

**Programa
d'autoavaluació
docent en
pediatria**

1 9 9 6

PADP

**Preguntes,
respostes
i comentaris.**



Societat Catalana de Pediatria

Programa d'autoavaluació docent en pediatria

Directors

Josep Ma Bosch i Josep Argemí

Consell de Redacció

Jesús Carnicer	Valentí Pineda
Josep M. Corretger	Jordi Prats
Xavier Demestre	Carlos Rodrigo
Pedro Domínguez	Santiago Rosales
Vicente Molina	Lluís Sansa
Ferran A. Moraga	Diego Van Esso
Ma Eulàlia de Muga	

Secretària de Redacció

Natàlia Corominas

Autors

Orenci Altirriba	Jaume Macià
Oscar Asensio	Emilio Martín
Joaquim Bosch	Vicente Molina
Josep Ma Bosch	M. Eulàlia de Muga
Jesús Carnicer	Santiago Nevot
Jaume Casaldàliga	Pere Obiols
Joan C. Carreño	Pere Plaja
Margarida Català	Francesc Prandi
Nicolau Cobos	Jordi Prats
Josep M. Corretger	Artur Puig
J. Cubells	Josep M. Pujals
Xavier Demestre	Jaume Rosal
Pedro Domínguez	Santiago Rosales
Antoni Garcia-Martín	Agustí Sáenz
Joan Gaspà	Josep Sánchez de Toledo
G. Ginovart	Lluís Sansa
J. Llorens	Diego Van Esso

Dipòsit Legal

B-21060-96. CODIPRE, Arts Gràfiques, s.l.

Amb el suport de



Institut d'Estudis de la Salut
Consell Català d'Especialistes
en Ciències de la Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social
Institut d'Estudis de la Salut



Edita



fundació catalana de pediatria

PASSEIG DE LA BONANOVA, 47
TEL. 418 74 49 • FAX 418 87 29
08017 BARCELONA

Pròleg

El Programa d'Autoavaluació Docent en Pediatria (PADP) és una conseqüència més de la inquietud docent que, des de la seva fundació l'any 1926, ha caracteritzat l'activitat de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) i de la mútua col·laboració amb el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS) de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES).

L'aprenentatge mitjançant qüestions clíniques i respostes raonades és una metodologia emprada des de fa temps en distintes disciplines professionals, especialment aquelles en què hi ha un contingut científic important. Tot i així, el PADP gaudeix de peculiaritats i ha assolit fites importants abans de la seva publicació pel que fa al futur de la formació pediàtrica continuada.

En primer lloc posa a l'abast dels pediatres un instrument avaluador i docent alhora amb un ventall ampli de situacions clíniques o relacionades amb la clínica. Els seus concepte i estructura i, especialment, la seva continuïtat i la seva possibilitat de canvi pretenen no pas únicament el manteniment i l'increment d'uns coneixements més o menys exactes i canviants, sinó afavorir una manera de fer amb vessants tècniques però també ètiques, socials i de relació d'acord amb la praxi de la nostra professió. És per això que el PADP ha de formar part d'un Programa d'Educació Continuada en Pediatria (PECP) més complex i d'una planificació que estructurï els distintes aspectes de la nostra pràctica professional on el pediatre no se senti examinat ni coaccionat per una normativa feixuga i imposada i on mots com acreditació, creditació i recertificació originin més malestar que interès. La llibertat i la responsabilitat individual a l'hora d'escollir la pròpia formació són fonamentals.

El PADP és una eina construïda pels mateixos usuaris que l'han de fer servir i hi han pres part un nombrós grup de pediatres que han rebut prèviament una formació específica en aquest sentit. Això és important perquè:

- 1) permet abastar aspectes molt diferents d'acord amb les distintes àrees específiques i
- 2) ha servit per fer docència en relació amb l'aprenentatge, l'avaluació i la construcció d'una sistemàtica utilitzant recursos metodològics, econòmics i humans que

facilitaran no solament les properes edicions del PADP (independentment de la forma que pugui prendre en un futur), sinó que seran útils per a l'ordenació d'un PECP més ampli i ambiciós. La utilització d'aquests mitjans ha permès de formar un nucli de persones de diferents perfils professionals i una estructura de suport, que poden contribuir a fer que la SCP esdevingui protagonista en la planificació i, segurament, en l'ordenació de la formació continuada dels pediatres catalans. Aquestes són funcions que la nostra SCP no només no pot defugir sinó que ha d'impulsar.

