exploración física el paciente presenta palidez, taquicardia y palpación abdominal normal. En el hemograma la cifra de hemoglobina es 7g/dL. ¿Qué prueba diagnóstica solicitaría?

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

1) Endoscopia digestiva.
2) Tránsito gastrointestinal.
3) Gammagrafía intestinal con pertecnectato Tc99m.
4) Enema opaco.

Respuesta correcta: 3

P156 MIR 2015-2016

Lactante de 5 meses de edad alimentado con lactancia materna exclusiva hasta la actualidad que por motivo de trabajo materno se le introduce biberón con fórmula de inicio y hace unos días se le adiciona con cereales, con y sin gluten. Como antecedentes familiares destaca madre de 28 años asmática, padre de 32 años sano y hermano de 5 años afecto de enfermedad celíaca y dermatitis atópica. Como antecedentes personales, embarazo sin incidencias y parto mediante cesárea, habiéndosele ofrecido biberón con fórmula de inicio el primer día de vida en la maternidad. Desde hace unos días comienza con distensión abdominal, deposiciones diarreicas, rechazo a las tomas, eritema peribucal con duración más prolongada en el tiempo tras la ingesta del biberón, y últimamente, vómitos tras su ingesta, tolerando bien el pecho materno. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?

1) Enfermedad celíaca.
2) Gastroenteritis aguda.
3) Alergia a las proteínas de la leche de vaca.
4) Alergia a los biberones.

Respuesta correcta: 3

P170 MIR 2014-2015

En el tipo más frecuente de atresia de esófago:

1) La ecografía prenatal realizada en el tercer trimestre permite el diagnóstico en un 60- 80% de casos.
2) Se asocia en un 50% de casos a microgastria y defectos del tubo neural.
3) La distancia entre los bolsones atrésicos proximal y distal es mayor que en los otros tipos de atresia.
4) Debe realizarse una gastrostomía en las primeras 48 horas de vida para permitir la alimentación enteral.
5) La presencia de aire en el estómago e intestino delgado en la radiografía de abdomen confirma la existencia de una fístula distal.

Respuesta correcta: 5

P172 MIR 2014-2015

¿Cuál de los siguientes datos NO es propio de la estenosis hipertrófica del píloro?

1) Alcalosis metabólica.
2) Vómitos proyectivos de contenido bilioso.
3) Incidencia familiar.
4) Predominio del sexo masculino.
5) Masa mesoepigástrica palpable.

Respuesta correcta: 2

P177 MIR 2013-2014

Acude al Centro de Salud un niño de 4 años que, 5 minutos antes, comienza con cuadro de angioedema en cara, conjuntivitis, congestión nasal y ronquera, coincidiendo con la ingesta de una cucharada de yogur que le dieron por error en el colegio. Entre los antecedentes está diagnosticado de alergia a proteínas de leche de vaca. En la exploración se constata hipotensión leve, frecuencia cardiaca 110 lat/min, Sat O_2 93%, está pálido y algo sudoroso, con sibilancias diseminadas. ¿Cuál es el primer tratamiento de elección?

1) Provocar el vómito.
2) Adrenalina 1/1.000 subcutánea.
3) Adrenalina 1/1.000 intramuscular.
4) Metilprednisona intramuscular.
5) Salbutamol nebulizado.

Respuesta correcta: 3

P179 MIR 2013-2014

Ante la sospecha de estenosis hipertrófica de píloro, ¿cómo iniciaría los exámenes complementarios?

1) Tránsito digestivo.
2) pHmetría gástrica
3) Radiología simple.
4) Ecografía.
5) Estudio isotópico.

Respuesta correcta: 4

P033 MIR 2012-2013

Pregunta vinculada a la imagen n.° 17.

Niño de 7 meses, traído a Urgencias por presentar episodios intermitentes de llanto de aparición brusca con encogimiento de piernas, irritabilidad, sudoración y palidez. En las últimas horas ha comenzado con rechazo del biberón y deposiciones con sangre, encontrándose muy aletargado. La exploración física es difícil debido a su irritabilidad. Introducción del gluten hace una semana. Se le realiza una ecografía de abdomen (imagen n.° 17) donde se observa la imagen adjunta. ¿Cuál es su diagnóstico?

1) Gastroenteritis aguda.
2) Apendicitis aguda.
3) Invaginación intestinal.
4) Posible intolerancia alimentaria.
5) Adenitis mesentérica.

Respuesta correcta: 3

P034 MIR 2012-2013

Pregunta vinculada a la imagen n.° 17.

En el paciente del caso anterior, una de las siguientes medidas terapéuticas NO está indicada. Señale cuál:

1) Reducción hidrostática con enema de bario.
2) Reducción hidrostática con insuflación de aire.
3) Antibioterapia de amplio espectro (ampicilina y gentamicina) durante al menos 24 horas.
4) Tratamiento conservador con dieta normal para su edad pero exenta de gluten.
5) Tratamiento quirúrgico.

Respuesta correcta: 4

P160 MIR 2012-2013

Los padres de un lactante de 5 meses acuden porque su hijo, que asiste a guardería, presenta desde hace 3 días, coincidiendo con una infección respiratoria de vías altas, heces líquidas en número de 4 al día, algún vómito alimentario ocasional y temperatura axilar de 38,3°C. Es alimentado con lactancia mixta. En la exploración, el lactante tiene buen estado general, está bien nutrido e hidratado y su respiración es eupneica; su peso es de 4.730 g y ha descendido 70 g respecto al de la semana anterior. El abdomen está blando y depresible, sin masas ni megalias, y la fontanela,

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

normotensa. Salvo la presencia de rinorrea acuosa, el resto de la exploración por órganos y aparatos es normal. De las siguientes afirmaciones, señale la respuesta que considera CORRECTA:

1) Se debe realizar una estimación de las pérdidas, recomendar un ayuno de 4 horas y rehidratar durante este tiempo con solución rehidratante oral.
2) Es aconsejable la introducción de cereales de arroz por su efecto astringente.
3) Se debe realizar coprocultivo tan pronto como sea posible para excluir un origen bacteriano.
4) Se debe recomendar el empleo de fórmula sin lactosa.
5) Se ha de aconsejar reponer las pérdidas tras cada deposición, con solución rehidratante oral, y continuar con su alimentación habitual.

Respuesta correcta: 5

P135 MIR 2011-2012

Un recién nacido de 37 semanas de edad gestacional, sin hallazgos patológicos en la ecografía prenatal, presenta en la exploración realizada en el paritorio un *stop* al paso de la sonda nasogástrica. La radiografía de tórax y abdomen muestra un bolsón esofágico atrésico, con una neumatización gastrointestinal normal. Tras evaluación diagnóstica que descarta otras anomalías y encontrándose en situación respiratoria estable, se decide intervención quirúrgica. ¿En qué se basa la prioridad de intervenir a este paciente?

1) Por la imposibilidad de deglutir la saliva.
2) Por las malformaciones cardíacas frecuentemente asociadas.
3) Por el riesgo de neumonitis por aspiración.
4) Por la imposibilidad de alimentación enteral.
5) Por la traqueomalacia asociada.

Respuesta correcta: 3

P136 MIR 2011-2012

Niño de 1 mes, alimentado con lactancia materna exclusiva, consulta porque realiza una deposición cada 5 o 6 días con esfuerzo pero de consistencia blanda, ¿cuál sería nuestra actitud?

1) Iniciar tratamiento laxante.
2) Suplementar la lactancia materna con fórmula antiestreñimiento.
3) Indicar estimulación rectal diaria.
4) Se considera un ritmo intestinal normal.
5) Se deriva a Digestivo Infantil para descartar megacolon agangliónico.

Respuesta correcta: ANU

P150 MIR 2010-2011

Niño de un año y medio que acude a la Urgencia por presentar un cuadro de dolor abdominal e ictericia. En la exploración se palpa una masa abdominal. Al realizar una ecografía se observa la presencia de un quiste de colédoco. ¿Qué actitud terapéutica adoptaremos?

1) Se realizará una punción percutánea para lavado peritoneal con objeto de comprobar que el quiste contiene bilis, para dejar un drenaje que mejore el cuadro de dolor abdominal.
2) Se indicará una laparotomía exploradora y se procederá a una resección radical de toda la vía biliar para sustituirla por una asa de intestino.
3) Se indicará una laparotomía exploradora para drenar el quiste, y cuando remita la dilatación se retirará el drenaje.
4) Se realizará una colangio-resonancia para delimitar el quiste y se indicará una laparotomía para la resección de quiste y anastomosis de la vía biliar.
5) Es necesario un estudio gammagráfico HIDA, para delimitar el quiste y poder realizar el drenaje percutáneo con seguridad.

Respuesta correcta: ANU

P153 MIR 2010-2011

Niño de 28 días de vida, nacido a término. Antecedentes de embarazo y parto normales. Ha sido alimentado con lactancia materna desde el nacimiento. Consulta porque hace 8 días comenzó con vómitos, inicialmente esporádicos y desde hace 5 días, después de todas las tomas. Está permanentemente hambriento. Los vómitos son de contenido alimentario "a chorro". El abdomen, en la palpación, es blando y depresible, sin visceromegalias. En los análisis destacaban, en la gasometría pH 7,49, bicarbonato 30 mEq/l, PCO_2 53 mmHg, exceso de base +8 mEq/l. Iones: Na 137 mEq/l, K 3,1 mEq/l, Cl 94 mEq/l. Teniendo en cuenta el diagnóstico más probable en el cuadro clínico descrito, ¿cuál es la prueba complementaria de elección para confirmar ese diagnóstico clínico?

1) Radiografía simple de abdomen.
2) pHmetría.
3) Ecografía abdominal.
4) Determinación de electrolitos en el sudor.
5) Esofagogastroscopia.

Respuesta correcta: 3

P170 MIR 2009-2010

Lactante de 3 meses que en las últimas deposiciones presenta hebras de sangre roja y moco mezcladas con las heces. No tiene fiebre, vómitos, ni diarrea y su estado general es bueno. Es alimentado desde hace una semana con lactancia mixta. Todas las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO una:

1) El diagnóstico más probable es el de fisura anal.
2) Puede encontrarse aumento de leucocitos en heces.
3) La causa suele ser una alergia a las proteínas de la leche de vaca no mediada por IgE.
4) La madre ha de seguir una dieta exenta de proteínas de la leche de vaca mientras le dé el pecho.
5) No está indicada la realización de ecografía abdominal.

Respuesta correcta: 1

P172 MIR 2009-2010

Niña de 10 años con dolor abdominal de un año de evolución, más intenso y prácticamente diario en los últimos 2 meses, que aumenta con la ingesta. No pérdida de apetito ni alteración del ritmo intestinal. Exploración física normal. ¿Cuál sería el manejo diagnóstico inicial?

1) Se solicita una ecografía abdominal.
2) Se realiza hemograma, velocidad de sedimentación, proteína C reactiva y bioquímica básica.
3) Se tranquiliza a los padres sin pruebas diagnósticas.
4) Se pide radiografía simple de abdomen.
5) Se remite para gastroscopia.

Respuesta correcta: ANU

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P175 MIR 2009-2010

Niña de 4 meses de vida. Antecedentes de retraso en la evacuación de meconio y estreñimiento que acude con distensión abdominal y vómitos biliosos de 24 h de evolución. La radiografía simple de abdomen muestra distensión de asas intestinales y ausencia de aire distal. Indique cuál debe de ser el manejo más adecuado:

1) Lo más probable es que el paciente presente una Enfermedad de Hirschprung que requerirá colostomía urgente con extirpación del segmento agangliónico dilatado en el mismo acto.
2) Seguramente se trate de una invaginación intestinal y la ecografía será muy útil en el diagnóstico.
3) En la medida de lo posible se recomienda un tratamiento conservador inicial con enema de suero y estimulaciones rectales hasta la realización de manometría, enema opaco y biopsia rectal que faciliten el diagnóstico y proporcionen datos sobre la extensión del intestino afecto.
4) La toma de biopsias intestinales durante la realización de la ileostomía no debe realizarse pues convierte una cirugía limpia en contaminada.
5) Si no existen antecedentes familiares de enfermedad de Hirschprung, lo más probable es que tenga un válvulo intestinal y su tratamiento es conservador con sonda nasogástrica y antibioterapia intravenosa.

Respuesta correcta: 3

T05 Patología nefrourológica pediátrica

P142 MIR 2018-2019

Con respecto al hipospadias, señale la afirmación CORRECTA:

1) Es la apertura de la uretra en la cara dorsal del pene que causa un cúmulo de piel a nivel ventral.
2) Se asocia a diástasis de pubis.
3) Se asocia a un cúmulo de piel del prepucio a nivel dorsal y fibrosis en la placa uretral distal.
4) Suele asociarse a otras malformaciones de los genitales externos (por ejemplo, en la deleción cromosoma 13q).

Respuesta correcta: 3

P143 MIR 2018-2019

Mujer de 15 años que consulta por infecciones urinarias de repetición (2-3 episodios por año). Relata cuadros compatibles con cistitis a los que posteriormente se le añaden fiebre y dolor lumbar derecho. La exploración física es anodina y en el estudio ecográfico encontramos la presencia de una ureterohidronefrosis moderada en el lado derecho. Se aprecia la presencia de jet ureteral vesical bilateral. Para confirmar la sospecha diagnóstica, vamos a solicitar:

1) Resonancia magnética abdominopélvica.
2) Cistouretrografía miccional.
3) Radiografía renovesical simple.
4) Uretrocistoscopia.

Respuesta correcta: 2

P181 MIR 2018-2019

La causa MÁS frecuente en la formación de cálculos en la población pediátrica es:

1) Mielomeningocele.
2) Infecciones urinarias.
3) Estenosis de la unión pieloureteral.
4) Válvulas uretrales.

Respuesta correcta: 3

P136 MIR 2017-2018

Niña de dos años diagnosticada de reflujo vesicoureteral unilateral grado II (reflujo al uréter, pelvis y cálices sin dilatación de la vía urinaria y morfología papilar normal). ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de inicio ante esta patología?

1) Inyección endoscópica de dextranómero en el trayecto ureteral intramural.
2) Reimplantación ureteral por vía abierta.
3) Reimplantación ureteral laparoscópica.
4) Tratamiento conservador mediante observación y profilaxis antibiótica/antiséptica.

Respuesta correcta: 4

P162 MIR 2017-2018

Ante un niño de 9 años con dolor testicular de 6 horas de evolución, intenso, que casi le impide caminar, sin traumatismo previo, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

1) Hernia crural.
2) Torsión de hidátide de Morgagni.
3) Epididimitis.
4) Torsión testicular.

Respuesta correcta: 4

P181 MIR 2016-2017

Niña de 2 meses de edad que se remite a la consulta de urología infantil por presentar reflujo vésico-ureteral bilateral grado III. Antecedentes: diagnóstico prenatal de ectasia piélica bilateral. Pielonefritis aguda, al mes de vida, tras la realización de la cistouretrografía diagnóstica. De las siguientes opciones, ¿cuál sería la indicación más recomendable?

1) No hacer nada; ya que el reflujo puede desaparecer de forma espontanea.
2) Tratamiento endoscópico del reflujo.
3) Solicitar gammagrafía renal (DMSA) y realizar un urocultivo mensual.
4) Profilaxis antibiótica con amoxicilina y solicitar gammagrafía renal (DMSA).

Respuesta correcta: 4

P150 MIR 2015-2016

Niño de 12 meses de edad, que en los exámenes de salud practicados desde el nacimiento presenta testículo derecho en conducto inguinal que no es posible descender hasta el escroto. Señale la respuesta CORRECTA:

1) El diagnóstico más probable es el de testículo retráctil.
2) Se ha de esperar hasta los dos años de edad a que ocurra descenso espontáneo del mismo.
3) La gonadotropina coriónica humana es el tratamiento de primera elección.
4) La indicación de orquidopexia no debe diferirse.

Respuesta correcta: 4

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P155 MIR 2015-2016

¿En cuál de estas situaciones considera adecuada la realización de una biopsia renal en la mera recaída de un síndrome nefrótico en un niño?

1) Sensibilidad a corticoides.
2) Presencia de edemas incapacitantes.
3) Presencia de síndrome nefrítico.
4) Comienzo entre los 2 y 6 años de vida.

