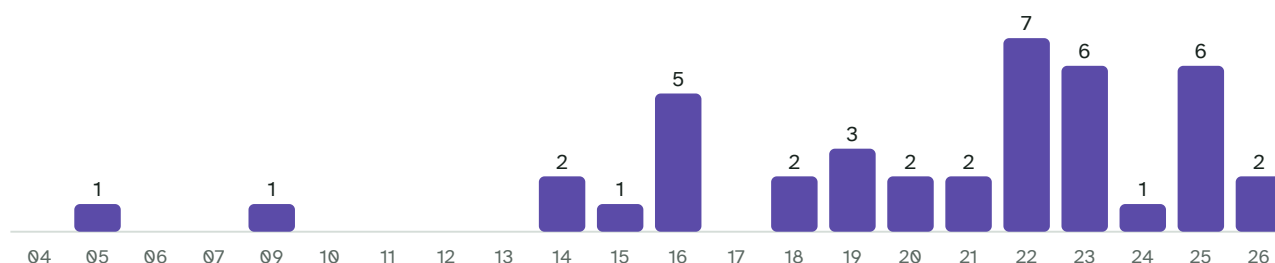


Patología pediátrica

La patología pediátrica es un tema de preguntas sueltas: casi cada pregunta del EIR trata un cuadro distinto. Se repiten la enfermedad de Hirschsprung, la deshidratación del lactante y la transposición de grandes vasos. Este tema recorre los aparatos (corazón, respiratorio, digestivo, neurología, riñón y genitales, piel y huesos), las enfermedades exantemáticas y la alergia alimentaria, y termina con el niño hospitalizado. Donde una respuesta oficial antigua choca con la guía actual se explican los dos criterios.

Apuntes para el EIR · versión 2026-10-01 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



41 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Enfermedad de Hirschsprung: aganglionosis, retraso del meconio >48 h, predominio varón (3 exámenes)
- Deshidratación en el lactante: signos clínicos y de gravedad (2 exámenes)
- Transposición de grandes vasos: aorta del VD y pulmonar del VI (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Cardiopatías congénitas, soplos y SIM-PedS	7
2. Aparato respiratorio y ORL	12
3. Aparato digestivo, deshidratación y rehidratación	15
4. Alergia alimentaria, celiaquía y diabetes tipo 1	21
5. Fiebre, exantemas y otras infecciones	24
6. Neurología y neurodesarrollo	30
7. Nefrourología, genitales y oncohematología	34
8. Piel, aparato locomotor y traumatismos	38
9. El niño hospitalizado y crítico	41
Todas las preguntas del tema (44)	43
Preguntas que también podrían ser de este tema (19)	55
Solucionario	60
Fuentes	63

Resumen para repasar

1. Cardiopatías congénitas, soplos y SIM-PedS

- La **CIV** es la CC más frecuente; las más frecuentes se agrupan en cortocircuito izquierda-derecha, obstrucción al flujo y con cianosis ^{F69}.
- **TGA**: aorta del **VD** y pulmonar del **VI**; cianosis grave en las primeras horas; **PGE1** para mantener el ductus abierto y **Rashkind** ^{F70}.
- **Fallot**: CIV, obstrucción de salida del VD con estenosis pulmonar, cabalgamiento aórtico e **hipertrofia del VD**; posición genupectoral en la crisis ^{F71}.
- **IAA tipo B**: entre **carótida izquierda y subclavia izquierda**, la más frecuente; bajo gasto al cerrarse el ductus ^{F73}.
- Sopro inocente: **sistólico**, suave y sin síntomas; el diastólico siempre es patológico ^{F2}.
- **SIM-PedS**: parecido al **Kawasaki**, fiebre y **shock** en la mitad; la afectación respiratoria es sobre todo hemodinámica ^{F3}.

2. Aparato respiratorio y ORL

- **Bronquiolitis**: menor de 2 años, **VRS**, etiología **vírica**; tratamiento de **soporte** ^{F4,F6}.
- Riesgo de gravedad: prematuridad, **<6 semanas**, cardiopatía, inmunodeficiencia, no lactancia materna; la **atopia** no ^{F4,F6}.
- Complicación: **atelectasias** (20-30 % en UCIP) ^{F5}.
- OMA: **neumococo, H. influenzae y Moraxella**; amoxicilina a dosis altas; su complicación más frecuente es la **mastoiditis** ^{F7}.
- Cuerpo extraño bronquial: **tos, hipoventilación localizada**, neumonías ^{F8}.
- Inhalador: **<4 años** cámara con mascarilla; **>6 años, polvo seco** (no precisa coordinación) ^{F9}.

3. Aparato digestivo, deshidratación y rehidratación

- **Hirschsprung**: sin plexos de **Meissner y Auerbach**, **varones 4:1**, meconio **>48 h**, segmento **espástico** ^{F10}.
- EHP: varón primogénito, **3.ª-5.ª semana**, vómitos **no biliosos**, **alcalosis hipoclorémica**, Ramstedt ^{F12,F13}.
- ECN: prematuridad, **fórmula**, asfixia, cardiopatía; protege la leche materna ^{F14,F11}.
- Deshidratación por peso perdido: **leve 3-5 %**, **moderada 5-9 %**, **grave >9 %** ^{F15}.
- Deshidratación grave: **≥10 %**, relleno **≥3 s**, piel moteada, alteración de la conciencia; **taquicardia**, no bradicardia ^{F15}.
- RHO: SRO hipoosmolar, **50-100 ml/kg en 4 h**, **sin interrumpir la lactancia materna** ^{F11,F15}.
- Vómitos: **ondansetrón** 0,15 mg/kg en dosis única ^{F15,F16}.
- **SHU**: anemia hemolítica, **trombopenia** y daño renal agudo; E. coli **O157:H7** ^{F17}.
- Oxiuros: **toda la familia** se trata; ropa lavada el primer día ^{F18}.

4. Alergia alimentaria, celiaquía y diabetes tipo 1

- APLV **IgE**: reacción **inmediata** (<2 h); no IgE: retardada ^{F19,F20}.
- Diagnóstico de certeza: **provocación oral** ^{F19,F20}; el **90 %** tolera a los 6 años ^{F19}.
- Sustituto: **hidrolizado extensivo**; soja desde los **6 meses**; nunca **cabra ni oveja** ^{F19,F20,F11}.
- **LTP**: panalérgeno, resiste calor y digestión, más en la **piel**; puede dar **anafilaxia** ^{F21}.
- Celiaquía: **maíz y palomitas** sin gluten; bollos, con gluten; dieta de por vida ^{F11}.
- DM1: poliuria, polidipsia y **pérdida de peso** ^{F23}.

5. Fiebre, exantemas y otras infecciones

- Fiebre: objetivo el **confort**; **nunca alcohol** ni agua fría ^{F33}.
- **Reye**: AAS en **gripe o varicela**; no AAS en menores de 16 años ^{F31,F32}.
- Sarampión: **pródromos catarrales y después exantema**; **Koplik** ^{F25,F27}.
- Roséola (**VHH-6**): el exantema sale **al ceder la fiebre** ^{F25}. Quinta enfermedad: **parvovirus B19** ^{F24}.
- Varicela: contagia hasta que todo es **costra**; latencia en **ganglios sensitivos** → **zóster** ^{F24}.
- Varicela: posible **púrpura fulminante** (déficit de proteína S) ^{F24,F29}.
- Mano-pie-boca: **Coxsackie**, lesiones **no pruriginosas** ^{F25}.
- Petequias en paladar: **escarlatina**, mononucleosis, rubéola ^{F26,F36,F37}.
- **PFAPA**: fiebre periódica regular + aftas + faringitis + adenitis ^{F30}.
- **Brudzinski**: flexión del cuello → flexión de las piernas ^{F34}.

6. Neurología y neurodesarrollo

- Estatus: clásico **30 min** ^{F41}; hoy se trata a los **5 min** (t1) ^{F40,F39}.
- BZD: vía **IV, bucal, intranasal, IM o rectal** ^{F40,F42}.
- **Chiari I**: amígdalas cerebelosas por el agujero magno; cefalea que **empeora con Valsalva**; no siempre asintomático ^{F43}.
- Convulsión febril: **6 meses-5 años**; los antitérmicos **no previenen** las recurrencias ^{F39}.
- **Rett**: neurodesarrollo, **ligado al X**, casi siempre en **niñas** ^{F44,F45}.
- **TDAAH**: diagnóstico **clínico**; antes de los **12 años**; no siempre hiperactivo ^{F46,F39}.
- **BRUE**: lactante **menor de 1 año**, episodio **<1 min** resuelto ^{F47,F48}.

7. Nefrourología, genitales y oncohematología

- Orina: **punción suprapúbica** de referencia; **bolsa**, alto riesgo de contaminación ^{F49,F50}.
- Enuresis: **15 %** a los 5 años; **retirar el pañal**; **alarma** de primera línea ^{F51,F52}.
- Testículo **ectópico**: fuera del trayecto normal (**pubis**, periné); orquidopexia desde los 6 meses y como muy tarde a los **18 meses** ^{F53}.
- **Balanitis**: inflamación del glande; parafimosis, urgencia ^{F54}.
- **Wilms**: tumor renal más frecuente; **neuroblastoma**: sólido extracraneal más frecuente ^{F55,F56}.
- **Dolor por el tratamiento**: **mucositis** (quimioterapia y radioterapia), **enfermedad injerto contra huésped** en el trasplante y **vincristina** (neuropático) ^{F84}.
- **Kostmann**: infecciones graves, **G-CSF** e **higiene oral** minuciosa ^{F57}.

8. Piel, aparato locomotor y traumatismos

- Dermatitis del pañal irritativa: **zonas convexas**, respeta pliegues; **Candida**, en pliegues ^{F58}.
- Pie zambo: **CAVE** (cavo, aducto, varo, equino); Ponseti ^{F59}.
- Fractura típica del niño: **incurvación plástica**; también rodete y tallo verde ^{F61}.
- Diente **temporal**: no se reimplanta; permanente, por la **corona**, en **leche** o suero ^{F62}.

9. El niño hospitalizado y crítico

- Separación: **protesta** → **desesperación** → **desapego** ^{F63}.
- Reacciones: regresión, **temores de mutilación corporal** y de **pérdida del autocontrol**; la oscuridad es un miedo evolutivo de los más pequeños ^{F63,F65}.
- **Hipotensión = signo tardío**; la taquicardia es precoz ^{F66}.
- Abstinencia: perfusión **≥5 días**, **<6 meses**, **retraso psicomotor**; WAT-1 y SOS; descenso gradual; tratamiento de primera opción, **clonidina** ^{F68}.

Puntos clave

- 1 En la **TGA** la aorta sale del **ventrículo derecho**; el ductus se mantiene **abierto** con PGE1 ^{F70}.
- 2 Los soplos **diastólicos** siempre son patológicos ^{F2}.
- 3 Bronquiolitis: **VRS**, menores de 2 años, tratamiento de **soporte**; la atopia no es factor de riesgo ^{F4,F6}.
- 4 **Hirschsprung**: aganglionosis de Meissner y Auerbach, **más en varones**, meconio **>48 h** ^{F10}.
- 5 Deshidratación grave: pérdida **≥10 %**, relleno capilar **≥3 s**, piel moteada ^{F15}.
- 6 Rehidratación oral sin **interrumpir la lactancia materna**; ondansetrón en dosis única si vomita ^{F15,F16}.
- 7 APLV: la **provocación oral** confirma; no se usan leches de **otros mamíferos** ^{F19,F11}.
- 8 Roséola: exantema **al ceder la fiebre**; sarampión: exantema **tras los pródromos**, con Koplik ^{F25}.
- 9 **Nunca alcohol** para bajar la fiebre; **no AAS** en gripe o varicela (Reye) ^{F33,F32}.
- 10 Estatus epiléptico: clásico **30 min**, tratamiento a los **5 min** ^{F40}.
- 11 **BRUE** solo en menores de **1 año** ^{F47}.
- 12 Bolsa perineal: **alto riesgo de contaminación** ^{F49}.
- 13 Enuresis: **alarma** de primera línea y **retirar el pañal** ^{F51}.
- 14 **Hipotensión**: signo **tardío** en el niño ^{F66}.
- 15 Abstinencia: perfusión de **5 o más días**, **<6 meses** o retraso psicomotor ^{F68}.

1. Cardiopatías congénitas, soplos y SIM-PedS

Las cardiopatías congénitas (CC) más frecuentes son, por orden: la **CIV**, la CIA, el ductus permeable, la estenosis pulmonar, la coartación aórtica, la tetralogía de Fallot y la estenosis aórtica; y después, la transposición de grandes arterias, el canal atrioventricular y el síndrome del corazón izquierdo hipoplásico ^{F69}. Si se excluye la válvula aórtica bicúspide, la CIV es la CC más frecuente y, aislada, representa aproximadamente el **20 %** ^{F78}. Pediatría Integral agrupa las más frecuentes en tres: con **cortocircuito izquierda-derecha** (CIV, CIA, ductus), con **obstrucción al flujo** de sangre (estenosis pulmonar, estenosis aórtica, coartación) y con **cianosis** (tetralogía de Fallot) ^{F69}.

Cardiopatía	Anatomía	Lo que cae
Transposición de grandes arterias (TGA)	La aorta se origina en el ventrículo derecho y la arteria pulmonar en el izquierdo , lo que da circulaciones pulmonar y sistémica paralelas e independientes ^{F70}	Representa el 5-7 % de las CC ^{F70} . Aparece cianosis grave en las primeras horas de vida; es incompatible con la vida si las circulaciones no se mezclan a través de una comunicación interauricular o interventricular o de un conducto arterioso persistente ^{F70} . Es más frecuente en varones (2:1) ^{F79} ; la diabetes materna tipo 1 y 2 con HbA1c elevada puede asociarse a cardiopatía estructural, entre ellas la transposición de grandes vasos ^{F2}
Tetralogía de Fallot	Comunicación interventricular grande, obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho con estenosis de la válvula pulmonar , hipertrofia ventricular derecha y cabalgamiento (encabalgamiento) de la aorta ^{F71}	Representa el 7-10 % de las CC ^{F71} . Crisis de hipercianosis; posición genupectoral ^{F71}
Interrupción del arco aórtico (IAA)	Tipo A: entre la subclavia izquierda y la aorta descendente (42 %). Tipo B: entre la carótida izquierda y la subclavia izquierda (53 %) ^{F76} ; es el más frecuente ^{F73} . Tipo C: entre el tronco braquiocefálico y la carótida izquierda; el más infrecuente (<5 %) ^{F76}	El ductus es indispensable : lleva el flujo a la aorta descendente distal a la interrupción ^{F73} . Cuando se cierra, el recién nacido presenta bajo gasto , oliguria y acidosis metabólica ^{F73} . Hasta el 50 % de los pacientes con IAA tipo B pueden tener microdelección 22q11 ^{F76}

En la TGA, salvo que la saturación esté solo levemente disminuida y la comunicación interauricular sea adecuada, se infunde **prostaglandina E1 (PGE1)**, que permite **abrir y mantener la permeabilidad del conducto arterioso** ^{F70}. Si la hipoxemia es grave y no responde de inmediato a la PGE1, o el foramen oval es muy restrictivo, se hace una **septostomía auricular con balón (procedimiento de Rashkind)** ^{F70}. Es decir, el

ductus **se mantiene abierto**, no se cierra. La reparación definitiva es el intercambio arterial (Jatene), que suele hacerse en la primera semana de vida ^{F70}. Efectos secundarios de la PGE1: muy frecuentes, la **apnea** y la fiebre transitoria; frecuentes, entre otros, la bradicardia, la hipotensión y la taquicardia. Por el riesgo de apnea (10-12 % en neonatos con cardiopatía), solo se administra si es posible intubar y conectar a ventilación mecánica ^{F72}.

EIR 2018 · 55

P31 · respuesta en el solucionario

Transposición de grandes vasos: aorta del VD y pulmonar del VI

¿Qué anomalía congénita se produce en la “transposición de grandes vasos”?:

1. La aorta emerge de la aurícula derecha y la arteria pulmonar de la aurícula izquierda.
2. La aorta emerge de la aurícula izquierda y la arteria pulmonar de la aurícula derecha.
3. La aorta emerge del ventrículo izquierdo y la arteria pulmonar del ventrículo derecho.
4. La aorta emerge del ventrículo derecho y la arteria pulmonar del ventrículo izquierdo.

EIR 2019 · 83

P28 · respuesta en el solucionario

Transposición de grandes vasos: aorta del VD y pulmonar del VI

Los defectos cardiacos son las malformaciones congénitas más frecuentes. Dentro de las cardiopatías congénitas se encuentra la Transposición de Grandes Vasos. Indique la respuesta correcta en relación a esta cardiopatía:

1. Se trata de una cardiopatía acianótica que debuta en periodo neonatal.
2. En su presentación simple, la aorta está conectada al ventrículo anatómicamente derecho y la pulmonar al ventrículo izquierdo.
3. Para asegurar la oxigenación debe facilitarse la mezcla de sangre a través del cierre del ductus arteriovenoso.
4. Las características anatómicas que presenta son estenosis pulmonar y cabalgamiento aórtico.

En la **tetralogía de Fallot** no reparada pueden aparecer **crisis hipercianóticas**: episodios súbitos de **cianosis** e hipoxia graves, potencialmente letales, con hiperpnea, irritabilidad y llanto prolongado; su incidencia máxima es a los 2-4 meses ^{F71}. Durante el juego, algunos niños pequeños se **acucillan**, una posición que aumenta la resistencia vascular sistémica y con ello la saturación de oxígeno ^{F71}. Tratamiento de la crisis: el lactante en **posición genupectoral**, un entorno tranquilo, oxígeno y líquidos intravenosos; si persiste, morfina, fenilefrina y betabloqueantes ^{F71}.

