

otitis seroses la seva presència és associada a acúfens i, de vegades, a sensacions doloroses a causa de la seva intensitat.

99. Quin/s d'aquests antibiòtics NO s'hauria/en d'emprar en el tractament de les infeccions bacterianes de l'àrea ORL:

- A) Amoxicil·lina.
- B) Cefuroxima-axetil.
- C) Nous macròlids tipus claritomicina o azitromicina.
- D) Cefalosporines orals de 3a generació tipus cefixima.
- E) Amoxicil·lina+clavulànic.

100. Una de les següents afirmacions sobre el tractament actual de la toxoplasmosi congènita és FALSA:

- A) El tractament que es dona a la mare per la infecció fetal es farà amb: pirimetamina+sulfadiazina+àcid folínic, des del diagnòstic de la infecció fetal fins al terme de l'embaràs.
- B) El tractament del nouat, amb diagnòstic de toxoplasmosi congènita, es pot fer amb la pauta pirimetamina diària durant 2-6 mesos, seguida de pirimetamina a dies alterns, més sulfadiazina diària, durant 1 any.
- C) Sempre que es dona pirimetamina s'ha de donar àcid folínic.
- D) Sempre es donaran corticoides durant 1 mes.
- E) El tractament precoç de la mare amb espiramicina disminueix el percentatge d'infecció fetal.

101. Nadó de 40 setmanes, sense antecedents perinatals d'interès, de 2.250 g de pes i 49 cm de talla, que presenta en néixer un Apgar de 6/9 i un equilibri àcid-base d'artèria umbilical amb pH: 7.08, pCO₂: 40, pO₂: 45, Bicarbonats: 14, EB: -10. El nen té una exploració normal, per bé que manté una lleugera taquipnea, amb coloració normal, bona succió i plor fort a l'estímul. Quina seria la millor pauta d'actuació inicial?:

- A) Si l'Apgar ha estat bo als 5 minuts, ja es recuperarà tot sol de l'acidosi. Pot anar a la sala de nadons o amb la mare i no cal fer res més que mirar-se'l de tant en tant.
- B) Cal ingressar-lo sempre, com a nen de baix pes, amb patiment fetal i posar-li una perfusió glucosada, bicarbonat i antibiòtics després de prendre mostres per a cultius.
- C) Pot estar amb la mare o a la sala de nadons, però en observació freqüent i cursant prèviament determinacions de glucèmia (dextrostix), equilibri àcid-base, hemograma, PCR i hemocultiu, actuant segons els resultats i l'evolució clínica.
- D) Cal posar sempre, d'entrada, bicarbonat oral per ajudar-lo a compensar l'acidosi més ràpidament.
- E) Cal donar-li una mica d'oxigen per tal que es recuperi millor de l'acidosi.

102. L'estreptococ del Grup B (GBS) és, en l'actualitat, la primera causa de sèpsia perinatal. L'anàlisi de l'estat de portadora durant l'embaràs (entre la 35 i la 37 setmanes) es considera imprescindible per a la seva prevenció. Per això, cal saber que només una de les afirmacions que es donen a continuació és FALSA:

- A) Del 10 al 30% de totes les embarassades són portadores si s'agafen les mostres per cultiu de vagina i recte.
- B) És imprescindible tractar intrapart totes les portadores que tenen un o més factors de risc (febre intrapart de 38°C o més, part prematur, o amniorrèxi espontània de 18h o més de durada).
- C) Cal tractar tots els nadons, encara que siguin asimptomàtics, si són fills de mare portadora i tenen els anteriors criteris de risc.
- D) La penicil·lina EV és el tractament d'elecció en la quimioprofilaxi intrapart de les mares portadores de GBS.

E) Els fills de mare portadora que són prematurs de 35 setmanes o menys, tenen un risc d'infecció 10-15 vegades més gran que els nadons a terme.

103. L'acne és una de les dermatopaties més freqüents, sobretot a l'adolescència. Les lesions es produeixen al fol·licle pilosebaci adjacent, en el qual es troben les glàndules sebàcies, i poden ser inflamatòries i no inflamatòries. Les lesions no inflamatòries són els denominats barbs, que es consideren la lesió primària de l'acne. Les lesions inflamatòries són derivades dels barbs tancats. Les lesions inflamatòries superficials solen ser pàpules i pústules, mentre que les lesions més internes donen lloc a nòduls i quists. La patogènesi de l'acne és multifactorial, i s'ha vist que el nivell d'andrògens en sang (testosterona) és un factor determinant. En relació amb el tractament de l'acne, quina de les següents afirmacions és certa?

