

74. Només una de les següents afirmacions sobre l'impetigen no bullós és certa:

- A) Representa menys del 30% dels casos d'impetigen.
- B) Es desenvolupa sobre pell intacta.
- C) No predomina en cap estació de l'any.
- D) La febre reumàtica és una de les seves possibles complicacions.
- E) Les lesions produïdes per estreptococ o estafilococ són clínicament indistingibles.

75. En Norberto és un nen de 18 mesos que ha arribat procedent de Bolívia per ser acollit en adopció. Als 9 mesos d'edat va patir una meningitis per *Haemophilus influenzae* tipus B, i als 15 mesos xarrampió. En aquest moment està sa, no rep cap tractament, però desconeixem el seu estat de vacunacions. Quines són les primeres vacunes que li hauríem de posar?:

- A) DTP+VPO+HiB+VHB+TV
- B) DT+VPO+HiB+VHB+TV
- C) DT+VPO+VHB+TV
- D) DTP+VPO+HiB+TV
- E) DT+VPO+HiB+VHB

D=diffèria, T=tètanus, P=catarro, VPO=poliomielitís, HiB=*Haemophilus influenzae* B, VHB=hepatitis B, TV=triple vírica.

76. Totes les afirmacions següents respecte a la síndrome alcohòlica fetal són certes, EXCEPTE:

- A) És una de les causes més freqüents de retard mental als països desenvolupats.
- B) Hi ha sempre dismorfisme facial, retard de creixement i efectes sobre el sistema nerviós central.
- C) El dismorfisme facial es fa menys evident a l'adolescència.
- D) Se li poden associar tumors embrionaris.
- E) Hi ha un mínim d'ingesta de beguda alcohòlica que assegura l'aparició de la síndrome.

77. Sou adjunt d'una Unitat Neonatal i la darrera setmana us hi han ingressat cinc nadons amb els següents problemes: llavi leporí, síndrome de brides àmniques, síndrome de Pierre-Robin, un cas de VACTERL i un nanisme diatròfic. Una de les següents explicacions al resident sobre el mecanisme patogènic de cada defecte congènit seria ERRÒNIA:

- A) El llavi leporí és una malformació.
- B) La síndrome de Pierre-Robin és una deformació.
- C) La síndrome de brides àmniques és una disrupció.
- D) L'infant amb VACTERL és una associació.
- E) El nanisme diatròfic és una displàsia.

78. Esmorzes amb el genetista. Sap que has comprat un bon llibre i que l'estudies. Vol saber els teus coneixements sobre genètica en pediatria. Et dirà quatre mentides i una veritat. Si endevines la veritat et pagarà l'esmorzar. Indica quina és la vertadera:

- A) La fenilcetonúria té una herència multifactorial.
- B) La fibrosi quística de pàncrees té una herència autosòmica dominant.
- C) Un de cada 33 nens que neix té un defecte congènit.
- D) Si l'herència és recessiva i lligada al cromosoma X, la incidència d'un tret és més freqüent en les dones que no en els homes.
- E) La síndrome de Turner és més freqüent que la síndrome de Klinefelter.

79. Una de les següents afirmacions sobre cranioestenosi és FALSA:

- A) En l'estenosi de la metòpica hi ha trigonocefàlia.
- B) En la sinostosi coronal unilateral es produeix plagiocefàlia.
- C) En la sinostosi coronal bilateral es produeix braquicefàlia.
- D) En la sinostosi de les sutures coronal, metòpica i sagital es produeix turricefàlia.
- E) En la sinostosi de la sutura sagital es produeix escafocefàlia.

80. Teniu un infant de 6 anys amb asma bronquial extrínseca per al·lèrgia selectiva als àcars. Li heu indicat mesures ambientals preventives i administració de beta-2 inhalats en les crisis. L'heu diagnosticat d'asma moderada i fa tres mesos que segueix una pauta preventiva amb budesonida inhalada a dosis de 800 micrograms/dia. Malgrat això, el nen continua acudint a urgències i presentant crisis. La pauta preventiva més adequada quan ho valoreu en consulta és:

- A) Augmentar la budesonida a 1200 micrograms/dia.
- B) Donar-li una pauta curta de corticoides durant 7 dies i afegir salmeterol.
- C) Afegir salmeterol deixant la budesonida a la mateixa dosi.
- D) Afegir salmeterol augmentant la budesonida a 1200 micrograms/dia.
- E) Afegir bromur d'ipratropi i nedocromil altern amb la budesonida.

