

PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA



ATENÇÃO: transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a frase a seguir:

A saúde é a maior riqueza do ser humano.

ANTES DE COMEÇAR A FAZER AS PROVAS:

1. Verifique se este caderno contém um total de 50 (cinquenta) questões, sequencialmente numeradas de 01 a 50.
2. Caso haja algum problema, solicite ao aplicador a substituição deste caderno, imediatamente, após o início da prova.

AO RECEBER A FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

3. Confira seus dados e, havendo erro, solicite ao aplicador a correção na Ata de Sala.
4. Assine à CANETA nos espaços indicados.

AO TRANSFERIR AS RESPOSTAS PARA A FOLHA DEFINITIVA (GABARITO):

5. Use somente caneta azul ou preta e aplique traços firmes dentro da área reservada à letra correspondente a cada resposta, conforme modelo:



6. Sua resposta NÃO será computada se houver marcação de mais de uma alternativa.
7. A folha de respostas não deve ser dobrada, amassada ou rasurada.

AO TERMINAR AS PROVAS:

8. Você deve chamar a atenção do aplicador levantando o braço. Ele irá até você para recolher sua FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO) e este CADERNO DE PROVAS.
9. Recolha seus objetos, deixe a sala, e em seguida o prédio. A partir do momento em que você sair da sala e até sair do prédio, continuam válidas as proibições sobre o uso de aparelhos eletrônicos e celulares, bem como não lhe é mais permitido o uso dos sanitários.

Terá suas provas anuladas e será automaticamente eliminado do processo seletivo, o candidato que, durante a sua realização for surpreendido portando (mesmo que desligados) quaisquer aparelhos eletrônicos, tais como bip, telefone celular, relógio de qualquer espécie, walkman, agenda eletrônica, notebook, palmtop, ipod, ipad, tablet, pen drive, receptor, gravador, máquina de calcular, máquina fotográfica, chaves integradas com dispositivos eletrônicos, controle de alarme de carro e moto, controle de portão eletrônico etc., bem como quaisquer acessórios de chapelaria, tais como chapéu, boné, gorro etc., e ainda lápis, lapiseira/grafite, borracha, caneta em material não-transparente, óculos de sol (exceto com comprovação de prescrição médica), qualquer tipo de carteira ou bolsa e armas.

Nome: _____

RG: _____

ATENÇÃO:

Após a prova você poderá levar consigo somente o Gabarito Rascunho.

Duração total destas provas, incluindo o preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

QUATRO HORAS

PROVA DE PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA

QUESTÃO 01

Convulsão é uma das emergências mais frequentes no pronto socorro, sendo fundamental ao médico pediatra seu correto manejo.

Recém nascido, 20 dias de vida, nascido de parto vaginal, laborioso, com asfixia perinatal leve, permaneceu na UTI neonatal em observação por 48 horas em O2 circulante, na incubadora, recebendo alta hospitalar após 1 semana. Mãe refere que criança começou a apresentar-se hipoativa há 12 horas, recusando mamada, palidez, quando apresentou crise convulsiva focal, em membro superior esquerdo e eversão ocular. Chamou o Samu, que levou criança para a emergência. Você como plantonista recebe a criança ainda em crise convulsiva. Qual a sequência de atendimento mais **CORRETA** para essa criança?

- (A) Oxigênio, monitorização, acesso intraosseo, benzodiazepínicos, TC de crânio de urgência.
- (B) Oxigênio, monitorização, acesso venoso, fenobarbital, dosagem de glicemia e eletrólitos, USG transfontanela.
- (C) Oxigênio, monitorização, acesso venoso, benzodiazepínicos, dosagem de eletrólitos, glicemia, rastreio infeccioso e punção lombar.
- (D) Oxigênio, monitorização, acesso venoso, benzodiazepínicos, hemograma, PCR, TC de crânio de urgência e avaliação da neurologia.
- (E) Oxigênio, monitorização, acesso venoso, benzodiazepínicos, dosagem de eletrólitos e glicemia, USG transfontanela e avaliação do neurologista.