- A) Els productes més utilitzats, i amb els quals hi ha més experiència són el peròxid de benzoil i la tretinoïna tòpica.
- B) En un tractament amb tretinoïna es recomana disminuir l'exposició al sol.
- C) El tractament sistèmic es reserva per quan el tòpic és ineffectiu, utilitzant tetraciclines i eritromicina.
- D) En els casos d'acne cístic o acne conglobata, es reserva l'ús d'àcid 13-*cis*-retinoic per via oral, tenint molta cura que no es produeixi un embaràs durant el tractament, a causa del seu efecte teratogènic demostrat.
- E) Totes les respostes anteriors són certes.

104. En Joan és un nen diagnosticat d'agammaglobulinèmia lligada al sexe. Des de fa temps en Joan és controlat a la Unitat d'Immunologia de l'hospital de referència de la seva zona, rebent com a tractament principal gammaglobulina com a teràpia substitutòria. Amb quina de les següents afirmacions estariu d'acord?:

- A) En Joan rep gammaglobulina intravenosa a raó de 400 mg/kg cada 8 setmanes.
- B) L'ajustament de la dosi es fa considerant que cal assolir nivells de gammaglobulines de 200 mg/dl.
- C) Després de patir un accident de cotxe i degut al fet que no es coneix el seu estat de vacunació enfront del tètanos, es decideix començar la vacunació i administrar gammaglobulina específica antitetànica.
- D) Després de patir l'accident de cotxe, es comença pauta de vacunació antitetànica, però el seu pediatre contacta amb el servei de farmàcia de l'hospital on és tractat per la seva immunodeficiència per sol·licitar la riquesa en anticossos antitetànus del darrer lot de gammaglobulina administrat. Conegut aquest títol es decideix no administrar la gammaglobulina específica antitetànica.
- E) Cap de les anteriors respostes no és certa.

105. Sou el pediatre d'en Felip, de 12 anys d'edat, que té una cardiopatia congènita diagnosticada com a transposició de grans artèries, de la qual va ser intervingut quirúrgicament a l'edat de 9 mesos. L'informe quirúrgic diu que se li va fer una reparació fisiològica seguint la tècnica de Senning. En Felip es troba molt bé i fa una vida normal, encara que una vegada cada any fa un control cardiològic. D'acord amb el cardiòleg pediatre li feu un seguiment cada 4-5 mesos, però com que no el voleu angoixar gaire, únicament us limiteu a buscar i fer prevenció de les complicacions més freqüents. Quina de les següents us preocuparia més?:

- A) La possibilitat d'un abscess cerebral per una embòlia sèptica, ja que la seva circulació s'escapa del filtre pulmonar.
- B) La possibilitat d'una hemiplegia secundària a poliglobúlia.
- C) L'enteropatia crònica amb pèrdua de proteïnes, la qual procureu compensar assegurant-vos que mengi una ingesta molt rica en proteïnes.

- D) La freqüent aparició de quilotòrax, el qual procureu evitar limitant la ingesta de greixos i autoritzant únicament els rics en àcids grassos de cadena mitjana.
- E) La possibilitat de taquicàrdies o síncopes per bradicàrdia, donada la freqüent disfunció del node sinusal que sovint pateixen aquests malalts.

106. El bloqueig auriculoventricular (A-V) congènit és més freqüent:

- A) En el nadó fill de mare diabètica.
- B) En el nadó que pateix un destret respiratori per membrana hialina.
- C) En el transcurs d'una síndrome de persistència de circulació pulmonar fetal.
- D) En els fills de mares amb col-lagenosi.
- E) En la síndrome del QT llarg.

107. En l'exploració d'un nadó aparentment sa heu advertit una freqüència cardíaca regular de 50 batecs per minut. En exploracions successives durant els dos dies següents, la freqüència cardíaca mai no és superior a 65 batecs per minut i tampoc no es detecten altres troballes patològiques que suggereixin l'existència d'una altra patologia. Quin és el vostre diagnòstic més probable?

- A) Bradicàrdia sinusal.
- B) Bloqueig auriculoventricular de segon grau tipus Mobitz I.
- C) Síndrome de disfunció sinusal.
- D) Síndrome de QT llarg.
- E) Bloqueig auriculoventricular complet.

108. En Jordi és un adolescent de 15 anys del qual sabem que té una sordesa congènita. Sembla ser que un familiar seu va morir sobtadament quan no era pas gaire gran. Ell, des dels 7 anys, ha presentat en quatre o cinc ocasions quadres de pèrdua brusca de consciència amb caiguda al terra. Algun d'aquests episodis fins i tot va anar acompanyat de convulsions que es varen resoldre espontàniament al cap de pocs instants. Per aquest motiu es va pensar en una epilèpsia i, malgrat que els EEG no varen ser característics, es va instaurar des de fa dos anys tractament amb àcid valproic. Us consulten perquè en els últims mesos aquests episodis de pèrdua de consciència s'han fet molt més freqüents i tenen una clara relació amb l'esforç. Quan veieu el malalt ja està bé i l'exploració no mostra altres anomalies que la ja coneguda sordesa. Els altres aspectes neurològics són normals i l'auscultació cardíaca també. La pressió arterial és normal i la freqüència cardíaca és rítmica a 80 batecs per minut. Què creieu que té?:

- A) Una epilèpsia.
- B) Síncopes vasovagals.
- C) Un bloqueig A-V congènit.
- D) Una síndrome de Wolff-Parkinson-White amb síncopes degudes a taquicàrdies paroxístiques supraventriculars.
- E) Síncopes per taquicàrdia ventricular degudes a una síndrome de QT llarg.