81. Si amb la resposta adequada de la pregunta anterior el nen continua sense millorar i realitza correctament les tècniques d'inhalació, el tractament preventiu més adequat seria el següent:

- A) Budesonida inhalada a dosis de >1200 micrograms/dia cada 6 hores durant 4 setmanes i després anar reduint la dosi de l'esteroides inhalat. Si recaigués, augmentar novament la budesonida i afegir-hi nedocromil.
- B) Associar bromur d'ipratropi, nedocromil i augmentar budesonida a 1500 micrograms/dia.
- C) Pautar corticoides orals a dies alterns.
- D) Afegir-hi teofil·lines retardades.
- E) Alternar dosis altes de budesonida (1200 mcg/ dia) amb cromoglicat i donar sempre el salbutamol amb ipratropi.

82. Esteu passant visita en una maternitat. Parleu amb la mare d'un nadó de 50 hores de vida que tingué un part vaginal sense problemes i una revisió a les 10 hores de vida completament normal. Fa alletament matern i la mare us comenta que el fill s'agafa molt bé al pit, però que té clivelles als mugrons que li produeixen molt dolor a l'inici de la succió, que encara no nota signes de pujada de la llet i que li sembla que el seu fill té molta fam. El nadó va pesar 3,320 kg en néixer i ara pesa 3,050 kg. Quins consells donaríeu a aquesta mare?

- A) Convé que utilitzi una mugronera per disminuir la irritació mecànica del mugró.
- B) Atès que la pèrdua de pes s'aproxima al 10% i que té clivelles als mugrons, la millor cosa és introduir un suplement d'alletament artificial donat a preses alternes, amb la finalitat de deixar descansar els mugrons i d'iniciar una aportació de nutrients.
- C) Cal aconsellar a aquesta mare que limiti el temps de mamada a 10 minuts a cada pit i que doni a l'infant un suplement de llet artificial després de les mamades, fins que li hagi pujat la llet, cosa que, probablement, es produirà de seguida.
- D) Tot i que el nadó s'agafa bé al pit, cal revisar si la posició de succió és correcta. Convé mantenir un horari flexible i revisar la situació durant les 12 hores següents.
- E) Si el nen s'agafa bé i no s'ha produït la pujada de la llet passades les 48 hores de vida, es tracta d'un alletament matern que probablement fracassarà. Convé iniciar un suplement d'alletament artificial i començar a mentalitzar la mare que probablement no podrà alletar.

**83.** Una mare porta la seva filla de 15 dies de vida al servei d'urgències perquè en les darreres 12 hores li nota una de les glàndules mamàries roja, inflada, dura, i li sembla que li fa mal en tocar-la. Explica que el dia abans havia estat visitada pel pediatre de capçalera que la va trobar perfecta i li va comentar que tenia les mamelles una mica inflades, però que era un fenomen normal a causa de l'efecte de les hormones maternes. En l'exploració física comprova que té una intumescència mamària bilateral i que, efectivament, una de les mamelles està eritematosa, calenta i sembla dolorosa. La resta de l'exploració és completament normal. Temperatura rectal 36.3°. La mare us explica que fa alletament matern sense problemes i que les darreres hores ha pres el pit normalment, sense que la trobés irritable ni plorés més del que és normal. Decideu practicar-li una analítica, que ofereix el següent resultat: leucòcits 13.200 (limfòcits 63, segmentats 25, bandes 2, eosinòfils 4, basòfils 2, monòcits 4) proteïna C reactiva 5 (valor normal per al vostre laboratori inferior a 20). Assenyaleu la conducta correcta:

