

noi hospitalitzat, no mostren bacils àcid-alcohol resistents. Al nen, sobre el qual la mare ens consulta, se li ha practicat la prova de la tuberculina que ha estat negativa. A aquesta mare li direm que:

- A) No s'amoïni ja que és del tot impossible el contagi.
- B) El fet de no haver-se demostrat *Mycobacterium tuberculosis* en cap mostra descarta amb tota certesa la contagiositat.
- C) Quan el seu cosí germà hagi completat 2 mesos de tractament específic ja no hi haurà risc de contagi.
- D) Li aconsellarem que mantingui un aïllament de tipus respiratori fins que el seu cosí germà hagi completat tres setmanes de tractament.
- E) Fins esperar el resultat del cultiu del líquid pleural i dels aspirats gàstrics és aconsellable mantenir un aïllament de tipus respiratori.

**48.** Referent a la toxoplasmosi, quina de les següents afirmacions és FALSA?:

- A) El toxoplasma de vegades és causa de sinusitis i otitis mitjana.
- B) El *T. gondii* transmès durant el primer trimestre d'embaràs és causa de malaltia severa en el nadó.
- C) El *T. gondii* transmès en el tercer trimestre de gestació és responsable molts cops de corioretinitis malgrat que l'exploració sigui normal al naixement.
- D) El toxoplasma pot causar en el nen més gran i l'adolescent un quadre limfoadenopàtic igual com en la població adulta.
- E) El toxoplasma pot produir una malaltia greu disseminada entre la població immunocompromesa.

**49.** La ciprofloxacina continua sent un antimicrobià poc usat en Pediatria, però progressivament ha anat ampliant les seves indicacions en determinades situacions entre les quals s'inclouen totes MENYS una de les següents:

- A) L'eradicació de la *Pseudomonas aeruginosa* en els nens afectats de fibrosi quística.
- B) El tractament de malalties entèriques simptomàtiques severes.
- C) El tractament inicial de les pielonefritis infantils.
- D) Les síndromes febrils en malalts neutropènics de baix risc.
- E) La descontaminació selectiva del tub digestiu en malalts neutropènics.

**50.** El *Mycoplasma pneumoniae* és un bacteri que es caracteritza per afectar principalment les vies aèries, però molt freqüentment pot ser causa de diverses manifestacions no respiratòries, entre les quals s'inclouen totes les següents MENYS una:

- A) Artràlgies i miàlgies.
- B) Osteomielitis.
- C) Vòmits i diarrees.
- D) Exantemes cutanis.
- E) Anèmia hemolítica (Coombs positiu).

**51.** Un nen de divuit mesos prèviament sa, consulta el Servei d'Urgències per febre elevada des de fa 48 hores i perquè, coincidint amb la seva desaparició, apareix una borradura maculopapulosa no pruriginosa de predomini a tronc i abdomen. El microorganisme que probablement és responsable d'aquest quadre és:

- A) Herpesvirus 6.
- B) Virus del xarampió.
- C) Parvovirus B19.
- D) Virus de la rubèola.
- E) Virus herpes-varicel·la.

**52.** Un noi de 14 anys és diagnosticat de malaltia tuberculosa en base a un viratge tuberculínic i la detecció d'adenopaties hiliars, que són confirmades amb una TAC pulmonar. A l'hora de plantejar el tractament, la família ens fa saber que el pare és el cas índex i és controlat en el mateix hospital. El Servei de Microbiologia informa de l'aïllament en el pare d'un *Mycobacterium tuberculosis* amb resistència moderada enfront a la isoniacida. Quin seria en aquest cas l'esquema terapèutic:

- A) Rifampicina i etambutol durant 12 mesos.
- B) Quadrupleteràpia durant dos mesos amb isoniacida, rifampicina, estreptomocina i pirazinamida i, posteriorment, quatre mesos amb rifampicina i pirazinamida.
- C) Rifampicina, pirazinamida i etambutol dos mesos i, a continuació, dos mesos de rifampicina i etambutol.
- D) Rifampicina, pirazinamida i estreptomocina durant dos mesos i rifampicina més pirazinamida quatre mesos més.
- E) Rifampicina, etambutol i pirazinamida durant dos mesos i continuar rifampicina i etambutol fins completar 9 mesos de tractament.