Tetralogía de Fallot: sus cuatro anomalías

¿Cuáles de las siguientes son las 4 anomalías más características de la anomalía congénita Tetralogía de Fallot?:

1. Estenosis de canal auriculoventricular. Hipertrofia auricular derecha. Comunicación interventricular. Acabalgamiento aórtico.
2. Estenosis pulmonar. Hipertrofia ventricular izquierda. Comunicación interauricular. Acabalgamiento aórtico.
3. Estenosis pulmonar. Hipertrofia ventricular derecha. Comunicación interventricular. Acabalgamiento aórtico.
4. Estenosis aórtica. Hipertrofia ventricular izquierda. Comunicación interventricular. Acabalgamiento pulmonar.

La PGE1 mantiene abierto el ductus en las cardiopatías que dependen de él: aumenta el flujo pulmonar en las que tienen estenosis o atresia pulmonar grave; aumenta el **flujo sistémico** en la estenosis aórtica grave, la coartación crítica, la **interrupción del istmo aórtico** y el corazón izquierdo hipoplásico, y favorece la mezcla en la **transposición de grandes vasos** con septo íntegro ^{F72}. Se inicia ante la sospecha de cardiopatía ductus-dependiente: neonato con cianosis que no responde al test de hiperoxia o con **síntomas de bajo gasto y pulsos débiles** ^{F72}.

En la IAA, al cerrarse el ductus disminuyen los pulsos y la presión arterial: en los **miembros inferiores** respecto a los superiores si la obstrucción es distal a la subclavia izquierda (**tipo A**); si está entre la subclavia izquierda y la carótida izquierda (**tipo B**), la diferencia de pulsos será entre el **brazo derecho** y el **brazo izquierdo y los miembros inferiores** ^{F76}. Por eso se toma la presión arterial en los **4 miembros** y se palpan los pulsos carotídeos ^{F76}. En el tipo B, la carótida izquierda recibe sangre de la aorta ascendente, mientras que la **subclavia izquierda** y la aorta descendente se irrigan desde la arteria pulmonar a través del conducto arterioso; en el caso de un niño de 8 años con ductus restrictivo publicado en la Revista Española de Cardiología, los pulsos eran más fuertes en el brazo derecho y en ambas carótidas que en las demás extremidades ^{F74}. En la coartación de aorta, en cambio, los pulsos están disminuidos por debajo de la coartación, con un gradiente de presión entre los miembros superiores y los inferiores ^{F73}.

Interrupción del arco aórtico tipo B en neonato

Recibe en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a un neonato de 12 días de vida derivado desde el Servicio de Urgencias Pediátricas, al que sus padres han acudido por rechazo de las tomas, estado letárgico, disminución de la frecuencia urinaria y coloración grisácea. A su ingreso, presenta insuficiencia respiratoria severa con signos congestivos, acidosis metabólica severa y ausencia de pulsos en miembro superior izquierdo y miembros inferiores. ¿Cuál es su sospecha clínica?:

1. Coartación aórtica severa en posición yuxtaductal habitual.
2. Interrupción del arco aórtico tipo A, con obstrucción distal al origen de la subclavia izquierda.
3. Interrupción del arco aórtico tipo B, con obstrucción entre la carótida izquierda y la subclavia izquierda.
4. Retorno venoso pulmonar anómalo total obstructivo.

Soplos inocentes (funcionales). Entre los 2 y los 16 años, **del 50 % al 96 %** de los niños presentan en algún momento un soplo inocente, que **nunca es diastólico** ^{F77}. Son **suaves, cortos, sin síntomas**, varían con la posición y **se oyen durante la sístole** ^{F2}. **Los soplos diastólicos siempre son patológicos** ^{F2}. La valoración no debe ser aislada: se apoya en la **historia clínica, la exploración física** y, si hace falta, pruebas como el **electrocardiograma** ^{F2}.

- **Soplo de Still:** el soplo funcional más frecuente en la infancia; se oye mejor en decúbito supino ^{F2}.
- **Zumbido venoso:** soplo **continuo**, con más componente diastólico, que se ausculta mejor en bipedestación ^{F2}.
- Segundo ruido desdoblado en todos los focos: **comunicación interauricular**. Soplo continuo patológico: ductus arterioso persistente y coartación de aorta severa ^{F2}.

Soplos inocentes: sistólicos, no diastólicos

Indique la respuesta INCORRECTA con respecto a los soplos inocentes:

1. Tienen una prevalencia de hasta el 50% en niños menores de 14 años.
2. Se producen durante la diástole.
3. La cianosis nunca debe acompañar un soplo inocente.
4. Pueden evaluarse mediante historia clínica y examen físico con auscultación y electrocardiografía.

SIM-PedS (síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2). Muestra rasgos clínicos y analíticos **similares a los de la enfermedad de Kawasaki** y del síndrome de shock tóxico ^{F3}. La definición de la OMS exige **fiebre de más de 3 días** con criterios de afectación de órganos, entre ellos **hipotensión o shock** ^{F3}. Son frecuentes los síntomas digestivos (más del 50 %), y el **shock, la taquicardia y la hipotensión** aparecen en alrededor de la mitad de los pacientes ^{F3}. Pueden existir tos y disnea (30-60 %), pero el soporte respiratorio que necesitan se relaciona habitualmente con la **repercusión cardíaca o hemodinámica**, no con una neumonía ^{F3}. El tratamiento de primera línea es la **inmunoglobulina intravenosa o los corticoides** ^{F3}.

Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a SARS-CoV-2

Cuál de las siguientes respuestas acerca del síndrome inflamatorio multisistémico en niños asociado a infección por SARS- CoV- 2 es INCORRECTA:

1. Presenta características similares a la enfermedad de Kawasaki.
2. Existe fiebre persistente sin origen clínico claro.
3. Se acompaña de neumonía bilateral con infiltrado multilobar.
4. Algunos niños progresan clínicamente con rapidez y pueden desarrollar compromiso hemodinámico.

2. Aparato respiratorio y ORL

La **bronquiolitis aguda** es la infección más frecuente del tracto respiratorio inferior en los **menores de 2 años**, y el **virus respiratorio sincitial (VRS)** es su principal agente ^{F6}; es una enfermedad **vírica** ^{F6}. Clínicamente cursa con **tos, secreción nasal y dificultad respiratoria** ^{F6}. La **lactancia materna reduce el riesgo de hospitalización** ^{F6}.

Factores de riesgo de bronquiolitis grave	Fuente
Prematuridad menor de 35 semanas, edad menor de 6 semanas , displasia broncopulmonar, fibrosis quística, cardiopatía congénita con repercusión hemodinámica e inmunodeficiencia	SEUP 2024 ^{F4}
Tabaquismo materno en el embarazo o pasivo en el hogar; ausencia de lactancia materna	AEPap 2010 ^{F6}
Acudir a la guardería y el número de hermanos aumentan el riesgo; «la atopia , al contrario, no supone un aumento de riesgo »	AEPap 2010 ^{F6}

EIR 2014 · 148P42 · respuesta en el solucionario

Bronquiolitis: etiología (vírica)

Señale la respuesta FALSA con respecto a la bronquiolitis:

1. Se manifiesta clínicamente por tos, secreción nasal y dificultad respiratoria.

2. Es la enfermedad del tracto respiratorio inferior más frecuente en los dos primeros años de vida.

3. La lactancia materna prolongada puede actuar como un factor protector.

4. La etiología bacteriana produce síntomas más graves que la etiología vírica.

5. Se requieren medidas generales como aislamiento respiratorio, oxigenoterapia, fluidoterapia y humidificación del ambiente.

EIR 2019 · 78P29 · respuesta en el solucionario

Bronquiolitis: factores de riesgo de gravedad (la atopia no lo es)

La bronquiolitis aguda es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el lactante que supone una importante demanda asistencial tanto en el ámbito de la Atención Primaria como a nivel hospitalario. NO se considera un factor de riesgo de gravedad de la bronquiolitis:

1. Antecedentes de prematuridad.

2. Ausencia de lactancia materna.

3. Atopía.

4. Tener hermanos.

Complicaciones. En la bronquiolitis que ingresa en UCIP aparecen **infiltrados lobares o atelectasias en un 20-30 %**, mientras que la sobreinfección bacteriana (neumonía) es baja (5 %) ^{F5}. La **apnea** es criterio de ingreso ^{F4}. La única coinfección bacteriana importante es la **infección de orina (5 %)** ^{F4}.

Bronquiolitis: complicación (atelectasias)

¿Cuál es una complicación de la bronquiolitis?:

1. Muerte.
2. Coma.
3. Atelectasias.
4. Shock Cardiogénico.

Tratamiento de soporte: lavado y aspirado de secreciones nasales, discreta elevación de la cabecera y **fraccionamiento de las tomas**; oxígeno si la **SatO2 se mantiene por debajo del 90-92 %** ^{F4}. Los **broncodilatadores, corticoides, antibióticos**, antitusivos y descongestionantes no han demostrado eficacia y debe evitarse su uso ^{F4}. La gravedad se valora siempre **después de aspirar las secreciones** nasofaríngeas, con escalas como la de Wood-Downes modificada o la de Tal ^{F4}.

★ Bronquiolitis en una línea

Menor de 2 años + **VRS** + tos, mocos y dificultad respiratoria; tratamiento de **soporte** (lavados nasales, tomas fraccionadas, O2 si SatO2 <90-92 %) ^{F4,F6}.

Otitis media aguda (OMA). Por orden de frecuencia la causan **Streptococcus pneumoniae** y **Haemophilus influenzae** (tras la vacuna neumocócica, H. influenzae no tipable supone casi la mitad de los casos), y en tercer lugar **Moraxella catarrhalis** ^{F7}. En niños sin factores de riesgo y con buen estado general se recomienda inicialmente una **actitud expectante**; el antibiótico de elección es la **amoxicilina a dosis altas** (80-90 mg/kg/día) ^{F7}. La **mastoiditis** es su complicación más frecuente ^{F7}.

Otitis media: bacterias causales (neumococo, H. influenzae, Moraxella)

Las bacterias que en mayor número de casos son responsables de la otitis media son:

1. Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y klebsiella pneumoniae.
2. Streptococcus pneumoniae, pseudomonas fluorescens y moraxella catarrhalis.
3. Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae y Moraxella catarrhalis.
4. Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Moraxella catarrhalis.

Cuerpo extraño en la vía aérea. La localización marca la clínica ^{F8}:

Localización	Clínica
Laringotraqueal (5-17 %)	Tos, estridor inspiratorio, afonía, salivación, tiraje y cianosis ^{F8}
Bronquial (85 %)	Tos, tiraje, sibilancias, ruidos respiratorios disminuidos (hipoventilación localizada) ; en cuadros evolucionados, neumonía , abscesos y bronquiectasias ^{F8}

Hay que sospecharlo ante una **tos prolongada** manejada como neumonía, asma o laringitis que no responde al tratamiento habitual ^{F8}. La tríada clásica solo aparece en el 15-25 % y la radiografía puede ser normal hasta en dos tercios ^{F8}.

EIR 2015 · 169

P40 · respuesta en el solucionario

Cuerpo extraño en vía respiratoria inferior: tos crónica, hipoventilación, infección

La presencia de cuerpos extraños como pequeños botones, pipas de girasol, etc., en las vías respiratorias en niños pequeños es un accidente relativamente frecuente. Señale los signos que aparecen cuando estos objetos se quedan alojados en vía respiratoria inferior:

1. Episodios de tos, ronquera y disnea.
2. Tos crónica, hipoventilación a la auscultación, signos de infección.
3. Asfixia, disnea, cianosis, fracaso respiratorio.
4. Fiebre, tos y disfonía.
5. Taquipnea, aumento del esfuerzo respiratorio.

Asma: elección del inhalador según la edad (AEP/SEICAP) ^{F9}:

Edad	De elección	Alternativa
< 4 años	Inhalador presurizado con cámara y mascarilla facial ^{F9}	Nebulizador con mascarilla facial
4-6 años	Inhalador presurizado con cámara espaciadora con boquilla ^{F9}	Presurizado con cámara y mascarilla facial; nebulizador con mascarilla
> 6 años	Inhalador de polvo seco ; presurizado con cámara con boquilla ^{F9}	Nebulizador con boquilla; presurizado activado por inspiración

El **polvo seco no precisa coordinación** entre la activación y la inspiración ^{F9}; se mantiene la cámara hasta que el niño domina su técnica ^{F9}. El Turbuhaler necesita flujos altos y **no se recomienda antes de los 6 años** ^{F9}.

EIR 2007 · 82

P63 · respuesta en el solucionario

Asma infantil: inhalador de polvo seco si no coordina activación-inspiración

En el tratamiento del asma infantil se utilizan diferentes sistemas inhaladores, ¿cuál sería el indicado para un niño de ocho años con dificultades para coordinar la activación del inhalador con la inspiración?:

1. Inhalador de polvo seco.
2. Inhalador dosificador presurizado.
3. Inhalador dosificador presurizado con cámara y mascarilla.
4. Nebulizador.
5. Cualquiera de los anteriores es válido.

3. Aparato digestivo, deshidratación y rehidratación

Enfermedad de Hirschsprung (megacolon agangliónico). Se debe a la **ausencia congénita** del plexo autónomo de **Meissner (submucoso) y de Auerbach (mientérico)** en la pared intestinal (aganglionosis) ^{F10}; faltan las neuronas **parasimpáticas** de la pared del recto-sigma ^{F12}. Incidencia de **1 de cada 5.000** nacidos vivos ^{F10}. Afecta con mayor frecuencia a los **varones (4:1)**, salvo cuando está afectado todo el colon ^{F10}.

- **Extensión:** se limita al **segmento distal del colon en el 75 %** de los casos; puede comprometer **todo el colon en el 3-10 %** ^{F10}.
- **Segmento afectado:** el intestino agangliónico es **más estrecho y espástico**; el proximal, con innervación normal, está **dilatado** ^{F10}.
- **Clínica:** la mayoría de los recién nacidos **no eliminan meconio en las primeras 48 horas** ^{F10}; la emisión de meconio pasadas las 48 horas es signo de alarma, igual que los **vómitos biliosos** ^{F11}. Estreñimiento, distensión abdominal y, al final, vómitos ^{F10}.
- **Complicación:** hasta el 20 % desarrollan **enterocolitis** asociada ^{F10}.
- **Diagnóstico:** la ausencia de reflejo inhibitorio anal en la manometría es muy sugestiva y se confirma con **biopsia rectal** ^{F11}; en el neonato la manometría no es concluyente ^{F12}.
- **Tratamiento:** quirúrgico; en la enfermedad de segmento largo del recién nacido suele hacerse en 2 etapas, empezando por una **colostomía** proximal al segmento agangliónico ^{F10}.

Hirschsprung

Sin ganglios, sin meconio: nada de meconio en 48 h, **varón**, segmento **estrecho** abajo y colon **dilatado** arriba ^{F10}.

EIR 2023 · 170

P10 · respuesta en el solucionario

Enfermedad de Hirschsprung: aganglionosis, retraso del meconio >48 h, predominio varón

Con relación a la Enfermedad de Hirschsprung o megacolon agangliónico congénito, indique la respuesta correcta:

1. Es la causa más frecuente de obstrucción intestinal inferior en la edad escolar.
2. Se debe a una disfunción de las células ganglionares de la pared intestinal, de extensión variable.
3. El segmento afectado se presenta hipotónico y dilatado.
4. Debe sospecharse el diagnóstico ante un retraso en la expulsión de meconio superior a 48h.

Enfermedad de Hirschsprung: aganglionosis, retraso del meconio >48 h, predominio varón

¿Qué caracteriza a la enfermedad de Hirschsprung (HSCR) conocida también por el nombre de megacolon agangliónico?:

1. Es una enfermedad más predominante en el sexo femenino.
2. En estos pacientes se descarta la realización de una ostomía digestiva.
3. La variante más común de HSCR es la aganglionosis total del intestino grueso.
4. Se produce una ausencia de células ganglionares en los plexos submucoso y mientérico del colon.

Enfermedad de Hirschsprung: aganglionosis, retraso del meconio >48 h, predominio varón

Con respecto al megacolon agangliónar congénito o enfermedad de Hirschsprung, indique cuál de las siguientes opciones es FALSA:

1. Afecta con más frecuencia al sexo femenino.
2. Retraso en la eliminación del meconio.
3. Algunos pacientes pueden presentar vómitos biliosos o fecaloideos con ausencia de tránsito.
4. Déficit de innervación parasimpática del colon.

Estenosis hipertrófica de píloro (EHP). Más frecuente hacia la **tercera-quinta semana de vida**, en **varones**, **primogénitos** y de raza blanca ^{F12}. Cursa con **vómitos explosivos postprandiales, de contenido alimentario (no biliosos)**, en torno a las 3 semanas; el lactante muestra avidez por la leche ^{F13}. Produce **alcalosis metabólica hipoclorémica** por pérdida de ácido clorhídrico, con hipokalemia y deshidratación que se corrigen antes de operar ^{F13}. Se palpa la **oliva pilórica**; en la ecografía el espesor del píloro es mayor de 4 mm y su longitud mayor de 15 mm ^{F13}. La cirugía no es urgente: **pílorotomía extramucosa de Ramstedt** ^{F12}.

Estenosis hipertrófica de píloro: vómitos no biliosos en lactante varón ~15 días

Un recién nacido primer hijo varón que a los 15 días de vida aproximadamente desarrolla un cuadro de vómitos no biliosos de intensidad creciente, después de la toma, es sugestivo de:

1. Obstrucción intestinal.
2. Atresia de esófago.
3. Estenosis hipertrófica de píloro.
4. Atresia de coanas.
5. Infección urinaria.

Enterocolitis necrosante (ECN). Sus factores de riesgo, además de la **prematuridad**, son la rotura prolongada de membranas con amnionitis, la **asfixia** al nacer, ser pequeño para la edad gestacional, la **cardiopatía congénita**, la anemia, las exanguinotransfusiones y la **alimentación con leche no humana** ^{F14}. El **líquido**

amniótico meconial no figura en esa lista ^{F14}. La **leche materna** reduce el riesgo ^{F11}. Los signos radiológicos diagnósticos son la **neumatosis intestinal** y el gas en la vena porta ^{F14}.