La formació mèdica continuada ha canviat en els darrers decennis. Noves tècniques d'aprenentatge i noves metodologies han incrementat les possibilitats de millorar les competències professionals fonamentals mitjançant el criteri que, una participació activa, és molt més positiva que la recepció passiva de coneixements. El PADP ha volgut participar d'aquest criteri i també el PECP ho haurà de fer si es vol que esdevingui èxitós.

Afortunadament conceptes com ètica i mestratge continuen tan vigents ara com fa dos mil anys. Tècnica (tecnologia) i art no són incompatibles sinó complementaris. D'acord amb la Dra. Marjorie P. Wilson, fer de metge és molt més que assumir el paper d'un tecnòcrata que millora els signes i els símptomes de les malalties. El PADP i el PECP han de néixer i avançar d'acord amb aquest pensament.

Finalment, volem deixar palès el nostre agraïment a tots els qui han participat en l'elaboració d'aquest programa. Especialment als qui han aportat preguntes, tant si han estat seleccionades per aparèixer a aquest volum com si ho seran en properes edicions; a ells el nostre sincer reconeixement i la invitació a tots els socis de la SCP a contribuir a ampliar amb les seves aportacions aquesta base de dades de preguntes de resposta múltiple comentades, que constituir a partir d'ara un instrument important per l'autoavaluació dels pediatres.

Josep M. Bosch i Banyeras
i Josep Argemí i Renom
Directors

Preguntas

1. En una nena de 6 anys amb una malaltia pulmonar tuberculosa, que pren tractament amb hidrazides a 5 mg/kg/dia, rifampicina a 10 mg/kg/dia i pirazinamida a 30 mg/kg/dia, després d'un mes d'iniciar aquest tractament s'observa en un control analític les següents dades: AST (aspartat aminotransferasa) de 150 U/l i una ALT (alanina aminotransferasa) de 40 U/l. Quina és l'actitud correcta?

- A. Retirar les hidrazides.
- B. Retirar la rifampicina.
- C. Continuar amb la mateixa medicació i efectuar un nou control analític en 15 dies.
- D. Mantenir la pirazinamida i retirar les hidrazides i la rifampicina.
- E. Retirar els tres fàrmacs i reiniciar el tractament amb altres tuberculostàtics.

2. Totes les manifestacions clíniques que se citen a continuació les pot presentar un nen afectat de toxoplasmosi congènita. Quina de totes és la més freqüent?

- A. Calcificacions intracranials
- B. Hidrocefàlia.
- C. Microcefàlia.
- D. Corioretinitis.
- E. Hepatomegàlia.

3. L'estudi analític més idoni, per les seves fiabilitat i rapidesa, per fer el diagnòstic d'una toxoplasmosi congènita en un noutat, és:

- A. Determinació d'IgG en la sang del noutat.
- B. Aïllament del toxoplasma en l'orina del noutat.
- C. Determinació de l'IgG en el l.c.r. del noutat.
- D. Aïllament del toxoplasma en el teixit placentari.
- E. Determinació d'IgM específic en la sang del noutat.

4. Un nen de 5 anys fa unes hores que es queixa de dolor en deglutir. Progressivament presenta dificultat per respirar i posa el cap en hiperextensió. Està neguitós i té febre. Durant la inspiració se sent un estridor. El diagnòstic més probable és:

- A. Broncopneumònia.
- B. Bronquitis obstructiva.
- C. Epiglotitis.
- D. Laringitis.
- E. Aspiració cos estrany.

5. Nen de 2 anys amb processos respiratoris de vies altes que presenta certa dispnea i tos des de fa 24 hores, d'inici brusca. Una de les preguntes importants que ha de fer és:

- A. Té també diarrea?
- B. Té febre?
- C. Estava menjant fruits secs?
- D. Ha fet esputs amb sang?
- E. Té un germà malalt?

