

- C. Afegir dexametasona.
- D. Fer una altra punció lumbar per veure si hi ha meningitis.
- E. Continuar com fins ara i comunicar-ho a Sanitat.

**87.** Tots els següents signes són signes de mal pronòstic en la meningococcèmia menys un.

- A. Petèquies que han sortit abans de les 12 hores de l'ingrés.
- B. Tensió arterial sistòlica < 70 mm d'Hg.
- C. Temperatura rectal > 40°C.
- D. Que hi hagi < 15.000 leucòcits/mm<sup>3</sup> en sang.
- E. Trombocitopènia < a 100.000.

**88.** Nen de 8 anys sense antecedents familiars ni personals d'interès que presenta, després d'un quadre febril atribuït a una infecció amigdal·lar, una hematúria macroscòpica que desapareix en 48 hores, persistint 1 setmana després hematúria microscòpica. No hi ha cap altra simptomatologia, la funció renal, l'ecografia renal i els complements són normals i l'urinocultiu és normal. Quin seria el seu diagnòstic inicial?

- A. Primer brot d'hematúria recurrent benigna.
- B. Primer brot de malaltia de Berger.
- C. Glomerulonefritis postinfecciosa aguda.
- D. A i B són correctes.
- E. A, B i C són correctes.

**89.** Quina d'aquestes troballes NO s'associa a la malaltia d'Alport?

- A. Anticossos anti-DNA positius.
- B. Hipoacúcia neurogènica.
- C. Megatrombocitopatia.
- D. Anticossos antitiroïdals positius.
- E. Alteracions oculars tipus lenticons.

**90.** Nen de 4 anys d'edat que controlava esfínters correctament des dels 2 anys i mig. Arran del naixement d'una germaneta que actualment té 3 mesos, inicia quadre d'encopresi. En relació amb aquest trastorn les següents pautes de conducta són correctes EXCEPTE:

- A. No renyar el nen ni castigar-lo quan faci les deposicions fora del lavabo.
- B. Canviar el nen de seguida que s'embruti fent-lo participar de la neteja de la roba bruta.
- C. Suport afectiu cada cop que utilitzi el lavabo.
- D. Establir un temps diari d'atenció individualitzada al nen, jugant i establint activitats agradables.
- E. Acompanyar el nen al bany i estar amb ell jugant fins a persuadir-lo que defeqüi al lavabo.

**91.** Lactant de 20 mesos que consulta per presentar taques de cafè amb llet al tronc i extremitats. La seva mare refereix que ella i l'àvia del nen tenen les mateixes taques encara que mai no han consultat per aquest motiu. Per l'exploració s'aprecien dues taques de cafè amb llet de 2 x 3 cm i 2 x 4 cm i altres sis d'un diàmetre més petit però totes elles de més de 0,5 cm. En base a les dades anteriors es realitza un diagnòstic de sospita clínica de neurofibromatosis. Entre les proves que se sol·licitaran s'inclourà una ressonància magnètica nuclear cranial. En el cas que es detecti una alteració en el SNC la més freqüent sol ser:

- A. Astrocitoma.
- B. Schwannoma.
- C. Meningioma.
- D. Medul·loblastoma.
- E. Glioma de vies òptiques.

**92.** De les exploracions mencionades a continuació totes són útils per a la detecció precoç de complicacions en un pacient amb neurofibromatosis, excepte:

- A. Exploració oftalmològica amb làmpada d'esclatxa.
- B. Radiografia de crani.
- C. Radiografia de columna vertebral.
- D. Ecocardiografia.
- E. Control de la pressió arterial.

**93.** Nen de 20 mesos, sense antecedents patològics d'interès i que estant prèviament asimptomàtic, presenta convulsió generalitzada de 10 minuts de duració. No antecedents familiars ni personals convulsius. Quan arriba a la consulta està en estat postcrític i la temperatura axil·lar és de 38,2°C. La resta d'exploració és normal i en les hores posteriors desenvolupa un quadre catarral. Les afirmacions següents són correctes, EXCEPTE:

- A. No existeix evidència que un episodi com aquest pugui produir dany cerebral.
- B. La possibilitat que el seu germà petit pugui tenir en els pròxims anys una convulsió febril és d'entre un 10% i un 20%.
- C. És recomanable fer un EEG per descartar el debut o l'evolució cap a una epilèpsia.
- D. El risc de patir un segon episodi de convulsió febril és del 25-30%.
- E. No és aconsellable fer un tractament profilàctic.