Respuesta correcta: 3

P125 MIR 2012-2013

Lactante de 13 meses que acude a urgencias por fiebre de hasta 39° C de 48 horas de evolución sin otra sintomatología asociada. Exploración por órganos y aparatos sin hallazgos significativos, destacando buen estado general. Usted le iba a entregar el alta domiciliaria pero el adjunto de Pediatría que está de guardia le pide un sistemático de orina y un urocultivo por sondaje. En la orina destaca leucocituria ++, hematuria + y nitritos ++ y en el Gram de orina se observan bacilos Gram negativos. En la analítica de sangre no existe leucocitosis y la proteína C reactiva es de 50 mg/L. El adjunto le dice ahora que no es preciso que el niño ingrese y que le paute un antibiótico oral. Señale el tratamiento empírico menos adecuado en este caso:

1) Amoxicilina.
2) Amoxicilina-clavulánico.
3) Cefuroxima axetilo.
4) Cotrimoxazol.
5) Cefixima.

Respuesta correcta: 1

P151 MIR 2010-2011

Niña de 10 años que viene a revisión de salud. La exploración física es normal, con un peso y una talla en el percentil 50 y TA 109/65. Un análisis de orina de rutina muestra una densidad específica de 1 035 pH 6 sangre 2+ sin proteínas. El sedimento urinario muestra de 5-10 hematíes por campo. ¿Cuál sería la conducta más apropiada a seguir?

1) Determinar creatinina y nitrógeno en sangre.
2) Derivar a la niña para la realización de una citoscopia.
3) Determinar anticuerpos antinucleares y complemento.
4) Volver a repetir el sedimento de orina en 15 días.
5) Realizar una tomografía axial computarizada abdominal.

Respuesta correcta: 4

T07 Enfermedades infecciosas

P154 MIR 2015-2016

La aparición de fiebre elevada de 39 ºC en un lactante de 10 meses que cede bruscamente después de 3-5 días, seguido de un exantema morbiliforme cefalocaudal con enantema constituido por pápulas rojizas en paladar, y que se resuelve en una semana, asociado a buen estado general, suele estar producida por:

1) Parvovirus B19.
2) Herpes virus tipo 6.
3) Virus *Coxackie* A16.
4) Primoinfección por virus de Epstein-Barr.

Respuesta correcta: 2

P174 MIR 2013-2014

¿Cuál de las siguientes asociaciones (enfermedad - síntoma o signo clínico) es incorrecta?

1) Sarampión - Manchas de Koplik.
2) Exantema súbito – Fiebre.
3) Eritema infeccioso - Anemia por aplasia medular.
4) Varicela - Adenopatías occipitales.
5) Escarlatina - Fiebre y disfagia.

Respuesta correcta: 4

P021 MIR 2012-2013

Pregunta vinculada a la imagen n.º 11.

Mujer de 33 años de edad, trabajadora de la limpieza en una ludoteca infantil y con antecedentes de frecuentes episodios de amigdalitis pultácea. 48 horas antes de la consulta inicia un cuadro de fiebre de hasta 38°C con odinofagia. Por este motivo se automedica con amoxicilina-clavulánico. A las 12 horas aparece un exantema pruriginoso generalizado, motivo por el que consulta a su médico de familia, que cambia el antibiótico a azitromicina y añade corticoides al tratamiento por sospecha de toxicodermia medicamentosa. 24 horas más tarde, la fiebre persiste, se añade cierta sensación disneica y tos, motivo por el que consulta al servicio de urgencias hospitalario. La exploración física muestra a una paciente con fiebre de 39 °C, con estado general afectado, exantema en cara, tronco y espalda, pruriginoso, confluente, con lesiones papulares, habonosas, diseminadas que afectan palmas y plantas. La exploración de la cavidad oral no muestra placas pultáceas amigdalares, pero sí unas lesiones eritematosas con centro blanquecino frente a ambas arcadas dentarias superiores (imagen n.° 11). ¿Cuál sería la mejor manera de definir estas lesiones teniendo en cuenta el contexto de la paciente?

1) Muguet.
2) Manchas de Koplik.
3) Aftas.
4) Liquen.
5) Leucoplasia.

Respuesta correcta: 2

P022 MIR 2012-2013

Pregunta vinculada a la imagen n.° 11.

La paciente presentaba crepitantes bibasales y una saturación de 0_2 del 90%. La radiografía de tórax mostró un aumento tenue de densidad bibasal de aspecto intersticial. La serología para VIH de urgencia fue negativa. Se cambió el tratamiento antibiótico a levofloxacino, se ingresó a la paciente y se solicitaron diversas pruebas complementarias. Al cuarto día, la paciente quedó afebril, se recuperó de la disnea y las lesiones cutáneas se fueron aclarando progresivamente en sentido inverso a su aparición. ¿Cuál de las siguientes pruebas cree Ud. que permitió el diagnóstico definitivo?

1) Serología IgM del *Mycoplasma.*
2) Serología virus *influenza* H1N1.

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

3) Serología IgM del sarampión.
4) Serología IgM Parvovirus B-19.
5) Pruebas treponémicas y reagínicas para la lúes.

Respuesta correcta: 3

P231 MIR 2011-2012

Un lactante de 7 meses acude a Urgencias derivado por su pediatra de zona por sospecha de enfermedad de Kawasaki. Refiere fiebre de hasta 39,5 ºC de 5 días de evolución que no cede a pesar de tratamiento con amoxicilina pautado hace 72 horas por sospecha de faringoamigdalitis aguda. Durante las últimas 24 horas asocia exantema eritematoso no pruriginoso de evolución céfalo-caudal y durante los últimos días llama la atención a sus padres la tos y una intensa conjuntivitis. No refiere 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?

1) Enfermedad de Kawasaki.
2) Escarlatina.
3) Reacción alérgica a la amoxicilina.
4) Mononucleosis infecciosa.
5) Sarampión.

Respuesta correcta: 5

P185 MIR 2010-2011

En un niño con una inmunodepresión severa por un cuadro linfoproliferativo. ¿Cuál de las siguientes vacunas estaría contraindicada?

1) Triple vírica (sarampión/rubéola/parotiditis).
2) Hepatitis B.
3) DTPa (difteria/tétanos/*pertussis* acelular).
4) Gripe.
5) Antineumocócica.

Respuesta correcta: 1

T09 Maltrato infantil

P216 MIR 2015-2016

Unos padres acuden a urgencias con su hijo de 2 años porque refieren que se ha dado un golpe cerca del ojo derecho jugando. Efectivamente, se observa un hematoma en el párpado derecho, aparentemente sin importancia. En el fondo de ojo se observan hemorragias intrarretinianas no sólo en el ojo que refieren los padres, sino también en el otro ojo. Llama la atención que el niño parece adormilado y con poco tono. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones debería considerar respecto a este cuadro clínico?

1) Es una historia altamente sugestiva de maltrato infantil.
2) Es la evolución normal de un traumatismo intraocular no perforante.
3) El diagnóstico más probable es un edema de Berlín.
4) Es el cuadro característico de la angiopatía retiniana traumática de Purtscher.

Respuesta correcta: 1

T10 Vacunas

P127 MIR 2018-2019

De acuerdo con el calendario común de vacunación infantil del Consejo Interterritorial de 2018, ¿qué vacuna se recomienda con una pauta a los 4 meses, 12 meses y 12 años?

1) Hepatitis B.
2) Enfermedad neumocócica.
3) *Haemophilus influenzae* B.
4) Enfermedad meningocócica C.

Respuesta correcta: 4

P128 MIR 2018-2019

Con respecto a las vacunas de la rabia disponibles en España, señale la afirmación INCORRECTA:

1) La pauta de inmunización primaria consta de 3 dosis.
2) La pauta de inmunización post-exposición en no vacunados previamente consta de 5 dosis.
3) Contienen virus vivos atenuados.
4) El embarazo no contraindica su administración para la profilaxis post-exposición.

Respuesta correcta: 3

P220 MIR 2017-2018

¿Cuál es el lugar anatómico recomendado para la administración de una vacuna por vía intramuscular en lactantes de menos de 12 meses de edad?

1) Recto anterior del abdomen.
2) Deltoides.
3) Cara anterolateral externa del muslo (músculo vasto externo).
4) Región dorso-glútea (cuadrante superior externo del glúteo mayor).

Respuesta correcta: 3

P221 MIR 2017-2018

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

1) Hepatitis B.
2) Triple vírica.
3) Varicela.
4) Vacuna frente al neumococo.

Respuesta correcta: 2

P198 MIR 2015-2016

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?

1) Rubeola.
2) Tos ferina.
3) Encefalitis japonesa.
4) Hepatitis B.

Respuesta correcta: 1

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P199 MIR 2015-2016

Respecto a las vacunas infantiles, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

1) Los prematuros deben ser vacunados de acuerdo a su edad corregida.
2) Las vacunas vivas atenuadas están generalmente contraindicadas en los niños inmunodeprimidos.
3) La vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) está contraindicada en niños con alergia al huevo.
4) Las inmunoglobulinas interfieren con las vacunas inactivadas (muertas).

Respuesta correcta: 2

P200 MIR 2015-2016

Teniendo en cuenta la clasificación sanitaria de las vacunas, indique cuál de las siguientes es una vacuna no sistemática:

1) Vacuna antigripal.
2) Vacuna antihepatitis B.
3) Vacuna antipoliomielítica.
4) Vacuna antisarampión.

Respuesta correcta: 1

P201 MIR 2015-2016

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a la vacunación y el embarazo?

1) El embarazo de la madre es una contraindicación para administrar la vacuna contra la varicela a su hijo.
2) Las vacunas inactivadas suponen un riesgo para el feto.
3) Están recomendadas las vacunas vivas atenuadas.
4) Ante una exposición de riesgo, la embarazada puede recibir inmunoglobulinas inespecíficas.

Respuesta correcta: 4

P202 MIR 2015-2016

De las siguientes enfermedades evitables con vacunas, ¿cuál ha sido posible erradicar en todo el mundo?

1) La poliomielitis paralítica.
2) La difteria.
3) La viruela.
4) El sarampión.

Respuesta correcta: 3

P204 MIR 2015-2016

¿Cuál de las siguientes vacunas está contraindicada en pacientes inmunodeprimidos?

1) Varicela.
2) Hepatitis B.
3) Gripe.
4) Neumocócica (polisacáridos).

Respuesta correcta: 1

P164 MIR 2014-2015

Con respecto a la conducta ante pacientes obstétricas expuestas a la varicela, es FALSO:

1) Se debe separar a las mujeres infectadas de otras pacientes obstétricas.
2) Todas las pacientes obstétricas expuestas, sin certeza de inmunidad previa, deben realizarse una determinación serológica de su estado de inmunización.
3) Se debe administrar inmunoglobulina específica a las pacientes obstétricas expuestas no inmunes.
4) El plazo máximo para administrar la inmunoglobulina específica tras el contacto es de 96 horas.
5) Las gestantes sin inmunidad al virus varicela-zóster pueden vacunarse durante la gestación para prevenir la primoinfección.

Respuesta correcta: 5

P191 MIR 2014-2015

¿La vacunación con vacuna antipoliomielítica inactivada genera inmunidad de grupo? (Señale la respuesta correcta).

1) Sí.
2) No.
3) Sólo cuando se utilizan vacunas con adyuvantes.
4) Sólo frente al virus polio tipo 3.
5) Sólo si se administra con vacuna DTP.

Respuesta correcta: 1

P192 MIR 2014-2015

Respecto a la vacunación con vacuna de rubéola en embarazadas, señale la respuesta correcta:

1) Debe de estimularse ya que es muy conveniente para la Salud Pública.
2) Es el procedimiento de elección para el control del síndrome de rubéola congénita.
3) No se considera ya como una indicación de aborto.
4) 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.
5) Se debe administrar conjuntamente con inmunoglobulina específica.

Respuesta correcta: 3

P234 MIR 2013-2014

¿Cuál de las siguientes vacunas parenterales está contraindicada durante el embarazo?

1) Vacuna frente al tétanos.
2) Vacuna frente al sarampión.
3) Vacuna frente a la tos ferina.
4) Vacuna frente a la hepatitis B.
5) Vacuna frente a la gripe.

Respuesta correcta: 2

P199 MIR 2012-2013

En relación a la vacuna del sarampión, todas las afirmaciones siguientes son ciertas EXCEPTO una:

1) 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.
2) La lectura del Mantoux no resulta interferida por la administración de la vacuna dos semanas antes de la prueba.
3) La vacuna puede prevenir o atenuar el curso de la enfermedad cuando se administra

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

a personas no vacunadas, en las 72 horas siguientes a la exposición a un caso de sarampión.
4) La vacunación protege frente al desarrollo de panencefalitis esclerosante subaguda.
5) No está contraindicada en pacientes alérgicos al huevo.

Respuesta correcta: ANU

P230 MIR 2010-2011

Embarazada de 37 semanas con antígeno de superficie del virus de la hepatitis B positivo. Consulta sobre la pauta a seguir con el recién nacido y si puede lactar. ¿Qué consejo le parece el adecuado?

1) Administrar vacuna frente a hepatitis B nada más nacer. Lactancia artificial.
2) Administrar vacuna e inmunoglobulinas al nacer. Lactancia materna a partir del mes.
3) Inmunoglobulinas al nacer y lactancia artificial.
4) Vacuna e inmunoglobulinas al nacer. Alimentación materna.
5) Alimentación artificial y aislamiento durante 4 semanas.

Respuesta correcta: 4

P113 MIR 2009-2010

Señale la correcta entre las siguientes afirmaciones respecto a la gripe:

1) La vacuna antigripal trivalente administrada a la población española en los últimos años ha incluido sistemáticamente una cepa A, una cepa B y una cepa C del virus de la gripe humana.
2) Una de las cepas de la vacuna antigripal estacional administrada a la población española en los últimos años ha sido A (H1N1).
3) El virus A (H1N1) de la actual pandemia está formado por la recombinación de genes de la gripe A humana y porcina y no incluye genes de la gripe A aviar.
4) Los virus de la gripe son virus con ADN monocatenario y diversas proteínas, de las cuales la hemaglutinina y la neuraminidasa no son estructurales y permiten su clasificación.
5) La pandemia de gripe A (H1NI) de 1918 se llamó "gripe española" porque se inició en España y afectó a la población española de manera particularmente intensa.

Respuesta correcta: 2

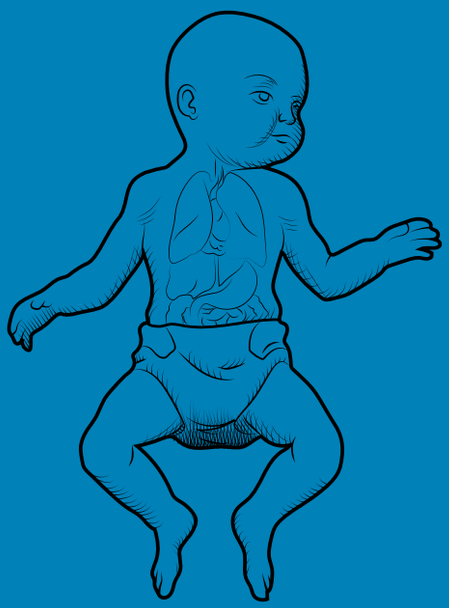
P117 MIR 2009-2010

¿Para cuál de las siguientes entidades NO se dispone en la práctica clínica de vacuna?

1) Encefalitis japonesa.
2) Fiebre tifoidea.
3) Fiebre amarilla.
4) Rabia.
5) Dengue.

Respuesta correcta: 5

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"



MIR DESGLOSES COMENTADOS

PD

Pediatría

T01 Neonatología

P169 MIR 2018-2019

Pregunta fácil que puede acertarse sabiendo las generalidades de las infecciones connatales. Normalmente una infección connatal es más grave si se adquiere al principio del embarazo, pero es más habitual contagiarse a finales de este (opción 1 incorrecta, por lo que la marcamos). Por otro lado, sabes que las serologías son el método diagnóstico de muchas infecciones connatales, y que la sospecha se establece cuando aparece IgM positiva o IgG en ascenso en sangre materna. En cuanto a los síntomas de la toxoplasmosis, recuerda que consiste en la tétrada de Sabin (coriorretinitis-hidrocefalia-calcificaciones dispersas-convulsiones), siendo la coriorretinitis la más frecuente de todas y que puede aparecer de manera tardía y siendo silente inicialmente.