- A) L'estat general, l'absència de febre i la normalitat analítica suggereixen que es tracta de l'evolució normal de la intumescència mamària neonatal. És aconsellable, de tota manera, controlar-la durant 24 hores.
- B) Davant la sospita que es pugui tractar d'una mastitis neonatal en fase inicial, heu de receptar un antibiòtic antiestafilocòccic per via oral i controlar l'evolució durant 24 hores.
- C) Cal ingressar-la, efectuar d'entrada drenatge quirúrgic per impedir la destrucció de la glàndula mamària i prosseguir després amb antibioteràpia adequada.
- D) Cal ingressar-la, practicar hemocultiu i cultiu de la secreció de la glàndula obtinguda per expressió suau o punció aspirativa i iniciar tractament endovenós amb penicil·lina i gentamicina, atès que l'estreptococ del grup B és actualment el germen més freqüent en les mastitis neonatals.
- E) Cal ingressar-la i practicar cultius com en l'opció anterior, però iniciant tractament endovenós amb cloxacil·lina i gentamicina, atès que el germen més freqüent continua sent l'estafilococ daurat.

**84.** El mes de maig ve a la vostra consulta per a revisió una nena de quatre anys i mig diagnosticada de síndrome de Down. Ha passat un hivern sense problemes importants, excepte quadres catarrals freqüents. Els pares us comenten que a la nit ronca exageradament, tot i que no estigui refredada, i que de vegades fins i tot ha parat de roncar, com si tingués les vies respiratòries obstruïdes i no pogués respirar. L'exploració física mostra una fàcies adenoide i unes amígdals molt hipertrofiques. El pes i la talla estan en la -1 SD per a les taules de creixement. Us plantegeu que tingui una síndrome d'apnea obstructiva del son (SAOS). Assenyaleu quin és el pla d'actuació més correcte:

- A) La SAOS apareix només en la població infantil obesa. Amb les dades somatomètriques de la història deu ser un ronc simple i solament precisa de seguiment clínic.
- B) La història és prou suggestiva d'una SAOS. Cal efectuar una Rx lateral del càvum i, si es confirma l'obstrucció de la via aèria procedir immediatament a adenoïdectomia i amigdalectomia.
- C) S'ha de confirmar la sospita clínica de SAOS mitjançant estudi polisomnogràfic. Si aquest estudi es confirma, la millor opció és practicar d'entrada adenoïdectomia i reservar l'amigdalectomia per a una segona etapa, si l'adenoïdectomia sola no millora prou el quadre.
- D) Cal practicar estudi polisomnogràfic i, si és confirmatiu, efectuar adenoïdectomia i amigdalectomia.
- E) Cal practicar estudi polisomnogràfic i, si és confirmatiu, recomanar pressió positiva contínua en les vies aèries durant el son (CPAP), ja que en l'infant afecte de síndrome de Down la hipotonia de la musculatura faríngia és la responsable principal de la SAOS.

**85.** En la reanimació cardiopulmonar (RCP) pediàtrica totes les afirmacions següents són certes EXCEPTE una:

- A) Per a una RCP efectiva és primordial restablir d'entrada una ventilació i una oxigenació adequades, mesures que seran suficients per restablir el cabal cardíac en la majoria de casos.
- B) És indicat canalitzar inicialment una via venosa central, si és possible la femoral.
- C) La via intraòssia és un accés venós simple i segur que s'ha de considerar si en 90 segons no s'ha obtingut una via venosa central o perifèrica. Abans d'administrar drogues i fluids es pot aspirar moll d'os, ja que aquesta mostra ens permetrà practicar una analítica bàsica.
- D) L'aturada cardiorespiratòria en els lactants i nens rarament és un fet sobtat, estant precedida en la majoria d'ocasions d'un deteriorament progressiu del pacient.
- E) Si en 3-5 minuts no s'aconsegueix un accés venós o intraossi, es pot iniciar l'administració d'adrenalina a 100 mcg/kg per via intratraqueal.

