

Cuestionario de evaluación prejornada - Preguntas de elección múltiple**1. Respecto a la prevención de las enfermedades cardiovasculares:**

- a. Son las enfermedades cardiovasculares vinculadas a aterosclerosis la segunda causa de muerte en adultos.
- b. La aterosclerosis comienza en etapas tempranas de la vida, afectando la aorta en etapas iniciales, vinculándose estas lesiones a los factores de riesgo cardiovascular.
- c. En niños la aterosclerosis se presenta clínicamente y su presencia puede comprobarse mediante estudios de la función endotelial como la vaso dilatación mediada por flujo de la arteria braquial.
- d. Dado que las complicaciones de la aterosclerosis se presentan en adultos, es en esta edad donde la prevención cardiovascular debe iniciarse.

2. Respecto a la prevención de las enfermedades cardiovasculares:

- a. El inicio precoz de la prevención en la edad pediátrica no es de gran importancia dado que la aterosclerosis y sus complicaciones se presentan en adultos.
- b. La prevención primaria se basa en la promoción de hábitos de vida saludables los que incluyen: alimentación saludable, actividad física adecuada y prevenir el tabaquismo.
- c. La detección precoz de los factores de riesgo no es posible dado que la aterosclerosis es una enfermedad asintomática en niños.
- d. Los factores de riesgo cardiovascular forman parte de las enfermedades prevalentes en la edad pediátrica.

3. Respecto a la hipertensión arterial en niños:

- a. Para la toma correcta de la presión arterial en niños son necesarios materiales y técnica adecuados, de los que se destacan los manguitos de presión cuyo tamaño debe ser de 1/3 el largo del brazo del niño.
- b. Es una enfermedad poco frecuente en que el diagnóstico se realiza por la presencia de los síntomas clásicos, de los que destacamos cefalea y epistaxis.
- c. En niños mayores de 10 años con HA, la etiología es la esencial en la mayoría de los casos aunque las secundarias siempre deben descartarse.
- d. La obesidad ha contribuido a aumentar la prevalencia de hipertensión, tanto que ha desplazado a las causas renales de la primera causa de hipertensión secundaria en la edad pediátrica.

4. Respecto al tratamiento de la hipertensión en niños:

- a. El tratamiento no farmacológico es poco efectivo en niños por lo que su indicación se limita a controlar la ingesta de sal.
- b. Las indicaciones para el tratamiento farmacológico son hipertensión grado II, presencia de síntomas y evidencia de daño de órgano blanco.
- c. La actividad física está contraindicada en todos los niños con hipertensión arterial crónica, siendo la restricción de la sal la medida más importante en el tratamiento no farmacológico de esta patología.
- d. La restricción de sal en niños con HA esencial y obesidad es poco efectiva.

5. Respecto a la alimentación saludable en la edad pediátrica:

- a. El desarrollo del hábito de ingerir frutas, verduras y cereales desde lactante no tiene ninguna incidencia en los hábitos del niño mayor y adolescente.
- b. Volúmenes altos de alimentos en los niños preterminos o bajo peso están indicados para un correcto crecimiento.
- c. No se recomienda el consumo de lácteos descremados en la edad pediátrica.
- d. El porcentaje del valor calórico total referido a las grasas es de 30 a 35% y su distribución es de AGS 10%, AGM 10% y AGP 10% y colesterol hasta 300 mg/día.

6. Respecto a las dislipemias en la edad pediátrica:

- a. Está indicado la realización de perfil lipídico en niños mayores de 2 años con historia familiar positiva (padres con colesterol elevado o antecedentes familiares de enfermedad cardíaca prematura)
- b. En niños mayores de 2 años con por lo menos dos factores de riesgo como hipertensión arterial, obesidad, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, síndrome nefrótico.
- c. Los valores normales de lípidos en sangre son colesterol total menor a 170 mg/dl, colesterol LDL menor a 130 mg/dl, colesterol HDL mayor a 35 mg/dl, triglicéridos menor a 130 mg/dl.
- d. Dado que los lípidos son fundamentales para diferentes procesos metabólicos el uso de fármacos hipolipemiantes en la edad pediátrica no está indicado.

7. Respecto a la obesidad:

- a. El bajo peso al nacer y la obesidad materna no se consideran factores de riesgo para desarrollar obesidad.
- b. El índice más aceptado para evaluar la obesidad infantil es el IMC o índice de Quetelet, surge por la fórmula peso/talla 2.
- c. Para la valoración paraclínica del niño obeso son suficientes la glicemia basal, hemograma completo, perfil lipídico, uricemia, enzimas hepáticas, dosificación de hormonas tiroideas y ecografía abdominal.
- d. El aumento en la incidencia de la esteatosis hepática no alcohólica en niños y adolescentes no estaría vinculada a la obesidad.

8. Respecto a la obesidad:

- a. El cambio en el ambiente donde está inserto el niño no tiene incidencia en el éxito del tratamiento.
- b. Los períodos de “rebote adiposo” fisiológico son los momentos críticos para desarrollar obesidad.
- c. El aumento de 4 puntos en el IMC en un año es indicador de riesgo de sobrepeso y obesidad.
- d. El tratamiento farmacológico es de primera línea en el niño y adolescente con obesidad severa.

9. Respecto a la diabetes y síndrome metabólico:

- a. La diabetes mellitus de tipo 2 secundaria a la obesidad no existe en el niño.
- b. El síndrome metabólico incluye obesidad, insulinemia elevada, intolerancia a hidratos de carbono e insulinemia.
- c. El síndrome metabólico en la infancia es de poca importancia, dada su baja incidencia.
- d. La acantosis pigmentaria, es un buen marcador clínico de la disminución de la sensibilidad tisular a los efectos de la insulina.

10. Respecto al tabaquismo y actividad física:

- a. El tabaquismo es una enfermedad de adultos por lo que su prevención debe realizarse en esta edad de la vida.
- b. Fumar reduce la sensibilidad a la insulina, eleva los valores séricos de triglicéridos y disminuye las HDL-col, repercute sobre el apetito y la selección de alimentos, determina partos prematuros con mayor frecuencia, mayor riesgo de abortos y enfermedades respiratorias, cáncer de pulmón, vía aérea y próstata.
- c. El tabaquismo pasivo no interviene en el riesgo de mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares.
- d. Los juegos, la actividad física y el deporte constituye una fuente de salud y desarrollo para todos los individuos y la actividad física competitiva favorece el desarrollo de niños preescolares.