P178 MIR 2018-2019

Según las recomendaciones ILCOR 2015 "un Apgar 0 a los 10 minutos es un fuerte predictor de mortalidad y morbilidad en el recién nacido a término y pretérmino tardío. Se sugiere que, en los recién nacidos con un test de Apgar de 0 a los 10 minutos, si la frecuencia cardíaca continúa indetectable, puede ser razonable interrumpir la reanimación; sin embargo, la decisión de continuar o interrumpir debe ser individualizada".

P182 MIR 2018-2019

El labio leporino y el paladar hendidos pueden aparecer juntos o por separado, y afectan aproximadamente a 1 de cada 700 recién nacidos. Repasemos las opciones de respuesta:
R1.- Respecto a la etiología, cabe destacar que existe un componente genético importante, siendo más alto el riesgo en familiares de primer grado afectados.
R2.- Algunos factores durante el embarazo también aumentan el riesgo, como la toma de fármacos (fenitoína, valproico, talidomida), consumo materno de alcohol y tabaco, dioxinas y otros herbicidas.
R3.- En el caso de problemas de alimentación se usan biberones especiales, tetinas con escudos adheridos para sellar el paladar y en casos graves se puede recurrir a gastrostomía. Son frecuentes los episodios de otitis media en estos pacientes, así como defectos dentales.
R4.- El cierre quirúrgico del labio leporino suele realizarse en torno a los 3 meses de edad y posteriormente el cierre del paladar hendido en torno al año (entre los 9 y los 18 meses –opción 4 incorrecta, por lo que la marcamos–).

P230 MIR 2018-2019

Pregunta sencilla sobre las infecciones congénitas. Se expone el caso clínico típico de una infección connatal y, dentro de ellas, la más frecuente. Cuando nos hablan de un recién nacido con un CIR, que además presenta microcefalia, ictericia, esplenomegalia, trombocitopenia y calcificaciones periventriculares, en lo primero que tenemos que pensar es en un citomegalovirus congénito. Ninguna de las otras infecciones expuestas cursa con todas estas alteraciones típicas. Recuerda la tríada C-M-V: coriorretinitis, microcefalia y calcificaciones periventriculares.

P164 MIR 2017-2018

Pregunta fácil sobre el Apgar si se conoce. Hay pocos *scores* que necesitas saber para el MIR, y éste es uno de ellos. Recuerda que el primer Apgar se hace al MINUTO de vida, no nada más nacer. Nos hablan de frecuencia cardiaca 80 lpm (< 100 lpm suma 1 punto), respiración lenta e irregular (1 punto), asuencia de tono muscular (0 puntos), respuesta ausente al golpeo enérgico de la planta del pie (0 puntos) y coloración rosada en el cuerpo con las extremidades azuladas (acrocianosis, 1 punto). En total, suma 3 puntos.

P178 MIR 2016-2017

La respuesta FALSA es la 3. Los programas de cribado neonatal, mediante la prueba del talón a las 48 horas de vida, detectan la mayoría de los casos de hipotiroidismo (ya que al tratarse de un programa de cribado debe ser una prueba con elevada sensibilidad y especificidad) precisando, en los casos de positividad, confirmación diagnóstica con determinaciones de laboratorio y pruebas de imagen, sin olvidar que niveles elevados de TSH (> 50 microU/mL) precisan inicio inmediato de tratamiento con levotiroxina independientemente dela necesidad de confirmación diagnóstica. (1 CIERTA). Aproximadamente un 90% de los hipotiroidismos diagnosticados en la infancia serán de carácter permanente mientras que el 10% serán transitorios (2 CIERTA). La causa más frecuente de hipotiroidismo

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

congénito permanente son las DISGENESIAS tiroideas –(80-90%) siendo las dishormonogénesis un grupo de patologías que representa entre el 10 -20% de las causas de hipotiroidismo (3 FALSA). Las disgenesias tiroideas son alteraciones en la morfogénesis (o desarrollo embrionario) de la glándula tiroidea. (4 CIERTA).

P165 MIR 2015-2016

Pregunta asequible acerca de la reanimación neonatal. La respuesta correcta es la 1. La asfixia perinatal es la causa principal que condiciona la necesidad de reanimación cardiopulmonar del recién nacido en el momento del parto. Aproximadamente un 6% de los recién nacidos precisan reanimación neonatal, porcentaje que se eleva hasta el 80% en los niños prematuros que suponen a su vez casi un 10% del total de nacimientos. Es decir, la prematuridad es la causa de reanimación neonatal en el 8% de los recién nacidos vivos (http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13_1.pdf).

Respecto al resto de opciones: Respuesta 2: la aspiración de meconio no es actualmente indicación de iniciar reanimación neonatal si el neonato inicia llanto vigoroso y adecuado esfuerzo respiratorio al nacimiento. En caso contrario, se iniciará la reanimación neonatal siguiendo los protocolos habituales, sin afectar en esto el hecho de que haya aspirado meconio. Respecto a la respuesta 3, uno de cada 800 recién nacidos vivos nace con una enfermedad congénita del metabolismo y el 50% de ellos desarrolla la enfermedad durante el período neonatal, lo que supone el 0,19% de los recién nacidos vivos, de los que sólo algunos precisarán reanimación neonatal (http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/45.pdf). Respecto a la respuesta 4, la incidencia de cardiopatías congénitas se puede estimar en 8 a 10 por cada 1000 recién nacidos, siendo aproximadamente la mitad de ellos los que presentarán síntomas ya en el periodo neonatal, lo cual representa el 0,4-0,5% de los recién nacidos vivos, de los que sólo algunos precisarán reanimación neonatal (http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/35.pdf).

P176 MIR 2014-2015

Pregunta sencilla que no se puede fallar en el examen MIR, recordad que el oxigeno en altas concentraciones puede producir en neonatos (principalmente inmaduros como prematuros o con bajo peso) retinopatía y riesgo de displasia broncopulmonar por la toxicidad de los radicales libres del oxígeno.

La bilirrubina y la gentamicina recordad que puede producir que un niño no supere los potenciales auditivos por ototoxicidad pero no influyen en la retina.

P086 MIR 2013-2014

Pregunta muy fácil de contestar sobre las masas umbilicales grandes en el recién nacido que se pueden clasificar según cuál sea su envoltura externa. Así, las hernias umbilicales están cubiertas por piel, en el onfalocele el contenido abdominal está cubierto por peritoneo y en la gastrosquisis no existe ninguna cubierta externa. Por ello, la respuesta correcta es la 3.

P173 MIR 2013-2014

Pregunta fácil sobre ictericia en época neonatal. Fíjate que se ha iniciado a partir de la 3º semana de vida con predominio de la bilirrubina directa o conjugada (bilirrubina total: 7 mg/dl, bilirrubina indirecta: 1,5 mg/dl). Entre las opciones a elegir, la única que cumple la condición de ser una ictericia colestásica o a expensas de bilirrubina directa es la opción 1: atresia de vías biliares (respuesta correcta). La atresia de vías biliares comienza hacia la 3.ª semana de vida en forma de ictericia colestásica, prurito, coluria, acolia mantenida y hepatomegalia progresiva. Si no se restablece un adecuado flujo biliar (cirugía de Kasai), se desarrollará cirrosis biliar y fallo hepático secundario, siendo el trasplante hepático la única solución posible. No hay que olvidar que esta entidad es la primera causa de trasplante hepático en la edad pediátrica.

Tanto la isoinmunización O-A (opción 3) como la esferocitosis hereditaria (opción 5) implican hemólisis, con lo cual el predominio de la hiperbilirrubinemia será a expensas de la fracción indirecta. La enfermedad de Gilbert (opción 4) es un defecto enzimático leve de la glucuroniltransferasa, cursando con hiperbilirrubinemia indirecta leve, asintomática generalmente, exacerbada en condiciones de estrés, ayuno o infecciones. Por último, la ictericia por lactancia materna o síndrome de Arias es una ictericia benigna, que se suele iniciar en la 1.ª semana de vida. Entre sus causas se postula la inhibición de la actividad de la glucuroniltransferasa por algunos metabolitos de la leche materna y al aumento en la reabsorción de bilirrubinas a nivel intestinal. No se recomienda la retirada de la lactancia.

P234 MIR 2012-2013

El acabalgamiento de la sutura parieto-occipital forma parte del moldeamiento del cráneo necesario para el paso por el canal del parto. Su persistencia más allá de 15 días debe hacer sospechar, sin embargo, la presencia de una cranoesinostosis que sí sería patológica. Por la misma razón, el trauma que supone el paso por el canal del parto estrecho, los recién nacidos pueden nacer con tumefacciones en tejidos laxos sobre todo del área de presentación –cara, edema palpebral- y cuero cabelludo (caput sucedaneum). También es frecuente encontrar hemorragias conjuntivales que evolucionan favorablemente. El eritema tóxico del recién nacido es una lesión cutánea benigna, muy frecuente en el recién nacido sano (prevalencia del 50% de los RNT). Aparece hacia el tercer día de vida y dura alrededor de una semana. Son máculas eritematosas generalizadas sobre las cuales aparecen pequeñas vesículas. No afecta a palmas y plantas. La etiología es desconocida, aunque la presencia de eosinófilos hace suponer una base de hipersensibilidad. La mancha mongólica es también una lesión benigna del recién nacido, más frecuente en niños de origen latinoamericano o asiático. Su localización más frecuente es a nivel lumbosacro aunque puede aparecer a otros niveles. Puede ser única o tener lesiones satélites. A pesar de su nombre no se asocia a otras patologías y su evolución natural es hacia su desaparición total o parcialmente en 2-4 años. Un mechón de pelo en la zona lumbosacra puede ser el primer signo de un disrafismo espinal oculto, por lo que requiere una prueba de imagen (ecografía del canal medular, RNM, TC) para descartarlo. El hallazgo de atrofia cutánea, hiperpigmentación, hemangiomas, lipomas, fístulas, una fosita o un apéndice en esa localización también son signos sospechosos de defecto oculto del tubo neural. Pueden ser

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

asintomáticos o sintomáticos (alteraciones de la fuerza, sensibilidad, asimetrías dorsales y/o de extremidades, trastornos de los esfínteres).

P141 MIR 2011-2012

La enfermedad de las membranas hialinas o síndrome de distrés respiratorio del recién nacido prematuro es debida a la inmadurez pulmonar por déficit de surfactante pulmonar. Éste, fabricado por los neumocitos tipo II a partir de las 20-24 semanas de edad gestacional, es un agente tensioactivo que permite la apertura de los alveólos y, por tanto, un adecuado intercambio gaseoso. Está formado por proteínas, colesterol, fosfatidilcolina, esfingomielina y, fundamentalmente, por lecitina, cuya cantidad va aumentando según avanza el embarazo. La madurez pulmonar se alcanza finalmente a las 34-35 semanas de edad gestacional, de manera que por debajo de esta edad gestacional, la falta de surfactante provoca un aumento de la tensión superficial que determina el colapso alveolar y un *shunt* intrapulmonar (alveólos perfundidos, pero no ventilados). Clínicamente, observaremos un pretérmino con signos de dificultad respiratoria en las primeras horas de vida, con cianosis, mala respuesta al oxígeno, hipercapnia, acidosis respiratoria y crepitantes a la auscultación. En la radiografía de tórax observamos un parénquima retículo nodular fino, también denominado patrón en vidrio esmerilado, con broncograma aéreo y escaso volumen pulmonar.

El tratamiento de elección es la administración de surfactante exógeno por vía endotraqueal, garantizando además un soporte respiratorio adecuado, evitando la hiperoxia, que es mal tolerada por el pretérmino (uno de los principales factores de riesgo para desarrollar retinopatía de prematuro). La principal complicación a largo plazo es la evolución a una displasia broncopulmonar. La administración de corticoides prenatales a la madre, ante la amenaza de parto prematuro, disminuye su incidencia y su gravedad.

T02 Desarrollo y nutrición

P177 MIR 2018-2019

La erupción dentaria comienza con los incisivos centrales inferiores a los 6-8 meses. A los 2 años generalmente están todos los dientes. Se considera retraso de la dentición la ausencia de erupción de ninguna pieza dentaria a los 15 meses, siendo la causa idiopática la más frecuente (no encontraremos patología subyacente –respuesta 3 correcta–). No existe una correlación estrecha entre los procesos de crecimiento y maduración con la cronología dental debido a la gran variabilidad individual.

P157 MIR 2017-2018

Pregunta fácil sobre alimentación complementaria. El huevo no se debe introducir en la alimentación del lactante hasta los 8-10 meses, empezando por la yema cocida, por lo que la opción 1 es claramente falsa. A partir de los 4 meses, puede iniciarse la administración de cereales sin gluten y fruta fresca y el gluten no debe introducirse antes del 4.° mes ni más tarde del 12.º mes según las últimas recomendaciones de la ESPHGAN, por lo que la opción 4 es correcta.

P158 MIR 2017-2018

Pregunta asequible sobre la patología digestiva pediátrica. La clínica aguda y aislada de vómitos, de aparición al mes de vida, en un lactante previamente sano, que tiene avidez por las tomas, nos obliga a descartar una estenosis hipertrófica del píloro, cuyo diagnóstico se realiza con ecografía abdominal. El resto de opciones se presentan con una clínica diferente: en el caso del reflujo gastroesofágico aparece además retraso del crecimiento ponderoestatural y/o rechazo de las tomas, en el caso de la malformación congénita, la clínica debería haber comenzado al nacimiento. Por último, en una gastroenteritis, aunque puede comenzar con vómitos aislados, es frecuente que asocien diarrea, fiebre o rechazo de la alimentación, por lo que no resulta la opción más probable y además, este lactante no tiene de ninguna manera indicación de rehidratación intravenosa dado su buen estado general y ausencia de signos de deshidratación.

P176 MIR 2016-2017

El retraso constitucional se interpreta como una variante del patrón normal del crecimiento infantil, forma parte del diagnóstico diferencial de un niño con talla baja armónica/proporcionada. La clínica del retraso constitucional viene marcada por una longitud y peso neonatal normales (por lo tanto la opción 2 es incorrecta). Presentan una velocidad de crecimiento adecuada durante un tiempo variable, seguida de una desaceleración que ocurre hacia los 12 meses de edad, siendo este momento variable. El estirón y el desarrollo, propios del periodo puberal, se retrasan 2-4 años con respecto a lo habitual, presentando hasta entonces una talla baja para el contexto familia (opción 1) . Una vez que se inicia la pubertad, la progresión de los caracteres sexuales y del crecimiento lineal sigue un ritmo normal alcanzando una talla normal acorde a su talla genética o diana (opción 4). Con frecuencia, en torno a un 60-90% de los casos (opción 3), existen antecedentes familiares de retraso puberal, aunque esta variante puede presentarse sin antecedentes.

P179 MIR 2016-2017

Pregunta fácil que se puede responder por conocimiento general. El síndrome de Turner (monosomia X) cursa típicamente con talla baja, *pterigium coli,* inmadurez sexual y cubito valgo. Por su parte, el sindrome de Klinefelter y el síndrome de Marfán cursan típicamente con talla alta. Menos conoida es la homocistinuria, la cual cursa con fenotipo marfanoide (luego tienen talla alta tambien), pero ademas presentan retraso mental, fenomenos tromboticos y niveles elevados de homocisteina.

P171 MIR 2014-2015

La pérdida de peso en el recién nacido se considera fisiológica en la primera semana de vida hasta del 10% por lo que una pérdida de peso del 7% se considera fisiológica y no se debería posponer el alta por esta razón. El resto de opciones obligarían a estudiar o vigilar al recién nacido, recordad que la ictericia que ocurre en las primeras 24 horas NO puede considerarse fisiológica y que si un niño no se alimenta correctamente a las 48 horas se debe retrasar el alta porque podría deshidratarse en su domicilio. El meconio debe expulsarse en las primeras 48 horas de vida por lo que si en ese momento no se ha producido se debe valorar realizar

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

un estudio al recién nacido para buscar la causa de retraso de evacuación del meconio. La serología con VDRL positiva obliga a realizar un estudio infeccioso de sífilis y a valorar tratamiento con penicilina.