EIR 2020 · 113

P52 · respuesta en el solucionario

Enterocolitis necrosante: factores de riesgo

La enterocolitis necrosante es la urgencia digestiva más frecuente en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Entre sus factores de riesgo NO encontramos:

1. Prematuridad y/o bajo peso al nacer.
2. Líquido amniótico meconial durante el parto.
3. Alimentación con leche y/o preparados para lactantes.
4. Cardiopatía congénita.

Deshidratación. Se clasifica por el peso perdido: **leve 3-5 %**, **moderada 5-9 %** y **grave >9 %** (algunos autores usan otros porcentajes según la edad) ^{F15}. Los signos más útiles para predecir una deshidratación mayor del 5 % son el **relleno capilar prolongado**, la **pérdida de elasticidad de la piel** y la **alteración del patrón respiratorio** ^{F15}.

Signo	Deshidratación leve (no detectable)	Deshidratación clínica	Shock descompensado
Nivel de alerta	Alerta	Alterado (irritable, letárgico)	Alteración de la conciencia ^{F15}
Ojos / mucosas	Normales	Hundidos / secas	—
Diuresis	Normal	Disminuida	—
Piel y extremidades	Normal, calientes	Normal, calientes; pérdida de turgencia	Pálida, moteada; extremidades frías
Frecuencia cardíaca	Normal	Taquicardia	Taquicardia
Patrón respiratorio	Normal	Taquipnea	Taquipnea
Pulsos / relleno capilar	Normales / ≤ 2 s	Normales / ≤ 2 s	Débiles / >2 s
Tensión arterial	Normal	Normal	Hipotensión

La deshidratación **grave** se define como depleción de volumen ≥ 10 % con disminución de la perfusión periférica, **relleno capilar ≥ 3 segundos**, extremidades frías y/o moteadas, letargo e hipotensión ^{F15}. La respuesta cardiovascular es la **taquicardia**; la hipotensión es tardía, y el cuadro grave puede evolucionar a **bradicardia**, frialdad distal y piel moteada ^{F15}. En el lactante, la **fontanela hundida** y la **pérdida de peso** forman parte de la valoración ^{F15}.

Taquicardia sí, bradicardia no

El niño deshidratado compensa con **taquicardia**; la bradicardia aparece solo cuando la deshidratación grave evoluciona (signo tardío), así que no sirve para detectarla ^{F15}. Un relleno capilar de 1,5 s es **normal** (≤ 2 s) ^{F15}.

EIR 2014 · 154

P41 · respuesta en el solucionario

Deshidratación en el lactante: signos clínicos y de gravedad

Señale cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO son propias de la deshidratación en el lactante:

1. Pérdida de peso.
2. Fontanela hundida.
3. Sequedad de mucosas.
4. Hipotensión.
5. Bradicardia.

EIR 2022 · 71

P21 · respuesta en el solucionario

Deshidratación en el lactante: signos clínicos y de gravedad

De entre las siguientes manifestaciones clínicas, cual NO es indicativa de deshidratación grave en el lactante:

1. Retraso del relleno capilar >1.5 segundos.
2. Pérdida de peso corporal $>10\%$.
3. Depresión del nivel de conciencia.
4. Piel fría y moteada.

Rehidratación oral (RHO). Es de elección salvo en deshidratación grave, inestabilidad hemodinámica o sospecha de íleo ^{F15}. Se usan **soluciones de rehidratación oral (SRO) de osmolaridad reducida** (la ESPGHAN recomienda sodio 60 mmol/l) en tomas pequeñas y frecuentes ^{F11}:

- **Déficit:** en las primeras 4 horas, **50 ml/kg** en la leve y **100 ml/kg** en la moderada (SEGHNP) ^{F11}; la SEUP da 30-50 ml/kg (leve) y 50-90 ml/kg (moderada) en 2-4 horas ^{F15}.
- **Pérdidas mantenidas:** 10 ml/kg por deposición líquida y 2-5 ml/kg por vómito ^{F11}.
- **La lactancia materna no se interrumpe**, ni siquiera durante la rehidratación, y la leche de fórmula nunca se diluye ^{F15}.
- Las **fórmulas sin lactosa** solo si hay intolerancia demostrada; los inhibidores de la motilidad (loperamida) están **contraindicados** en niños ^{F11}.
- **Realimentación precoz** con dieta normal tras 4 horas de rehidratación ^{F11}.

Gastroenteritis con deshidratación leve-moderada en lactante: rehidratación oral 50-100 ml/kg en 3-4 h

Lactante de 4 meses de edad (6,280 Kg) que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas con cuadro de diarrea aguda de 24 horas de evolución, con heces acuosas sin sangre ni moco y signos de deshidratación ligera-moderada. Recibe lactancia materna exclusiva. Su madre refiere que no ha vomitado, que realiza las tomas con avidez y que está irritable. La terapéutica de elección para el manejo de este lactante consistiría en:

1. Interrupción temporal de la lactancia materna y rehidratación parenteral con solución salina normal durante las primeras 4 horas o hasta que los signos de deshidratación hayan desaparecido. Se administrará un inhibidor de la motilidad intestinal.
2. Rehidratación oral con solución de baja osmolaridad en tomas frecuentes de bajo volumen, asegurando entre 50-100 ml/kg durante 3-4 horas, reposición de las pérdidas mantenidas y manteniendo de la lactancia materna.
3. Rehidratación oral con solución de baja osmolaridad en tomas frecuentes de bajo volumen asegurando aportes entre 15-30 ml/kg durante 4 horas para reponer déficit y 10 ml/kg por deposición, y administración de fórmula sin lactosa.
4. Carga parenteral con solución glucosalina a 10-15 ml/kg en 30 minutos, rehidratación oral con solución de alta osmolaridad asegurando aportes entre 75-100 ml/kg en las primeras 4 horas y mantenimiento de la lactancia materna a demanda.

Vómitos en la gastroenteritis. Ante vómitos reiterados puede darse **ondansetrón 0,15 mg/kg** (máximo 6-8 mg) y probar tolerancia a los 20 minutos ^{F15}; una **dosis única** podría reducir el fracaso de la rehidratación oral ^{F16}. Los antieméticos clásicos (**metoclopramida**) se desaconsejan por sus efectos secundarios, y se ha retirado la indicación de la **domperidona** en menores de 12 años ^{F16}.

Vómitos en gastroenteritis infantil: ondansetrón en dosis única

En un niño de 5 años que acude a urgencias por vómitos persistentes asociados a un cuadro de gastroenteritis aguda, ¿qué fármaco en dosis única sería el de elección para el manejo de los vómitos, antes de introducir terapia de rehidratación?:

1. Metoclopramida.
2. Domperidona.
3. Ondansetrón.
4. Haloperidol.

Síndrome hemolítico urémico (SHU). La **anemia hemolítica** (fragmentación de hematíes), la **trombopenia** por consumo y el **daño renal agudo** forman su **tríada clásica** ^{F17}. Lo produce sobre todo **E. coli productor de toxina Shiga**, habitualmente el serotipo **O157:H7**, y se inicia con **diarrea sanguinolenta** (91 %) ^{F17}. Es la causa más frecuente de daño renal agudo en la infancia, y los antibióticos están contraindicados porque liberan la toxina ^{F17}.

Síndrome hemolítico urémico: tríada anemia hemolítica, trombocitopenia, daño renal

La tríada clásica de síntomas asociados al síndrome hemolítico urémico consiste en:

1. Anemia ferropénica, trombocitopenia y daño renal agudo.
2. Anemia hemolítica, pancitopenia y daño renal crónico.
3. Anemia hemolítica, trombocitopenia y daño renal agudo.
4. Anemia hemolítica, pancitopenia y daño renal agudo.

Oxiuros (*Enterobius vermicularis*). Las hembras salen **por la noche** a la zona perianal y producen **prurito anal** e insomnio ^{F11}. El diagnóstico es el **test de Graham** ^{F11}. Tratamiento: mebendazol, pamoato de pirantel o albendazol en dosis única, que se **repite a las 2 semanas** ^{F11}. Consejos a la familia ^{F18}:

- Conviene que **tomen el tratamiento todos los miembros de la familia**, salvo embarazadas y menores de 1 año ^{F18}.
- Lavar pijamas, ropa interior, toallas y ropa de cama con agua caliente (60 °C) **el primer día que se tome la medicación** ^{F18}.
- Lavado de manos y **uñas limpias y cortas** ^{F18}.

Oxiuros: tratar a toda la familia a la vez

En relación con la infestación por oxiuros, indique la opción correcta sobre los consejos que se darán tanto al paciente como a la familia:

1. Se debe cambiar la ropa de cama el día antes de iniciar el tratamiento.
2. Se debe aislar al paciente en una habitación exclusiva.
3. Se debe tratar al resto de la familia al mismo tiempo.
4. Se debe dormir sin pijama con el fin de observar los oxiuros sobre la cama.

4. Alergia alimentaria, celiacía y diabetes tipo 1

Alergia a proteínas de leche de vaca (APLV). En España, la leche de vaca es la causa más frecuente de alergia alimentaria en **menores de dos años** (51,2 %) ^{F11}. Hay dos formas ^{F19,F20}:

	APLV IgE mediada	APLV no IgE mediada
Inicio	Inmediato: desde la ingesta hasta 2 horas después ^{F19}	Retardado: tras 2 horas o incluso días ^{F20}
Diagnóstico de certeza	Prueba de provocación oral , el patrón oro ^{F19}	La exclusión seguida de provocación es obligatoria para el diagnóstico de certeza ^{F20}

- **Gravedad:** la leche de vaca es **uno de los alimentos más frecuentes en reacciones anafilácticas fatales** o casi fatales ^{F19}.
- **Pronóstico:** la **mayoría adquiere tolerancia espontánea:** 28-56 % al año, 60-77 % a los 2 años, 71-87 % a los 3 años y el **90 % a los 6 años** ^{F19}.

EIR 2025 · 146

P6 · respuesta en el solucionario

APLV IgE mediada: reacciones inmediatas

Indique la respuesta correcta con relación a la alergia a proteína de leche de vaca (APLV) en el niño:

1. La APLV mediada por Inmunoglobulina E produce reacciones alérgicas inmediatas.
2. La leche de vaca es uno de los alimentos menos frecuentes en producir reacciones anafilácticas fatales.
3. La mayoría de los niños con APLV no adquieren tolerancia espontánea a la PLV.
4. En la dieta de eliminación indicada ante una APLV, se recomienda sustituir la leche de vaca por leche de otros bóvidos.

EIR 2024 · 170

P9 · respuesta en el solucionario

APLV no IgE mediada: prueba de provocación oral como gold standard

¿Cuál es la prueba "gold standard" de confirmación en el diagnóstico de la alergia no mediada por inmunoglobulina E, a las proteínas de la leche de vaca en un lactante?:

1. Anamnesis (semiología típica).
2. Prick Test.
3. Determinación IgE específica.
4. Prueba de provocación oral.

Qué leche dar. No se usan **fórmulas procedentes de leches de otros mamíferos** por el riesgo de reacciones cruzadas ^{F11}; con la **cabra y la oveja** la reactividad cruzada es **superior al 90 %** ^{F20}. Las sociedades científicas recomiendan como primera opción la **fórmula extensamente hidrolizada** de leche de vaca ^{F19}. Otras opciones: la **fórmula de soja** (no en lactantes menores de seis meses) ^{F19}, el hidrolizado de arroz, válido a cualquier edad ^{F20}, y las fórmulas elementales de aminoácidos si fracasan las anteriores o en anafilaxia grave ^{F11}.

Burra, yegua, búfala o camella

Pediatría Integral da una reactividad cruzada muy baja (<5 %) de estas leches con la de vaca y las considera una posible alternativa en algunos casos ^{F20}; el protocolo SEGHNP, en cambio, excluye las fórmulas de leche de otros mamíferos ^{F11}. Las alternativas de primera línea siguen siendo el hidrolizado extensivo, el de arroz y la soja ^{F19,F20}.

EIR 2016 · 94

P58 · respuesta en el solucionario

APLV: leche alternativa tolerada (soja)

De los siguientes tipos de leche: ¿Cuál podría ingerir un individuo alérgico a las proteínas de la leche de vaca?:

1. Leche de cabra.
2. Leche de búfala.
3. Leche de soja.
4. Leche de oveja.

Alergia a LTP (proteínas transportadoras de lípidos). Son **panalérgenos vegetales** muy extendidos; Pru p 3, la LTP del **melocotón**, es el alérgeno más relevante en España ^{F21}. Tienen **gran resistencia a la temperatura, al pH ácido y a la digestión enzimática** ^{F21}, y su concentración es muy superior en la **piel** de frutas y verduras que en la pulpa ^{F21}. La clínica va desde la urticaria de contacto o el síndrome de alergia oral **hasta la anafilaxia**; en **adultos** del área mediterránea es la causa más frecuente de anafilaxia inducida por alimentos ^{F21}.

EIR 2022 · 77

P18 · respuesta en el solucionario

Alergia a LTPs: pueden dar reacciones sistémicas graves

Con respecto a la alergia a las proteínas transportadoras de lípidos vegetales (LTPs), indique la respuesta FALSA:

1. Se trata de alérgenos alimentarios vegetales muy extendidos.
2. Son altamente resistentes al procesamiento de alimentos y al medio gastrointestinal.
3. Las manifestaciones clínicas de los pacientes en edad pediátrica alérgicos a las LTPs consisten en síntomas locales leves.
4. Estas proteínas tienen mayor presencia en la piel que en la pulpa de las frutas.

Enfermedad celiaca. Prevalencia en torno a **1:100** ^{F11}. Los anticuerpos **antitransglutaminasa (AATG2)** son la primera prueba ante la sospecha ^{F11}. El tratamiento es una **dieta sin gluten estricta y de por vida** ^{F11}. En España existe la certificación europea **Espiga Barrada (ELS)** para productos sin gluten ^{F22}, y la declaración «sin gluten» solo puede usarse si el alimento no contiene **más de 20 mg/kg** de gluten (Reglamento de Ejecución UE 828/2014) ^{F75}.

Grupo	Ejemplos (tabla del protocolo SEGHNP)
Sin gluten	Arroz, maíz en harina y grano, palomitas ^{F11}
Pueden contener gluten	Caramelos , golosinas, pipas con sal ^{F11}
Con gluten (prohibidos)	Pan, bollos , pasteles, tartas, galletas; alimentos malteados y chocolates (salvo los autorizados) ^{F11}

EIR 2015 · 167

P59 · respuesta en el solucionario

Celiaquía: alimentos sin gluten (palomitas de maíz)

Un niño con intolerancia al gluten pregunta a la enfermera qué chucherías puede tomar cuando sale a jugar con sus amigos:

1. Snacks.
2. Chocolates.
3. Palomitas de maíz.
4. Bollería.
5. Caramelos.

Diabetes tipo 1 en el niño. Debuta con **poliuria**, nicturia, **polidipsia** y **pérdida de peso** de varias semanas de evolución ^{F23}. Otros signos: **enuresis de reciente aparición** en un niño continente, pérdida de peso crónica o fallo de medro, irritabilidad y peor rendimiento escolar ^{F23}. En España, entre el 25 y el 40 % debutan en **cetoacidosis** (aliento cetósico, respiración de Kussmaul), y más del 50 % en menores de 4 años ^{F23}.

EIR 2014 · 147

P61 · respuesta en el solucionario

Diabetes tipo 1 infantil: manifestaciones clínicas (pérdida, no aumento de peso)

Señale cuál de las siguientes alteraciones NO se corresponde con las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo 1 en los niños:

1. Aumento de peso.
2. Polidipsia.
3. Estreñimiento.
4. Polifagia.
5. Sudoración.

5. Fiebre, exantemas y otras infecciones

Fiebre. El objetivo del tratamiento **no es alcanzar la normotermia, sino mejorar el estado general** del niño ^{F33}. Hay que asegurar una **hidratación adecuada** y **evitar el arropamiento excesivo** ^{F33}. La **aplicación de alcohol**, que puede provocar **intoxicación por inhalación**, y los **baños de agua fría**, que pueden aumentar la temperatura central por vasoconstricción cutánea, están **formalmente contraindicados** ^{F33}. Tampoco se recomiendan el baño o la esponja templada ^{F33}.

EIR 2009 · 76

P43 · respuesta en el solucionario

Fiebre infantil: no aplicar paños con alcohol

¿Qué recomendación NO haría a unos padres que acuden al centro de salud porque su hija tiene fiebre?:

1. Procurar que la niña esté entretenida.
2. Aplicar paños empapados en alcohol en la frente, axilas, abdomen y tórax.
3. Aumentar la ingesta de líquidos.
4. Aumentar la ingesta de azúcares.
5. Adecuar la temperatura ambiental a la confortabilidad de la niña.

Síndrome de Reye. Encefalopatía aguda no inflamatoria con **disfunción hepática** (degeneración grasa del hígado) ^{F31}. Muchos casos siguen a una **gripe o una varicela**, y el ácido acetilsalicílico (AAS) durante esos procesos aumenta el riesgo 20-35 veces ^{F31}. La AEMPS contraindica el AAS en procesos febriles, gripe o varicela en **menores de 16 años** ^{F32}, y deben evitarse los salicilatos las **6 semanas siguientes a la vacuna de la varicela** ^{F28}.