QUESTÃO 02

O correto atendimento a um paciente pediátrico em parada cardiorrespiratória é fundamental para a sobrevida desta população, sendo uma habilidade indispensável ao médico pediatra. Numa situação de parada cardiorrespiratória (PCR), em ritmo não chocável (AESP/Assistolia) é fundamental o diagnóstico diferencial das causas reversíveis de PCR. Qual das afirmações **NÃO** faz parte do mnemônico dos 6H/5T?

- (A) Hipovolemia.
- (B) Hipóxia.
- (C) Hipocalcemia.
- (D) Hipocalemia.
- (E) Hipoglicemia.

QUESTÃO 03

O uso de drogas vasoativas é comum em pacientes criticamente enfermos, portanto, é indispensável ao médico pediatra o conhecimento das classes de aminas vasoativas, bem como suas ações no sistema cardiovascular.

Lactente, 11 meses, deu entrada na emergência pediátrica com quadro de choque séptico, apresentando-se torporoso, taquicárdico (FC 180 bpm), Taquidispneico (FR 65 irpm), pulsos centrais e periféricos diminuídos e oligoanúrico e extremidades frias. Você realiza expansões rápidas (60 ml/kg) com cristaloides e intubação orotraqueal mas ainda assim menor continua taquicárdico (FC 165 bpm) hipotenso (PA 65x32 mmHg) e com extremidades frias. Indique a melhor alternativa em relação ao emprego de drogas vasoativas.

- (A) A melhor opção seria Noradrenalina por seu efeito predominantemente alfa adrenérgico, que melhoraria o retorno venoso e o inotropismo cardíaco, através da vasoconstrição periférica.
- (B) A melhor opção seria adrenalina em doses beta adrenérgicas, que teriam efeito inotrópico, com melhora no débito cardíaco.

- (C) A melhor opção seria dobutamina devido ser um potente inotrópico, além de melhorar a perfusão periférica, através de vasodilatação.
- (D) A melhor opção seria adrenalina em doses alfa adrenérgicas devido a hipotensão ser o principal mecanismo deletério no choque.
- (E) A melhor opção seria a dopamina, como droga de primeira linha, devido ao seu efeito predominantemente dopaminérgico, o que melhora o fluxo sanguíneo nas circulações esplênicas e renais, melhorando o retorno venoso e, conseqüentemente, a força de contração miocárdica.

QUESTÃO 04

A Hipertensão arterial na infância se expressa, na maioria das vezes, secundária a alguma patologia de base, mas com riscos de morbimortalidade elevada.

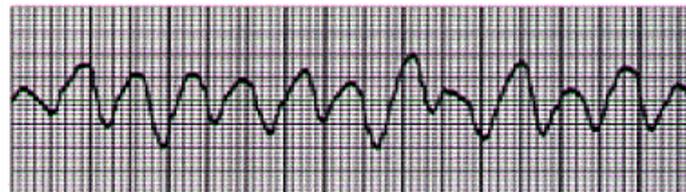
Sobre a hipertensão arterial na infância, indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A furosemida é utilizada nos quadros hipertensivos associados à retenção hidrossalina, tem início de ação em 30 a 60 minutos e duração dos efeitos por 4 a 8 horas.
- (B) O sucesso terapêutico é alcançado mediante redução lenta e segura da PA.
- (C) O tratamento atual da crise hipertensiva é baseado na utilização racional de medicamentos anti-hipertensivos, para diferentes etiologias e situações clínicas e no suporte básico e avançado das repercussões sistêmicas da crise.
- (D) O diabetes Mellitus é uma das principais causas de hipertensão arterial na infância.
- (E) A encefalopatia hipertensiva caracteriza-se principalmente por cefaleia, náuseas, vômitos, distúrbios visuais, déficit neurológico focais e convulsões.