P175 MIR 2013-2014

Nos encontramos ante una pregunta complicada de un importante contenido teórico en la que tendremos que intentar descartar las respuestas más sencillas, si queremos llegar a la correcta.

Las respuestas 4 y 5 son ciertas y nos hablan de hitos del desarrollo, siendo siempre una cuestión conflictiva. Efectivamente, la percepción de permanencia del objeto, o comprender que los objetos siguen existiendo, aunque no puedan ser vistos, oídos o tocados, se consigue alrededor de los 9 meses, siendo uno de los juegos más conocidos relacionados con este concepto el "cucu-tras". Con 12 meses, un niño ha conseguido una bipedestación estable y consigue la marcha, que precisará un punto de apoyo la mayor parte de las veces; además realiza pinza, que le permite coger objetos pequeños, entregándolos a otra persona si se le pide. Respecto al lenguaje, la emisión de bisílabos se inicia al final del primer año, principalmente creados por la repetición de sonidos.

Las otras respuestas nos hablan sobre desarrollo nutricional. Sabemos que un niño pierde peso durante la primera semana de vida por pérdida principalmente de agua, y que esta pérdida será fisiológica si supone menos del 10% de su peso al nacimiento, recuperándose en los siguientes 7-10 días de vida. Posteriormente se produce un aumento del peso, hasta que se duplica entre los 4-5 meses. La falsa es, finalmente, la 1; el lactante de 3-4 meses desciende un poco el ritmo de su ganancia ponderal, situándose en 20 g/día.

P176 MIR 2013-2014

La OMS aconseja la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y complementada por otros alimentos a partir de los seis meses, como mínimo hasta los 12 meses, y si es posible y la madre y el niño lo desean, hasta los dos años de edad o más (opción 5 correcta y opción 4 falsa).

La lactancia materna debe iniciarse en el postparto inmediato, a ser posible durante la primera hora, momento en que tanto la madre como el recién nacido se encuentran en estado de alerta. Los niños sanos deben ponerse en contacto directo piel con piel con su madre y mantenerles allí inmediatamente después del nacimiento de forma prolongada, al menos dos horas o hasta que finalice la primera toma. Retrasar todas aquellas actividades que puedan posponerse, como pesar, administración de vitamina K o vacuna de hepatitis B (opción 2 falsa).

En cuanto a la técnica de la lactancia, la madre debe estar cómoda, tranquila y relajada. Debe introducir en la boca del bebé tanto el pezón como la areola, lo que permite que el lactante exprima los senos lactíferos que están a ese nivel. La cabeza del niño debe quedar de frente a la mama y a su altura, para evitar que tenga que girarla, flexionarla o extenderla, lo cual dificulta la deglución. No se deben utilizar desinfectantes sobre el pezón antes de las tomas (opción 1 falsa). En cuanto al horario, no deben utilizarse pautas rígidas de alimentación, y el niño debe mamar a demanda y de manera frecuente, ya que el vaciamiento gástrico de la leche materna es muy rápido. Además, la succión del pezón es el estímulo fundamental para la liberación de prolactina. Al principio ,el lactante puede mamar hasta 12 veces al día o más, y posteriormente espaciará las tomas espontáneamente en pocas semanas.

Durante el primer mes de vida no es aconsejable una pausa nocturna superior a cinco o seis horas (opción 3 falsa).

P180 MIR 2013-2014

Se trata de una pregunta sobre el tratamiento de la deshidratación en pediatría. La causa más frecuente de deshidratación infantil es la secundaria a la gastroenteritis aguda, cuya causa más frecuente es la infección por rotavirus (por lo que no está indicado el tratamiento antibiótico, ni antidiarreico. Respuestas 3 y 5 incorrectas).

La clasificación de la deshidratación se hará en función de la pérdida de peso: leve (< 3% en lactantes, < 5% en niños), moderada (3-7% en lactantes, 5-10% en niños) y grave (> 7% en lactantes, > 10% en niños). En toda deshidratación hay pérdida de agua y electrolitos, pero no siempre ocurre en la misma proporción: si se pierden en la misma cantidad, será isotónica (Na plasmático normal: 135-145 mmol/L); si se pierde más agua que sales, será hipertónica (Na > 145 mmol/L); y si se pierde más sales que agua, sería hipotónica (Na < 135 mmol/L). En nuestro medio, la más frecuente es la deshidratación isotónica.

En el tratamiento de la deshidratación, hay que tener en cuenta el déficit real hasta el momento, las pérdidas mantenidas y las necesidades basales. Existen dos vías: la vía enteral y la intravenosa. La primera es más fisiológica y tiene menos complicaciones, por lo que es la vía de rehidratación de elección. La segunda se reserva para los casos de deshidratación grave (respuesta 1 incorrecta) con intolerancia oral o pérdida de consciencia. La velocidad de rehidratación debe ser cuidadosa en los casos de deshidratación hipotónica e hipertónica, especialmente en esta última debido al riesgo de mielinolisis central pontina.

En los países desarrollados se recomienda el uso de soluciones de rehidratación oral hipotónicas, manteniendo la dieta habitual, pues el uso de dietas astringentes no ha demostrado reducir la duración del episodio diarreico (respuesta 1 incorrecta). En los casos en los que una diarrea aguda se prolongue (> 2 semanas) con aparición de meteorismo, heces acuosas y explosivas, eritema perianal, acidez (pH fecal < 5,5) y cuerpos reductores en heces (> 0,5%), habrá que sospechar un síndrome postgastroenteritis aguda, que cursa con un déficit transitorio del enzima lactasa hasta que se regenera el intestino lesionado. Por esta razón no está indicada la retirada de la lactosa de entrada (respuesta 4 incorrecta).

P157 MIR 2012-2013

La obesidad se define como un aumento de la grasa corporal, cuya estimación establecemos de manera indirecta mediante el empleo del IMC (índice de masa corporal), obtenido de la división del peso (kg) entre el cuadrado de la talla (m). Así se define sobrepeso como IMC entre el p85-97 para la edad y sexo, y obesidad como IMC superior al P97 (opciones 2 y 4 correctas) (Tabla OMS). El 95% de la obesidad obedece a causas exógenas con una predisposición genética poligénica y un desequilibrio

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

entre la ingesta y el gasto metabólico. En los últimos años existe un aumento de prevalencia de la obesidad infantil, debido a cambios en el estilo de vida, mayor ingesta calórica y sedentarismo (opción 5 falsa). Entre los numerosos factores de riesgo se encuentran familias de bajo status social, padres obesos, rebote adiposo temprano, antecedente de CIR o macrosomía neonatales (opción 3 correcta)… Un factor muy importante constituye la valoración dietética, donde una distribución proporcionada de las calorías a lo largo del día en 5 comidas, con eliminación de hidratos de carbono refinados y el consumo de grasas trans, evita los picoteos y la ansiedad a la hora de la ingesta (opción 1 correcta). Por último, recuerda que solo un 5% de obesidades son endógenas debido a trastornos sindrómicos u endocrinológicos, siendo característico en estos casos el compromiso en la talla o la velocidad de crecimiento. Por ello recuerda que la obesidad exógena cursa con talla alta y maduración ósea acelerada.

P159 MIR 2012-2013

La lactancia materna ofrece múltiples ventajas, lo que supone que su promoción sea un cometido de los profesionales sanitarios. Sin embargo, existen una serie de situaciones en las que no se recomienda; una de estas contadas contraindicaciones a la lactancia materna es la infección materna por VIH, ya que el virus puede ser transmitido de la madre al niño a través de la leche. Recuerda que en los países pobres el riesgo de mortalidad por desnutrición puede ser mucho mayor que el riesgo de contraer el SIDA por lo que en estos casos la indicación debe ser individualizada.

P152 MIR 2010-2011

Pregunta sobre el desarrollo psicomotor del niño. En Pediatría son típicas estas preguntas, son bastante difíciles y específicas por lo que es bueno quedarse con lo que ya ha sido preguntado porque se suelen preguntar siempre los mismos conceptos. Los periodos que nos proponen son muy concretos, y existen diversos hitos del crecimiento y desarrollo que pueden solaparse (lo que hace que , a veces, las preguntas sean confusas y poco rentables) en diferentes momentos del tiempo.

La prueba más empleada es el test de Denver, que valora los aspectos personal, social, lenguaje y motricidad fina y grosera en los niños desde el nacimiento hasta los 6 años.

La respuesta correcta es la opción 3. Corre, sube escaleras andando cogido de la mano, construye una torre de cuatro cubos, se sienta en sillas pequeñas, dice 10 palabras (de media), se hace más fácil entender, obedece órdenes simples, identifica una o más partes del cuerpo, come solo, pide ayuda en caso de necesitarla, etc.

P166 MIR 2009-2010

Una pregunta de dificultad media que se responde de forma directa a partir del *Manual CTO.*

Tal como explicamos en el *Capítulo 2 (Desarrollo y nutrición) de la Sección de Pediatría,* el indicador más sensible para detectar precozmente este tipo de alteraciones es la velocidad de crecimiento (respuesta 2 correcta). Ésta es máxima durante los cuatro primeros años de la vida, produciéndose un segundo incremento (aunque menor) durante la pubertad, siendo más precoz en niñas que en niños.

Los datos que hay que tener en cuenta para evaluar una talla baja son la velocidad de crecimiento y la correlación con la talla de los padres. En este caso clínico se trata de un niño con una velocidad de crecimiento normal. Por otra parte, la talla se puede considerar baja pero dentro de los límites normales y, sobre todo, acorde con la talla materna.

Además, nos explican que en la rama paterna, existen antecedentes de pubertad retrasada.

Por consiguiente, no está indicado utilizar hormona del crecimiento ni realizar estudios del eje hipotálamo-hipofisario. Tampoco cabría esperar lo que dice la respuesta 3 (de hecho, sería al contrario: edad ósea retrasada con respecto a la edad cronológica). En otras palabras, no estamos ante un caso en el que haya que pensar en patología de ningún tipo, al menos con estos datos, por lo que no precisa que tomemos medidas extraordinarias.

T03 Patología respiratoria pediátrica

P180 MIR 2016-2017

Pregunta sencilla respecto a un tema en auge en la pediatría como es la tosferina y su prevención. La respuesta 1 es INCORRECTA dado que la enfermedad es muy contagiosa, con tasas de transmisión de casi el 100% por contacto directo mediante la inhalación de las gotas que se diseminan con la tos. Según informes del Instituto de Salud Carlos III "las tasas de ataque entre los contactos familiares no inmunizados es cercana al 80%". La respuesta 2 es CORRECTA y es una de las justificaciones de la vacunación a embarazadas y convivientes como método de protección de los recién nacidos susceptibles ya que la transmisión se inicia generalmente por adultos y adolescentes. La respuesta 3 es INCORRECTA dado que ni la vacuna ni la enfermedad confieren protección duradera (existe una pérdida de la protección entre los 6-10 años de la última dosis). La respuesta 4 es INCORRECTA dado que los principales criterios de ingreso son: menores de 3 meses, RN pretérmino o pacientes con patología de base.

P182 MIR 2016-2017

Nos presentan un lactante con un primer episodio de dificultad respiratoria asociado a sibilancias en la auscultación = bronquiolitis aguda. La casusa más frecuente de la bronquiolitis aguda es el VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL (VRS) aunque otros VIRUS pueden producirla: adenovirus, rinovirus, metaneumovirus… etc. Como veis resaltamos la palabra VIRUS, como enfermedad vírica que es NO DEBE TRATARSE CON ANTIBIÓTICOS, a no ser que haya una sobreinfección bacteriana como complicación pero que en este paciente no nos presentan. El resto de opciones son correctas se deben fraccionar las tomas porque suelen fatigarse y aumentar el trabajo respiratorio y las principales medidas que han demostrado eficacia en su tratamiento son la posición semincoroporada, los lavados nasales frecuentes con suero y el administrar oxígeno suplementario si el paciente lo necesita.

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P235 MIR 2015-2016

La respuesta 1 es Correcta. Vacuna triple bacteriana inactivada constituida por: Toxoide tetánico, Toxoide diftérico y antígenos de la tos ferina (Toxoide pertúsico, Hemaglutinina filamentosa y Pertactina). Puede administrarse conjuntamente con HVB, Polio y HiB (Hexavalente) o Polio y HiB (Pentavalente).

La respuesta 2 es correcta. En el entorno doméstico se contagian el 80 % de los contactos susceptibles. Las personas infectadas son la principal fuente de contagio. Los adultos suelen ser el principal reservorio, por ello, la con la estrategia del nido, el objetivo es proteger al grupo de mayor vulnerabilidad que son aquellos no vacunados o que aún no han recibido dos dosis de vacuna, con dicha estrategia deben ser vacunados los padres (vacunación de la embarazada entre las semanas 34-36 de gestación para que pueda generar anticuerpos y transmitirlos al feto) y los cuidadores directos (abuelos).

La respuesta 3 es INCORRECTA. Ambos tipos de inmunidad se pierden con el paso de los años. Tanto la infección natural como la vacunación frente a la tosferina confieren una protección limitada, se estima en 4-20 años para la infección natural y en 4-7 años para la adquirida mediante vacunación, de allí la importancia de administrar dosis de refuerzo.

La respuesta 4 es correcta. Las vacunas frente a la tosferina utilizadas actualmente en España son vacunas inactivadas acelulares (Pa o pa) y forman parte de vacunas combinadas. Las vacunas utilizadas en la primovacunación, con carga antigénica estándar, se conocen con el acrónimo "Pa" mientras que las utilizadas como refuerzo y que tienen menor carga antigénica de tosferina se denominan "pa". Estas últimas se utilizan como vacunas de refuerzo tras la primovacunación y son las únicas que pueden administrarse a adolescentes y adultos.

P225 MIR 2014-2015

Pregunta sencilla que no puede fallarse en el examen, el principal factor etiológico de la BRONQUIOLITIS es el VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL, cuya época epidémica es de Octubre a Marzo.

P161 MIR 2012-2013

La fibrosis quística es una enfermedad autosómica recesiva cuya patogenia consiste en la mutación de un gen que codifica la proteína CFTR. Esta proteína es un canal de cloro que contribuye a la regulación del flujo de agua y electrolitos. En la mayoría de los órganos, este canal favorece la salida de cloro al exterior de la célula. Así, a nivel pulmonar, hepático, pancreático, intestinal… favorece la salida de cloro a la luz de dichos órganos, lo que contribuye a la salida de sodio y secundariamente de agua. Es decir, favorece la fluidificación de las secreciones internas, de manera que si este canal de cloro no es funcionante, estas secreciones se vuelven espesas y se "atascan" en la luz de estos órganos. Por ello, puede manifestarse con clínica respiratoria (tos persistente, expectoración o infecciones pulmonares por gérmenes infrecuentes en la infancia como la Pseudomona aureoginosa, especialmente la variedad mucoide, cuya presencia debe hacernos sospechar una fibrosis quística [respuesta 3 correcta]); estreñimiento o retraso de la evacuación del meconio (respuesta 1 correcta); insuficiencia pancreática exocrina (que desencadena diarrea, malnutrición y déficit de vitaminas liposolubles, lo que sumado a la presencia de una enfermedad crónica supone un riesgo importante de retraso ponderal [respuesta 4 correcta]); hepatopatía, etc. Sin embargo, a nivel de la glándula sudorípara, el canal de cloro funciona al revés, es decir, introduce el cloro dentro de la célula. Si este canal no funciona correctamente lo que se produce es una pérdida de cloro por la piel. De hecho, una de las pruebas diagnósticas consiste en detectar cantidades de cloro elevadas en el sudor de estos niños. Dicha pérdida de cloro supone secundariamente una pérdida de sodio y agua (por ello estos niños tienen sabor salado en su piel, por la pérdida de cloruro sódico [respuesta 2 correcta]). Por lo tanto, la deshidratación típica de estos niños es hipoclorémica e HIPONATRÉMICA (respuesta 5 falsa).

P183 MIR 2010-2011

Pregunta de elevada dificultad sobre un tema bastante preguntado en el examen MIR: las inmunizaciones.

La respuesta 1 es correcta, ya que en estudios recientes se ha concluido que la vacunación antineumocócica masiva de la población infantil menor de 2 años ha reducido significativamente la tasa de meningitis y enfermedad neumocócica invasiva (por los serotipos incluidos en la vacuna) en el conjunto de la población. Existen resultados convincentes de que la introducción de la PCV7 en la población infantil en los EE.UU. ha reducido la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en los niños y en los adultos, por lo que sería esperable que esto ocurriera en otros países.