**94.** En practicar una ecografia prenatal en una gestant de 38 setmanes s'aprecia en un fetus femella una imatge quística de 2 x 2 cm de diàmetre, aparentment mòbil en hemoabdomen dret, cosa que dificulta la seva localització. L'embaràs ha cursat sense complicacions, la quantitat de líquid amniòtic és normal, i els ronyons són de morfologia i grandària normals. Quin és el diagnòstic més probable?

- A. Quist de mesenterí.
- B. Quist d'ovari funcional.
- C. Duplictat intestinal.
- D. Teratoma quístos.
- E. Quist de colèdoc.

**95.** La nena de la pregunta anterior en néixer, a les 40 setmanes de gestació, presenta una exploració física normal i un pes de 2.900 g amb una talla de 38,5 cm. Al desè dia de vida pesa 3.090 g, té una icterícia cutània amb bilirubina total de 12 mg/dl i bilirubina directa de 0.4 mg/dL, Coombs directa (-), GOT (AST) 47 U/L i GPT (ALT) 22 U/L. En aquests moments, quina seria l'actitud terapèutica més raonable?

- A. Actitud conservadora amb controls ecogràfics periòdics.
- B. Intervenció quirúrgica després de realitzar una TAC.
- C. Fer punció del quist per arribar a un diagnòstic.
- D. Fer un estudi complet de la funció hepàtica.
- E. Fer un trànsit esòfago-gàstrico-duodenal.

**96.** Un nadó fill d'una mare de 27 anys, primípara, presenta un fenotip de la síndrome de Down. El neonatòleg informa els pares del fet, i els diu que cal fer un cariotip per confirmar el diagnòstic. Quan arriba el resultat, el neonatòleg se'n malfia perquè l'hi donen com a normal. Repeteix el cariotip en un altre laboratori i també és normal. Demana un cariotip als pares i també són normals. Quina és la conducta que ha de seguir el pediatre en aquest cas?

- A. Donar per fet que el nadó no té una síndrome de Down.
- B. Repetir el cariotip a un tercer laboratori.
- C. Demanar un cariotip als avis del nadó.
- D. Demanar un estudi FISH (Hibridació "in situ" fluorescent) al nadó.
- E. Demanar un ecocardiograma per veure si té una cardiopatia congènita que ajudi a fer el diagnòstic.



**97.** Neix un nadó de 38 setmanes de gestació amb un pes de 3300 g, fruit d'un embaràs normal, un part eutòcic i amb un Apgar de 9 al minut i de 10 als 5 minuts. En néixer es detecta un hidramni. A les 4 hores de vida comença a treure bromera per la boca sense cap més símptoma. Quin és el diagnòstic més probable?

- A. Cardiopatia congènita.
- B. Aspiració meconial.
- C. Artèria d'esòfag.
- D. Hemorràgia intracranial.
- E. Poliglobúlia.

**98.** Una dona embarassada de 28 anys, tercípara, és del grup sanguini O Rh negatiu. Al sisè mes de l'embaràs es fa una prova de Coombs indirecta que és positiva. El part és a les 38 setmanes de gestació i el nadó pesa 3500 g. Els resultats de la sang de cordó ens assabenten que el nadó és del grup O Rh negatiu. Quines mesures urgents cal posar en marxa en el nadó en relació amb la prova de Coombs indirecta positiva de la mare?

- A. Demanar la prova de Coombs directa del nadó.
- B. Control acurat de la icterícia durant les primeres 24 hores.
- C. Controlar la bilirubinèmia cada 3 hores.
- D. Administrar gammaglobulina anti-D a la mare.
- E. No cal fer res.

**99.** Una embarassada de 28 anys, tercípara, amb un grup sanguini O i Rh positiu, dona a llum un nadó de 39 setmanes i un pes de 3.300 g. És alimentat amb lactància materna. El segon dia de vida inicia icterícia. El nadó és del grup O Rh positiu i el Coombs directe és negatiu. La icterícia augmenta d'intensitat i al tercer dia de vida els resultats de les anàlisis demanades pel neonatòleg són els següents: bilirubina total: 16 mg/dL; bilirubina directa 0,5 mg/dL, Htc: 40%, Hb: 12 g/L, Reticulòcits 1,2%. L'exploració clínica és normal excepte la icterícia. Quina és la conducta més correcta a seguir?

- A. Continuar amb lactància materna, donar-lo d'alta i citar-lo a consultes externes al cap de 7 dies.
- B. Substituir la lactància materna per lactància artificial, donar-lo d'alta i citar-lo a consultes externes al cap de 7 dies.
- C. Continuar amb lactància materna, i repetir la bilirubinèmia al cap de 24 hores.
- D. Continuar amb lactància materna i posar-lo a fototeràpia.
- E. Suspendre la lactància materna durant 2 dies i repetir la bilirubinèmia.

