

107. Nadó de 39 setmanes, nascut per part vaginal, eutòcic, anestèsia peridural, Apgar de 8 al minut i 10 als 5 minuts. Pes: 3280 g. T: 49 cm. PC: 34 cm. Exploració neonatal normal. Nou dies abans del part la mare ha presentat una erupció diagnosticada de varicel·la. En el moment del part encara són visibles, en la mare, lesions crostoses. Escollir la conducta més correcta amb referència al nadó.

- A. Aïllament estricte de la mare.
- B. Aïllament i administració d'immunoglobulina específica antivariçel·la zóster (IgVVZ).
- C. Aïllament i administració d'IgVVZ i Aciclovir.
- D. Vida normal i administració d'IgVVZ.
- E. Vida normal i control mèdic.

108. Nadó de 36 hores de vida, amb embaràs normal i part eutòcic a les 40 setmanes d'edat gestacional. Mare sense antecedents d'interès. Apgar de 9 al minut i de 10 als 5 minuts. Pes de naixement 3430 g. Exploració neonatal normal. Lactància materna. A partir de les 24 hores de vida presenta icterícia progressiva. A les 36 hores s'efectua analítica: bilirubina total 21 mg/dl, Htc 36%, Hb 12 g/dL, grup A Rh positiu, Coombs directe negatiu. La dada més important per orientar el diagnòstic és:

- A. Bilirubina directa.
- B. Screening d'infecció: Comptatge i fórmula leucocitària, Prot C reactiva i hemocultiu.
- D. Grup sanguini i Rh de la mare.
- E. Serologia d'hepatitis en la mare i el nadó.

109. La complicació més probable, durant les primeres 6 hores de vida, d'un nen nascut a les 39 setmanes de gestació i amb un pes de 1600 g, talla 48 cm i PC 33 cm, és:

- A. Hipoglucèmia.
- B. Hipocalcèmia.
- C. Sèpsia.
- D. Apnees.
- E. Anèmia.

110. Una mestra està embarassada de 18 setmanes, i a la seva classe hi ha 3 nens amb un eritema infeccios. Què cal que faci?

- A. Res. Aquesta malaltia no té repercussions sobre el fetus
- B. Aïllar els nens de la resta de companys.
- C. Fer-se serologies per determinar si és immune enfront del parvovirus B19.
- D. Plantejar-se la interrupció de l'embaràs.
- E. Rebre immunoglobulines.

111. El diagnòstic de transfusió fetomaterna amb el test de Kleihauer pot ser falsament negatiu en una de les següents condicions:

- A. Toxèmia materna.
- B. Incompatibilitat ABO.
- C. Hipertiroïdisme matern.
- D. Diabetis materna.
- E. Anèmia ferropènica materna.

112. Quina d'aquestes afirmacions respecte al test d'Apgar és FALSA?

- A. La puntuació al minut és un bon indicador del tipus de reanimació a seguir.
- B. Una puntuació <3 als 5 min. indica una depressió profunda del nadó.
- C. Una puntuació <3 als 20 min. és un marcador de mal pronòstic neurològic.

- D. Un pH <7 a vasos umbilicals s'acompanya sempre de valors baixos en el test als primers minuts.
- E. Té la mateixa aplicació en el nen preterme que en el de terme.

113. En quina d'aquestes situacions està formalment contraindicat l'alletament matern?

- A. Mare en tractament antituberculos.
- B. Mare epilèptica en tractament.
- C. Mare amb HBsAg +.
- D. Mare amb serologia hepatitis C+.
- E. Mare amb serologia VIH +.

114. Nen de 5 anys que des de fa un mes presenta un quadre clínic caracteritzat per cefalea progressiva i vòmits matutins. Tanmateix, a l'exploració es posa de manifest la presència d'atàxia, dismetria, i afectació del VI parell. El fons d'ull evidencia papil·ledema i es practica TAC on es demostra hidrocefàlia i massa sòlida sense components quístics, que se situa a la fossa posterior, ocupant el vèrmix cerebel·lós. Davant d'aquestes dades, quin seria el diagnòstic del malalt?

- A. Astrocitoma.
- B. Craniofaringioma.
- C. Ependimoma.
- D. Medul·loblastoma.
- E. Esclerosi múltiple.