EIR 2026 · 99

P46 · respuesta en el solucionario

Síndrome de Reye: salicilatos en varicela o gripe

¿Cuál es la principal complicación asociada al uso de salicilatos en niños con infección de varicela o gripe?:

1. Enfermedad de Kawasaki.
2. Síndrome de Turner.
3. Síndrome de Reye.
4. Síndrome de Albright.

Enfermedad	Agente	Clínica típica	Dato clave
Sarampión (1. ^a)	Virus del sarampión	Pródromos de unos 4 días (fiebre alta, tos, coriza, conjuntivitis) y después exantema maculopapuloso que empieza en la cara y detrás de las orejas y baja al tronco ^{F25,F27}	Manchas de Koplik (patognomónicas) ^{F25}

Enfermedad	Agente	Clínica típica	Dato clave
Escarlatina (2. ^a)	Estreptococo β-hemolítico del grupo A ^{F25}	Exantema rugoso, signo de Pastia, lengua aframbuesada ^{F25}	Enantema petequiral en el paladar ^{F26}
Rubéola (3. ^a)	Virus de la rubéola	Exantema leve con adenopatías occipitales y retroauriculares ^{F25}	Petequias en paladar blando (manchas de Forchheimer) ^{F37}
Eritema infeccioso (5. ^a)	Parvovirus B19 ^{F24}	Mejillas en « doble bofetada » y después exantema reticular en encaje ^{F24,F25}	Cuando sale el exantema ya no contagia ^{F24}
Exantema súbito / roséola (6. ^a)	VHH-6 (y VHH-7) ^{F25}	Fiebre alta 3-5 días con buen estado general; al ceder la fiebre , exantema rosado en el tronco ^{F24,F25}	6 meses-3 años ^{F25} ; convulsiones febriles ^{F26}
Varicela	Virus varicela-zóster	Lesiones en distinto estadio (« cielo estrellado »), prurito intenso ^{F25}	Latencia y reactivación como zóster ^{F24}
Mano-pie-boca	Coxsackie A16 , enterovirus 71 ^{F25}	Maculopápulas no pruriginosas que pasan a vesículas en boca, manos, pies y nalgas ^{F25}	Transmisión fecal-oral y respiratoria ^{F24,F25}

Sarampión. Se transmite por **gotitas y aerosoles** o por contacto con secreciones nasales o faríngeas ^{F27}. Es contagioso desde **4 días antes hasta 4 días después del exantema** ^{F27}. La secuencia es siempre **pródromos catarrales** → **exantema**, y con el exantema el paciente sigue con fiebre ^{F25}.

EIR 2019 · 92

P53 · respuesta en el solucionario

Sarampión: fase catarral previa al exantema

Indique la respuesta INCORRECTA entre las siguientes afirmaciones respecto a la infección por virus del sarampión:

1. El portal de entrada del virus es a través de las vías respiratorias o conjuntivas después del contacto con gotas o aerosoles en los que se suspende.
2. La infección se inicia con una fase exantemática seguida de fiebre y cuadro catarral con tos y coriza.
3. Las manchas de Koplick son el signo patognomónico del sarampión.
4. La erupción maculopapular se inicia en la frente y región retroauricular extendiéndose al torso y las extremidades.

Roséola y eritema infeccioso. La roséola debuta con **fiebre alta de 39-40 °C durante unos 3 días; una vez desaparecida la fiebre** aparece el exantema ^{F25}, maculopapuloso rosado tenue con afectación principal del tronco ^{F24}. El eritema infeccioso lo causa el **parvovirus B19**: produce una parada transitoria de la eritropoyesis, grave en anemias hemolíticas crónicas, y en la embarazada puede causar **hidrops fetal** ^{F25}.

Roséola infantil: exantema tras remitir la fiebre alta

Un niño de 2 años tiene fiebre alta durante 3 días, está irritable y, cuando la fiebre remite aparece un exantema morbiliforme de color rosa y no pruriginoso que comienza en el tronco y se extiende al cuello y extremidades. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Sarampión.
2. Roséola infantil.
3. Rubéola.
4. Eritema infeccioso.

Eritema infeccioso (quinta enfermedad): parvovirus B19

El eritema infeccioso, también denominado como quinta enfermedad, es la manifestación clínica más común del virus:

1. Parvovirus.
2. Citomegalovirus.
3. Adenovirus.
4. Herpes virus tipo 2.

Varicela. Incubación de **10-21 días** ^{F24}. Es **altamente contagiosa** ^{F24}, desde **1-2 días antes** del inicio hasta que **todas las lesiones están en fase de costra** ^{F24}. El virus **persiste latente en los ganglios sensitivos**: la primoinfección da la varicela y la **reactivación, el herpes zóster** ^{F24}. Antitérmico de elección: **paracetamol** (el ibuprofeno se relaciona con más infección invasora por estreptococo) ^{F24}.

Varicela: latencia en ganglios nerviosos y reactivación como herpes zóster

¿Cuál de las afirmaciones siguientes es correcta en relación a la varicela?:

1. El periodo de incubación puede oscilar entre los 5 y los 23 días.
2. El contagio se puede producir desde la aparición del exantema hasta que hayan desaparecido todas las costras.
3. Es una enfermedad de bajo riesgo de contagio.
4. Produce una inmunidad natural que oscila entre los 5 y los 10 años.
5. El virus puede quedar de forma latente en ganglios nerviosos, reactivarse al cabo del tiempo y causar herpes zóster.

Complicaciones hematológicas de la varicela: la púrpura trombocitopénica y la **púrpura fulminante** ^{F24}. La púrpura fulminante posvaricelosa es rara y se debe a un **descenso marcado de la proteína S** ^{F29}. Si la madre tiene varicela entre **5 días antes y 2 días después del parto**, el neonato puede contagiarse, con una mortalidad en torno al 30 %, y está indicada la inmunoglobulina ^{F24}.

Púrpura fulminante neonatal asociada a varicela-zóster

¿Cuál de las siguientes infecciones víricas se asocia con el desarrollo de la púrpura fulminante en el neonato?:

1. Citomegalovirus.
2. Hepatitis B.
3. Varicela-Zoster.
4. Sarampión.

Mano-pie-boca. La causan habitualmente **Coxsackie A16** y enterovirus 71, con brotes en guarderías ^{F25}. Se transmite por vía **fecal-oral** y por **secreciones respiratorias** ^{F24,F25}. Las lesiones son maculopápulas **no pruriginosas** que evolucionan a vesículas ^{F25}.

Enfermedad boca-mano-pie: lesiones no pruriginosas

Indique la opción INCORRECTA en relación a la enfermedad de boca-mano-pie:

1. En la mayoría de los casos se trata de una infección por virus coxsackie o un enterovirus.
2. Produce lesiones pruriginosas de la piel en extremidades y cavidad oral.
3. Puede transmitirse por secreciones respiratorias.
4. Comúnmente, se transmite por la vía oralfecal.

Petequias en el paladar. Aparecen en la **escarlatina** (enanema petequial en paladar y lengua) ^{F26}, en la **mononucleosis** (30-50 %, en la unión del paladar duro y blando) ^{F36} y en la **rubéola** (manchas de Forchheimer) ^{F37}. En la agresión sexual se exploran las lesiones del paladar, sobre todo en la **unión del paladar duro y el blando** ^{F38}. Entre las lesiones orales que se buscan ante la sospecha de maltrato infantil, que incluye el abuso sexual, el manual de urgencias pediátricas del Hospital Virgen del Rocío recoge el «**eritema o petequias en paladar**» ^{F80}. Ante cualquier exantema petequial en la piel hay que descartar la **enfermedad meningocócica** ^{F24}.

Exantema petequial en paladar blando: causas

En la exploración física de un paciente pediátrico la presencia de un exantema petequial en el paladar blando NO es indicativo de:

1. Enfermedad de Lyme.
2. Faringitis estreptocócica.
3. Abuso sexual.
4. Rubeola.

Síndrome PFAPA (fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis). Se engloba entre los **síndromes de fiebre recurrente más frecuentes** de la infancia ^{F30}. Debuta **antes de los 5 años**, con episodios de 3-7 días e intervalos de 2-8 semanas **extremadamente regulares** ^{F30}. Responde a una **única dosis de corticoide oral** ^{F30}.

EIR 2022 · 74

P19 · respuesta en el solucionario

Síndrome PFAPA: fiebre periódica con faringitis, aftas y adenopatías

¿Cómo se denomina a uno de los síndromes de fiebre recurrente más frecuente en la infancia, con intervalos regulares entre los episodios, acompañados de amigdalitis, aftas orales y/o adenopatías?:

1. Síndrome de Schnitzler.
2. Síndrome de PFAPA.
3. Fiebre mediterránea familiar.
4. Síndrome de Rett.

Signos meníngeos ^{F34}:

- **Kernig**: en decúbito supino, con cadera y rodilla flexionadas a 90°, el paciente es **incapaz de extender la rodilla** más allá de 135° o al hacerlo flexiona la contraria ^{F34}.
- **Brudzinski**: la **flexión pasiva del cuello** provoca la **flexión de las extremidades inferiores** ^{F34}.
- En el **lactante** la rigidez de nuca y los signos de Kernig y Brudzinski pueden faltar; puede haber **fontanela abombada** ^{F35}.

Rigidez de nuca: EIR2021-067

La respuesta oficial de EIR2021-067 (niño de 5 años con meningitis) es la opción 4: la flexión pasiva del cuello que provoca la flexión de las extremidades inferiores es un **Brudzinski positivo** ^{F34}. Con esa clave, la opción «la rigidez de nuca es el signo más frecuente pero menos precoz» se da por falsa. Las fuentes actuales apoyan en parte esa opción: «la rigidez de nuca **puede tomar tiempo en desarrollarse**» ^{F85} y, en adultos con sospecha de meningitis, tuvo una sensibilidad del **30 %**, frente al 5 % de los signos de Kernig y de Brudzinski ^{F86}. Ninguna de esas dos fuentes habla de niños. La respuesta oficial no se corrige: en el examen, la correcta es la 4.

Meningitis: signo de Brudzinski

En relación con la exploración física de un paciente de 5 años con diagnóstico médico de meningitis, indique la respuesta correcta:

1. La rigidez de nuca es el signo más frecuente pero menos precoz.
2. Un signo de Kernig positivo indica que, ante la flexión pasiva de la pierna, la irritación meníngea provoca dolor en la espalda y en la pierna, y resistencia a la realización de dicha maniobra.
3. En la exploración del paciente con signo de Brudzinski positivo, cabe esperar que el signo de Kernig no exista.
4. Si al realizar una flexión pasiva de la nuca conlleva la de las rodillas y las caderas, hablamos de Brudzinski positivo.

6. Neurología y neurodesarrollo

Estado (estatus) epiléptico. La definición tradicional es la de una **crisis que persiste 30 minutos**, o crisis repetidas sin recuperación completa de la conciencia entre ellas ^{F40}. En 2015 la ILAE introdujo dos tiempos para la crisis tónico-clónica: **t1 a los 5 minutos**, momento en que **debe iniciarse el tratamiento**, y **t2 a los 30 minutos**, a partir del cual puede empezar el daño neuronal ^{F40}.

Estatus: 30 minutos para definirlo, 5 para tratarlo

En **EIR2018-056** la respuesta oficial define el estatus epiléptico pediátrico como la descarga de **30 minutos o más**. Es la definición que usaba el protocolo SEUP-AEP vigente entonces: crisis que se prolongan **más de 30 minutos** o que se repiten en ese periodo sin recuperar la conciencia ^{F41}. Hoy los 30 minutos siguen siendo la definición clásica y el t2 de la ILAE, pero la SEUP y la AEP-SENEP inician el tratamiento a los **5 minutos** (t1) ^{F40,F39}.

EIR 2018 · 56

P55 · respuesta en el solucionario

Status epiléptico pediátrico: duración ≥ 30 minutos

¿Cómo se define estado epiléptico (o status epiléptico) en un paciente pediátrico?:

1. Descarga neuronal excesiva en la corteza cerebral con duración igual o mayor a 5 minutos.
2. Descarga neuronal excesiva en la corteza cerebral con duración igual o mayor a 15 minutos.
3. Descarga neuronal excesiva en la corteza cerebral con duración igual o mayor a 30 minutos.
4. Descarga neuronal excesiva en la corteza cerebral con duración igual o mayor a 60 minutos.

Tratamiento de la crisis: vías de las benzodiacepinas ^{F40,F42}. No hace falta una vía intravenosa para empezar a tratar ^{F42}.

Vía	Fármaco y dosis
Intravenosa	Diazepam 0,1-0,2 mg/kg (si hay vía) ^{F40}
Bucal	Midazolam 0,3 mg/kg, máximo 10 mg ^{F40,F42}
Intranasal	Midazolam 0,2-0,3 mg/kg, máximo 10 mg ^{F42,F40}
Intramuscular	Midazolam 0,2 mg/kg ^{F40}
Rectal	Diazepam 0,5 mg/kg, máximo 10 mg; en desuso y menos eficaz que el midazolam ^{F40,F42}

La **depresión respiratoria** es el efecto adverso más frecuente ^{F42}. Tras dos dosis de benzodiacepina, el levetiracetam es la segunda línea ^{F42}.

Crisis convulsiva pediátrica: vías de administración de benzodiacepinas

Ante una crisis convulsiva en un paciente pediátrico, ¿cuál de las siguientes vías de administración de benzodiazepinas NO se considera de elección?:

1. Vía rectal.
2. Vía endotraqueal.
3. Vía bucal.
4. Vía intranasal.

Convulsión febril: crisis entre los **6 meses y los 5 años** con fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), sin infección intracraneal ni otra causa ^{F39}. Afecta al 4-5 % de los niños y recurre en el 30-45 % ^{F39}. Los antitérmicos **no previenen** las recurrencias ^{F39}.

Malformación de Chiari tipo I: herniación de las **amígdalas cerebelosas** más de 5 mm por debajo del agujero magno, asociada característicamente a **siringomielia** ^{F43}. Hay pacientes **asintomáticos** y otros con signos neurológicos graves ^{F43}. La **cefalea suboccipital** es el síntoma más frecuente y **aumenta con las maniobras de Valsalva** (tos, estornudo, defecación) ^{F43}; hay clínica por **compresión de la médula o el bulbo** a la altura del agujero occipital ^{F43}. El tipo II se asocia a mielomeningocele e hidrocefalia ^{F43}.

Malformación de Arnold-Chiari: síndrome del agujero occipital

¿Cuál de las siguientes opciones es correcta respecto de la Malformación de Arnold Chiari?:

1. Ocurre cuando parte del cráneo es más grande de lo normal.
2. Se deben recomendar maniobras de Valsalva para evitar el agravamiento de las cefaleas.
3. La sintomatología corresponde al síndrome del agujero occipital pudiendo aparecer el signo de Lhermitte.
4. La malformación de Arnold Chiari tipo I es siempre asintomática. Aparecen los síntomas en los tipos II y III.

Síndrome de Rett: trastorno grave del **neurodesarrollo ligado al cromosoma X** (gen MECP2), con **regresión del desarrollo** en la lactancia, pérdida del lenguaje y de la manipulación, **estereotipias de manos** y desaceleración del crecimiento de la cabeza ^{F44}. Se presenta **casi siempre en niñas** ^{F45}.

Síndrome de Rett: trastorno neurológico genético en niñas

¿Qué es el Síndrome de Rett?:

1. Es un trastorno del espectro autista, con alto nivel de funcionamiento.
2. Es un trastorno neurológico, de causa genética, que afecta fundamentalmente a niñas.
3. Es un trastorno genético que cursa con disminución de hormonas sexuales y sensación continua de hambre.
4. Es un trastorno endocrino-metabólico con afectación neurocognitiva y manifestaciones psicomotoras.

TDAH. Su diagnóstico es **exclusivamente clínico** y se basa en la presencia de los **síntomas característicos** (inatención, hiperactividad, impulsividad) con repercusión funcional ^{F46}. Los síntomas deben **empezar antes de los 12 años** y manifestarse en **2 o más ambientes** ^{F39}. No todos son hiperactivos: el DSM-5 distingue las presentaciones **inatenta, hiperactiva/impulsiva y combinada** ^{F39}. Afecta hasta al 7 % de los escolares ^{F39}.

TDAH: detección precoz por observación enfermera

Dentro de los problemas de salud emergentes se encuentra el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Señale con cuál de las siguientes actividades la enfermera de familia puede adelantar su detección y abordaje:

1. Revisar cuidadosamente los hitos del desarrollo y la adquisición de habilidades sociales, pues desde el nacimiento muestran síntomas.
2. Prestar atención a la información de la familia sobre el desarrollo motor grosero, pues suelen aparecer señales precoces e inequívocas del TDAH.
3. Observar y valorar cuidadosamente al niño o a la niña, respecto a sus distracciones, impulsividad y a su capacidad para concentrarse y responder a nuestras preguntas.
4. Valorar las actividades en la consulta de todos los niños y niñas pues los que sufren TDAH siempre son hiperactivos y agresivos y registrarlos como tales.
5. Las respuestas 1 y 2 son correctas.

BRUE (episodio breve resuelto inexplicado). Se da en un **lactante menor de 1 año**: episodio súbito, breve y ya resuelto con uno o más de estos signos: **cianosis o palidez; respiración ausente, disminuida o irregular; cambio marcado del tono** (hiper o hipotonía); **alteración del nivel de respuesta** ^{F47}. Dura **menos de 1 minuto** (típicamente 20-30 s) ^{F48}. Solo se diagnostica si no hay explicación ^{F47}.

- **Bajo riesgo:** más de 60 días; nacido con 32 semanas o más y edad corregida de 45 semanas o más; sin reanimación por personal sanitario; duración de menos de 1 minuto; primer episodio ^{F48}.

BRUE: criterio de edad (<1 año)

¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de inclusión para definir un Episodio Breve Resuelto Inexplicado (BRUE)?:

1. Episodio resuelto de cianosis o palidez de menos de 1 minuto de duración.
2. Cambio marcado del tono muscular en forma de hipertonía o hipotonía.
3. Respiración ausente, disminuida o irregular.
4. Lactante > 1 año de vida.