**100.** Una embarassada de 28 anys, tercípara, amb un grup sanguini O i Rh positiu, dona a llum un nadó de 39 setmanes i un pes de 3.300 g. És alimentat amb lactància materna. El segon dia de vida inicia icterícia. El nadó és del grup O Rh positiu i el Coombs directe és negatiu. La icterícia augmenta d'intensitat i al tercer dia de vida els resultats de les anàlisis demanades pel neonatòleg són els següents: bilirubina total: 15 mg/dL; bilirubina directa 0,5 mg/dL, Htc: 40%, Hb: 12 gr/l, Reticulòcits 1,2%. L'exploració clínica és normal excepte la icterícia. Al quart dia de vida la icterícia ha augmentat molt. La bilirubina total és de 23 mg/dL i la directa de 0,5 mg/dL. Quin seria el tractament més efectiu?

- A. Suspendre la lactància materna.
- B. Tractar-lo amb fototeràpia.
- C. Suspendre la lactància materna i administrar fenobarbital (5 mg/Kg/dia) per via intramuscular.
- D. Suspendre la lactància materna i tractar-lo amb fototeràpia convencional.
- E. Suspendre la lactància materna i tractar-lo amb fototeràpia convencional i per fibra òptica.

**101.** Un nadó a terme nascut al seu domicili és enviat a les 48 hores de vida a un centre pediàtric perquè presenta una icterícia intensa. És fruit d'un segon embaràs. Els primers resultats de les anàlisis són els següents: la mare és del grup sanguini A Rh negatiu, el nadó del grup A Rh positiu, la prova de Coombs directa és positiva, la Hb de 9 gr/dL i la bilirubinèmia indirecta de 25 mg/dL. Quina és la conducta immediata a seguir?

- A. Repetir la bilirubinèmia al cap de 4 hores.
- B. Fototeràpia.
- C. Fenobarbital intramuscular (5 mg/Kg/dia) i agar-agar per via oral.
- D. Transfusió de concentrat d'hematies.
- E. Exangüinotransfusió.

**102.** En quina de les següents situacions no estaria indicada la immunització contra la tos ferina?

- A. Portadors d'anticossos del VIH.
- B. Antecedents de convulsió febril.
- C. Lactant amb trastorn neurològic estable tipus paràlisi cerebral infantil (PCI).
- D. Antecedents de prematuritat important.
- E. Lactant amb un trastorn neurològic progressiu.

**103.** Ens trobem en un hospital comarcal davant d'un nou-nat amb sospita de cardiopatia congènita cianòtica, que pensem que pot ésser ductodependent. Sol·licitem trasllat al centre de referència. Quina serà la medicació que administrarem mentre esperem el trasllat i que pot salvar la vida al nou-nat?

- A. Ampicil·lina + Gentamicina.
- B. Prostaglandina E1.
- C. Indometacina.
- D. Digital.
- E. Teofil·lina.

**104.** El limfoma no Hodgking d'immunofenotip B en el nen europeu es presenta preferentment com:

- A. Adenomegàlies inguinals.
- B. Adenomegàlies mediastíniques.
- C. Massa abdominal.
- D. Afectació de la mandíbula.
- E. Encefalopatia.

**105.** El neuroblastoma és un tumor habitualment de mal pronòstic. Marca quina d'aquestes circumstàncies el milloren:

- A. La localització primària abdominal.
- B. Les xifres d'enolasa elevades.
- C. La presència de metastasi òssia.
- D. Si és un estesieneuroblastoma.
- E. La positivitat del MIBG (Mono Iode Benzil Guanidina).

**106.** Totes les següents afirmacions relacionades amb la pràctica d'un EEG en l'epilèpsia són corretes EXCEPTE:

- A. Per obtenir la màxima informació d'un EEG s'aconsella practicar també un registre durant el son.
- B. És necessari repetir EEG periòdics (semestrals, anuals o bianuals) en tots els malalts epilèptics per valorar la resposta al tractament.
- C. En la informació dels EEG anòmals no sol influir de manera determinant el consum d'anticonvulsius, a excepció del petit mal.
- D. És relativament freqüent trobar un EEG normal entre crisis en un malalt epilèptic.
- E. És aconsellable repetir un EEG abans de suspendre el tractament en un pacient després d'un període raonable sense convulsions.