115. Davant d'un nen amb un neuroblastoma que presenta febre deu dies després d'haver finalitzat el darrer tractament quimioteràpic, totes les mesures següents són correctes, EXCEPTE:

- A. Fer un hemograma per confirmar la presència d'aplàsia.
- B. Administrar-li paracetamol.
- C. Examen físic per detectar focus febril.
- D. Administrar-li àcid acetilsalicílic.
- E. Enviar-lo a l'Hospital per sospita de neutropènia febril.

116. En un nen amb un medul·loblastoma, lliure de malaltia i amb antecedent d'irradiació del SNC i medul·la espinal, s'haurà de controlar la possible presentació de les situacions següents en relació amb la irradiació, EXCEPTE:

- A. Retard de creixement.
- B. Hipotiroïdisme primari compensat.
- C. Aparició de segones neoplàsies.
- D. Desenvolupament intel·lectual.
- E. Diabetis mellitus.

117. Nen de 10 anys amb gran massa abdominal i diagnòstic de limfoma no Hodgkin de cèl·lules B, que hores després d'iniciat el tractament citostàtic presenta afectació de l'estat general, disminució de la diuresi, i trastorns metabòlics diversos. La síndrome de lisi tumoral es caracteritza per totes aquestes alteracions metabòliques EXCEPTE:

- A. Hiperfosfatèmia.
- B. Hiperuricèmia.
- C. Hipercalcèmia.
- D. Augment del valor de lactodeshidrogenasa.
- E. Hiperpotassèmia.

118. Un nen de 2 anys d'edat és visitat pel seu metge perquè fa pocs dies presenta debilitat a les extremitats inferiors i incontinència urinària. A l'exploració es troba una massa no dolorosa de consistència dura i mal definida a l'hemiabdomen dret, la qual travessa la línia mitjana. Es practica una radiografia d'abdomen que posa de manifest una massa retroperitoneal amb presència de calcificacions. Quin serà el diagnòstic correcte?

- A. Limfoma no Hodgkin.
- B. Sarcoma de parts blanques.
- C. T. de Wilms.
- D. Neuroblastoma.
- E. Feocromocitoma.

119. Amb referència als exàmens complementaris a practicar en el nen de la pregunta anterior dirigits al diagnòstic i el tractament, una de les següents possibilitats NO és correcta:

- A. Determinació de l'àcid vanilmandèlic i homovanílic en orina.
- B. Ressonància magnètica.
- C. Punció de medulla òssia.
- D. Gammagrafia amb metaiodobenzilguanidina.
- E. Gammagrafia amb gal·li.

120. Si exposem els trets característics de la síndrome hemolítica, podem dir que presenta com a característiques pròpies: 1- Una icterícia o subicterícia amb moderada hiperbilirubinèmia indirecta; 2- Possible presència d'hemoglobina lliure; 3- Hemosiderinúria ocasional; 4- Metahemalbuminèmia en alguns casos; i 5- Descens dels valors de l'hemopexina. Tanmateix, hi ha altres característiques de la síndrome que s'exposen tot seguit, però cal considerar que una d'elles és FALSA:

- A. Augmenten els valors d'haptoglobina.
- B. La relació meloide: eritroide a medulla òssia és de 1:1.
- C. Hi ha presència d'abundants eritroblastos en sang perifèrica.
- D. Augmenta el nombre de reticulòcits a sang perifèrica.
- E. Hi ha una elevació dels valors de la lactodehidrogenasa.

121. Lactant de dos mesos que efectua alletament matern amb corba ponderal correcta. La mare inicia alletament mixt amb llet adaptada d'inici perquè el nen plora molt a la tarda. Posteriorment, a la ingesta del segon biberó presenta vòmits, exantema generalitzat, afectació de l'estat general, raó per la qual acudeix al pediatre. L'actitud més correcta davant d'aquesta situació és:

- A. Retirar alletament matern i efectuar exclusivament alletament artificial.
- B. Mantenir alletament matern i canviar a una altra llet adaptada d'inici.
- C. Sol·licitar un estudi de llet de la mare.
- D. Mantenir exclusivament l'alletament matern i sol·licitar un estudi d'al·lèrgia a la proteïna de llet de vaca.
- E. Retirar alletament matern i donar un hidrolitzat de caseïna.