**86.** Un lactant de 4 mesos és traslladat a l'hospital després de 5 hores de febre, tos i dificultat respiratòria progressiva. Durant el trasllat, l'estat del pacient s'ha deteriorat bruscament. A l'exploració inicial, el pacient està cianòtic, no respon a estímuls externs i no s'auscullen sorolls respiratoris ni batec cardíac. Totes les actuacions següents són correctes EXCEPTE una:

- A) Cal establir un accés venós per poder administrar drogues o fluids, però no és la primera mesura a prendre.
- B) Cal iniciar immediatament les dues mesures bàsiques de la reanimació cardiopulmonar (RCP): restabliment de la respiració (si cal, mitjançant intubació traqueal) i de la circulació (amb massatge cardíac extern).
- C) La dosi inicial d'adrenalina a administrar després d'assegurar una correcta ventilació del lactant o nen és de 10 mcg/kg intravenosa (IV) o intraòssia (IO). La 2a dosi i les subsegüents, han de ser deu vegades superiors (100 mcg/kg cada 3 minuts).
- D) L'administració lenta de bicarbonat sòdic (1 mEq/kg iv), calci (clorur càlcic a 20 mg/kg o gluconat càlcic a 100 mg/kg) i l'aportació de solucions glucosades és indicada a l'inici de la RCP pediàtrica.
- E) Al cap de 10 minuts de l'aturada cardiorespiratòria o de 3 dosis d'adrenalina, cal plantejar-se l'administració de bicarbonat o d'un bol de fluids (fisiològic o col·loides) a 10-20 ml/kg en 5-15 minuts.

**87.** Lactant de 5 mesos d'edat que consulta per presentar una erupció cutània de 2 dies d'evolució, acompanyada de febre baixa en les primeres 24 hores. A l'exploració física presenta lesions maculopapulars amb vesícules distribuïdes per tot el cos, que afecten també el cuir pilós. Davant el diagnòstic clínic de varicel·la, el tractament ha d'incloure:

- A) Immunoglobulina a dosis de 125 U/10 kg de pes per via i.m.
- B) Si té febre donar preferentment ibuprofèn.
- C) Administrar aciclovir a 80 mg/kg/dia durant 7 dies.
- D) Antibiòtics tòpics tipus mupirocina per prevenir sobreinfecció de lesions.
- E) Donar antihistamínics orals si presenta pruija.

**88.** Un nen de 20 mesos d'edat, que no va a l'escola-bressol, presenta des de fa 1 mes i mig deposicions molt voluminoses, de 3-4 al dia, pudentes, grogues i des dels últims 15 dies, acompanyades d'astènia, irritabilitat, anorèxia i lleu distensió abdominal. L'exploració física per aparells és normal, excepte una pèrdua de 300 grams de pes en aquest període. Se sol·liciten cultius repetits de femta, investigació de parà-

sits, hemograma, sediment d'orina, anticossos antigliadina i antiendomisi, essent tots els resultats normals, inclosa la xifra d'immunoglobulines. Els símptomes que presenta el nen són suggestius de malaltia celíaca, malgrat que els anticossos antigliadina i antiendomisi siguin negatius. De les següents proves només una ens confirmarà el diagnòstic:

- A) Retirar el gluten de la dieta i comprovar millora clínica.
- B) Ecografia abdominal.
- C) Biòpsia intestinal, prèvia retirada del gluten.
- D) Biòpsia intestinal sense retirar el gluten.
- E) Segona determinació d'anticossos si són positius.

89. Quin és el tractament més adequat de la pubertat precoç central (a part de l'etiològic)?:

- A) Acetat de ciproterona.
- B) Anàlegs de LH-RH.
- C) Hidrocortisona.
- D) Bromocriptina.
- E) Progesterona.

90. Quina de les següents situacions pot derivar-se del tractament prenatal amb corticoides administrats per afavorir la maduració fetal?:

- A) Infecció.
- B) Supressió adrenal.
- C) Mala adaptació a la hipòxia.
- D) Retard psicomotor.
- E) Retard en el creixement.

91. En el tractament prenatal amb corticoides, quin d'aquests efectes adversos sobre la mare és el més rellevant?:

- A) Edema pulmonar.
- B) Infecció.
- C) Agreujament de la diabetis.
- D) Empitjorament de la malaltia materna greu.
- E) Hipertensió materna i mort fetal.

92. A una dona gestant, a les 20 setmanes de gestació se li diagnostica per ecografia un quist de plexos coroïdals en el fetus. Consulta el seu pediatre perquè li expliqui el significat de la troballa i li aconselli el que ha de fer. Quina de les següents afirmacions és certa?

- A) Cal fer serologies maternes per descartar una infecció prenatal.
- B) Cal esperar i controlar el fetus pel risc d'hidrocefàlia.
- C) Hi ha un alt risc que el fetus tingui una cromosomopatia. Cal fer cariotip fetal.
- D) És una malformació associada sempre a d'altres.
- E) Si és una troballa aïllada, no cal fer res més que controlar la seva evolució.