6. Una noia de 14 anys que jugava a bàsquet ha sofert una torçada de turmell dret, i ens ve a la consulta per veure què ha de fer. Explorada, trobem una tumefacció de la part externa del turmell per sota del mal·lèol peroneal, el dolor és selectiu de la zona per sota del mal·lèol, no hi ha signes d'equimosi ni afectació de la pell. Què és el millor que podem fer en el nostre consultori:

- A. Demanar una radiografia de turmell urgent.
- B. Posar un guix i deixar-la caminar.
- C. Embolicar-la amb un embenament compressiu.
- D. Recomanar banys d'aigua calenta amb sal.
- E. Recomanar que visiti un massatgista.

7. Una noia de 13 anys i mig consulta per recargolaments en regió suprapúbica que es produeixen coincidint amb el primer dia de la menstruació. Són més intensos els dos primers dies del període i ocasionalment s'acompanyen de

nàusees i vòmits. La menarquia va ser als 12 anys i al començament les menstruacions no eren doloroses, però des de fa 6 mesos cada cop ho són més. Les següents afirmacions són correctes EXCEPTE:

- A. El diagnòstic més probable és de dismenorrea primària però s'aconsella, abans d'iniciar un tractament, una exploració ginecològica.
- B. Els símptomes poden ser explicats per l'acció de les prostaglandines uterines que es produeixen en els cicles ovulatoris.
- C. L'aparició concomitant de dolor pelvià en moments no relacionats amb la menstruació (meitat del cicle, amb relacions sexuals o defecació) és suggestiu d'endometriosis.
- D. L'aspirina és un fàrmac de primera elecció en el tractament ambulatori de la dismenorrea primària si les menstruacions no són molt abundants.
- E. L'àcid mefenàmic, el naproxèn i l'ibuprofèn, així com els anticonceptius orals són els fàrmacs més efectius en el tractament de la dismenorrea primària.

8. Noia de 13 anys que consulta per quadre de cefalea i mareig de quatre dies d'evolució, de predomini quan la noia és a casa, abans d'anar a dormir. Una germaneta de 9 anys i la mare tenen símptomes similars des de fa una setmana, però aquesta última, a més, amb nàusees i vòmits. Som al desembre i no hi ha antecedents d'ingesta d'aliments en mal estat. Dels següents passos diagnòstics, quin és més important fer a continuació?

- A. Practicar una exploració física completa, incloent fons d'ull.
- B. Analitzar els últims aliments ingerits per la família per descartar una intoxicació alimentària o emmetzinament.
- C. Fer, després de l'exploració física, un coprocultiu, hemograma, glucèmia i transaminases.
- D. Interrogar la família sobre les condicions de l'habitatge.
- E. Fer, després de l'exploració física, l'anàlisi de l'aigua de consum domèstic per descartar una intoxicació per metalls pesants.

9. Els següents criteris són vàlids per a la pneumònia per Chlamydia trachomatis, EXCEPTE un d'ells:

- A. La majoria dels nens amb pneumònia per Chlamydia trachomatis tenen menys de 8 setmanes de vida a l'inici dels símptomes.
- B. Els símptomes inicials de la infecció respiratòria són nasofaringitis i conjuntivitis.
- C. Els nens amb aquest tipus de pneumònia cursen amb febre elevada.
- D. El patró radiològic de la pneumònia per Chlamydia trachomatis no és diagnòstic.
- E. El diagnòstic de pneumònia per Chlamydia trachomatis es fa mitjançant un aspirat nasofaringi amb cultiu o detecció d'antigen.