La respuesta 2 es falsa, ya que la PCV7 tiene su indicación en niños menores de 2 años, no en adultos. Las respuestas 3 y 4 son falsas porque hacen referencia a la vacuna polisacárida polivalente (PPV23) que se administra en niños mayores de 2 años y adultos con enfermedades crónicas, inmunodepresión, mayores de 65 años y personas institucionalizadas. Tiene una inmunidad poco duradera, por lo que se recomienda en ciertos casos la revacunación cada 3-5 años, y no ha demostrado reducir la incidencia de meningitis y enfermedad neumocócica invasiva.

La mejora en las condiciones de vida y el mejor uso de los antibióticos (respuesta 5 incorrecta) han influido en la disminución de la incidencia de meningitis e infecciones invasivas por neumococo pero sin duda, lo más determinante ha sido la vacunación con PCV7 en niños menores de 2 años.

En la actualidad, PVC ha sido sustituida por dos vacunas conjugadas: VNC10, que protege frente a 10 serotipos, y VNC13, que protege frente a 13. La VNC13 es la que recomienda administrar la asociación Española de Pediatría.

P173 MIR 2009-2010

La OMS define como caso clínico de tosferina a aquel sujeto con tos que dura al menos dos semanas, con uno o más de los siguientes síntomas:

- Accesos de tos paroxística.
- "Estertor" al inspirar (gallo).
- Vómitos postusivos y sin otra causa obvia.

El paciente de la pregunta cumple con varios criterios: tos seca espasmódica de dos semanas de evolución, que incluso le han provocado hemorragias subconjuntivales por el esfuerzo.

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

El agente microbiológico principal es la *Bordetella pertussis,* si bien también se han aislado *Bordetella parapertussis* y *Bordetella bronchiseptica,* aunque en menor proporción. La tosferina es una de las enfermedades transmisibles más contagiosas, siendo los lactantes menores de 6 meses, los adolescentes (como el caso de la pregunta) y los adultos los más susceptibles de padecer la enfermedad. Estos últimos actúan como transmisores al lactante, donde provoca mayor morbilidad. Normalmente, la tos ferina del adulto cursa como un cuadro catarral inespecífico.

Pese a que el paciente esté correctamente vacunado, se sabe que la inmunogenicidad de la vacuna es relativamente variable. La eficacia frente a la enfermedad clínica es del 70-90% durante 2-5 años, y va disminuyendo con el tiempo, no prolongándose más allá de 12 años tras la administración de la última dosis de vacuna. El paciente recibió la última dosis de tos ferina a los 6 años, con lo cual la inmunidad esperada es menor. Por todo ello, la respuesta correcta es la opción 4: un macrólido, como tratamiento más eficaz frente al género *Bordetella.*

La opción 1 (asma) se descarta porque la auscultación es normal y no hay signos de dificultad respiratoria. Serían precisos más estudios complementarios (opción 2 falsa) como muestras para aislamiento de Bordetella en una muestra clínica. Habría que estudiar a los contactos (opción 3 falsa) para descartar contagios. Por último, la hemorragia conjuntival (opción 5) es un dato típico. Se debe a la hiperpresión endotorácica, secundaria a los accesos de tos, que se transmite hacia los vasos conjuntivales.

T04 Patología digestiva pediátrica

P176 MIR 2018-2019

Nos plantean el caso clínico de un niño de 4 meses que comienza con vómitos, irritabilidad y exantema a los pocos minutos de la introducción de lactancia artificial; dicho cuadro clínico nos debería orientar a una alergia a proteína de leche de vaca IgE mediada. En esta pregunta podemos descartar las opciones de respuesta 2 y 3 fácilmente, puesto que ni la invaginación ni el golpe de calor justificarían la aparición del exantema. Por otro lado, podríamos dudar con la opción de respuesta 1 (viriasis), ya que es cierto que algunas pueden cursar con exantema y vómitos, pero la aparición brusca del cuadro (menos de 30 minutos) y como el autor de la pregunta insiste en el cambio de leche, debería decantarnos por una alergia a las proteínas de la leche de vaca (respuesta 4 correcta).

P156 MIR 2017-2018

Esta pregunta hace referencia a la asociación de la enfermedad de Hirchsprung con tumores. Hay que recordar que aunque este trastorno suele ser esporádico, también se han demostrado casos de herencia autosómica tanto dominante como recesiva. Los defectos congénitos se han encontrado con frecuencia en el gen RET (en un 50% de los casos) relacionándose con síndromes como MEN IIa y IIb y con casos esporádicos de carcinoma medular de tiroides como señala la opción 4. Respecto a otras opciones es interesante recordar la asociación del tumor de Wilms con el síndrome de Beckwith Wiedemann.

P161 MIR 2017-2018

Pregunta fácil sobre la hernia diafragmática congénita. La hernia con defecto posterolateral es la hernia de Bochdaleck, en la que las alteraciones con mayor relevancia clínica y que condicionan el manejo y el pronóstico son la hipoplasia y la hipertensión pulmonar. Los recién nacidos con esta patología habitualmente presentan desde el nacimiento dificultad respiratoria importante, con cianosis, abdomen excavado, latido cardiaco desplazado hacia la derecha y ruidos hidroaéreos a la auscultación torácica. La herniación del hígado, la malrotación intestinal y el saco herniario peritoneal intratorácico que nombran en el resto de opciones también pueden aparecer en la hernia de Bochdaleck pero no tienen tanta relevancia fisiopatológica.

P163 MIR 2017-2018

Prefunta difícil sobre la alergia/intolerancia a proteína de leche de vaca. Nos hablan de un neonato que desde el nacimiento presenta regurgitaciones y vómitos. Además de la clínica, te dice que es alimentado desde el nacimiento con leche artificial, por lo que debería ponerte en alerta. Ya sabes que en el MIR si te cuentan un dato, es porque quieren que lo tengas en cuenta. Además de los vómitos, los signos y síntomas son similares a un *shock* séptico (de hecho lo tratan con antibioterapia y sueroterapia), y reaparecen al reintroducir la alimentación. Se trata por lo tanto de un cuadro de enterocolitis alérgia inducida por proteína de leche de vaca (PLV), que es una de las formas más graves de la intolerancia o alergia IgE no mediada a PLV. Se da generalmente en lactantes menores de 9 meses. Consiste en un cuadro de vómitos intensos tras las tomas, generalmente a las 2-4 h, asociados a afectación del estado general, palidez, hipotonía, deshidratación y letargia. A veces pueden presentar deposiciones diarreicas. En casos de larga evolución se produce estancamiento ponderal. El tratamiento consiste en eliminar totalmente la PLV de la dieta, y sustituir la fórmula artificial por fórmula hidrolizada o fórmula de soja.

P175 MIR 2016-2017

Pregunta teórica que ha sido preguntada previamente en otras convocatorias. La causa más frecuente de trasplante hepático en los niños es la ATRESIA DE VÍAS BILIARES, inicialmente se hace una portoenterostomía de Kasai pero el tratamiento definitivo es el trasplante. Ya que repasamos este dato, ¿cuál era la causa más frecuente de trasplante pulmonar en la infancia? Otro dato también preguntado en convocatorias previas…la fibrosis quística.

P177 MIR 2016-2017

Pregunta dudosa sobre una hemorragia digestiva en un paciente pediátrico. El caso clínico que nos plantean se trata claramente de un divertículo de Meckel, con hemorragia digestiva NO DOLOROSA con exploración abdominal normal, sin datos de abdomen agudo aunque sí de sangrado importante (con anemización y taquicardia). La prueba diagnóstica más adecuada sería la gammagrafía intestinal con Tc99 (respuesta correcta, 3). Es posible que dudéis con la respuesta 1, endoscopia digestiva, ya que esta prueba si está disponible de urgencia, sin embargo, no nos pregunta la prueba inicial de elección, si no la mejor prueba diagnóstica, y para poder diagnosticar la patología que sospechamos, debemos realizar la gammagrafía, la endoscopia no sería útil. El enema opaco no aportaría nada al diagnóstico, ya que no hay sospecha de obstrucción intestinal

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

baja y el tránsito digestivo no está indicado en las hemorragias agudas, sino más bien en las crónicas, y tiene baja sensibilidad.

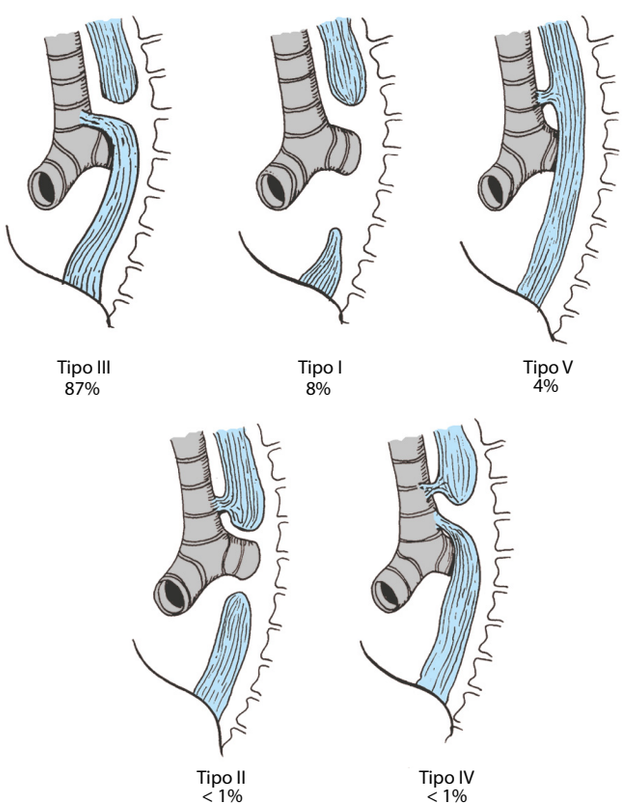
P156 MIR 2015-2016

Nos cuentan un caso típico de una alergia a proteína de leche de vaca IgE mediada. Se trata de un paciente alimentado hasta el momento con lactancia materna que al introducir la formulada adaptada presenta una clínica cutánea (eritema perioral) y gastrointestinal (deposiciones diarreicas, vómitos) muy relacionadas con las tomas. Es interesante destacar el antecedente de sensibilización a la proteína de leche de vaca en el periodo neonatal, y los antecedentes familiares de atopia. El resto de opciones las podemos descartar con facilidad. No debemos pensar en una enfermedad celiaca que el gluten se ha introducido hace solo unos días en la dieta y el periodo de latencia de la EC es de 6 meses a un año desde que se introduce el gluten. La marcada relación con la ingesta y la presencia de eritema peribucal hacen poco probable una gastroenteritis aguda. La alergia al látex de los biberones en poco frecuente, manifestándose habitualmente con síntomas cutáneos, sin sintomatología digestiva.

P170 MIR 2014-2015

La atresia de esófago más frecuente es la tipo III, acordaros de la regla nemotécnica "aTRESia esofágica". La fístula traqueoesofágica tipo III se caracteriza por tener un bolsón proximal sin fístula pero en el bolsón distal presenta una fístula al sistema respiratorio, por ello, cuando el niño respira parte del aire pasa al aparato digestivo y vamos a encontrar aire en estómago e intestino como dice la opción 5.

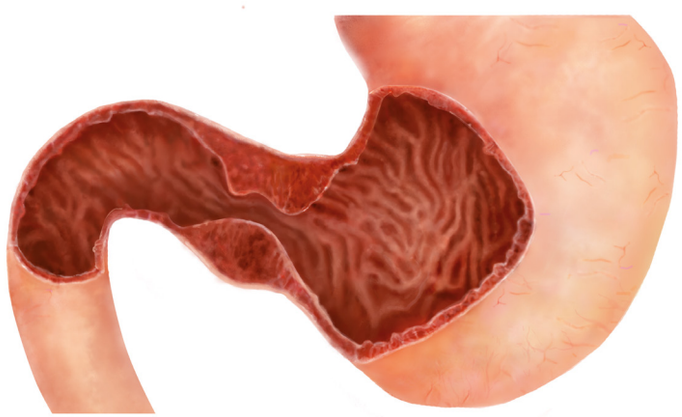
P170 (MIR 14-15) Atresia de esófago



P172 MIR 2014-2015

Cuando se produce una estenosis hipertrófica del píloro (EHP), la obstrucción se produce a la salida del estómago por lo que NUNCA encontraremos vómitos BILIOSOS. La EHP se caracteriza por VÓMITOS ALIMENTARIOS PROYECTIVOS. El resto de opciones son correctas, recordad cómo suelen preguntarlo "varón primogénito de raza blanca de 3 semanas de edad…" Acordaros de que entre los factores de riesgo se encuentran los antecedentes familiares y el uso de macrólidos y que en la exploración física a veces puede palparse una masa en mesogastrio denominada "oliva pilórica" que corresponde a la hipertrofia pilórica.

P172 (MIR 14-15) Estenosis hipertrófica de píloro: imagen anatómica



P177 MIR 2013-2014

El cuadro clínico que presenta este paciente es de ANAFILAXIA. La causa más frecuente de anafilaxia en la infancia es la alergia alimentaria, y uno de los alimentos más frecuentemente implicado es la leche, como ocurre en este caso.

Debemos sospechar una reacción anafiláctica cuando el paciente presenta de forma AGUDA (minutos o pocas horas) un cuadro clínico progresivo que afecta a piel y/o mucosas y asocia compromiso respiratorio y/o hemodinámico y/o digestivo, especialmente si se asocia al contacto con un alérgeno conocido. En nuestro caso, el niño presenta de forma brusca (5 minutos antes) clínica mucocutánea (angioedema facial y conjuntivitis), respiratoria (rinorrea, ronquera, sibilancias y SO_2 de 93%) y hemodinámica (palidez, sudoración, taquicardia e hipotensión). Además refieren ingesta de un alérgeno conocido (las proteínas de leche de vaca).

En cuanto al tratamiento debe ser lo más precoz posible. El fármaco de elección es siempre la ADRENALINA (previene y revierte la afectación cardiovascular y el broncoespasmo, y mejora la supervivencia). La vía INTRAMUSCULAR es de elección en todos los casos. Es mejor que la vía subcutánea porque alcanza concentraciones plasmáticas más rápidamente; y es mejor que la vía intravenosa porque tiene mayor margen de seguridad, usándose la vía intravenosa sólo en casos refractarios y con monitorización cardiorrespiratoria estrecha. Los broncodilatadores como el salbutamol son útiles para tratar el broncoespasmo, pero no la anafilaxia en sí y no sustituyen a la adrenalina. Los corticoides también son útiles para acortar el tiempo de la reacción y en pacientes con broncoespasmo, pero no son el primer fármaco a emplear.

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P179 MIR 2013-2014

La prueba diagnóstica de elección para la estenosis hipertrófica del píloro es la ecografía abdominal, donde podemos observar la elongación y el aumento del grosor del píloro de una manera no invasiva y sin radiar al paciente. La radiografía abdominal y el tránsito pueden darnos signos indirectos de EHP, pero además de producir radiación, son menos específicas para esta patología, por lo que no son la prueba complementaria de elección si tenemos disponible la ecografía.

P033 MIR 2012-2013

Es una pregunta sencilla. Lactante con crisis de llanto intermitentes con encogimiento de piernas, sudoración, palidez… y que además presenta rechazo de las tomas (también podría presentar vómitos) y deposiciones hemorrágicas, sólo por la clínica ya hay que diagnosticar una invaginación intestinal. Además asocian una imagen de una ecografía abdominal (técnica de elección) donde se observa la característica imagen de la rosquilla o "donut". Así que sin ninguna duda la respuesta correcta sería la invaginación.

P034 MIR 2012-2013

En el tratamiento de la invaginación intestinal se puede realizar una reducción hidrostática con bario o también una reducción con aire o suero mediante control ecográfico. En el caso de que ya existan signos de perforación intestinal, *shock,* neumatosis intestinal o más de 48 horas de evolución del cuadro, sería de elección el tratamiento quirúrgico para que en el caso de que se haya producido necrosis intestinal, realizar una resección de la zona afecta y una anastomosis término-terminal. En el caso del tratamiento quirúrgico se debería administrar al paciente tratamiento antibiótico también. La incorrecta sería la opción de dieta exenta de gluten ya que ese sería el tratamiento de una celiaquía que no se presenta con esta clínica y que necesita un tiempo de latencia de meses desde que se introduce el gluten para que se manifieste clínicamente (no una semana).