7. Nefrourología, genitales y oncohematología

Recogida de orina en la sospecha de ITU ^{F49,F50}:

Técnica	Valor
Punción suprapúbica	Técnica de recogida de referencia , pero invasiva y molesta ^{F49}
Sondaje vesical	Invasivo; no permite descartar completamente la contaminación ^{F49} . Se desecha la primera orina ^{F50}
Chorro miccional medio limpio	De elección en los niños que controlan la micción ^{F49,F50}
Bolsa perineal	Alto riesgo de contaminación : falsos positivos del 50-60 %. Un negativo no precisa confirmación; un positivo sí ^{F49,F50}

EIR 2019 · 89

P54 · respuesta en el solucionario

ITU pediátrica: la bolsa perineal tiene alto riesgo de contaminación

Indique la opción INCORRECTA en relación a los métodos de recogida de orina empleados en el diagnóstico de una Infección del Tracto Urinario en edad pediátrica:

1. El cateterismo vesical es una prueba invasiva que no permite descartar completamente el riesgo de contaminación.
2. La punciónsuprapúbica está considerada la técnica de recogida de orina de referencia.
3. La recogida de orina mediante bolsas perineales tiene bajo riesgo de contaminación en comparación con la obtenida mediante el chorro miccional.
4. En población pediátrica que controla la micción, se recomienda la recogida de orina limpia en mitad de chorro miccional.

Enuresis nocturna. Prevalencia media del **15 % a los 5 años**, del 10 % a los 10 y del 0,5-1 % a los 15; desaparece espontáneamente un 15 % por año ^{F52}. Recomendaciones actuales (AEPap 2026) ^{F51}:

- **Pañales:** su uso rutinario puede interferir con la motivación para levantarse a orinar, por lo que se recomienda **retirarlos** al inicio del tratamiento y no volver a usarlos ^{F51}.
- **Líquidos:** la restricción de líquidos y levantar al niño de forma programada **aumentan el riesgo de persistencia** y no se recomiendan como medidas generales ^{F51}.
- **Alarma:** tratamiento de **primera línea** por ser el más eficaz, con un 20 % de recaídas frente al 49 % de la desmopresina ^{F51}; resuelve el 50-80 % de los casos ^{F52}.

Enuresis nocturna: educación a las familias (retirar pañal)

Indique la recomendación correcta en la educación para la salud proporcionada a las familias con hijos que padecen enuresis nocturna o incontinencia nocturna intermitente:

1. Explicar la importancia de una ingesta adecuada de líquidos y aconsejar que se restrinjan.
2. Explicar la prevalencia del problema, ya que aproximadamente el 50% de los niños mojan la cama a la edad de 5 años.
3. Desaconsejar el uso del pañal si el niño ya ha permanecido seco durante el día por algún tiempo.
4. La utilización de la alarma de enuresis proporciona baja tasa de éxito a largo plazo.

Situación del testículo	Definición
No descendido	Fuera del escroto, en algún punto del trayecto normal de descenso ^{F53}
Ectópico	En una posición aberrante, fuera del trayecto normal : sobre todo anillo inguinal superficial o pubis ; menos, región femoral o perineal ^{F53}
Retráctil	Baja fácilmente al escroto con tracción manual y se queda un tiempo; situación fisiológica ^{F53}
Evanescente	Atrofia por torsión intrauterina ^{F53}

La **orquidopexia** se hace a partir de los 6 meses, idealmente hasta los **12 meses** y como muy tarde a los **18 meses** ^{F53}.

Testículo ectópico: definición

Durante el examen físico en una revisión de un lactante en consulta de Atención Primaria, encontramos uno de los testículos en localización suprapúbica sin posibilidad de descenso a su posición escrotal. ¿Cómo definiría este trastorno?:

1. Testículo ectópico.
2. Testículo no descendido.
3. Testículo retráctil.
4. Testículo evanescente.

Balanitis es la inflamación del **glande**; **postitis**, la del prepucio; si se afectan ambos, **balanopostitis** ^{F54}. La **fimosi**s (no se puede retraer el prepucio) es fisiológica hasta los 2-3 años; la **parafimosi**s (el prepucio retraído no vuelve) es una **urgencia** urológica ^{F54}.

Balanitis: inflamación del glande

¿Cómo se denomina la inflamación o infección del glande en el paciente pediátrico manifestada por clínica de eritema, edema y dolor del pene?:

1. Balanitis.
2. Parafimosis.
3. Glanditis.
4. Priapismo.

Tumores sólidos. El **tumor de Wilms** (nefroblastoma) es el **tumor renal más frecuente en la infancia** ^{F55}, suele descubrirse como una **masa abdominal** casual sin otros síntomas, entre los 3 y 5 años, y hay que explorarlo con cuidado por riesgo de **rotura tumoral** ^{F55}. El **neuroblastoma** es el **tumor sólido extracraneal más frecuente** en pediatría, con mediana de 17 meses al diagnóstico ^{F56}.

Tumor renal maligno más común en la infancia: Wilms

¿Cuál es el tumor renal maligno primario más común en la infancia?:

1. Nefroma mesoblástico.
2. Rabdomiosarcoma.
3. Teratoma.
4. Tumor de Wilms.

Dolor relacionado con el tratamiento en el niño con cáncer (revisión narrativa de 2024 sobre el dolor en oncología pediátrica) ^{F84}:

- **Mucositis:** efecto adverso **frecuente de la quimioterapia y la radioterapia**; supone ulceración de la mucosa gastrointestinal, **dolor**, compromiso de la hidratación oral y de la nutrición, y riesgo de infección ^{F84}.
- **Trasplante de progenitores hematopoyéticos:** los opioides (morfina, fentanilo, hidromorfona), sobre todo en analgesia controlada por el paciente (PCA), se usan para el **dolor agudo relacionado con la mucositis o con la enfermedad injerto contra huésped** ^{F84}.
- **Dolor neuropático:** en una serie retrospectiva de 160 niños con cáncer (sin leucemias ni tumores cerebrales) lo tuvo el 16 %; sus causas fueron la compresión de un nervio, una raíz o la médula (35 %), la cirugía de conservación del miembro o la amputación (28 %) y la **quimioterapia (vincristina)** (19 %) ^{F84}.

Dolor en el niño con cáncer: causas relacionadas con el tratamiento

¿Cuál de las siguientes NO ES una causa de dolor en los niños con cáncer relacionadas con el tratamiento?:

1. La mucositis.
2. La quimioterapia.
3. La fiebre.
4. Enfermedad injerto contra huésped.

Síndrome de Kostmann (neutropenia congénita grave). Sin tratamiento produce **infecciones bacterianas graves** (onfalitis, neumonías, abscesos cutáneos, otitis) ^{F57}. El **G-CSF** eleva los neutrófilos y protege de las infecciones ^{F57}. En el **cuidado bucal**, las revisiones dentales regulares y una **higiene oral muy cuidadosa** con enjuague antiséptico son muy importantes, porque puede haber aftas y **periodontitis** ^{F57}.

Síndrome de Kostmann: higiene oral minuciosa

Dentro de las recomendaciones higiénicodietéticas que indicaremos a un paciente en edad infantil diagnosticado de síndrome de Kostmann encontramos:

1. Evitar grasas saturadas.
2. No exposición directa al sol.
3. Ingesta moderada de líquidos.
4. Limpieza e higiene minuciosa de la cavidad oral.

8. Piel, aparato locomotor y traumatismos

Dermatitis del pañal irritativa. Aparece inicialmente en las **zonas convexas**, en contacto directo con el pañal (genitales externos, nalgas, muslos y periné), y **respeto característicamente los pliegues**; solo en fases avanzadas llega a afectarlos ^{F58}. La complicación más habitual es la **candidiasis por *Candida albicans***: eritema rojo violáceo **en los pliegues**, con pápulas y pústulas satélite ^{F58}. Prevención: **cambiar el pañal con frecuencia** (cada hora en neonatos, cada 3-4 h después) ^{F58}. El corticoide de baja potencia es un **tratamiento** de las formas que no mejoran, no una medida preventiva ^{F58}.

Dermatitis del pañal: ¿pliegues o zonas convexas?

En **EIR2016-172** la respuesta oficial es que la dermatitis del pañal «afecta preferentemente a pliegues y zonas cóncavas». La fuente de esa misma época (Pediatría Integral, abril de 2016) dice lo contrario para la irritativa: **zonas convexas, respetando los pliegues**; los pliegues son propios de la **sobreinfección por *Candida*** ^{F58}. La oficial se obtiene descartando las demás: los corticoides no son profilácticos, la frecuencia de cambio de pañal **sí** influye y la sobreinfección más frecuente es por ***Candida***, no por gramnegativos ^{F58}.

EIR 2016 · 172

P57 · respuesta en el solucionario

Dermatitis del pañal: afecta zonas convexas, respeta pliegues

En relación a la dermatitis del pañal, indique la respuesta correcta:

1. Afecta preferentemente a pliegues y zonas cóncavas.
2. Es conveniente el uso profiláctico de cremas con corticoides suaves.
3. El número de cambios de pañal NO tiene repercusión en el desarrollo de la dermatitis del pañal.
4. La sobreinfección asociada más frecuente se produce por bacterias gram negativas.

Pie zambo (pie equinovaro). Deformidad congénita que combina **cuatro deformidades: cavo, aducto, varo y equino**, la regla **CAVE** del método Ponseti ^{F59}. El **cavo** es un aumento pronunciado del **arco plantar** ^{F59}. Se desarrolla a partir del segundo trimestre del embarazo ^{F60}. Generalmente su etiología es **idiopática**, pero puede tener una causa sindrómica y asociarse con afecciones **musculoesqueléticas**, neurológicas o del tejido conjuntivo: es el **pie zambo sindrómico** ^{F81}. En la clasificación de Dimeglio, los pies de 0 a 5 puntos, llamados «**posturales**», son completamente reducibles ^{F82}. Tratamiento: método de **Ponseti** (yesos seriados), tenotomía del tendón de Aquiles para el equino y férulas, cuyo mal cumplimiento es la principal causa de recidiva ^{F59,F60}.

Pie zambo: el arco sí está elevado

En **EIR2022-073** la respuesta oficial da por **incorrecta** que el pie zambo «da lugar a una elevación del arco longitudinal medial del pie». Las fuentes actuales incluyen precisamente el **cavo** (aumento del arco plantar) entre sus cuatro componentes ^{F59,F60}. La flexión plantar (equino) con aducción del antepié y el nombre de pie equinovaro sí coinciden con las fuentes ^{F59,F60}; también existen los pies «posturales», completamente reducibles ^{F82}, y el pie zambo sindrómico, asociado a afecciones musculoesqueléticas, neurológicas o del tejido conjuntivo ^{F81}.

Pie zambo: características

¿Cuál es la opción INCORRECTA respecto al pie zambo?:

1. Da lugar a una elevación del arco longitudinal del medial del pie.
2. Puede ser postural, congénito o asociado a una displasia del tejido musculoesquelético.
3. Existe flexión plantar y aducción del antepie/mediopie respecto al retropié.
4. También se denomina pie equinovaro.

Fracturas propias del niño ^{F61}:

- **Incurvación o deformación plástica:** el hueso se deforma **sin llegar a fracturarse** (cúbito, radio, peroné); es una **patología típica del niño** ^{F61}.
- **Fractura en rodete (torus):** incompleta, con engrosamiento anular en la radiografía ^{F61}.
- **Tallo verde:** se rompe la cortical del lado convexo y la cóncava se incurva ^{F61}.
- **Fisarias (epifisiolisis):** clasificación de **Salter-Harris** en 5 tipos; los tipos I y II suponen el 75 % ^{F61}.

Las fracturas de estrés de los metatarsianos, descritas originalmente en soldados, se conocen como **fracturas de caminante** o «Deutschlander's fracture» ^{F83}.

Fractura propia de la infancia: incurvación plástica

De entre las siguientes opciones, qué tipo de fractura es propia de la edad pediátrica:

1. Fractura conminuta.
2. Fractura de Deütschlander.
3. Fractura espiroidea.
4. Deformación o incurvación plástica.

Avulsión dental. No se reimplantan los dientes temporales avulsionados, para no dañar el permanente ^{F62}. El **permanente** se reimplanta a ser posible **en el mismo lugar del traumatismo**, cogiéndolo **por la corona sin tocar la raíz**; si está sucio, se lava con agua 10 segundos ^{F62}. Si no se puede reimplantar, se transporta en **leche o suero salino** o en la boca del paciente, **nunca en agua** ^{F62}.

Avulsión dental: no reimplantar dientes temporales

¿Cuál de las siguientes opciones es **INCORRECTA** en relación con las recomendaciones de actuación ante una avulsión dental susceptible de reimplante en un paciente pediátrico?:

1. Actuar de igual manera si se trata de un diente temporal o permanente.
2. Manipular el diente desde la corona evitando tocar la raíz.
3. Animar al paciente o acompañante a reimplantar el diente en el lugar del traumatismo.
4. Conservar el diente para su transporte en leche, solución salina o saliva.

9. El niño hospitalizado y crítico

Ansiedad por separación. Los niños de entre **7 meses y 3-4 años** parecen los más vulnerables psicológicamente a la hospitalización; las consecuencias graves parecen raras en la edad escolar ^{F63}. Durante la separación de su familia, el niño pasa por **tres fases que se suceden en este orden: protesta, desesperación y desapego** ^{F63}. En EIR2016-183 la respuesta oficial llama «negación» a la tercera fase:

Fase	Conducta
1. Protesta	De horas a una semana o más: angustia aguda, grita, se agita y vigila cualquier señal de la madre ^{F63}
2. Desesperación	Se vuelve introvertido e inactivo, desinteresado y apenado; a veces se confunde erróneamente con «buena conducta» ^{F63}
3. Apartamiento o desapego (detachment)	Parece recuperado y acepta los cuidados, pero cuando la madre lo visita puede aparentar no reconocerla ^{F63}

EIR 2016 · 183

P34 · respuesta en el solucionario

Ansiedad por separación: fases protesta, desesperación, negación

La ansiedad por separación consta de tres fases. ¿Cuál es su orden?:

1. Protesta, desesperación y negación.
2. Protesta, negación y desesperación.
3. Negación, protesta y desesperación.
4. Desesperación, protesta y negación.

Reacciones a la hospitalización. Entre las reacciones habituales descritas por Farley y cols. están la regresión y la ansiedad de separación, los **temores de mutilación corporal**, sobre todo si los procedimientos afectan a la cabeza, los ojos o los genitales, y los **temores de pérdida del autocontrol** ^{F63}. El **miedo a la oscuridad** es un miedo evolutivo de los más pequeños: aparece hacia los 2 años y disminuye a los 8-9 ^{F65}.

Signos de alarma de deterioro. Para detectar precozmente al niño grave se usan el triángulo de evaluación pediátrico, la secuencia ABCDE y sistemas de alerta precoz como el **PEWS** ^{F67}. En el niño, la **taquicardia** es un signo muy sensible y precoz, mientras que **la hipotensión es un signo tardío**: si está presente, indica un cuadro más evolucionado ^{F66}. Las **bradicardias** son habitualmente **secundarias a hipoxia, acidosis y/o hipotensión** ^{F67}.

★ El niño compensa hasta que se rompe

Taquicardia primero; **hipotensión, tarde** ^{F66}, y la bradicardia suele ser secundaria a hipoxia, acidosis o hipotensión ^{F67}. Por eso la hipotensión no sirve para anticiparse a la descompensación ^{F66}.

Signos de alarma de descompensación en niño hospitalizado (hipotensión es tardía)

Entre los signos o manifestaciones de alarma que deben ser reconocidos por el personal sanitario antes de que un niño hospitalizado se descompense, NO se encuentra:

1. Aumento del trabajo respiratorio.
2. Hipotensión.
3. Saturación de oxígeno menor del 85% o disminución de la saturación de oxígeno un 5% por debajo de la basal en niños con cardiopatías congénitas cianógenas.
4. Preocupación creciente del personal médico, de enfermería o padres.

Síndrome de abstinencia por retirada de la sedoanalgesia (SECIP). Aparece al disminuir o suspender bruscamente opioides (fentanilo, morfina) o benzodiacepinas (midazolam), sobre todo tras perfusiones de **más de 5 días** ^{F68}. Factores de riesgo ^{F68}:

- **Perfusión continua de midazolam o fentanilo durante 5 o más días** ^{F68}.
- Dosis acumulada de fentanilo mayor de 0,5 mg/kg o de midazolam mayor de 40 mg/kg ^{F68}.
- Perfusión de fentanilo superior a 5 µg/kg/h o de midazolam superior a 0,35 mg/kg/h ^{F68}.
- **Lactantes menores de 6 meses y retraso psicomotor** ^{F68}.

Se valora con escalas validadas: **WAT-1** (positiva con 3 o más puntos) y **SOS** (con 4 o más) ^{F68}. La prevención es **descender las perfusiones de forma gradual**, obligatorio si el tratamiento dura más de 5 días (por ejemplo, un 10-20 % cada 12-24 horas en perfusiones de 5-10 días), sin bajar a la vez opioides y benzodiacepinas ^{F68}. La **clonidina** es la primera opción de tratamiento ^{F68}. La dexmedetomidina también produce abstinencia si dura más de 4 días o supera 100 µg/kg acumulados ^{F68}.

Síndrome de abstinencia por retirada de sedoanalgesia pediátrica: factores de riesgo

¿Cuáles son algunos de los factores de riesgo para presentar síndrome de abstinencia en niños con disminución de la sedoanalgesia?:

1. Perfusión continua de midazolam o fentanilo durante 5 o más días, lactantes menores de 6 meses y retraso psicomotor.
2. Dosis acumuladas de fentanilo mayor de 0,8mg/Kg y de midazolam de 20 mg/Kg.
3. Lactantes menores de 1 mes y perfusiones de fentanilo superiores a 2 µg/kg/hora y midazolam mayor a 0.5 mg/kg/hora.
4. Duración del tratamiento con dexmedetomidina mayor a 5 días y dosis acumulada superior a 50 µg/kg.

Todas las preguntas del tema (44)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 107

P1 · respuesta en el solucionario

Con respecto al megacolon aganglionar congénito o enfermedad de Hirschprung, indique cuál de las siguientes opciones es FALSA:

1. Afecta con más frecuencia al sexo femenino.
2. Retraso en la eliminación del meconio.
3. Algunos pacientes pueden presentar vómitos biliosos o fecaloideos con ausencia de tránsito.
4. Déficit de innervación parasimpática del colon.