109. Una pacient de 2 anys acut a la consulta de pediatria del Centre d'Assistència Primària per a una primera visita. Fa poc que la família ha arribat d'una altra comunitat autònoma i allà havia estat diagnosticada de mastocitosi. La pacient presenta els estigmes característics d'una urticària pigmentada molt extensa que li afecta la pell de pràcticament tot el cos. Atès que a partir d'ara sereu el seu pediatre, els pares inicien un diàleg sobre el pronòstic i el maneig d'un pacient amb aquesta malaltia. En relació amb la urticària pigmentada tal com es manifesta en aquesta pacient, informareu als pares que:

- A) La malaltia empitjorarà progressivament a mesura que la pacient es faci més gran.
- B) La malaltia millorarà progressivament a mesura que la pacient es faci més gran.
- C) A partir dels 4 anys la malaltia seguirà un curs crònic, i es mantindrà estable sense noves lesions.
- D) El guariment depèn de la continuïtat amb què el tractament és seguit per la pacient.
- E) No es pot predir l'evolució futura: tant pot millorar, com empitjorar, com mantenir-se estable, sigui quina sigui la teràpia emprada.

110. Sabent que la pacient de la pregunta anterior té una urticària pigmentada extensa, el seu maneig habitual a la consulta inclou:

- A) Algunes limitacions dietètiques.
- B) Algunes limitacions en l'ús d'antibiòtics.
- C) Algunes limitacions en l'ús de medicaments antitussígens.
- D) Algunes limitacions en jocs o activitat física.
- E) Totes són certes.

111. Un infant de 16 mesos és portat a la consulta pels seus pares adoptius. Es tracta d'un nen nascut a l'Europa oriental que ha viscut en un orfenat fins als 12 mesos, moment en què fou adoptat. El pes i la talla es troben en el percentil 50, l'examen físic i el ritme deposicional són normals i el seu desenvolupament psicomotor es troba també dins la normalitat. Li feu fer una anàlisi general en la qual no s'observa anèmia, ni infeccions, ni hipocalcèmia, ni trastorns hidroelectrolítics, ni alteracions de GOT/GPT, ni hiperbilirubinèmia. Únicament hi destaquen uns valors de fosfata-ses alcalines de 1.234 UI/L les quals, repetides als sis mesos, donen una xifra de 530 UI/L. El diagnòstic més probable és:

- A) Creixement ossi normal.
- B) Fractura/es òssia/es en fase de guarició.
- C) Dèficit nutricional de vitamina D.
- D) Malaltia de Paget juvenil (hiperfosfatèsia).
- E) Síndrome de Fanconi (raqüitisme+tubulopatia renal).

112. Uns pares acudeixen a la vostra consulta perquè, el responsable del laboratori que ha realitzat el cribratge de l'hipotiroidisme neonatal en sang de taló del seu nadó quan tenia tres dies de vida, els ha tornat a cridar ja que la prova ha donat un resultat positiu. Els pares pregunten pel significat d'aquest resultat. En un intent de tranquil·litzar-los, quina de les següents respostes us semblaria la més adequada?

- A) El vostre fill té una malaltia la seqüela de la qual (el retard mental) és prevenible.
- B) El vostre fill pot estar perfectament sa.
- C) Hi ha un tractament eficaç (hormona tiroïdal) per a la malaltia del vostre fill, tot i que l'haurà de rebre tota la vida.
- D) El vostre fill té una malaltia endocrinològica i és aconsellable consultar un endocrinòleg infantil.
- E) El test ha estat realitzat massa aviat i, el resultat no és de fiar.

113. Un pacient de 4 anys acudeix a la consulta perquè persisteix el quadre que inicià fa uns 8 dies de faringitis, febre i adenopaties laterocervicals, malgrat haver rebut amoxicil·lina durant uns 6 dies. Als signes descrits s'afegeix ara una afecció cutània i tot el conjunt us fa pensar que es tracta d'una mononucleosi. Quina de les següents dades us permetrà fer el diagnòstic?

- A) El quadre és prou clar i no fan falta més dades.
- B) Anticossos anti VCA (Viral Capside Antigen) del tipus IgM.
- C) Prova de Paul-Bunnell.