El tratamiento de la invaginación es una urgencia, el retraso en el diagnóstico y en el tratamiento mediante su reducción se asocia a una mayor morbimortalidad.

P160 MIR 2012-2013

Pregunta sencilla acerca de la gastroenteritis infecciosa. Reconócela al tratarse de un lactante que tiene vómitos, diarrea y fiebre. Al ser la exploración física normal, con un buen estado de hidratación y sin pérdida significativa de peso (< 3 % del peso previo), estará indicado continuar con su alimentación habitual, reponiendo las pérdidas tras cada vómito o deposición con una solución de rehidratación oral (opción 5 correcta). La modificación de la dieta habitual no está indicada al no modificar el curso de la sintomatología (opciones 1, 2 y 4 incorrectas). Tampoco está indicada la realización de un coprocultivo (opción 3 incorrecta) al tratarse con alta probabilidad de una infección vírica sin ningún signo de gravedad en un paciente inmunocompetente.

P135 MIR 2011-2012

Pregunta de dificultad media debido a ser un tema que hacía años no aparecía en el MIR, si bien con los contenidos del manual, abordable. Fíjate que te presentan un neonato con imposibilidad al paso de sonda nasogástrica en el paritorio. La sospecha de atresia esofágica se confirma si sigues leyendo el enunciado donde menciona "bolsón esofágico atrésico". Para filiar ante qué tipo de atresia nos encontramos (figura de la pregunta 170 [MIR 14/15]), nos comentan que la neumatización intestinal es NORMAL. Con estos datos excluimos las fístulas tipo I: donde sólo existe atresia y al no haber fístula no puede haber paso del aire al intestino; tipo II: la fístula proximal permite el paso únicamente a vía respiratoria sin neumatización intestinal; y tipo V: donde no existe bolsón esofágico atrésico. Nos quedaría la tipo III y la IV, la primera con una frecuencia del 87% y la tipo IV con frecuencia inferior al 1%.

De todas maneras esta pregunta no requiere un conocimiento tan profundo, ya que la tipo III es la más frecuente con diferencia (87%), la que has de saber, ya que es la que con probabilidad te preguntarían (recuerda la regla: la aTRESia esofágica más frecuente es la tipo TRES).

La prioridad de la cirugía es evitar la neumopatía causada por las microaspiraciones de ácido gástrico por la fístula distal, cada vez que el neonato inspira ejerciendo presión negativa (opción 3 correcta). De hecho, hasta que el neonato esté estable y se opere, se coloca en decúbito prono con objeto de evitarlas. Fíjate que las opciones 1 (imposibilidad de deglutir saliva) y 4 (imposibilidad de alimentación enteral) vienen a ser lo mismo y, por ello, son descartables, además de que no suponen una prioridad quirúrgica. La opción 2 (malformaciones cardíacas frecuentemente asociadas) se excluye con el enunciado "tras evaluación diagnóstica que descarta otras anomalías…". En la clínica, hay que tener presente la asociación VACTERL (malformaciones Vertebrales, Anorrectales, Cardíacas, Traqueales y Esofágicas, Renales y radiales -*Limb* en inglés-) presente en un 30-50% de las atresias esofágicas; de ahí que lo mencionen en el enunciado.

Por último, recuerda que una de las complicaciones postoperatorias es el reflujo gastroesofágico (MIR 05- 06, 191), por anomalías intrínsecas de la función esofágica. Otras como traqueomalacia, estenosis esofágica, fístula de la anastomosis o de la fístula traqueoesofágica son más infrecuentes.

P136 MIR 2011-2012

En el caso que nos comentan, nos falta información tanto de la anamnesis, como de la exploración física, por lo que la pregunta fue anulada por el Ministerio. Ante un niño con estreñimiento desde el nacimiento, debemos diferenciar dos causas principalmente: un estreñimiento funcional y una enfermedad de Hirschsprung. Si estuviéramos ante una enfermedad de Hirschsprung describirían a un paciente que presentó un retraso en la evacuación del meconio, que suele precisar estimulaciones para realizar deposición, que probablemente presentaría un retraso ponderal y que en el tacto rectal se apreciaría la ampolla vacía y una hipertonía del esfínter anal.

Sin embargo, nos encontramos ante un lactante que realiza deposiciones de consistencia blanda de forma espontánea sin requerir

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

estimulación ni laxantes, por lo que probablemente se trate de un estreñimiento funcional. El hecho de que las realice cada 5-6 días puede considerarse un ritmo intestinal normal. Por tanto, las opciones que deberíamos valorar son la 4 y la 5, aunque nos faltarían datos para contestar una de las dos con certeza. A continuación, se exponen las principales diferencias entre el estreñimiento funcional y la enfermedad de Hirschsprung.

P136 (MIR 11-12) Diferencias entre estreñimiento funcional y enfermedad de Hirschsprung

	ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL	ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG
Inicio al nacimiento	Raro	Frecuente
Enterocolitis	No	Posible
Tamaño de las heces	Grandes	Acintadas o normales
Retraso ponderal	Raro	Frecuente
Ampolla rectal	Llena	Vacía
Incontinencia fecal	Frecuente	Rara
Tono del esfínter	Variable	Elevado

P150 MIR 2010-2011

Pregunta que se anuló, de entrada, por el Ministerio, sin esperar a las reclamaciones de los alumnos. El tema, patología quirúrgica del aparato digestivo, no tiene tanto peso específico como otros problemas digestivos en la infancia.

Tanto la presentación clínica como la cuestión a responder aparecen de forma directa; lo difícil, para un médico general, es entender qué ofrece cada opción e inclinarse por la más razonable. El quiste de colédoco es un factor de riesgo para colangiocarcinoma. En cuanto a las manifestaciones clínicas del quiste de colédoco, el 50% de los pacientes inician síntomas por encima de los 10 años, aunque sólo la tercera parte presentan la tríada clásica de dolor abdominal, ictericia y masa abdominal, tal y como aparece en el paciente.

El diagnóstico de sospecha puede realizarse por imagen: eco, TC o gammagrafía hepatobiliar, y el diagnóstico confirmatorio mediante colangiografía instrumental o RM. El tratamiento es quirúrgico, mediante extirpación y coledocoyeyunostomía en "Y" de Roux, según la mayor parte de los autores.

Ante esta información, la opción que más se ajusta es la respuesta 4: colangioresonancia para delimitar el quiste y laparotomía con resección más anastomosis. Punción percutánea, laparotomías exploradoras y gammagrafía (opciones 1, 2, 3 y 5) se descartan al no solucionar, o hacerlo parcialmente, la situación. Quizá el Ministerio retiró la pregunta porque la anastomosis propuesta en la respuesta 4 no se ajusta al tratamiento o puede resultar ambigua.

P153 MIR 2010-2011

Pregunta fácil sobre un tema típico, repetido en varias convocatorias. Este tipo de preguntas no se pueden fallar.

El cuadro clínico corresponde a una estenosis hipertrófica del píloro: lactante varón que debuta en torno a los 20 días de vida con vómitos alimentarios (no biliosos), "a chorro" o proyectivos, que le provocan una alcalosis metabólica hipoclorémica (se pierde HCl), con tendencia a la hipopotasemia, un estado permanentemente hambriento e irritable, deshidratación y desnutrición.

En la exploración física, se palpa en algunos casos la "oliva pilórica". La técnica de elección para confirmar el diagnóstico es la ecografía abdominal (respuesta 3 correcta). Cuidado con la respuesta 1, la Rx simple de abdomen es útil en el diagnóstico diferencial, pudiendo ver una única burbuja tanto en la hipertrofia como en la atresia pilórica y una doble burbuja en la atresia duodenal, pero nos piden la prueba complementaria de elección.

El tratamiento preoperatorio consiste en fluidoterapia i.v. para corregir las alteraciones hidroelectrolíticas, siendo el tratamiento curativo la piloromiotomía de Ramsted.

Hay que tener presente en la patología digestiva pediátrica los diagnósticos diferenciales, en este caso con la atresia pilórica (vómitos no biliosos desde las primeras tomas), la atresia duodenal (vómitos biliosos precoces, regla de la D: duodenal, doble burbuja, síndrome de Down), el reflujo gastroesofágico (vómito atónico de contenido alimentario desde la primera semana de vida, la pHmetría, respuesta 2, es la prueba más sensible y específica pero no la primera a realizar) y con la insuficiencia suprarrenal congénita (vómitos desde el nacimiento con alcalosis metabólica hiperpotasémica).

P153 (MIR 10-11) Diagnóstico diferencial de la patología digestiva pediátrica

PATOLOGÍA	TIPO DE VÓMITO	RADIOGRAFÍA
Estenosis hipertrófica de píloro	NO bilioso	Distensión gástrica con escaso gas distal
Atresia de píloro	NO bilioso	Imagen de ÚNICA burbuja
Atresia de duodeno	BILIOSO	Imagen de DOBLE burbuja

P170 MIR 2009-2010

Un tema que, desde hace muchas convocatorias, no aparecía en el examen MIR (en concreto desde 1996). No obstante, la pregunta es bastante sencilla, ya que la clínica del paciente tiene poco que ver con la que produciría una fisura anal (respuesta 1 falsa).

Definimos intolerancia alimentaria como aquella reacción adversa que aparece tras la ingesta de alimentos, que no está mediada por IgE. Los síntomas son exclusivamente digestivos: diarrea, rectorragia, vómitos, dolor abdominal, etc.

La alergia alimentaria, a diferencia de la intolerancia, sí está mediada por IgE. Clínicamente, aparte de los síntomas digestivos, podremos verlos de tipo alérgico: urticaria, angioedema, broncospasmo e incluso anafilaxia, en los casos más graves.

La leche de vaca es el alimento más frecuentemente implicado en los procesos de intolerancia y alergia alimentaria. La proteína más relacio-

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

nada con estos fenómenos es la beta-lactoglobulina, seguida de la alfa-lactoalbúmina y la caseína.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Los síntomas aparecen cuando el niño toma leche de vaca y desaparecen cuando este alimento es excluido de la dieta. El pronóstico de esta entidad es favorable, ya que desaparece a lo largo de los primeros años de la vida. Observa que, en el niño que nos plantean, solamente existen síntomas digestivos, por lo que se trataría de una intolerancia. Por lo tanto, no estaría mediada por IgE, como dice la respuesta 3. De hecho, la intolerancia es más frecuente que la alergia.

El tratamiento consiste en sustituir la fórmula normal por un hidrolizado de proteínas lácteas. Los síntomas alérgicos pueden precisar un manejo específico, como antihistamínicos e incluso adrenalina subcutánea, si hubiese angioedema. En casos seleccionados se ha planteado el uso de cromoglicato sódico.

P172 MIR 2009-2010

Este caso sugiere un dolor abdominal recidivante de origen funcional (no orgánico), que es frecuente en la infancia. Tratados de Pediatría, como el de Nelson, sostienen que el estudio de laboratorio no siempre es necesario en una primera visita. Sin embargo, también admite como manejo diagnóstico inicial la realización de un hemograma completo, con VSG, parásitos en heces y análisis de orina. Por ello, dado que son posibles varias actitudes, se trataría de una pregunta dudosa.

Por otra parte, los protocolos de la Asociación Española de Pediatría sostienen que, ante un cuadro de dolor abdominal recurrente debemos cumplir ciertas condiciones para descartar un origen orgánico. Se deben descartar los siguientes signos de alarma:

- Clínicos (anamnesis y exploración).
- Por datos de laboratorio (alteraciones en el hemograma, marcadores inflamatorios elevados, anomalías del sedimento urinario y presencia de sangre oculta en heces).

De acuerdo con los protocolos vigentes, sin la realización de pruebas complementarias no quedaría descartado el origen orgánico, por lo que la pregunta se anuló.

P175 MIR 2009-2010

La enfermedad de Hirschprung o aganglionosis colónica es todo un clásico en las preguntas del MIR de Pediatría. Antecedentes típicos son estreñimiento desde el período neonatal (tapón meconial) y a lo largo del primer año de vida (esta paciente tiene 4 meses), debido a la peristalsis inadecuada del segment agangliónico. Otros signos típicos serían la distensión abdominal (megacolon) debido a la retención fecal y ausencia de gas distal, donde generalmente asienta el tramo agangliónico. Entre las complicaciones probables nos encontramos la de la pregunta: obstrucción. Inicialmente se toman medidas de desobstrucción, hasta la realización de pruebas más específicas que confirmen la sospecha diagnóstica (enema, manometría y biopsia): opción 3.

T05 Patología nefrourológica pediátrica

P142 MIR 2018-2019

El hipospadias presenta apertura de la uretra en la cara ventral con un cúmulo de piel del prepucio a nivel dorsal y fibrosis en la placa uretral distal llamado "chorda". Esta malformación suele encontrarse de manera aislada; pocos pacientes asocian malformaciones de genitales externos, aunque puede encontrarse criptorquidia asociada. No se asocia a diástasis del pubis.

P143 MIR 2018-2019

La primera prueba de imagen a realizar en caso de ITU recurrente es la ecografía abdominal. En este caso, se han objetivado ureterohidronefrosis y jet ureteral vesical bilateral, sugestivos de reflujo vesicoureteral (RVU). En estas circunstancias, la siguiente prueba indicada sería la cistouretrografía miccional o CUMS (respuesta 2 correcta). Aunque es una prueba invasiva y que supone radiación para la paciente, nos permitirá confirmar la sospecha diagnóstica y graduar el reflujo. La RM, la radiografía y la uretrocistoscopia no nos permitirían descartar el RVU.

P181 MIR 2018-2019

Todas las opciones de respuesta suponen un aumento del riesgo de litiasis renal en pediatría. El Ministerio ha dado por correcta la opción de respuesta 3: estenosis de la unión pieloureteral, aunque pueden encontrarse discrepancias en las distintas fuentes bibliográficas. De la litiasis renal infantil debemos saber que la infección del tracto urinario por algunas bacterias, especialmente *Proteus* sp. o *Providencia* sp., son responsables de un aumento en la susceptibilidad para la formación de cálculos urinarios de estruvita (fosfato amónico-magnésico), ya que la ureasa que producen cataliza la hidrólisis de urea en amonio y bicarbonato, produciendo una orina alcalina, favorable para la cristalización de estas sustancias. La litiasis infecciosa es más frecuente en el primer año de vida. Se debe conocer también la predisposición genética a padecer litiasis, dado que, tanto en la estenosis de la unión pieloureteral como en las infecciones urinarias, la frecuencia de hipercalciuria y/o hipocitraturia de origen genético es elevada.

P136 MIR 2017-2018

Pregunta sencilla sobre el manejo del reflujo vesicoureteral (RVU) en pediatría. Si atendemos a la clasificación del RVU, en la pregunta se nos plantea un grado II/IV considerado como leve en una lactante mayor y sin complicaciones aparentes. Por ello, la opción terapéutica más acertada va a ser la conservadora, en este caso la respuesta 4 que es la que incluye el seguimiento y profilaxis antibiótica. Aunque el inicio de profilaxis puede ser discutido en el reflujo leve (sobre todo cuando no hace referencia a infecciones recurrentes ni otros factores de riesgo) de las 4 opciones ésta es la menos invasiva y, por lo tanto, la correcta.

P162 MIR 2017-2018

En esta pregunta hablan de un paciente de 9 años que presenta dolor testicular de instauración brusca, muy intenso (hasta impedirle la marcha) de pocas horas de evolución. Ante esta clínica, lo más probable y lo

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

primero en que hemos de pensar es una torsión testicular, que supone una patología urgente. Esta característicamente se presenta en pacientes en infancia tardía o adolescencia temprana, como en nuestro caso, con dolor muy intenso y de aparición brusca que puede afectar de forma importante el estado general. Si bien en ocasiones puede asociarse a un traumatismo testicular previo, no es indispensable en la historia.