10. Nen de 16 mesos d'edat que consulta per quadre de vòmits ocasionals, anorèxia i deposicions toves de 3 setmanes d'evolució. L'exploració física és normal, amb un pes i una alçada en el percentil 50. Es practiquen exploracions complementàries: coprocultiu, sediment d'orina i urocultiu i paràsits en femta negatius; l'hemograma i fórmula leucocitàries, glucèmia, transaminases, bilirubina total, urea, creatinina, calcèmia, fosforèmia i LDH estan dintre dels valors normals. La fosfatasa alcalina és de 9.500 U/l (valors normals 30-500 U/l). L'estudi isoenzimàtic revelà un augment d'ambdues fraccions sèriques (òssia i hepàtica), encara que especialment amb predomini de l'òssia. No hi havia signes radiològics de raquitisme. Quina és l'actitud més correcta davant d'aquest quadre?

- A. Demanar una sèrie esquelètica per buscar lesions lítiques
- B. Ignorar la xifra de fosfatases alcalines, ja que segurament és un error de laboratori i valorar repetir-la si s'escau.

- C. Fer una gammagrafia òssia, després de confirmar l'elevació sobretot de la fracció òssia.
- D. Control clínic del malalt i repetició analítica abans dels 4 mesos.
- E. Determinar la PTH. Si és normal repetir-la després de 2 o 3 mesos.

11. Per conèixer la prevalença d'infecció tuberculosa en un grup de joves de 15 anys d'edat, se'ls ha practicat a cadascun dels components del grup una prova tuberculínica amb el resultat que, en tres, ha estat positiva. Els tres reactors es trobaven asimptomàtics, en cap cas no era conegut l'antecedent de contacte amb malalt tuberculós i en els tres l'estudi clínic i radiològic oportú va descartar l'existència de malaltia tuberculosa. Està indicat en ells el tractament preventiu amb hidrazida (H) ? i, si s'escau, a quina dosi i durant quant temps s'ha d'utilitzar aquest fàrmac?

- A. No és indicat.
- B. Sí que és indicat. H: 5 mg/kg/dia de 3 a 6 mesos.
- C. Sí que és indicat, H: 10 mg/kg/dia de 6 a 12 mesos.
- D. Sí que és indicat. H: 10 mg/kg/dia de 3 a 6 mesos.
- E. Sí que és indicat. H: 5 mg/kg/dia de 6 a 12 mesos.

12. Un pacient de 5 anys, al qual recentment se li ha diagnosticat una malaltia celíaca després d'haver estat sotmès a tres biòpsies intestinals (inicial, sense gluten i després de provocació), ve amb la seva mare a consultar sobre els detalls de la dieta a seguir. Quina de les següents afirmacions és certa respecte al tractament dietètic de la malaltia celíaca?

- A. Haurà d'abstenir-se de prendre exclusivament els productes que continguin farina de blat.
- B. No podrà prendre productes que continguin qualsevol cereal (blat, ordi, sègol, civada, arròs, blat de moro, etc.).
- C. Els productes etiquetats com "midó de blat" amb prou feines contenen gliadina, encara que no està plenament demostrada la seva innocuïtat en tots els pacients.
- D. La dieta sense gluten només ha de mantenir-se de manera estricta fins que s'acaba el creixement.
- E. A partir de certa edat la dieta sense gluten anirà en funció de la tolerància clínica individual de cada pacient.

13. Un nen de 4 anys, prèviament sa, ha presentat en els últims dos mesos tres episodis de rectorràgia en forma d'escassa quantitat de sang vermella recobrint la part final dels excrements. No hi ha altres símptomes associats, el ritme evacuatori és normal, la defecació indolora i les deposicions són normals. L'exploració clínica, incloent-hi la inspecció anal i el tacte rectal, és normal, així com l'estudi de la coagulació. S'ha comprovat la presència de sang en els excrements. En funció d'un ordre lògic de probabilitats diagnòstiques, quina de les següents exploracions pot resultar més útil?

- A. Ecografia abdominal.
- B. Trànsit intestinal.
- C. Pneumoenema opac.
- D. Gammagrafia amb Tc99.
- E. Rectocolonoscòpia.