QUESTÃO 05

Os distúrbios do ritmo na infância apesar de pouco frequentes são ameaçadores da vida, sendo, portanto prontamente reconhecidos e tratados.

Escolar, 10 anos, com quadro súbito de perda da consciência durante atividade esportiva. É trazido ao Pronto socorro infantil pelo educador físico, já que a escola fica a uma quadra do hospital. A admissão encontra-se arresposivo, respiração e pulsos ausentes. Você imediatamente inicia compressões torácicas e solicita desfibrilador para avaliação do ritmo cardíaco.



Disponível em: <http://users.matrix.com.br/grace/fv.html>. Acessado em 15/12/2016.

Após identificar o ritmo, indique a alternativa que correta sobre o tratamento deste distúrbio do ritmo.

- (A) Intubação orotraqueal, ressuscitação cardiopulmonar, adrenalina e ressuscitação cardiopulmonar.
- (B) Ressuscitação cardiopulmonar, amiodarona, adrenalina e ressuscitação cardiopulmonar.
- (C) Desfibrilação, ressuscitação cardiopulmonar e adrenalina.
- (D) Cardioversão elétrica e amiodarona.
- (E) Desfibrilação, amiodarona e ressuscitação cardiopulmonar.

QUESTÃO 06

Qual a principal apresentação clínica do choque séptico na infância?

- (A) Diminuição da resistência vascular sistêmica, com baixo débito cardíaco.
- (B) Aumento da resistência vascular sistêmica, com alto débito cardíaco.
- (C) Aumento da resistência vascular sistêmica, com baixo débito cardíaco.
- (D) Diminuição da resistência vascular sistêmica, com alto débito cardíaco.
- (E) Diminuição da resistência vascular sistêmica, com débito cardíaco normal.

QUESTÃO 07

Em relação às complicações na passagem de um acesso venoso central, em paciente pediátrico, indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Múltiplas tentativas - principalmente em crianças menores de 5 Kg e malposicionamento do cateter são fatores que aumentam a incidência de complicações.
- (B) A punção das veias femorais é a principal via de acesso venoso central em crianças.
- (C) A punção das veias jugulares apresenta maiores riscos de complicações mecânicas, especialmente pneumotórax.
- (D) Para a punção das veias femorais é necessário que a criança apresente sonda profunda para a realização do procedimento.
- (E) Os riscos de infecções com a utilização de cateteres de múltiplos lumens são significativamente menores em relação aos cateteres monolúmen.

QUESTÃO 08

Z.P.G 36 anos, G1P0A0, idade gestacional 39 semanas, apresenta sangramento volumoso por descolamento prematuro de placenta, sendo realizada cesariana de emergência. RN ao nascimento não chorou. Tônus ruim, sem reflexos, FC = 50 BPM, palidez cutâneo-mucosa, foi reanimado até intubação orotraqueal, massagem cardíaca e drogas vasoativas.

Segundo o programa de reanimação neonatal, qual a melhor droga vasoativa e intervalo a ser utilizado neste caso?

- (A) Adrenalina 1:10.000, dose a cada 3 a 5 minutos.
- (B) Dopamina 10 mcg/kg/dose a cada 3 a 5 minutos.
- (C) Noradrenalina 0,3 mcg/kg/dose a cada 5 minutos.
- (D) Milrinona 0,75 mcg/kg/dose a 3 minutos.
- (E) Epinefrina 1:1.000, dose a cada 10 minutos.

QUESTÃO 09

Criança acaba de nascer de parto normal com peso de 2,1Kg, idade gestacional estimada de 32 semanas. Filha de mãe adolescente, que fez somente duas consultas de pré-natal. Foi feito teste rápido para HIV, na sala de parto, com resultado positivo. A jovem nega qualquer situação de risco para infecção por HIV.