P181 MIR 2016-2017

En esta pregunta se nos plantea el manejo de una paciente lactante con RVU. La importancia clínica del RVU en los niños ha venido determinada por su asociación con la presencia de infecciones urinarias de repetición y el posible establecimiento de un daño renal crónico que conduzca a la progresión a insuficiencia renal. La clasificación internacional del RVU establece cinco grados y determina el manejo conservador (grados I-II) o quirúrgico (IV-V). Concretamente en el grado III, el reflujo produce una ligera dilatación del uréter, la pelvis y los cálices renales, con preservación de los fórnix. El RVU de grado III se considera moderado y su manejo depende de la evolución, pues algunos de ellos pueden mejorar los primeros años de vida. En este caso clínico, se presenta una niña con antecedente de hidronefrosis prenatal a la que se le realiza la cistouretrografía que confirma un RVU grado III bilateral. Tras la exploración, desarrolla una pielonefritis aguda (PNA) como complicación infecciosa. En cuanto al manejo de esta paciente tenemos que plantearnos: necesidad de ampliar estudio, tratamiento quirúrgico y profilaxis antibiótica. Entre las pruebas a realizar, destaca la gammagrafía renal (DMSA) para valorar la repercusión que el RVU ha tenido sobre el parénquima renal tanto en la época prenatal como postnatal. El tratamiento del RVU grado III no se considera quirúrgico de entrada, sino que la decisión de realizar tratamiento endoscópico depende de la evolución: infecciones urinarias de repetición, persistencia del reflujo, etc. Por todo lo explicado, ante un RVU grado III bilateral (moderado) en una paciente de 2 meses que ya ha presentado una primera infección, estaría indicado iniciar profilaxis antibiótica con amoxicilina y realizar DMSA. Al año, tras repetir el estudio cistográfico, si no ha habido ninguna nueva ITU en este tiempo, se podría suprimir la profilaxis. En caso de mala evolución, se puede valorar la corrección quirúrgica.

P150 MIR 2015-2016

Nos plantea un caso de mal descenso testicular en un paciente de 12 meses. Dentro de la clasificación de esta patología urológica, estaríamos ante una criptorquidia y no ante un teste retráctil puesto que el teste está continuamente fuera del escroto y no se puede descender manualmente (respuesta 1 incorrecta). En cuanto al tratamiento de la criptorquidia, existen numerosas controversias sobre el momento idóneo para el tratamiento quirúrgico y si es posible evitarlo con tratamiento médico de cara a prevenir problemas de fertilidad y el riesgo de malignización a largo plazo. Durante el primer año de vida, sobre todo los primeros 6 meses de vida, muchos de los casos de criptorquidia se resuelven espontáneamente. Por este motivo la indicación de cirugía de descenso (orquidopexia) suele realizarse entre los 12 y los 18 meses de edad, pues es a partir de este momento cuando se han visto peores resultados en cuanto a la fertilidad y es imposible garantizar la viabilidad del teste pudiendo estar indicada la extirpación u orquiectomía. El tratamiento hormonal con gonadotropina coriónica humana (hCG) se ha utilizado históricamente como primera elección anterior a la cirugía pero en los últimos años ha sido muy discutido quedando incluso relegado por la elevada tasa de reascenso y el fenómeno de apoptosis que inducea nivel de células germinales (respuesta 3 incorrecta). La respuesta correcta a esta pregunta sería discutible entre las opciones 2 y 4. La opción 2 es incorrecta puesto que el descenso testicular ocurre sobre todo el primer año de vida, no hasta los dos años como indica la opción 2. Por ello proponemos como respuesta correcta la opción 4 que, no obstante, sigue siendo cuestionable ya que según los protocolos actuales, el momento idóneo para la cirugía estaría entre los 12 y los 18 meses de edad.

P155 MIR 2015-2016

El síndrome nefrótico (SN) en el niño está causado hasta en un 90% de los casos por la nefropatía de cambios mínimos (NCM). Debido a ello, y a la buena respuesta a corticoides de esta entidad junto con los riegos de una biopsia en este grupo de población, el manejo general del SN en el niño es el tratamiento inicial empírico con corticoides sin confirmación anatomopatológica previa. Los casos en los que debe practicarse una biopsia renal son aquellos en los que existe una duda razonable sobre el diagnóstico de NCM. La pregunta plantea un niño con una recaída del SN después del tratamiento. Las recaídas del SN son muy frecuentes en la NCM, por lo que el simple hecho de tener una no es indicación de biopsia. Si además el niño está entre los 2 y 6 años de edad (R4 incorrecta), ha mostrado sensibilidad a corticoides (R1 incorrecta) y presenta edemas importantes y hasta incapacitantes (R2 incorrecta), no tenemos ningún motivo para indicar una biopsia renal, ya que todas estas son características típicas de la NCM. Por el contrario, si el paciente presenta un síndrome nefrítico, deberá practicarse una biopsia renal, ya que la presentación típica de la NCM es de síndrome nefrótico y no nefrítico (R3 correcta). Otros motivos de indicación de biopsia renal serían: corticorresistencia, recidivas frecuentes, hipocomplementemia y otros datos no compatibles con síndrome nefrótico típico.

P125 MIR 2012-2013

Se trata de una pregunta de dificultad media sobre la infección del tracto urinario en el niño. Es importante destacar que en lactantes y niños menores de dos años, los síntomas son inespecíficos, predominando la fiebre, anorexia, estancamiento pondero-estatural o pérdida de peso, decaimiento y síntomas digestivos. De cara al MIR, es importante recordar que la infección urinaria es la causa más frecuente de fiebre sin foco en el lactante.

En esta pregunta nos plantean el caso de un lactante de 13 meses que acude por fiebre alta de dos días de evolución, sin foco aparente para la fiebre. Si bien es cierto que las infecciones virales, catarros de vías altas etc, suelen ser causa frecuente de fiebre a esta edad, es importante tener en cuenta la infección urinaria en el diagnóstico diferencial de la fiebre sin foco en estos niños. Por ello, en la pregunta se nos dice que antes de dar de alta al niño, se le realiza un sistemático de orina, en el que destaca la presencia de leucocitos y nitritos. Los nitritos son producidos por bacterias que reducen los nitratos a nitritos. La presencia de nitritos es por tanto un indicador indirecto de presencia de bacterias en la orina. La leucocituria es más sensible

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

pero menos específica que los nitritos. Puede presentar muchos falsos positivos. La combinación de nitritos y leucocituria aumenta la sensibilidad a un 93%. Además, se le ha realizado un Gram de orina, que muestra bacilos Gram negativos. La tinción de Gram consiste en la visualización mediante microscopio óptico de una gota de orina fresca. Si se detecta una bacteria por campo de gran aumento, se estima la presencia de 100.000 colonias por milímetro, es decir sugiere infección urinaria. La analítica de sangre muestra elevación de la PCR, apoyando la sospecha de infección bacteriana. Dados los hallazgos en la orina, la presencia de nitritos y leucocitos, así como el resultado del Gram, debemos sospechar una infección urinaria e iniciar tratamiento empírico de la misma hasta el resultado del urocultivo. La elección del antibiótico es frecuentemente empírica, y el germen más frecuente es *E. coli*. Debemos por tanto elegir un antibiótico que cubra bien los Gram negativos. En este caso además nos informan mediante el Gram de orina de que el germen responsable es un Gram negativo. Entre las opciones que nos ofrecen el único antibiótico que no cubre bien estas bacterias es la amoxicilina, de ahí que esta sea la respuesta correcta. Como bien dice la pregunta, no todos los niños con infección urinaria necesitan ingresar para tratamiento parenteral. Los principales criterios de ingreso son: edad < 3 meses, inmunodeprimidos, anomalías nefrourológicas, mal estado general, dificultad para tolerar el antibiótico o mantener una buena hidratación, así como problemas de seguimiento adecuado del niño. Si es posible el antibiótico oral, se recomienda mantener el tratamiento hasta un total de 10-14 días.

P151 MIR 2010-2011

Caso clínico en el que nos presentan una niña de 10 años con exploración física, talla y TA normales, el análisis de orina tiene una densidad y un pH dentro de los valores normales, el único dato alterado es el número de hematíes por campo (normal 0-4).

Puesto que no tiene ningún síntoma (análisis de orina de rutina), crece correctamente y no nos indican ninguna otra alteración en el sedimento, carecen de sentido las opciones 1, 2, 3 y 5, por tanto, la conducta inicial más adecuada sería repetir el sedimento en 15 días, ya que el aumento de hematíes podría ser debido, por ejemplo, a la realización de ejercicio físico intenso, algo muy común en esta edad.

T07 Enfermedades infecciosas

P154 MIR 2015-2016

Es un acaso clínico típico del MIR y de la pediatría general. Niño que se le quita la fiebre y le aparece un exantema = exantema súbito, causado por el VHH 6 (respuesta 2 correcta). El resto de opciones no serían correctas. La infección por parvovirus B19 casua el megaloeritema infeccioso y no da fiebre además el exantema es diferente 1.ª fase de "bofetón" con hiperemia en ambas mejillas, 2.ª fase exantema moribiliforme generalizado 3.ª fase aclaramiento central de las lesiones con aspecto "cartográfico o de encaje". El *coxsackie* causa la enfermedad mano-boca-pie y la herpangina, por lo tanto las lesiones son diferentes ya que afectan a "mano-boca-pie" o aftas en los pilares faringeos y suele cursar con fiebre. La primoinfección por VEB se describiría un síndrome mononucleósido con adenopatías, fiebre prolongada, hipertransaminasemia, hepatoesplenomegalia…así que no cuadra con nuestro caso.

P174 MIR 2013-2014

Se trata de una pregunta sencilla. La opción incorrecta es la 4, puesto que las adenopatías no son un hallazgo habitual en la varicela. Recuerda que las manchas de Koplik son patognomónicas del sarampión (respuesta 1 correcta), que el exantema súbito se caracteriza por un período febril inicial de unos 3 días de duración (respuesta 2 correcta), que el eritema infeccioso es producido por el parvovirus B19, que además puede producir anemia por aplasia medular (respuesta 3 correcta), y que la escarlatina es la manifestación cutáneo- sistémica de una infección causada por *Streptococcus pyogenes*, y que cursa con fiebre y disfagia (respuesta 5 correcta).

P021 MIR 2012-2013

Aunque se trate de una mujer de 33 años, a la hora de responder esta pregunta no se puede obviar que trabaja en una ludoteca infantil (en el MIR todos los datos suelen tener su importancia). Ante una enfermedad exantemática el diagnóstico diferencial es amplio, pero en este caso nos dan un dato patognomónico como es la presencia de lesiones eritematosas con centro blanquecino frente a arcadas dentarias superiores vinculadas a una imagen característica que se corresponde con manchas de Koplik. El resto de datos (fiebre, afectación del estado general, cuadro respiratorio, exantema que afecta a palmas y plantas) no hacen más que corroborar el diagnóstico de sarampión, enfermedad de aparición típicamente infantil y que ha aumentado de forma importante su incidencia en los últimos años gracias al auge del "movimiento antivacunas". El contexto clínico descarta las cuatro opciones restantes.

P022 MIR 2012-2013

Nos preguntan qué prueba nos permitirá llegar al diagnóstico definitivo en relación con el caso de la pregunta 21. De entre todas las opciones solo la respuesta 3 nos permitiría aclarar la etiología del cuadro de la paciente a través de pruebas serológicas que determinen anticuerpos IgM frente a sarampión. Hay que recordar que la neumonía es una de las complicaciones más frecuentes del sarampión, resultando más habitual la sobreinfección bacteriana secundaria que la neumonía por el propio virus del sarampión (neumonía de células gigantes de Hecht) de curso grave y más típica de inmunodeprimidos.

Recalcar que la pregunta tiene un error clínico, en el sarampion las lesiones cutáneas suelen empezar retroauriculares y siguen una progresión cefalocaudal y se retiran en el mismo orden (de cabeza a pies) con una descamación furfurácea, no en sentido inverso como dicen la pregunta.

P231 MIR 2011-2012

En esta pregunta se plantea el diagnóstico diferencial de enfermedades que cursan con fiebre y exantema. En este caso clínico debes buscar las pistas que te lleven al diagnóstico. Lo primero que debe llamar tu atención son las lesiones blanquecinas en cavidad oral, que no son otras que las famosas manchas de Koplik, que son patognomónicas de sarampión,

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

siendo ésta la respuesta correcta. Recuerda que, el sarampión se presenta como un exantema morbiliforme que no blanquea a la presión y puede afectar a palmas y plantas, en el contexto de una infección respiratoria con fiebre alta. El hecho de que el niño tenga 7 meses apoya más el diagnóstico, ya que aún no ha recibido la vacuna de la triple vírica (cuya primera dosis se administra entre los 12 y los 15 meses).

Es importante también saber por qué no son las otras opciones. En primer lugar, la enfermedad de Kawasaki se diagnostica mediante criterios clínicos fáciles de recordar con la regla del ABCDEF. La F de Fiebre de al menos 5 días es el único criterio imprescindible y debe acompañarse de al menos 4 de los otros 5:

- A de Adenopatía (cervical mayor de 1,5 cm).
- B de Boca (afectación de labios, lengua y orofaringe). C de Conjuntivitis (bilateral no exudativa).
- D de Dedos (eritema, edema y posterior descamación de manos y pies).
- E de Exantema.

Recuerda que estos síntomas no se pueden justificar por ninguna otra causa.

En segundo lugar, no puede tratarse de una escarlatina aunque presente una faringoamigdalitis, ya que en menores de 3 años éstas son prácticamente en su totalidad víricas y recuerda que la causa de la escarlatina es un Streptoccocus pyogenes productor de toxina eritrógena. Fíjate además en que no ha respondido al tratamiento antibiótico. En relación al exantema alérgico por amoxicilina, se presentaría como una reacción de tipo urticarial. Por último, podrías pensar que es una mononucleosis por el exantema asociado al empleo de amoxicilina, que es muy característico. No obstante, deberían aportar otros datos como adenopatías múltiples o hepatoesplenomegalia.

P185 MIR 2010-2011

Pregunta fácil sobre un tema muy repetido en el examen MIR, las contraindicaciones generales de las vacunas. La respuesta correcta es la 1 debido a que en cuadros con alteraciones inmunitarias importantes (inmunodeficiencias, tratamiento inmunosupresor intenso y prolongado, radioterapia…) están contraindicadas las vacunas de microorganismos vivos atenuados.

Por tanto, de las vacunas que aparecen en el enunciado la única respuesta posible es la triple vírica. El resto son vacunas de toxoides o antígenos purificados, por lo que no suponen riesgo de infección para un inmunosuprimido.

T09 Maltrato infantil

P216 MIR 2015-2016

1. VERDADERA. Las hemorragias retinianas son el hallazgo característico del síndrome del niño zarandeado debido a mecanismos de aceleración-desaceleración del encéfalo secundario a sacudidas de la cabeza del niño. Debemos pensar en maltrato siempre que no nos cuadren los hallazgos exploratorios con el mecanismo lesional que refieren. Hay muchos otros hallazgos sugestivos de maltrato que podréis encontrar en el tema correspondiente del *Manual*.
2. FALSA. En la evolución normal de un traumatismo ocular podremos observar hemorragias intraretinianas pero no es esperable la afectación bilateral ni la clínica de afectación neurológica del paciente con somnolencia e hipotonía.
3. FALSA. El edema de Berlin se puede observar en los traumatismos oculares cerrados. La exploración del fondo de ojo NO revela afectación vascular (NO existen hemorragias intraretinianas). Se caracteriza por opacificación de la retina y manchas blanquecinas SIN afectación vascular. No se considera un edema verdadero al no observarse fugas de líquido.
4. FALSA. La retinopatía de Purtscher (según criterios de Agrawal) se caracteriza por la presencia de múltiples exudados algodonosos en la superficie de la retina (NO presentes en nuestro caso clínico) y hemorragias retinianas entorno al disco óptico, que están asociadas a una pérdida de visión grave. Se puede observar tras un traumatismo craneal o torácico pero también en casos de insuficiencia renal, pancreatitis etc…

T10 Vacunas

P127 MIR 2018-2019

De acuerdo con el calendario común de vacunación infantil del Consejo Interterritorial de 2018 (al igual que en el calendario de la AEP), las vacunas de la hepatitis B, neumococo y Haemophilus influenzae B tienen una pauta de 2, 4, 11 meses, mientras que la del meningococo C sigue una de 4 meses, 12 meses y 12 años.