EIR 2026 · 101

P2 · respuesta en el solucionario

Un niño de 2 años tiene fiebre alta durante 3 días, está irritable y, cuando la fiebre remite aparece un exantema morbiliforme de color rosa y no pruriginoso que comienza en el tronco y se extiende al cuello y extremidades. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Sarampión.
2. Roséola infantil.
3. Rubéola.
4. Eritema infeccioso.

EIR 2025 · 177

P3 · respuesta en el solucionario

¿Qué caracteriza a la enfermedad de Hirschsprung (HSCR) conocida también por el nombre de megacolon agangliónico?:

1. Es una enfermedad más predominante en el sexo femenino.
2. En estos pacientes se descarta la realización de una ostomía digestiva.
3. La variante más común de HSCR es la aganglioneosis total del intestino grueso.
4. Se produce una ausencia de células ganglionares en los plexos submucoso y mientérico del colon.

¿Cuáles de las siguientes son las 4 anomalías más características de la anomalía congénita Tetralogía de Fallot?:

1. Estenosis de canal auriculoventricular. Hipertrofia auricular derecha. Comunicación interventricular. Acabalgamiento aórtico.
2. Estenosis pulmonar. Hipertrofia ventricular izquierda. Comunicación interauricular. Acabalgamiento aórtico.
3. Estenosis pulmonar. Hipertrofia ventricular derecha. Comunicación interventricular. Acabalgamiento aórtico.
4. Estenosis aórtica. Hipertrofia ventricular izquierda. Comunicación interventricular. Acabalgamiento pulmonar.

Indique la respuesta INCORRECTA con respecto a los soplos inocentes:

1. Tienen una prevalencia de hasta el 50% en niños menores de 14 años.
2. Se producen durante la diástole.
3. La cianosis nunca debe acompañar un soplo inocente.
4. Pueden evaluarse mediante historia clínica y examen físico con auscultación y electrocardiografía.

Indique la respuesta correcta con relación a la alergia a proteína de leche de vaca (APLV) en el niño:

1. La APLV mediada por Inmunoglobulina E produce reacciones alérgicas inmediatas.
2. La leche de vaca es uno de los alimentos menos frecuentes en producir reacciones anafilácticas fatales.
3. La mayoría de los niños con APLV no adquieren tolerancia espontánea a la PLV.
4. En la dieta de eliminación indicada ante una APLV, se recomienda sustituir la leche de vaca por leche de otros bóvidos.

El eritema infeccioso, también denominado como quinta enfermedad, es la manifestación clínica más común del virus:

1. Parvovirus.
2. Citomegalovirus.
3. Adenovirus.
4. Herpes virus tipo 2.

Durante el examen físico en una revisión de un lactante en consulta de Atención Primaria, encontramos uno de los testículos en localización suprapúbica sin posibilidad de descenso a su posición escrotal. ¿Cómo definiría este trastorno?:

1. Testículo ectópico.
2. Testículo no descendido.
3. Testículo retráctil.
4. Testículo evanescente.

¿Cuál es la prueba "gold standard" de confirmación en el diagnóstico de la alergia no mediada por inmunoglobulina E, a las proteínas de la leche de vaca en un lactante?:

1. Anamnesis (semiología típica).
2. Prick Test.
3. Determinación IgE específica.
4. Prueba de provocación oral.

Con relación a la Enfermedad de Hirschsprung o megacolon agangliónico congénito, indique la respuesta correcta:

1. Es la causa más frecuente de obstrucción intestinal inferior en la edad escolar.
2. Se debe a una disfunción de las células ganglionares de la pared intestinal, de extensión variable.
3. El segmento afectado se presenta hipotónico y dilatado.
4. Debe sospecharse el diagnóstico ante un retraso en la expulsión de meconio superior a 48h.

¿Cuál es el tumor renal maligno primario más común en la infancia?:

1. Nefroma mesoblástico.
2. Rabdomiosarcoma.
3. Teratoma.
4. Tumor de Wilms.

Indique la recomendación correcta en la educación para la salud proporcionada a las familias con hijos que padecen enuresis nocturna o incontinencia nocturna intermitente:

1. Explicar la importancia de una ingesta adecuada de líquidos y aconsejar que se restrinjan.
2. Explicar la prevalencia del problema, ya que aproximadamente el 50% de los niños mojan la cama a la edad de 5 años.
3. Desaconsejar el uso del pañal si el niño ya ha permanecido seco durante el día por algún tiempo.
4. La utilización de la alarma de enuresis proporciona baja tasa de éxito a largo plazo.

En la exploración física de un paciente pediátrico la presencia de un exantema petequial en el paladar blando NO es indicativo de:

1. Enfermedad de Lyme.
2. Faringitis estreptocócica.
3. Abuso sexual.
4. Rubeola.

Dentro de las recomendaciones higiénicodietéticas que indicaremos a un paciente en edad infantil diagnosticado de síndrome de Kostmann encontramos:

1. Evitar grasas saturadas.
2. No exposición directa al sol.
3. Ingesta moderada de líquidos.
4. Limpieza e higiene minuciosa de la cavidad oral.

Entre los signos o manifestaciones de alarma que deben ser reconocidos por el personal sanitario antes de que un niño hospitalizado se descompense, NO se encuentra:

1. Aumento del trabajo respiratorio.
2. Hipotensión.
3. Saturación de oxígeno menor del 85% o disminución de la saturación de oxígeno un 5% por debajo de la basal en niños con cardiopatías congénitas cianógenas.
4. Preocupación creciente del personal médico, de enfermería o padres.

Cuál de las siguientes respuestas acerca del síndrome inflamatorio multisistémico en niños asociado a infección por SARS- CoV- 2 es INCORRECTA:

1. Presenta características similares a la enfermedad de Kawasaki.
2. Existe fiebre persistente sin origen clínico claro.
3. Se acompaña de neumonía bilateral con infiltrado multilobar.
4. Algunos niños progresan clínicamente con rapidez y pueden desarrollar compromiso hemodinámico.

Ante una crisis convulsiva en un paciente pediátrico, ¿cuál de las siguientes vías de administración de benzodiazepinas NO se considera de elección?:

1. Vía rectal.
2. Vía endotraqueal.
3. Vía bucal.
4. Vía intranasal.

Con respecto a la alergia a las proteínas transportadoras de lípidos vegetales (LTPs), indique la respuesta FALSA:

1. Se trata de alérgenos alimentarios vegetales muy extendidos.
2. Son altamente resistentes al procesamiento de alimentos y al medio gastrointestinal.
3. Las manifestaciones clínicas de los pacientes en edad pediátrica alérgicos a las LTPs consisten en síntomas locales leves.
4. Estas proteínas tienen mayor presencia en la piel que en la pulpa de las frutas.

¿Cómo se denomina a uno de los síndromes de fiebre recurrente más frecuente en la infancia, con intervalos regulares entre los episodios, acompañados de amigdalitis, aftas orales y/o adenopatías?:

1. Síndrome de Schnitzler.
2. Síndrome de PFAPA.
3. Fiebre mediterránea familiar.
4. Síndrome de Rett.

Indique la opción INCORRECTA en relación a la enfermedad de boca-mano-pie:

1. En la mayoría de los casos se trata de una infección por virus coxsackie o un enterovirus.
2. Produce lesiones pruriginosas de la piel en extremidades y cavidad oral.
3. Puede transmitirse por secreciones respiratorias.
4. Comúnmente, se transmite por la vía orofecal.

De entre las siguientes manifestaciones clínicas, cual NO es indicativa de deshidratación grave en el lactante:

1. Retraso del relleno capilar >1.5 segundos.
2. Pérdida de peso corporal >10%.
3. Depresión del nivel de conciencia.
4. Piel fría y moteada.

En un niño de 5 años que acude a urgencias por vómitos persistentes asociados a un cuadro de gastroenteritis aguda, ¿qué fármaco en dosis única sería el de elección para el manejo de los vómitos, antes de introducir terapia de rehidratación?:

1. Metoclopramida.
2. Domperidona.
3. Ondansetrón.
4. Haloperidol.

¿Cuál de las siguientes opciones es INCORRECTA en relación con las recomendaciones de actuación ante una avulsión dental susceptible de reimplante en un paciente pediátrico?:

1. Actuar de igual manera si se trata de un diente temporal o permanente.
2. Manipular el diente desde la corona evitando tocar la raíz.
3. Animar al paciente o acompañante a reimplantar el diente en el lugar del traumatismo.
4. Conservar el diente para su transporte en leche, solución salina o saliva.

En relación con la infestación por oxiuros, indique la opción correcta sobre los consejos que se darán tanto al paciente como a la familia:

1. Se debe cambiar la ropa de cama el día antes de iniciar el tratamiento.
2. Se debe aislar al paciente en una habitación exclusiva.
3. Se debe tratar al resto de la familia al mismo tiempo.
4. Se debe dormir sin pijama con el fin de observar los oxiuros sobre la cama.

¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de inclusión para definir un Episodio Breve Resuelto Inexplicado (BRUE)?:

1. Episodio resuelto de cianosis o palidez de menos de 1 minuto de duración.
2. Cambio marcado del tono muscular en forma de hipertonía o hipotonía.
3. Respiración ausente, disminuida o irregular.
4. Lactante > 1 año de vida.

¿Qué es el Síndrome de Rett?:

1. Es un trastorno del espectro autista, con alto nivel de funcionamiento.
2. Es un trastorno neurológico, de causa genética, que afecta fundamentalmente a niñas.
3. Es un trastorno genético que cursa con disminución de hormonas sexuales y sensación continua de hambre.
4. Es un trastorno endocrino-metabólico con afectación neurocognitiva y manifestaciones psicomotoras.

¿Cómo se denomina la inflamación o infección del glande en el paciente pediátrico manifestada por clínica de eritema, edema y dolor del pene?:

1. Balanitis.
2. Parafimosis.
3. Glanditis.
4. Priapismo.

Los defectos cardíacos son las malformaciones congénitas más frecuentes. Dentro de las cardiopatías congénitas se encuentra la Transposición de Grandes Vasos. Indique la respuesta correcta en relación a esta cardiopatía:

1. Se trata de una cardiopatía acianótica que debuta en periodo neonatal.
2. En su presentación simple, la aorta está conectada al ventrículo anatómicamente derecho y la pulmonar al ventrículo izquierdo.
3. Para asegurar la oxigenación debe facilitarse la mezcla de sangre a través del cierre del ductus arteriovenoso.
4. Las características anatómicas que presenta son estenosis pulmonar y cabalgamiento aórtico.

La bronquiolitis aguda es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el lactante que supone una importante demanda asistencial tanto en el ámbito de la Atención Primaria como a nivel hospitalario. NO se considera un factor de riesgo de gravedad de la bronquiolitis:

1. Antecedentes de prematuridad.
2. Ausencia de lactancia materna.
3. Atopía.
4. Tener hermanos.

P.G.R. es un niño de 4 años que acude al servicio de urgencias de un hospital por fiebre mantenida de una semana. A la exploración presenta edema y eritema en manos y pies, lesiones orales con lengua "aframbuesada", exantema polimorfo y adenopatía cervical unilateral. Tras el examen físico y realizadas las pruebas diagnósticas pertinentes, es diagnosticado de Enfermedad de Kawasaki. Dentro del abordaje terapéutico, tratamiento y cuidados de esta patología podemos afirmar que:

1. El tratamiento con AAS (ácido acetil salicílico) está contraindicado.
2. La administración de corticoides intravenosos es el tratamiento de elección.
3. Se indicará reposo absoluto en su fase aguda.
4. El paciente requiere aplicación de medidas de aislamiento de contacto.

¿Qué anomalía congénita se produce en la "transposición de grandes vasos"?:

1. La aorta emerge de la aurícula derecha y la arteria pulmonar de la aurícula izquierda.
2. La aorta emerge de la aurícula izquierda y la arteria pulmonar de la aurícula derecha.
3. La aorta emerge del ventrículo izquierdo y la arteria pulmonar del ventrículo derecho.
4. La aorta emerge del ventrículo derecho y la arteria pulmonar del ventrículo izquierdo.

¿Cuál es una complicación de la bronquiolitis?:

1. Muerte.
2. Coma.
3. Atelectasias.
4. Shock Cardiogénico.

Recibe en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a un neonato de 12 días de vida derivado desde el Servicio de Urgencias Pediátricas, al que sus padres han acudido por rechazo de las tomas, estado letárgico, disminución de la frecuencia urinaria y coloración grisácea. A su ingreso, presenta insuficiencia respiratoria severa con signos congestivos, acidosis metabólica severa y ausencia de pulsos en miembro superior izquierdo y miembros inferiores. ¿Cuál es su sospecha clínica?:

1. Coartación aórtica severa en posición yuxtaductal habitual.
2. Interrupción del arco aórtico tipo A, con obstrucción distal al origen de la subclavia izquierda.
3. Interrupción del arco aórtico tipo B, con obstrucción entre la carótida izquierda y la subclavia izquierda.
4. Retorno venoso pulmonar anómalo total obstructivo.

La ansiedad por separación consta de tres fases. ¿Cuál es su orden?:

1. Protesta, desesperación y negación.
2. Protesta, negación y desesperación.
3. Negación, protesta y desesperación.
4. Desesperación, protesta y negación.

Las bacterias que en mayor número de casos son responsables de la otitis media son:

1. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Klebsiella pneumoniae*.
2. *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas fluorescens* y *Moraxella catarrhalis*.
3. *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis*.
4. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*.

Entre los factores de tensión por la hospitalización en los escolares (niños 6-12 años), NO se encuentra:

1. Pérdida de control.
2. Miedo a la oscuridad.
3. Lesión corporal.
4. Falta de intimidad.

La triada clásica de síntomas asociados al síndrome hemolítico urémico consiste en:

1. Anemia ferropénica, trombocitopenia y daño renal agudo.
2. Anemia hemolítica, pancitopenia y daño renal crónico.
3. Anemia hemolítica, trombocitopenia y daño renal agudo.
4. Anemia hemolítica, pancitopenia y daño renal agudo.

Lactante de 4 meses de edad (6,280 Kg) que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas con cuadro de diarrea aguda de 24 horas de evolución, con heces acuosas sin sangre ni moco y signos de deshidratación ligera-moderada. Recibe lactancia materna exclusiva. Su madre refiere que no ha vomitado, que realiza las tomas con avidez y que está irritable. La terapéutica de elección para el manejo de este lactante consistiría en:

1. Interrupción temporal de la lactancia materna y rehidratación parenteral con solución salina normal durante las primeras 4 horas o hasta que los signos de deshidratación hayan desaparecido. Se administrará un inhibidor de la motilidad intestinal.
2. Rehidratación oral con solución de baja osmolaridad en tomas frecuentes de bajo volumen, asegurando entre 50-100 ml/kg durante 3-4 horas, reposición de las pérdidas mantenidas y manteniendo de la lactancia materna.
3. Rehidratación oral con solución de baja osmolaridad en tomas frecuentes de bajo volumen asegurando aportes entre 15-30 ml/kg durante 4 horas para reponer déficit y 10 ml/kg por deposición, y administración de fórmula sin lactosa.
4. Carga parenteral con solución glucosalina a 10-15 ml/kg en 30 minutos, rehidratación oral con solución de alta osmolaridad asegurando aportes entre 75-100 ml/kg en las primeras 4 horas y mantenimiento de la lactancia materna a demanda.

Dentro de los problemas de salud emergentes se encuentra el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Señale con cuál de las siguientes actividades la enfermera de familia puede adelantar su detección y abordaje:

1. Revisar cuidadosamente los hitos del desarrollo y la adquisición de habilidades sociales, pues desde el nacimiento muestran síntomas.
2. Prestar atención a la información de la familia sobre el desarrollo motor grosero, pues suelen aparecer señales precoces e inequívocas del TDAH.
3. Observar y valorar cuidadosamente al niño o a la niña, respecto a sus distracciones, impulsividad y a su capacidad para concentrarse y responder a nuestras preguntas.
4. Valorar las actividades en la consulta de todos los niños y niñas pues los que sufren TDAH siempre son hiperactivos y agresivos y registrarlos como tales.
5. Las respuestas 1 y 2 son correctas.

La presencia de cuerpos extraños como pequeños botones, pipas de girasol, etc., en las vías respiratorias en niños pequeños es un accidente relativamente frecuente. Señale los signos que aparecen cuando estos objetos se quedan alojados en vía respiratoria inferior:

1. Episodios de tos, ronquera y disnea.
2. Tos crónica, hipoventilación a la auscultación, signos de infección.
3. Asfixia, disnea, cianosis, fracaso respiratorio.
4. Fiebre, tos y disfonía.
5. Taquipnea, aumento del esfuerzo respiratorio.

Señale cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO son propias de la deshidratación en el lactante:

1. Pérdida de peso.
2. Fontanela hundida.
3. Sequedad de mucosas.
4. Hipotensión.
5. Bradicardia.

Señale la respuesta FALSA con respecto a la bronquiolitis:

1. Se manifiesta clínicamente por tos, secreción nasal y dificultad respiratoria.
2. Es la enfermedad del tracto respiratorio inferior más frecuente en los dos primeros años de vida.
3. La lactancia materna prolongada puede actuar como un factor protector.
4. La etiología bacteriana produce síntomas más graves que la etiología vírica.
5. Se requieren medidas generales como aislamiento respiratorio, oxigenoterapia, fluidoterapia y humidificación del ambiente.

¿Qué recomendación NO haría a unos padres que acuden al centro de salud porque su hija tiene fiebre?:

1. Procurar que la niña esté entretenida.
2. Aplicar paños empapados en alcohol en la frente, axilas, abdomen y tórax.
3. Aumentar la ingesta de líquidos.
4. Aumentar la ingesta de azúcares.
5. Adecuar la temperatura ambiental a la confortabilidad de la niña.

Un recién nacido primer hijo varón que a los 15 días de vida aproximadamente desarrolla un cuadro de vómitos no biliosos de intensidad creciente, después de la toma, es sugestivo de:

1. Obstrucción intestinal.
2. Atresia de esófago.
3. Estenosis hipertrófica de píloro.
4. Atresia de coanas.
5. Infección urinaria.