122. Es tracta d'un nen de 3 mesos que quan pren el biberó sembla que es cansi més del normal. En diverses ocasions, mentre menja es posa molt pàlid, amb suor freda i, alguna vegada, fins i tot sembla que arriba a perdre momentàniament la consciència. Quan li passa això, si para de menjar i fa uns "rotets" sembla trobar-se millor i aleshores continua menjant sense dificultat, però en les últimes setmanes, repeteix cada vegada més sovint aquests quadres i fins i tot sembla que ja no milloren ni quan fa un rot. A l'exploració veus un nen amb acceptables condicions generals, sense cianosi, amb una discreta polipnea i una lleugera hepatomegàlia. A l'auscultació cardíaca es detecta un petit buf sistòlic regurgitant a mesocardi i punta i tens dubtes sobre l'existència d'un mínim buf continu a focus pulmonar. La radiografia de tòrax mostra una important cardiomegàlia sense un augment clar de la circulació arterial pulmonar i amb edema pulmonar. Què creus que té?

- A. Una insuficiència cardíaca motivada per una comunicació interventricular, que funcionalment origina una hèrnia d'hiatus amb reflux gastroesofàgic.
- B. Un origen anormal, des de l'artèria pulmonar, d'una de les artèries coronàries.
- C. Una transposició de grans artèries.
- D. Un anell vascular, més concretament un "sling" de l'artèria pulmonar.
- E. Un conducte arteriós permeable.

Atenció: Les vuit qüestions següents corresponen a vuit casos de pacients pediàtrics amb distints exanemes o alteracions cutànies. Cal escollir l'escaient dels dotze diagnòstics ordenats de la A a la L segons cada enunciat.

123. Nena de 12 anys que després d'uns pròdroms de dues setmanes caracteritzats per anorèxia, astènia i malestar general, presenta un quadre clínic d'aparició brusca, amb febre elevada, faringoamigdalitis, poliadenopaties i esplenomegàlia. Les anàlisis detecten una limfocitosi del 60%, amb 15% de formes atípiques i una elevació de les transaminases. També té un exantema maculopapulós, d'elements petits, confluents en alguns llocs, i alguns de petequials. Quin és el diagnòstic més probable?

- A. Mononucleosi infecciosa.
- B. Síndrome ganglionar mococutània o malaltia de Kawasaki.
- C. Síndrome de la pell escaldada d'etiologia estafilocòccica.
- D. Síndrome de Lyell.
- E. Escarlatina.
- F. Forma sistèmica de la poliartitis o síndrome de Wisler-Fanconi.
- G. Forma cutània de la mastocitosi.
- H. Acrodermatitis enteropàtica.
- I. Acrodermatitis papulosa infantil.
- J. Febre botonosa o exantèmica mediterrània.
- K. Eritema infeccios o cinquena malaltia.
- L. Xarampió.

124. Nena de 20 mesos que de manera inopinada presenta febre alta (39.5°C) i hipertròfia de ganglis limfàtics cervicals. Al cap de dos dies apareix hiperèmia conjuntival, sequedat bucal, eritema i fissures labials. Al cinquè dia d'haver començat el quadre brota un exantema polimorf de predomini facial, al tronc i a la cara d'extensió de les extremitats, molt confluent. Tres dies després apareix un eritema dur a mans i peus que no deixa fòvea. Les dades de laboratori són inexpressives. Quin és el diagnòstic més probable?

- A. Mononucleosi infecciosa.
- B. Síndrome ganglionar mococutània o malaltia de Kawasaki.
- C. Síndrome de la pell escaldada d'etiologia estafilocòccica.
- D. Síndrome de Lyell.
- E. Escarlatina.
- F. Forma sistèmica de la poliartitis o síndrome de Wisler-Fanconi.
- G. Forma cutània de la mastocitosi.
- H. Acrodermatitis enteropàtica.
- I. Acrodermatitis papulosa infantil.
- J. Febre botonosa o exantèmica mediterrània.
- K. Eritema infeccios o cinquena malaltia.
- L. Xarampió.

125. Nena de 9 anys que sense febre presenta un exantema urticariforme intens a la cara i a les extremitats, de tipus confluent, d'un color vermell pujat. Al tronc és poc intens, no confluent i fins i tot a vegades inexistent. L'hemograma és normal i la nena es troba bé i no ha perdut la gana. Quin és el diagnòstic més probable?

- A. Mononucleosi infecciosa.
- B. Síndrome ganglionar mococutània o malaltia de Kawasaki.