**53.** Es tracta d'una nena de 9 anys que consulta per convulsió focal. Antecedents previs d'episodis recurrents alternants no catalogats d'hemiparèsia unilateral. Antecedents familiars de migranya. L'exploració posa de manifest una hemiparèsia esquerra i paràlisi facial. Les dades més rellevants de laboratori són: APTT: 60 segons (normal: 28.1-39.9 segons), ANA positius (títol 1/640), anticossos anticardiolipina positius, VSG normal, concentració de factor VIII normal i determinació de proteïna C i S també normals. La RNM cerebral evidència una hiperintensitat del còrtex insular dret compatible amb accident vascular cerebral i l'arteriografia mostra la presència d'una estenosi focal de l'artèria cerebral mitjana dreta. L'EEG mostra focalitat a la regió de l'accident vascular cerebral dret. Es va fer tractament amb aspirina a dosis baixes i carbamacepina. La nena es va recuperar i fins el moment actual no ha presentat recurrència dels símptomes. Quin és el diagnòstic més probable?:

- A) Malaltia Moyamoya.
- B) Migranya.
- C) Infart cerebral idiopàtic.
- D) Síndrome antifosfolípida.
- E) Arteritis de Takayasu.

**54.** Nen d'11 mesos d'edat sense antecedents d'interès, que consulta a urgències per tos laringia, estridor inspiratori i signes moderats de dificultat respiratòria d'unes 12 hores d'evolució. Fem el diagnòstic de laringotraqueïtis aguda (crup). Tots els següents tractaments són útils, EXCEPTE:

- A) Dexametasona oral.
- B) Dexametasona intramuscular.
- C) Salbutamol subcutani.
- D) Adrenalina en nebulització.
- E) Budesonida en nebulització.

**55.** Nena de 10 mesos amb antecedents d'otitis mitjana aguda de repetició, que la porten a urgències per febre, vòmits, irritabilitat i prostració d'unes 48 hores d'evolució. A l'exploració física trobem un regular estat general, febre, somnolència, tendència a hiperextensió del coll i marcada irritabilitat durant l'exploració. Se li practica una punció lumbar i s'obté un LCR purulent amb glucosa: 0.3 mmol/l (glucosa plasmàtica: 7.5 mmol/l), proteïnes: 1.55 g/l i 3.630 leucòcits/mm<sup>3</sup> amb un 96% de PMN. El microbiòleg ens informa que en la tinció de Gram del LCR hi han diplococs Gram positius. Quin tractament iniciarem d'immediat?:

- A) Penicil·lina G sòdica intravenosa a dosis altes.
- B) Cefotaxima a dosis altes, vancomicina i dexametasona intravenoses.
- C) Vancomicina intravenosa i rifampicina oral.
- D) Vancomicina i dexametasona intravenoses.
- E) Ceftriaxona intramuscular.

**56.** Nen de 3 anys que consulta per febre alta en agulles (unes 2-3/dia) de 15 dies d'evolució que, ocasionalment, va acompanyada d'una borradura maculopapulosa a tronc i extremitats inferiors que canvia i de vegades desapareix. El nen refereix dolors erràtics a genolls i canells. A l'exploració física trobem un nen que en aquest moment no té febre, presenta un bon estat general, adenopaties petites, simètriques a diferents localitzacions, hepatomegàlia de 2 cm i pol de melsa. Es practica una anàlisi on destaquen: Hb 10.8 g/dl, leucòcits: 28.160/mm<sup>3</sup> (5Bd/75S/4E/12L/4M), plaquetes: 469.000/mm<sup>3</sup>, PCR: 168 mg/l (v.n: <9 mg/l), VSG: 65 mm/1a hora, ferritina >1.200 ng/ml (v.n: 70-435 ng/ml) i elevació de les alfa-2 globulines en el proteïnograma. Estudi del moll de l'os normal. Determinació d'ANA, f. reumatoide i complement normals. Estudis microbiològics (hemocultius, urocultiu, coprocultiu i serologies) repetidament negatius i tuberculina negativa. Radiologia de tòrax normal. Quin és el diagnòstic més probable?:

- A) Artritis crònica juvenil.
- B) Lupus eritematós sistèmic (LES).
- C) Dermatomiòsitis.
- D) Leucosi aguda.
- E) Malaltia de Kawasaki.

**57.** Nen de 6 dies de vida que acudeix a urgències per presentar febre de 39°C rectal des de fa 24 hores, i convulsió de tipus tònic de 3 minuts de durada amb cianosi que ha cedit espontàniament. Embaràs i part sense dades d'interès. Quadre febril matern de 3-4 dies de durada, 10 dies abans del part, tractat amb antitèrmics. Cultiu *Streptococcus agalactiae* vaginal i rectal negatius. Sediment i cultiu d'orina matern negatius. Apgar 8-10-10. Pes en néixer 3.500 g. Estat del nouat satisfactori fins a l'inici del quadre febril. En l'exploració d'ingrés destaca: Pes: 3.400 g, febre alta, amb bon estat hemodinàmic i ben hidratat. Discreta taquipnea, taicàrdia de 180 x', exantema tènue maculopapular a tronc. SNC: fontanel·la anterior plena, i discreta tendència a la hiperextensió del coll. Irritable. Resta normal. RX tòrax normal. Hemograma: Hb 12.5 g/dl, Leucòcits 15.000/mm<sup>3</sup> FL: 58 S/3 B/35 L/4M. PCR 25 mg/l. Sediment d'orina normal. Glucèmia, calcèmia, ionograma, urea, creatinina i proteïnes totals, normals. PL: LCR clar amb 200 cèl·lules (50% polinuclears) prot 1.31 g/dl i glucosa 3 mmols/l. Tinció de Gram, antígens bacterians a *E. Coli*, *S. agalactiae* i *Hemofilus influenzae* negatius. Davant aquesta situació clínica, quina és la conducta més adequada?:

- A) Iniciar tractament amb ceftazidima amb el diagnòstic de sèpsia.
- B) Diagnosticar-lo de meningitis bacteriana i iniciar tractament EV amb ampicil·lina i gentamicina.
- C) Diagnosticar-lo de febre metabòlica i iniciar rehidratació EV.
- D) Pensar en possible meningitis per enterovirus i sol·licitar cultiu de virus a faringe, femta i LCR amb control clínic i analític molt estricte en règim d'ingrés hospitalari.
- E) Pensar en febre secundària a hemorràgia intracranial i fer ecografia o TC cranial.

**58.** Quina de les següents manifestacions clíniques és la més freqüent en l'infart isquèmic cerebral del nouat a terme sense antecedents d'asfíxia, cardiopatia o sèpsia?:

- A) Abombament de la fontanel·la.
- B) Coma.
- C) Convulsions focals.
- D) Hemiparèsia.
- E) Hipotonia global.

**59.** Nen de 32 setmanes de gestació i 1.500 g de pes en néixer. Amenaça de part prematur a les 29 setmanes, tractada amb betamimètics i corticoides. Part espontani, sense altres factors de risc d'infecció. Apgar 6-8. Maniobres de reanimació superficials. Als pocs minuts de vida inicia quadre de dificultat respiratòria que precisa intubació i ventilació mecànica. A les poques hores, en té prou amb FiO<sub>2</sub> de 0.25 i pressions màximes inspiratòries de 10 cmH<sub>2</sub>O, motiu que justifica deixar-lo en CPAP de 2 cmH<sub>2</sub>O i FiO<sub>2</sub> de 0.21, extubant-lo 2 hores després. La RX de tòrax i l'auscultació cardiorespiratòria són normals. Correcte estat hemodinàmic. Una hora després de l'extubació, inicia quadre de dificultat respiratòria amb estridor inspiratori que desapareix en ser intubat, però que reapareix repetides vegades cada vegada que s'intenta l'extubació. Quina seria l'orientació diagnòstica davant aquest quadre?:

- A) Malaltia de la membrana hialina.
- B) Apnees obstructives.
- C) Anell vascular.
- D) Hemorràgia intraventricular.
- E) Persistència del ductus arteriós.

**60.** Quina de les següents afirmacions sobre el dèficit de 21-hidroxilasa és FALSA?:

- A) És la primera causa de síndrome adrenogenital.
- B) Transmissió autosòmica recessiva del gen alterat situat al cromosoma 6.
- C) És possible fer el diagnòstic prenatal.
- D) El tractament es fonamenta en hidrocortisona i 19-alfa-fluorhidrocortisona.
- E) Cursa amb nivells plasmàtics normals de 17-OH-progesterona.

**61.** Nouat de 15 dies de vida que ingressa a l'hospital per presentar, des de fa una setmana, disminució significativa de la mobilitat de l'extremitat superior dreta. Embaràs a terme sense incidències. Part instrumentat amb forçaes per escurçament de l'expulsiu. Apgar 8-10. Pes en néixer 3.500 g. Exploració física i neurològica normal en el període neonatal immediat. A l'ingrés presentava bon estat general, afebril i paràlisi flàccida de l'extremitat superior dreta, amb una discreta tumefacció a l'espatlla. La mobilitat passiva de l'extremitat no presentava limitacions, però semblava produir un cert desconfort. L'anàlisi mostrava leucocitosi amb neutrofilia i una proteïna C reactiva elevada (65 mg/l). La RX no fou significativa, llevat un discret augment de parts toves de la zona. La gammagrafia òssia amb TC99 no va mostrar cap augment de captació. Els cultius de LCR, sang i orina van ser negatius. Davant d'aquest cas, quina de les següents actituds és la més correcta?:

- A) Sospitar una lues congènita i iniciar tractament amb penicil·lina.
- B) Fer el diagnòstic de paràlisi braquial obstètrica.
- C) Sospitar una osteoartritis de l'espatlla, practicar artrotomia i iniciar tractament antibiòtic.
- D) Sospitar trastorn motor d'origen central i practicar una TC cranial.
- E) Mantenir el nen en observació i avaluar l'evolució.

**62.** Quin d'aquests conceptes és ERRONI respecte a l'òxid nítric (NO) en el tractament de la hipertensió pulmonar del nadó?