Preguntas que también podrían ser de este tema (19)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 104

P45 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes NO ES una causa de dolor en los niños con cáncer relacionadas con el tratamiento?:

1. La mucositis.
2. La quimioterapia.
3. La fiebre.
4. Enfermedad injerto contra huésped.

EIR 2026 · 99

P46 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es la principal complicación asociada al uso de salicilatos en niños con infección de varicela o gripe?:

1. Enfermedad de Kawasaki.
2. Síndrome de Turner.
3. Síndrome de Reye.
4. Síndrome de Albright.

EIR 2024 · 171

P47 · respuesta en el solucionario

¿Cuáles son algunos de los factores de riesgo para presentar síndrome de abstinencia en niños con disminución de la sedoanalgesia?:

1. Perfusión continua de midazolam o fentanilo durante 5 o más días, lactantes menores de 6 meses y retraso psicomotor.
2. Dosis acumuladas de fentanilo mayor de 0,8mg/Kg y de midazolam de 20 mg/Kg.
3. Lactantes menores de 1 mes y perfusiones de fentanilo superiores a 2 µg/kg/hora y midazolam mayor a 0.5 mg/kg/hora.
4. Duración del tratamiento con dexmedetomidina mayor a 5 días y dosis acumulada superior a 50 µg/kg.

EIR 2023 · 89

P48 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes opciones es correcta respecto de la Malformación de Arnold Chiari?:

1. Ocurre cuando parte del cráneo es más grande de lo normal.
2. Se deben recomendar maniobras de Valsalva para evitar el agravamiento de las cefaleas.
3. La sintomatología corresponde al síndrome del agujero occipital pudiendo aparecer el signo de Lhermitte.
4. La malformación de Arnold Chiari tipo I es siempre asintomática. Aparecen los síntomas en los tipos II y III.

De entre las siguientes opciones, qué tipo de fractura es propia de la edad pediátrica:

1. Fractura conminuta.
2. Fractura de Deütschlander.
3. Fractura espiroidea.
4. Deformación o incurvación plástica.

¿Cuál es la opción INCORRECTA respecto al pie zambo?:

1. Da lugar a una elevación del arco longitudinal del medial del pie.
2. Puede ser postural, congénito o asociado a una displasia del tejido musculoesquelético.
3. Existe flexión plantar y aducción del antepie/mediopie respecto al retropié.
4. También se denomina pie equinovaro.

En relación con la exploración física de un paciente de 5 años con diagnóstico médico de meningitis, indique la respuesta correcta:

1. La rigidez de nuca es el signo más frecuente pero menos precoz.
2. Un signo de Kernig positivo indica que, ante la flexión pasiva de la pierna, la irritación meníngea provoca dolor en la espalda y en la pierna, y resistencia a la realización de dicha maniobra.
3. En la exploración del paciente con signo de Brudzinski positivo, cabe esperar que el signo de Kernig no exista.
4. Si al realizar una flexión pasiva de la nuca conlleva la de las rodillas y las caderas, hablamos de Brudzinski positivo.

La enterocolitis necrosante es la urgencia digestiva más frecuente en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Entre sus factores de riesgo NO encontramos:

1. Prematuridad y/o bajo peso al nacer.
2. Líquido amniótico meconial durante el parto.
3. Alimentación con leche y/o preparados para lactantes.
4. Cardiopatía congénita.

Indique la respuesta INCORRECTA entre las siguientes afirmaciones respecto a la infección por virus del sarampión:

1. El portal de entrada del virus es a través de las vías respiratorias o conjuntivas después del contacto con gotas o aerosoles en los que se suspende.
2. La infección se inicia con una fase exantemática seguida de fiebre y cuadro catarral con tos y coriza.
3. Las manchas de Koplick son el signo patognomónico del sarampión.
4. La erupción maculopapular se inicia en la frente y región retroauricular extendiéndose al torso y las extremidades.

Indique la opción INCORRECTA en relación a los métodos de recogida de orina empleados en el diagnóstico de una Infección del Tracto Urinario en edad pediátrica:

1. El cateterismo vesical es una prueba invasiva que no permite descartar completamente el riesgo de contaminación.
2. La punción suprapúbica está considerada la técnica de recogida de orina de referencia.
3. La recogida de orina mediante bolsas perineales tiene bajo riesgo de contaminación en comparación con la obtenida mediante el chorro miccional.
4. En población pediátrica que controla la micción, se recomienda la recogida de orina limpia en mitad de chorro miccional.

¿Cómo se define estado epiléptico (o status epiléptico) en un paciente pediátrico?:

1. Descarga neuronal excesiva en la corteza cerebral con duración igual o mayor a 5 minutos.
2. Descarga neuronal excesiva en la corteza cerebral con duración igual o mayor a 15 minutos.
3. Descarga neuronal excesiva en la corteza cerebral con duración igual o mayor a 30 minutos.
4. Descarga neuronal excesiva en la corteza cerebral con duración igual o mayor a 60 minutos.

¿Cuál de las siguientes infecciones víricas se asocia con el desarrollo de la púrpura fulminante en el neonato?:

1. Citomegalovirus.
2. Hepatitis B.
3. Varicela-Zoster.
4. Sarampión.

En relación a la dermatitis del pañal, indique la respuesta correcta:

1. Afecta preferentemente a pliegues y zonas cóncavas.
2. Es conveniente el uso profiláctico de cremas con corticoides suaves.
3. El número de cambios de pañal NO tiene repercusión en el desarrollo de la dermatitis del pañal.
4. La sobreinfección asociada más frecuente se produce por bacterias gram negativas.

De los siguientes tipos de leche: ¿Cuál podría ingerir un individuo alérgico a las proteínas de la leche de vaca?:

1. Leche de cabra.
2. Leche de búfala.
3. Leche de soja.
4. Leche de oveja.

Un niño con intolerancia al gluten pregunta a la enfermera qué chucherías puede tomar cuando sale a jugar con sus amigos:

1. Snacks.
2. Chocolates.
3. Palomitas de maíz.
4. Bollería.
5. Caramelos.

Entre las estrategias que utiliza la enfermera en el cuidado de los niños de 2 años se encuentra el juego. Señale cuál de los que se enuncian a continuación favorece la comprensión del proceso de enfermedad y la terapia:

1. Correpasillos.
2. Variaciones del cu-cu o escondite.
3. Siluetas corporales para pintar o muñecos para señalar.
4. Consolas de juegos electrónicos.
5. El teléfono móvil.

Señale cuál de las siguientes alteraciones NO se corresponde con las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo 1 en los niños:

1. Aumento de peso.
2. Polidipsia.
3. Estreñimiento.
4. Polifagia.
5. Sudoración.

¿Cuál de las afirmaciones siguientes es correcta en relación a la varicela?:

1. El periodo de incubación puede oscilar entre los 5 y los 23 días.
2. El contagio se puede producir desde la aparición del exantema hasta que hayan desaparecido todas las costras.
3. Es una enfermedad de bajo riesgo de contagio.
4. Produce una inmunidad natural que oscila entre los 5 y los 10 años.
5. El virus puede quedar de forma latente en ganglios nerviosos, reactivarse al cabo del tiempo y causar herpes zóster.

En el tratamiento del asma infantil se utilizan diferentes sistemas inhaladores, ¿cuál sería el indicado para un niño de ocho años con dificultades para coordinar la activación del inhalador con la inspiración?:

1. Inhalador de polvo seco.
2. Inhalador dosificador presurizado.
3. Inhalador dosificador presurizado con cámara y mascarilla.
4. Nebulizador.
5. Cualquiera de los anteriores es válido.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 107	1	
P2	EIR 2026 · 101	2	
P3	EIR 2025 · 177	4	
P4	EIR 2025 · 152	3	
P5	EIR 2025 · 149	2	
P6	EIR 2025 · 146	1	
P7	EIR 2025 · 143	1	
P8	EIR 2025 · 140	1	
P9	EIR 2024 · 170	4	
P10	EIR 2023 · 170	4	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2023 · 169	4	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2023 · 168	3	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2023 · 167	1	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2023 · 166	4	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2023 · 134	2	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2022 · 83	3	
P17	EIR 2022 · 78	2	
P18	EIR 2022 · 77	3	
P19	EIR 2022 · 74	2	
P20	EIR 2022 · 72	2	
P21	EIR 2022 · 71	1	
P22	EIR 2022 · 18	3	
P23	EIR 2021 · 181	1	
P24	EIR 2021 · 104	3	
P25	EIR 2021 · 63	4	

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2020 · 121	2	
P27	EIR 2020 · 111	1	
P28	EIR 2019 · 83	2	hoja del archivo oficial
P29	EIR 2019 · 78	3	hoja del archivo oficial
P30	EIR 2019 · 77	3	hoja del archivo oficial
P31	EIR 2018 · 55	4	hoja del archivo oficial
P32	EIR 2018 · 54	3	hoja del archivo oficial
P33	EIR 2016 · 235	3	hoja del archivo oficial
P34	EIR 2016 · 183	1	hoja del archivo oficial
P35	EIR 2016 · 179	4	hoja del archivo oficial
P36	EIR 2016 · 178	2	hoja del archivo oficial
P37	EIR 2016 · 177	3	hoja del archivo oficial
P38	EIR 2016 · 176	2	hoja del archivo oficial
P39	EIR 2015 · 206	3	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2015 · 169	2	reconstruida por un tercero
P41	EIR 2014 · 154	5	reconstruida por un tercero
P42	EIR 2014 · 148	4	reconstruida por un tercero
P43	EIR 2009 · 76	2	reconstruida por un tercero
P44	EIR 2005 · 65	3	reconstruida por un tercero
P45	EIR 2026 · 104	3	
P46	EIR 2026 · 99	3	
P47	EIR 2024 · 171	1	
P48	EIR 2023 · 89	3	hoja del archivo oficial
P49	EIR 2022 · 80	4	
P50	EIR 2022 · 73	1	
P51	EIR 2021 · 67	4	

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P52	EIR 2020 · 113	2	
P53	EIR 2019 · 92	2	hoja del archivo oficial
P54	EIR 2019 · 89	3	hoja del archivo oficial
P55	EIR 2018 · 56	3	hoja del archivo oficial
P56	EIR 2016 · 184	3	hoja del archivo oficial
P57	EIR 2016 · 172	1	hoja del archivo oficial
P58	EIR 2016 · 94	3	hoja del archivo oficial
P59	EIR 2015 · 167	3	reconstruida por un tercero
P60	EIR 2014 · 151	3	reconstruida por un tercero
P61	EIR 2014 · 147	1	reconstruida por un tercero
P62	EIR 2012 · 89	5	reconstruida por un tercero
P63	EIR 2007 · 82	1	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F2** AEPap. Escribano Á, Moriano A, Guixeres MT. Soplo cardíaco. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Actualización septiembre 2025. · https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/119_Soplo_actualizacion.pdf · consultada 2026-09-25
- **F3** García-Salido A, et al. (SECI, SERPE, SEPHO, SECPCC, SEUP, SEIP). Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS). An Pediatr. 2021;94:116.e1-116.e11. · <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-espanol-consenso-sobre-diagnostico-articulo-S1695403320304197> · consultada 2026-09-25
- **F4** SEUP. Benito J, Paniagua N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4.ª ed., febrero 2024. · https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/5_Bronquiolitis_4ed.pdf · consultada 2026-09-25
- **F5** AEP/SECI. Pilar Orive FJ, López Fernández YM. Manejo de la bronquiolitis aguda en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Protoc diagn ter pediatr. 2021. · https://static.aeped.es/21_bronquiolitis_ucip_f17182eb30.pdf · consultada 2026-09-25
- **F6** AEPap. Callén Blecua M, Torregrosa Bertet MJ. Bronquiolitis aguda: diagnóstico y tratamiento. Form Act Pediatr Aten Prim. 2010;3:21-28. · <https://fapap.es/files/639-404-RUTA/552fbfbb3be432c169b592a100605699.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F7** AEP/SEIP. Cruz Cañete M, López Martín D. Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:97-110. · https://static.aeped.es/6_otitis_b893c53b12.pdf · consultada 2026-09-25
- **F8** SEUP. Lobeiras Tuñón A. Ingesta-aspiración de cuerpo extraño. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4.ª ed., 2024. · https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/26_Ingesta_CE_4ed.pdf · consultada 2026-09-25
- **F9** AEP/SEICAP. Ortega Casanueva C, et al. Dispositivos de inhalación en medicación inhalada. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:51-64. · https://static.aeped.es/04_dispositivos_inhalacion_3e191abf14.pdf · consultada 2026-09-25
- **F10** Manual MSD para profesionales. Enfermedad de Hirschsprung. Modificado agosto 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-digestivas-cong%C3%A9nitas/enfermedad-de-hirschsprung> · consultada 2026-09-25
- **F11** AEP-SEGHNP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1 (caps. de reacciones adversas a alimentos, diarrea aguda, parasitosis, enfermedad celiaca, estreñimiento y microbiota). · https://static.aeped.es/protocolos_seghnp_aep_2023_a24b7228e1.pdf · consultada 2026-09-25
- **F12** SEPEAP. Vómitos en el neonato y lactante. Pediatr Integral. 2019;XXIII(3):138-146. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/vomitos-en-el-neonato-y-lactante/> · consultada 2026-09-25
- **F13** SEPEAP. Vómitos y regurgitaciones. Reflujo gastroesofágico y estenosis pilórica. Pediatr Integral. 2015;XIX(1):21-32. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/vomitos-y-regurgitaciones-reflujo-gastroesofagico-y-estenosis-pilorica/> · consultada 2026-09-25
- **F14** Manual MSD para profesionales. Enterocolitis necrosante. Agosto 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-gastrointestinales-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/enterocolitis-necrosante> · consultada 2026-09-25

- **F15** SEUP. García Herrero MA, López López R, Guibert Zafra B. Deshidratación en contexto de gastroenteritis aguda. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4.ª ed., febrero 2024. · https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/17_Deshidratacion_4ed.pdf · consultada 2026-09-25
- **F16** AEPap, Grupo de Trabajo de Gastroenterología y Nutrición. Rodríguez Delgado J, et al. Uso de ondansetrón en el manejo de los vómitos asociados a gastroenteritis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Posicionamiento. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:e55-e64. · <https://pap.es/articulo/13385/uso-de-ondansetron-en-el-manejo-de-los-vomitos-asociados-a-gastroenteritis-aguda-en-pediatria-de-atencion-primaria-posicionamiento-del-grupo-de-trabajo-de-gastroenterologia-y-nutricion-de-la-aepap> · consultada 2026-09-25
- **F17** AEP-AENP. Afectación renal en las enfermedades sistémicas. Protocolos de Nefrología Pediátrica, 2022. · https://static.aeped.es/21_afecta_renal_5bc8c804b1.pdf · consultada 2026-09-25
- **F18** SEPEAP. Oxiuriasis (lombrices). Información para familias, 2022. · <https://sepeap.org/wp-content/uploads/2022/06/Articulo-Oxiuros.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F19** AEP/SEICAP. Alergia IgE mediada a proteínas de leche de vaca. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:207-215. · https://static.aeped.es/15_aplv_c23c46a59f.pdf · consultada 2026-09-25
- **F20** SEPEAP. Alergia e intolerancia a la proteína de leche de vaca. Pediatr Integral. 2023;XXVII(2):81-90. · https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2023/xxvii02/02/n2-081-090_Estef-Dorado.pdf · consultada 2026-09-25
- **F21** AEPap. Aliaga Mazas Y. El extraño mundo de las alergias. Alergia a LTP. Congreso de Actualización en Pediatría 2023. · https://www.aepap.org/sites/default/files/pag_149_157_alergia_a_ltp.pdf · consultada 2026-09-25
- **F22** Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE). Aprende a leer el etiquetado. · <https://celiacos.org/tratamiento/aprende-a-leer-el-etiquetado/> · consultada 2026-09-25
- **F23** SEPEAP. Manejo y seguimiento del niño diabético. Pediatr Integral. 2015;XIX(7):456-466. · <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2015-09/manejo-y-seguimiento-del-nino-diabetico/> · consultada 2026-09-25
- **F24** AEP/SEIP. Conejo Fernández AJ, Cruz Cañete M. Enfermedades exantemáticas víricas. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:33-49 (actualizado a 2022). · https://static.aeped.es/3_enfermedades_exantematicas_6555c8327a.pdf · consultada 2026-09-25
- **F25** SEPEAP. Pellegrini Belinchón J, García Ron G, et al. Exantemas virales. Pediatr Integral. 2023;XXVII(5):278-289. · <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2023-07/exantemas-virales/> · consultada 2026-09-25
- **F26** SEPEAP. Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. Pediatr Integral. 2014;XVIII(1):22-36. · <https://www.pediatrintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2014-01/diagnostico-diferencial-de-los-exantemas/> · consultada 2026-09-25
- **F27** Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII (RENAVE). Protocolo de vigilancia de sarampión. Actualización julio 2024. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-de-vigilancia-del-sarampion> · consultada 2026-09-25
- **F28** Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Varicela. Manual de inmunizaciones en línea, cap. 41. Agosto 2026. · <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-41> · consultada 2026-09-25
- **F29** Alsina Manrique de Lara L, et al. Púrpura fulminante posvaricelosa. An Pediatr (Barc). 2004;60. · <https://www.analesdepediatria.org/en-purpura-fulminante-posvaricelosa-articulo-resumen-S1695403304783319> · consultada 2026-09-25