P128 MIR 2018-2019

Pregunta de dificultad alta por ser un tema poco preguntado en el examen MIR. La de la rabia es una vacuna de virus inactivados. La profilaxis preexposición está indicada en viajeros que se desplazan a zonas de riesgo elevado y se realiza mediante la administración de 3 dosis de la vacuna. Si existiera un contacto de riesgo y el paciente hubiera hecho profilaxis preexposicional se administrarían 2 dosis más de vacuna; en caso contrario se deberán administrar 5 dosis. Al no ser una vacuna de virus vivos atenuados, no está contraindicada en el embarazo.

P220 MIR 2017-2018

La mayoría de las vacunas inyectables se administran vía intramuscular, salvo algunas excepciones como la varicela. La elección del lugar de inyección (hombro o muslo) depende básicamente de la edad (y tamaño) del paciente. En lactantes menores de 12 meses el lugar recomendado es la cara anterolateral externa del muslo (tercio medio del músculo vasto externo o lateral), ya que el deltoides está tan poco desarrollado que no se considera una localización adecuada. A partir de los 3 años se administra en el hombro (músculo deltoides), siendo el muslo una alternativa en caso de no poder administrarse en dicha región. Entre los 12 meses y los 3 años, el lugar recomendado es como en el lactante (muslo), aunque

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

como alternativa podría también aplicarse en el deltoides. En caso de no estar disponible la zona indicada (p. ej.: lactante con ambas piernas escayoladas), se inyectaría en la región glútea ventral, en concreto en el centro de triángulo formado por la espina ilíaca anterosuperior, cresta ilíaca y trocánter mayor.

P221 MIR 2017-2018

Pregunta asequible sobre calendario vacunal que tiene dos respuestas correctas. Según el calendario vacunal propuesto por la Asociación Española de Pediatría, de 2017 y 2018, se puede administrar a los 12 meses y una segunda dosis de recuerdo entre los 2-4 años tanto de la triple vírica (SRP) como de la varicela. Lo habitual es la administración a los 12 meses de la SRP y a los 15 meses de la varicela pero no es incorrecto vacunar de la varicela a los 12 meses. Por este motivo, se considera que tanto triple vírica como varicela son respuestas correctas.

P198 MIR 2015-2016

El tema de las vacunas está cobrando importancia creciente en los últimos MIR es por lo que es importante conocer conceptos clave como la clasificación de las vacunas:

- Respuesta 1: CORRECTA. La vacuna de la rubéola, incluida en la triple vírica, es una vacuna de virus enteros atenuados.
- Respuesta 2: INCORRECTA. La tos ferina se produce por la *Bordetella-Pertusis,* una bacteria Gram – aerobia. Por lo tanto, difícilmente va a ser una vacuna de VIRUS atenuados. Es una vacuna bacteriana inactivada.
- Respuesta 3: INCORRECTA. Conociendo la clasificación, podemos saber que es una vacuna de virus enteros inactivados, no atenuados.
- Respuesta 4: INCORRECTA. La vacuna de la hepatitis B es una vacuna que no incluye el virus entero, sino subunidades de éste. Además, es inactivada y no atenuada.

P199 MIR 2015-2016

Se trata de una pregunta relativamente sencilla sobre la vacunación infantil, tema que en las últimas convocatorias está cobrando mucha importancia. La respuesta 1 es falsa porque la pauta de vacunación de los niños prematuros la determina su edad cronológica. Se administran las mismas dosis y cumplen el calendario vacunal de la misma forma que los niños a término. El objetivo es conseguir la inmunización lo más precozmente posible. La respuesta 2 es la correcta en esta pregunta. Las vacunas vivas (sarampión, rubéola, parotiditis, polio oral, varicela, fiebre amarilla, etc) están contraindicadas en general en niños inmunodeprimidos y en las personas de su entorno, así como en embarazadas por el riesgo de transmisión al feto. Existen algunas excepciones que afectan a los niños con VIH: se les pueden administrar la triple vírica y la varicela siempre y cuando no tengan clínica o inmunodepresión grave. Los niños sanos que conviven con personas inmunodeprimidas deben recibir todas las vacunas, incluyendo las vivas. La respuesta 3 es falsa. La alergia al huevo no contraindica la vacunación, aunque sí requiere observación del paciente durante una media hora para controlar una potencial reacción alérgica, salvo la vacuna de la fiebre amarilla que está contraindicada en alérgicos al huevo. La única contraindicación para vacunar es haber presentado una reacción adversa o alérgica grave (anafilaxia) a una determinada vacuna o a alguno de sus componentes. La respuesta 4 es falsa. Las inmunoglobulinas interfieren únicamente con las vacunas atenuadas de virus vivos, en la práctica habitual con triple vírica y varicela. Por lo tanto, para su administración conjunta se recomienda respetar ciertos intervalos de tiempo. Con las vacunas inactivadas y otras vivas como rotavirus, gripe intranasal, fiebre amarilla o fiebre tifoidea oral, la interferencia es prácticamente nula. El palivizumab, el anticuerpo monoclonal que se usa como profilaxis del virus respiratorio sincitial, no interfiere con las vacunas vivas ni inactivadas.

P200 MIR 2015-2016

Aunque en España cada Comunidad Autónoma tiene un calendario vacunal, tanto el Ministerio de Sanidad como la Asociación Española de Pediatría publican anualmente su propio calendario vacunal recomendado. En cualquiera de ellos, de las vacunas mencionadas la única que unicamente se indica en pacientes con factores de riesgo es la vacuna antigripal (enfermos crónicos, inmunodeprimidos, profesionales sanitarios, tratamiento prolongado con AAS…). Las vacunas antihepatitis B, antipoliomielítica y antisarampión son vacunas sistemáticas ya que se aplican a toda la población infantil.

P201 MIR 2015-2016

Las vacunas como la rubéola, sarampión, parotiditis, varicela, fiebre amarilla, que son virus vivos-atenuados, están contraindicadas durante la gestación por el riesgo de que puedan producir una infección, aunque más atenuada, y los efectos que la misma podría tener en el embarazo.

Son totalmente seguras las vacunas que son toxoides o están inactivadas y se podrán utilizar cuando estén indicadas.

También será segura la administración de inmunoglobulinas a la embarazada y tendrán su indicación para evitar un contagio tras un contacto con un enfermo.

P202 MIR 2015-2016

La opción 1 es incorrecta. El virus de la polio, con sus tres serotipos, es muy contagioso y se transmite fácilmente de persona a persona por vía fecal, oral y respiratoria. Gracias a la vacunación y a las mejoras sociosanitarias el número de casos ha descendido drásticamente y varias regiones del mundo han sido certificadas como "libres de polio", pero, sin el mantenimiento de un nivel adecuado de coberturas de vacunación, la enfermedad puede ocasionar brotes importantes. La poliomielitis no tiene tratamiento y la vacuna es la principal herramienta de que se dispone para el control eficaz de los brotes. Desde el año 2006 solo había 4 países endémicos de polio en los que nunca se había producido una interrupción de la transmisión del virus salvaje: India, Nigeria, Pakistán y Afganistán. Desde octubre de 2010 la India no ha vuelto a tener casos de polio, por lo que solo quedan tres países endérmicos (Pakistán, Afganistán y Nigeria), en comparación con los 125 países endémicos que había en 1988. Incidencia en España: En 1989 se declararon en España 2 casos de la enfermedad (un caso importado y otro probablemente asociado a la vacuna de virus vivos atenuados). Desde entonces se han declarado en nuestro país: dos casos de poliomielitis paralítica en 1999 (un caso importado y otro probablemente asociado a la vacuna oral atenuada); un caso en 2001 y otro en 2002 (ambos asociados a la vacuna oral atenuada).

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

La opción 2 es incorrecta. Es una enfermedad infectocontagiosa endémica en regiones en desarrollo de África, Asia, Caribe y Sudamérica donde los casos ocurren en otoño e invierno en menores de 15 años no vacunados, con una tendencia global a afectar a niños mayores, adolescentes y adultos jóvenes. Actualmente controlada en países occidentales. En España la incidencia era de 1000 casos por 100 000 habitantes en 1941, tras introducirse la vacunación en 1945, la tasa de incidencia cae a 0,1/100 000. El último caso de difteria declarado en España se detectó en un niño no vacunado, en mayo de 2015, tras casi 30 años sin ninguna notificación de esta enfermedad en nuestro país.

La opción 3 es CORRECTA. Actualmente erradicada. No vacunación sistemática. El último caso de viruela silvestre en EE.UU. se dio en 1949. Después de campañas intensivas de vacunación en las décadas de 1960 y 1970, el último caso de viruela silvestre del mundo ocurrió en Somalia 1977.

La opción 4 es incorrecta. En 2010 y 2011 se ha producido una importante reemergencia del sarampión en muchos países del centro y oeste de Europa. Desde 2012 han disminuido los casos en Europa, pero actualmente existen focos epidémicos importantes no controlados en Italia, Holanda, Alemania, Francia, República Checa y, en menor proporción, España. Incidencia en España: La tendencia descendente de la incidencia de la enfermedad tras la consolidación de la vacunación, se vio interrumpida a partir de 2010 por la irrupción de brotes de la enfermedad en distintas CC.AA., algunos de ellos extensos. Durante el período temporal (X/2013-IX/2014) se declararon 158 casos (3,4/1 000 000), comprendiendo algunos brotes a partir de casos importados. Es de destacar la persistencia de una significativa trasmisión nosocomial.

P204 MIR 2015-2016

Se trata de una pregunta directa que se contesta recordando cuál de estas vacunas está constituida por virus o bacterias vivas atenuadas. La vacuna de la varicela actualmente comercializada se elabora a partir de una cepa atenuada del VVZ (virus Oka), y por ello está formalmente contraindicada en pacientes inmunodeprimidos (respuesta correcta 1). Todas las demás opciones hacen referencias a vacunas inactivadas (algunos tipos de vacuna antigripal) o formadas por subunidades del virus (otros tipos de vacuna antigripal o frente al VHB) o de bacterias (antineumocócica).

P164 MIR 2014-2015

La infección por varicela durante el embarazo es poco frecuente, pero supone una situación de riesgo por la posible afectación del feto.

Ante un contacto en una gestante susceptible se puede plantear la administración de gammaglobulina en los primeros 4 días del contacto, con la finalidad de disminuir la transmisión.

Debes recordar que no se puede vacunar a las embarazadas.

P191 MIR 2014-2015

La vacunación antipoliomielítica inactivada PRODUCE INMUNIDAD DE GRUPO, éste es un conocimiento que puede acertarse por sentido común, ¿cuántos casos de poliomielitis vemos en la época actual? Efectivamente ninguno, esto es gracias a la inmunidad de grupo.

P192 MIR 2014-2015

Es una pregunta bastante mal redactada pero que se puede acertar si se tiene la principal idea de "LA VACUNA DE LA RUBÉOLA ESTÁ CONTRAINDICADA EN EL EMBARAZO". Es importante saber este concepto ya que al ser una vacuna viva puede producir infección en la embarazada y enfermedad en el feto. Las opciones 1, 2, 4 y 5 que hacen referencia a que sí se podría usar esta vacuna en el embarazo CLARAMENTE SON FALSAS y aunque la redacción de la opción 3 no es muy buena se entiende que si alguien se vacuna por error de la rubéola durante el embarazo no está indicado el aborto sólo por ese hecho, tiene lógica que sea verdadera y además en las guías de vacunación se hace referencia a esta frase.

P234 MIR 2013-2014

Las vacunas con virus vivos o atenuados están, en general, contraindicadas y no deben ser administradas durante la gestación: sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, poliomielitis (vacuna tipo Sabin).

Tras la vacunación de una mujer con virus vivos o atenuados, debe transcurrir un periodo mínimo de 4 semanas antes de iniciar su embarazo.

Debe recomendarse la vacunación de rubéola en el posparto a las mujeres no inmunes.

P199 MIR 2012-2013

Esta pregunta finalmente fue anulada, pues dieron como correctas las respuestas 2 y 5. En nuestra opinión no debería haber sido eliminada, dado que en niños con hipersensibilidad al huevo, tanto sin antecedentes de reacción anafiláctica como con ellos, no hay estudios que demuestren un aumento del riesgo de reacciones alérgicas. Por ello, estos niños SÍ deben recibir la vacuna triple vírica manteniéndolos en observación posteriormente por si presentasen algún tipo de reacción. Respecto a la respuesta 2, efectivamente la vacuna frente al sarampión puede ocasionar una falta de respuesta a la tuberculina de forma transitoria, por lo que de hacerse, debería realizarse el mismo día de la vacunación o dejando pasar entre 4-6 semanas según las últimas recomendaciones, no dos como afirma la pregunta. El resto de opciones son correctas ya que las vacunaciones realizadas por cuestiones epidemiológicas antes de los 12 meses de edad, no contabilizan en el cómputo total de dosis. Además, la vacuna se puede emplear como profilaxis post-exposición en las primeras 72 horas y protege frente al desarrollo de la panencefalitis esclerosante.

P230 MIR 2010-2011

Ante una madre HBsAg positiva, el riesgo de transmisión al feto es alto (sobre todo si también es HBeAg positiva), y la infección por VHB en el recién nacido se cronifica en el 90% de los casos aproximadamente.

La actitud a tomar es la referida en la respuesta 4: poner en las primeras 12 horas tras el nacimiento la primera dosis de vacuna del VHB y la gammaglobulina

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

hiperinmunitaria en sitios corporales diferentes del recién nacido. Tras estas actuaciones, los niños pueden recibir lactancia materna.

Recuerda que la única infección que contraindica la lactancia materna en los países desarrollados, por el riesgo que supone, es el VIH, aunque la madre y el niño hayan sido correctamente tratados, no se recomienda la lactancia materna.

P113 MIR 2009-2010

Una pregunta relacionada con un tema de moda durante los meses anteriores al examen MIR. En realidad, la pregunta podía resolverse sin saber demasiado sobre la epidemia que motivó esta pregunta.

Existen tres tipos de gripe estacional: A, B y C. Los virus de tipo A se clasifican en atención a las distintas combinaciones de dos proteínas presentes en la superficie del virus, la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N). Existen numerosos subtipos de virus gripales de tipo A. Durante los últimos años, los más frecuentemente responsables de enfermedad en humanos han sido H3N2 y H1N1.

En la situación actual, con brotes epidémicos anuales durante los meses fríos, la composición de la vacuna de la gripe estacional se compone de estos dos subtipos de virus (H1N1 y/o H3N2) y/o virus B. La vacunación se realiza mediante una vacuna trivalente inactivada, que contiene las cepas que circularon en la temporada gripal anterior. Por lo tanto, la respuesta correcta es la 2. Lo que no se incluye en la vacuna son virus gripales del tipo C, puesto que justifican muy pocos casos de enfermedad en humanos.

No te dejes engañar por la respuesta 5. La "gripe española" se inició en EEUU. Recibió esta denominación porque las primeras noticias se difundieron en periódicos de Boston, publicados en español.

P117 MIR 2009-2010

Es la tercera vez que se pregunta algo sobre el dengue en el examen MIR. La primera fue en el MIR 03-04, donde la pregunta fue sencilla: "¿qué es el dengue?", cuya respuesta era "una fiebre hemorrágica de origen vírico". Más adelante, en el MIR 05-06, plantearon un caso clínico. En esta ocasión habría que saber que no existe vacuna para prevenir esta enfermedad (respuesta 5, correcta).

Con respecto al dengue vamos a enumerar algunos aspectos que pudieran ser rentables con vistas al examen MIR:

- Se transmite por la picadura de *Aedes aegypti* (transmisor también de la fiebre amarilla). No sólo aparece en zonas rurales, sino también urbanas.
- Puede producir un cuadro similar a una gripe: fiebre de aparición brusca que dura hasta una semana, con cefalea y, sobre todo, importantes artromialgias ("fiebre quebrantahuesos" o "fiebre rompehuesos").
- El dengue hemorrágico es una variedad suya, de mayor gravedad, que cursa con importante deshidratación.
- Aunque existe en diversas partes del mundo, debes recordarlo en relación con Sudamérica y Centroamérica.
- No existe vacuna y el tratamiento es de soporte.

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"