14. Un noutat de 20 dies d'edat presenta un quadre de colèstasi iniciada als 7 dies de vida. L'ecografia hepàtica no permet afirmar si existeix o no bufeta del fel i les serologies d'hepatitis virals són negatives. En el diagnòstic diferencial entre atrèsia de vies biliars extrahepàtica i colèstasi intrahepàtica, totes les dades següents van a favor de l'atrèsia extrahepàtica, EXCEPTE una:

- A. Absència d'antecedents familiars.
- B. Icterícia de curs progressiu.
- C. Acòlia d'inici precoç.
- D. Acòlia intermitent.
- E. Hepatomegàlia de consistència dura.

15. Les característiques analítiques de la trombopatia aspirínica són principalment: temps de sagnia allargat; recompte de plaquetes normals; adhesivitat plaquetària normal; agregació a la ristocetina i a la trombina normals; agregació a l'ADP, col·làgena, epinefrina i araquidònic alterats. Des del punt de vista clínic i epidemiològic, les següents asseveracions són certes totes EXCEPTE una:

- A. Produeix un quadre hemorràgic més o menys ampli amb participació digestiva.
- B. La ingesta prèvia es pot remuntar fins a 15 dies abans.
- C. És necessàriament dosiddependent.
- D. La durada mitjana del procés és d'uns 7-10 dies.
- E. Molt probablement afecta persones amb patologia enzimàtica plaquetària de fons.

16. L'esferocitosi hereditària és una malaltia produïda per una alteració de la membrana de l'eritròcit que es caracteritza bàsicament per la tríade: (1) anèmia, (2) esplenomegàlia i (3) presència d'esferòcits a sang perifèrica. Tanmateix, hi ha d'altres dades i signes que també poden ser esmentats i comentats. Això és el que fem tot seguit, però tenint en compte que tots els comentaris següents són certs EXCEPTE un. Quin?

- A. La resistència globular osmòtica sense incubació de vegades és normal.
- B. La resistència globular osmòtica amb incubació també pot ser normal.
- C. A partir dels 10 anys la litiasi biliar es presenta entre el 40 i el 50% de casos d'esferocitosi hereditària.
- D. En els casos en què hi ha icterícia neonatal, la clínica posterior serà més severa.
- E. L'edat ideal d'esplenectomia podria situar-se entre els 5 i els 10 anys.

17. Vostè és el pediatre de la Cristina, que té una cardiopatia congènita diagnosticada d'atrèsia de la vàlvula pulmonar, branques pulmonars hipoplàsiques i no confluents i comunicació interventricular. Per la dificultat i el gran risc quirúrgic, fins ara han optat només per realitzar tractament pal·liatiu consistent en una fístula aortopulmonar. La Cristina, que té ja 14 anys, manté una hipòxia crònica amb cianosi i acropàquia; malgrat tot, fa una vida prou normal, i, fins i tot, fa ja sis mesos que va tenir la menarquia, mantenint fins ara menstruacions irregulars, però molt llargues i abundants. Últimament diu que es cansa més, motiu pel qual consulta. A l'exploració, vostè la veu com sempre, sense canvis a l'auscultació i, fins i tot, li sembla veure-la menys cianòtica. La radiografia de tòrax tampoc no mostra canvis, mantenint la mateixa disminució de la circulació pulmonar. Decideix fer una analítica general amb els següents resultats: hematies: $7.5 \times 10^{12}/L$; hemoglobina: 13 g/dL; leucòcits: $5 \times 10^9/L$ (S: 62%; L: 28%; M: 8%; E: 1%; B: 1%); plaquetes: 192×10^9 ; GOT (ASAT): 32 U/L; GPT (ALAT): 29 U/L; urea: 38 U/L; creatinina: 0.6 mg/dL; proteïnes totals: 72 g/L; colesterol total: 175 md/dL. Què creu que li passa?

- A. A la seva edat, ja adolescent, s'adona del seu problema, li costa acceptar-lo i el somatitza amb un cansament funcional.
- B. La fístula se li està fent insuficient.
- C. Ha fet el canvi després de la menarquia i segueix l'evolució habitual d'aquestes cardiopaties, amb empitjorament coincidint amb la pubertat.
- D. Té una anèmia ferropènica relativa.
- E. Comença a fer una insuficiència cardíaca per augment de la viscositat de la sang.