93. Un nadó de 48 hores de vida ingressa al Servei de Neonatologia per presentar irritabilitat i tremolors intensos. Ha nascut d'un part eutòcic sense sofriment fetal ni anòxia neonatal (Apgar de 10 al minut). L'edat gestacional és de 38 setmanes i el pes de 2.800 g. En els antecedents maternos trobem que la mare és exadicta a l'heroïna, fumadora de 20 cigarretes al dia i consumidora de 2 litres diaris de Coca-Cola. La irritabilitat i els tremolors han augmentat d'intensitat el tercer i el quart dies de vida. L'anàlisi practicada en aquest moment va donar els següents resultats: glucèmia=50 mg/dl; calcèmia=8 mg/dl; magnèsèmia=2 mg/dl; ionograma i equilibri àcid-base normals. La investigació de tòxics en orina (heroïna, metadona, cocaïna, marihuana i benzodiazepines) va ser negativa. Quin és el diagnòstic més probable?

- A) Hipoglucèmia.
- B) Hipocalcèmia.
- C) Hipomagnesèmia.
- D) Síndrome d'abstinència a l'heroïna.
- E) Síndrome d'abstinència a la cafeïna.

94. Els fills de mare diabètica són nadons de risc elevat. En referència a les complicacions que poden presentar, quina de les respostes següents és la correcta?:

- A) Hipoglucèmia.
- B) Fractura de clavícula.
- C) Icterícia neonatal intensa.
- D) Cardiopaties congènites.
- E) Totes les anteriors.

95. A les 12 hores de vida explorem un nadó nascut d'un embaràs no controlat, de 39 setmanes de gestació i 3.500 g de pes. A la inspecció destaca taquipnea superficial irregular i un abdomen excavat. A l'auscultació toràcica el batec cardíac està despiçat cap a l'hemitòrax dret i a l'hemitòrax esquerre s'auscullen borborigmes. Quin és el diagnòstic?:

- A) Membrana hialina.
- B) Enfisema lobar congènit.
- C) Pneumotòrax.
- D) Quist pulmonar congènit.
- E) Hèrnia diafragmàtica.

96. Quina de les següents mesures preventives està demostrat que és eficaç per disminuir la transmissió vertical del VIH?:

- A) Evitar l'al·letament matern.
- B) Part per cesària.
- C) Vacunació de la mare contra el VIH.
- D) Tractament de la mare i del nadó amb zidovudina (AZT).
- E) Gammaglobulina intravenosa.

97. En un nadó fill de mare amb infecció per VIH, quin símptoma ens farà pensar en infecció neonatal per VIH?:

- A) Adenopaties, hepatomegàlia i esplenomegàlia.
- B) Estancament de pes.
- C) Candidiasi oral persistent.
- D) Encefalopatia.
- E) Qualsevol dels símptomes anteriors.

98. Les otoemissions acústiques són sons produïts –de forma espontània o després de provocació– en les orelles sanes dels mamífers, l'ésser humà inclòs, mentre que són absents de les orelles patològiques. Això és sorprenent a primera vista, però si pensem que l'orella és un micròfon, no ens ha d'estranyar que de vegades pugui actuar com un altaveu i, en lloc de captar so, sigui capaç d'emetre'l. De totes les afirmacions que ressenyem a continuació, només una d'elles és certa:

- A) Les otoemissions acústiques són el producte de l'estimulació del nervi auditiu per estímuls sensorials visuals.
- B) La cadena d'ossets de l'orella mitjana no intervé en el procés de transmissió de les otoemissions acústiques.
- C) La membrana timpànica és capaç de modificar, incrementar i reflectir sons que rep des de l'exterior, de manera que emet un nou so de característiques diferents a l'anterior en intensitat i freqüència.
- D) A l'orella interna es poden generar sons que, travessant la finestra oval, la cadena d'ossets i el tímpan, arriben al conducte auditiu extern, on poden ser captats.
- E) La presència de líquid a l'orella mitjana afavoreix la producció d'otoemissions acústiques, de manera que en les