- **F30** AEP. Fernández Silveira L, et al. Síndrome PFAPA. Protoc diagn ter pediatr. 2020;2:391-400. · https://static.aeped.es/34_pfapa_6c5062cc42.pdf · consultada 2026-09-25
- **F31** SEPEAP. Enfermedades pediátricas que han pasado a la historia (8). Síndrome de Reye. Pediatr Integral. 2022;XXVI(2):116.e1-e6. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-03/historia-de-la-medicina-y-la-pediatriaenfermedades-pediatricas-que-han-pasado-a-la-historia-8-sindrome-de-reye/> · consultada 2026-09-25
- **F32** AEMPS. Nota informativa 2003/06: ácido acetilsalicílico y síndrome de Reye. 2003. · https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2003/ni_2003-06_aas-sindrome-reye/ · consultada 2026-09-25
- **F33** AEPap. Fiebre sin foco en el niño menor de 36 meses. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Actualización abril 2025. · https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/fiebre_sin_foco_en_menores_de_36_meses.pdf · consultada 2026-09-25
- **F34** SEPEAP. Benito Fernández J. Meningitis y meningoencefalitis. Pediatr Integral. 2023;XXVII(6):341-349. · https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2023/xxvii06/05/n6-341-349_JavierBenitoFdez.pdf · consultada 2026-09-25
- **F35** AEP. Téllez González C, et al. Meningitis bacteriana aguda. Protoc diagn ter pediatr. 2021;1:611-625. · https://static.aeped.es/43_meningitis_bacteriana_08ba761643.pdf · consultada 2026-09-25
- **F36** SEPEAP. Martín Ruano J, Lázaro Ramos J. Mononucleosis infecciosa en la infancia. Pediatr Integral. 2014;XVIII(3):141-152. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-04/mononucleosis-infecciosa-en-la-infancia/> · consultada 2026-09-25
- **F37** Manual MSD para profesionales. Rubéola. Actualizado noviembre 2025. · <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-virales-comunes-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/rub%C3%A9ola> · consultada 2026-09-25
- **F38** SEUP. Agresión sexual en la infancia y adolescencia. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4.ª ed., junio 2025. · https://seup.org/wp-content/uploads/2025/06/30_Agresio%CC%81n_4a-ed-jun25.pdf · consultada 2026-09-25
- **F39** AEP-SENEP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Neurología Pediátrica. 2022 (caps. 9 TDAH, 38 Convulsiones febriles y 43 Estatus epiléptico). · https://static.aeped.es/pdf_final_protocolos_aep_senep_2022_c0942dd6e4.pdf · consultada 2026-09-25
- **F40** SEUP. González Hermosa A. Estatus epiléptico. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4.ª ed. (revisión enero 2025). · https://seup.org/wp-content/uploads/2025/01/10_Estatus-epile%CC%81ptico_4ed-ene2025.pdf · consultada 2026-09-25
- **F41** SEUP-AEP. Molina Cabañero JC, de la Torre Espí M. Convulsiones. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas, 2.ª ed., 2010. Copia de la Wayback Machine (agosto de 2020) de su URL oficial en aeped.es, que hoy aloja otro documento. · <https://web.archive.org/web/20200822213104/https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/convulsiones.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F42** AEPap. Ríos Mendoza C, Martínez Granero MÁ. Crisis convulsiva. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. · https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/81_Crisis_convulsiva.pdf · consultada 2026-09-25
- **F43** Documento de consenso. Malformaciones de la unión cráneo-cervical (Chiari tipo I y siringomielia). SEN/SENEC/ISCIII, 2010. · https://www.sen.es/pdf/2010/Consenso_Chiari_2010.pdf · consultada 2026-09-25

- **F44** Orphanet. Síndrome de Rett (ORPHA:778), definición. Versión de julio de 2026. · <https://www.orpha.net/es/disease/detail/778> · consultada 2026-09-25
- **F45** MedlinePlus, Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Síndrome de Rett. Última revisión 23/10/2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001536.htm> · consultada 2026-09-25
- **F46** Grupo de trabajo de la GPC sobre el TDAH. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes. SNS, AIAQS; 2010. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf · consultada 2026-09-25
- **F47** Tieder JS, et al. (American Academy of Pediatrics). Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants. Pediatrics. 2016;137(5):e20160590 (resumen). DOI 10.1542/peds.2016-0590. Fe de erratas: Pediatrics. 2016;138(2):e20161487. · <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0590> · consultada 2026-09-25
- **F48** SEPHO. Martínez Planas A, García Fernández de Villalta M. Actualización en la evaluación del episodio aparentemente letal (BRUE). Octubre 2018. · <https://sepih.es/wp-content/uploads/Protocolo-SEPHO-EAL-BRUE-1.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F49** GuíaSalud. Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica (versión resumida). SNS; 2011. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_483_ITU_poblacion_pediatica_ICS_resum.pdf · consultada 2026-09-25
- **F50** AEP-AENP. González Rodríguez JD, Justa Roldán ML. Infección de las vías urinarias en la infancia. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:103-129. · https://static.aeped.es/07_infeccion_b0ac70529a.pdf · consultada 2026-09-25
- **F51** AEPap. Úbeda Sansano MI, Martínez García R. Enuresis. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Publicado 06-07-2026. · <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/63/enuresis> · consultada 2026-09-25
- **F52** SEPEAP. Disfunciones miccionales y enuresis. Pediatr Integral. Diciembre 2022. · <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2022-12/disfunciones-micciones-y-enuresis/> · consultada 2026-09-25
- **F53** SEPEAP. Luis Huertas AL. Criptorquidia y patología escrotal. Pediatr Integral. Septiembre 2024. · <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2024-09/criptorquidia-y-patologia-escrotal/> · consultada 2026-09-25
- **F54** SEPEAP. Pontón Martino B, Cebrián Muiños C. Patologías genitourinarias más frecuentes. Pediatr Integral. Septiembre 2024. · <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2024-09/patologias-genitourinarias-mas-frecuentes/> · consultada 2026-09-25
- **F55** SEPEAP. Corral Sánchez MD, Tarabini-Castellani BM. Tumor de Wilms y otros tumores renales. Pediatr Integral. 2021;XXV(7):341-347. · https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv07/02/n7-341-347_MariaCorral.pdf · consultada 2026-09-25
- **F56** SEPEAP. Neuroblastoma y tumores relacionados. Pediatr Integral. Octubre 2021. · <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2021-10/neuroblastoma-y-tumores-relacionados/> · consultada 2026-09-25
- **F57** Severe Chronic Neutropenia International Registry. Entendiendo la neutropenia crónica grave. Manual para pacientes y cuidadores, 2.ª ed. revisada, 2017. · https://severe-chronic-neutropenia.org/sites/default/files/handbook_sp.pdf · consultada 2026-09-25
- **F58** SEPEAP. Pozo Román T. Dermatitis del pañal y trastornos relacionados. Pediatr Integral. 2016;XX(3):151-158. · https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/01/n3-151-158_TomasPozo.pdf ·

consultada 2026-09-25

- **F59** SEPEAP. Garlito Díaz H, et al. Pie plano y otras alteraciones del pie. *Pediatr Integral*. Junio 2024. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2024-06/pie-plano-y-otras-alteraciones-del-pie/> · consultada 2026-09-25
- **F60** SEPEAP. Riera Campillo M. El pie normal y su patología. *Pediatr Integral*. Junio 2019. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-06/el-pie-normal-y-su-patologia/> · consultada 2026-09-25
- **F61** SEPEAP. López Olmedo J. Fracturas infantiles más frecuentes. Esguinces y epifisiolisis. *Pediatr Integral*. Junio 2019. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-06/fracturas-infantiles-mas-frecuentes-esguinces-y-epifisiolisis/> · consultada 2026-09-25
- **F62** SEPEAP. Falgás Franco J. Traumatismos dentales. *Pediatr Integral*. Octubre-noviembre 2019. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-10/traumatismos-dentales/> · consultada 2026-09-25
- **F63** La hospitalización del niño. Zerbitzuan, revista de servicios sociales (Gobierno Vasco, elaborada por el SIIS), s. f. (la revista se edita desde 1986); cita a Zetterström (*Acta Paediatr Scand* 1984) y a Farley y cols. · <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La%20hospitalizacion%20del%20nino.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F65** AEP. En Familia: Miedos y fobias en la infancia. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/miedos-fobias-en-infancia> · consultada 2026-09-25
- **F66** SEUP. Gómez Cortés B. Sepsis. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4.^a ed., febrero 2024. · https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/12_Sepsis_4ed.pdf · consultada 2026-09-25
- **F67** SEUP. Martínez Mejías A. Soporte vital básico y avanzado pediátrico. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4.^a ed., febrero 2024. · https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/3_Soporte_vital_4ed.pdf · consultada 2026-09-25
- **F68** SECIP, Grupo de Trabajo de Sedoanalgesia. Fernández Carrión F, Pérez A. Protocolo de síndrome de abstinencia en UCIP. Marzo 2020, revisión marzo 2023. · <https://secip.com/images/uploads/2020/07/S%C3%ADndrome-de-Abstinencia-en-UCIP.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F69** SEPEAP. Perich Durán RM. Cardiopatías congénitas más frecuentes y seguimiento en Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2012;XVI(8):622-635. · <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi08/04/622-635%20Cardio.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F70** Manual MSD para profesionales. Beerman LB. Transposición de las grandes arterias (TGA). Revisión completa abril 2023. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/transposici%C3%B3n-de-las-grandes-arterias-tga> · consultada 2026-09-25
- **F71** Manual MSD para profesionales. Beerman LB. Tetralogía de Fallot. Revisión completa abril 2023. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/tetralog%C3%ADa-de-fallot> · consultada 2026-09-25
- **F72** AEP, Comité de Medicamentos. Pediamécum: Prostaglandina. Actualización septiembre 2020. · <https://www.aeped.es/comites/cm/pediamecum/principios-activos/prostaglandina> · consultada 2026-09-25
- **F73** Centella Hernández T, Stanescu D, Stanescu S. Coartación aórtica. Interrupción del arco aórtico. *Cir Cardio*. 2014;21:97-106. DOI 10.1016/j.circv.2014.03.007. · <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo-coartacion-aorticainterrupcion-del-arco-S113400961400062X> · consultada 2026-09-25

- **F74** Gran F, Barber I, Betrián P. Interrupción del arco aórtico (imagen en cardiología). Rev Esp Cardiol. 2008;61(6):629. DOI 10.1157/13123069. · <https://www.revespcardiol.org/es-interrupcion-del-arco-aortico-articulo-13123069> · consultada 2026-09-25
- **F75** AESAN. Etiquetado de sustancias que causan alergias e intolerancias alimentarias (declaraciones sobre el gluten según el Reglamento de Ejecución UE 828/2014). · <https://www.aesan.gob.es/seguridad-alimentaria/informacion-alimentaria/etiquetado-sustancias> · consultada 2026-09-25
- **F76** AEP-SECPCC. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Cardiología Pediátrica (serie citada por AEPap como de 2005). García Guereta L. Coartación de aorta e interrupción del arco aórtico, cap. 10. Copia de la Wayback Machine de su URL oficial en aeped.es, que hoy da error 404. · https://web.archive.org/web/2011052211038/http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_coartacion.pdf · consultada 2026-09-25
- **F77** AEP-SECPCC. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Cardiología Pediátrica (serie citada por AEPap como de 2005). Ruiz Berdejo C. Soplo inocente: importancia diagnóstica, cap. 26. Copia de la Wayback Machine de su URL oficial en aeped.es, que hoy da error 404. · https://web.archive.org/web/2011052211352/http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/26_soplo_inocente.pdf · consultada 2026-09-25
- **F78** AEP-SECPCC. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Cardiología Pediátrica (serie citada por AEPap como de 2005). Malo Concepción P, Insa Albert B. Comunicación interventricular, cap. 5. Copia de la Wayback Machine de su URL oficial en aeped.es, que hoy da error 404. · https://web.archive.org/web/20110124161513/http://www.aeped.es:80/sites/default/files/documentos/5_civ.pdf · consultada 2026-09-25
- **F79** AEP-SECPCC. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Cardiología Pediátrica (serie citada por AEPap como de 2005). Gil-Fournier M, Álvarez A. D-Transposición de las grandes arterias, cap. 13. Copia de la Wayback Machine de su URL oficial en aeped.es, que hoy da error 404. · https://web.archive.org/web/20110124090418/http://www.aeped.es:80/sites/default/files/documentos/13_transposicion.pdf · consultada 2026-09-25
- **F80** Hospital Universitario Virgen del Rocío (SAS). Manual clínico de Urgencias de Pediatría. Martínez Prieto F, Anchóriz Esquitino M, López Andrades A. Maltrato infantil. Publicado el 21 de diciembre de 2021. · <https://manualclinico.hospitaluvrociro.es/urgencias-de-pediatria/psiquiatria-y-psicosocial/maltrato-infantil/> · consultada 2026-09-28
- **F81** Ferrando Meseguer E, Roig Sánchez S, Pino Almero L, Romano Bataller A, Mínguez Rey MF. Pie zambo sindrómico más allá de la artrogriposis y el mielomeningocele: tratamiento ortopédico con el método de Ponseti. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2021;65:180-5 (acceso abierto). DOI 10.1016/j.recot.2020.09.005. · <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-pie-zambo-sindromico-mas-alla-S1888441520301636> · consultada 2026-09-28
- **F82** Dimeglio A, Canavese F. Pie zambo: revisión de los tratamientos actuales. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2006;50(2):156-63 (texto completo en la web de la revista). · <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-pie-zambo-revision-los-tratamientos-13086285> · consultada 2026-09-28
- **F83** Anguita Martínez G, Vega González ML, Cobos Huerga C, Moreno Casado MJ. Fracturas de estrés de los metatarsianos. Revista Internacional de Ciencias Podológicas (Universidad Complutense de Madrid). 2011;5(2):47-54. · <https://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/view/36713> · consultada 2026-09-28

- **F85** Klein RS. Generalidades sobre meningitis. Manual MSD versión para profesionales (en español). Revisión completa y última actualización: noviembre de 2024. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/meningitis/generalidades-sobre-meningitis> · consultada 2026-09-28
- **F86** Thomas KE, Hasbun R, Jekel J, Quagliarello VJ. The diagnostic accuracy of Kernig's sign, Brudzinski's sign, and nuchal rigidity in adults with suspected meningitis. Clin Infect Dis. 2002;35(1):46-52. · <https://doi.org/10.1086/340979> · consultada 2026-09-26
- **F84** Hall EA, Hagemann TM, Shelton CM, Jasmin HM, Calvasina AN, Anghelescu DL. A Narrative Review of Pain in Pediatric Oncology: The Opioid Option. Paediatr Drugs. 2024;26(5):565-596. DOI 10.1007/s40272-024-00640-y. Acceso abierto (CC BY-NC 4.0); texto leído en PubMed Central (PMC11335799) mediante las E-utilities del NCBI. · <https://doi.org/10.1007/s40272-024-00640-y> · consultada 2026-10-01

Pendiente de verificar

- Enfermedad de Kawasaki, cuidados en fase aguda (EIR2019-077, oficial: reposo absoluto): ninguna fuente abierta (AEP 2020, consenso nacional 2018, AETSA, MedlinePlus, CDC) recomienda reposo en la fase aguda ni dice si es contagiosa; no se intercala. Buscar en un manual de enfermería pediátrica (Wong) o en la hoja «En familia» de la AEP. Refuerzo del 28/09/2026: la hoja «En familia» de la AEP sobre la enfermedad de Kawasaki, descargada, tampoco habla de reposo ni de contagio.
- Juego terapéutico a los 2 años (EIR2014-151): no se encontró una fuente oficial en español sobre siluetas o muñecos para comprender la enfermedad. Buscar en un manual de enfermería pediátrica. Refuerzo del 28/09/2026: la revisión de alcance de Enfermería Global (2021, SciELO España) cita el juego terapéutico sin edades ni tipos de juguete; un artículo de la Revista Cubana de Enfermería (2023) no se pudo descargar (su servidor no responde).
- Síndrome de Chiari: el signo de Lhermitte y la expresión «síndrome del agujero occipital» (EIR2023-089) no aparecen en las fuentes abiertas; el consenso de 2010 habla de clínica por compresión de la médula o el bulbo. Refuerzo del 28/09/2026: tampoco en dos artículos de la revista Neurocirugía (SciELO España, 2005 y 2011) ni en la búsqueda web en fuentes válidas.
- Vía endotraqueal de las benzodiacepinas (EIR2022-078): ninguna fuente la excluye expresamente; solo no figura entre las vías recomendadas. Refuerzo del 28/09/2026: una búsqueda web más (benzodiacepinas, crisis convulsiva pediátrica, vía endotraqueal) solo devolvió el algoritmo AEPap ya citado, artículos de Anales de Pediatría y Prehospital Emergency Care y un póster de la SEUP, ninguno de los cuales la nombra.
- Tabla de dispositivos de inhalación de la GEMA 5.5: exige registro; se usa la tabla AEP/SEICAP 2019. Refuerzo del 28/09/2026: la web de la GEMA sigue con «Acceso reservado a usuarios registrados».
- Papel de la enfermera en la detección del TDAH: las GPC del SNS de 2010 y 2017 no lo atribuyen expresamente a enfermería. Refuerzo del 28/09/2026: tampoco en los protocolos de TDAH de Rioja Salud (2018) ni del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, que solo dan a la enfermera un papel tras el diagnóstico (apoyo al pediatra) o en técnicas de relajación.
- Cortocircuitos izquierda-derecha como el 50 % de todas las CC: solo constaba en el tratado SECPCC de 2015, cuya única copia abierta está en el servidor de una academia (la web de la SECPCC enlaza allí); no aparece en los protocolos SECPCC-AEP de su web oficial archivada. El predominio de la TGA en varones 3:1 que daba ese tratado se ha cambiado por el 2:1 del protocolo SECPCC-AEP. Buscar en una publicación de la SECPCC en su web. Refuerzo del 28/09/2026: la Fundación Española del Corazón clasifica las cardiopatías congénitas sin dar el porcentaje.

- Factores de estrés de la hospitalización por edades (en el escolar, pérdida de control, lesión corporal e intimidad; fase de desapego como indiferencia por resignación): solo estaban en un material docente de la Universidad de Sonora, sin fuente oficial abierta. Por eso EIR2016-178 deja de intercalarse. Buscar en un manual de enfermería pediátrica (Wong) o en un documento del Ministerio de Sanidad sobre la hospitalización infantil. Refuerzo del 28/09/2026: F63 enumera los temores sin ordenarlos por edades y la revisión de Enfermería Global (2021) tampoco los da por edades.