Considerando-se que esta mãe não recebeu tratamento com antiretrovirais durante a gestação, mesmo tendo recebido AZT intravenoso, durante o trabalho de parto, indique o tratamento adequado para este RN prematuro.

- (A) Iniciar com AZT 2 mg/kg/dose 12/12 horas, isoladamente.
- (B) Associar AZT 2 mg/kg/dose de 12/12 horas com nevirapina 12 mg/dose de 24/24 horas.
- (C) Associar AZT 2 mg/kg/dose de 12/12 horas com nevirapina 12 mg/dose, sendo a primeira dose, nas primeiras 48 horas; a segunda 48 horas depois da primeira e, a terceira dose 96 horas, após a segunda dose.
- (D) Fazer apenas a nevirapina 12 mg/dose de 24 em 24 horas, uma vez que a mãe já recebeu AZT intravenoso, durante o trabalho de parto.
- (E) Não iniciar nenhuma droga; como a paciente não tem fatores de risco, provavelmente, é um falso positivo. Deve ser solicitada a carga viral do recém-nascido.

QUESTÃO 10

Mãe, 44 anos, parto vaginal laborioso domiciliar sem assistência médica com RN termo, peso de nascimento 4525 gramas e sem relato de apgar. RN chega a unidade hospitalar neonatal com 4 horas de vida com quadro de crises convulsivas de difícil controle e relato de ter recebido durante o transporte fenobarbital (dose total 20 mg/kg/dose), respiração irregular e cianótico com O₂ inalatório e PAM 29.

Quais as condutas necessárias para este paciente logo à admissão na UTI Neonatal?

- (A) Cpap nasal; Fenitoína EV; Protocolo de hipotermia terapêutica e Suporte com drogas vasoativas.
- (B) Ventilação mecânica; Fenitoína EV; Suporte com drogas vasoativas; Suporte hemodinâmico e Coleta de exames.
- (C) Ventilação mecânica; Fenobarbital EV 2^o dose 20 mg/kg; Suporte com drogas vasoativas; Suporte hemodinâmico; Coleta de exames e Protocolo de hipotermia terapêutica.
- (D) VPPI-N; Fenobarbital 40 mg/kg/dose; Hipotermia terapêutica; e Suporte com drogas vasoativas.
- (E) Ventilação mecânica; Fenobarbital EV 2^o dose 20 mg/kg; Hipotermia terapêutica e Suporte com drogas vasoativas.

QUESTÃO 11

A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) tem uma prevalência relativamente alta, nos dias atuais, e muitos desses quadros são mediados por IgE.

Podemos dizer que, na abordagem de um paciente com história clínica compatível com alergia a essas proteínas:

- (A) O teste cutâneo imediato *in vivo* com extratos adequados tem alto valor preditivo positivo e, por isso, na maioria das vezes, pode-se confirmar o diagnóstico quando o teste cutâneo for positivo.
- (B) A primeira opção para o tratamento de APLV são as fórmulas extensivamente hidrolisadas, sendo que apenas em um pequeno número de pacientes é necessário o uso de fórmula de aminoácidos.
- (C) A prova de provocação oral não é um método aceito para confirmar o diagnóstico, sendo formalmente contraindicada.
- (D) Está indicada a determinação específica de IgE *in vivo*, nos casos que cursam com dermatite atópica porque o teste fica mais específico.
- (E) A alergia alimentar que cursa com dermatite atópica é sempre mediada por IgE e, pela complexidade da fisiopatologia e reações imunes nesses casos, opta-se por tratar com fórmula de aminoácidos.

QUESTÃO 12

RNPT do sexo masculino, com peso de nascimento 650 g, no oitavo dia de vida, ainda em VMI, em tratamento com antibioticoterapia por sepse precoce, recebendo dieta por sonda orogástrica desde o 2º dia de vida. Inicia com distensão abdominal e resíduo gástrico bilioso, evoluindo em 24 horas com presença de sangue nas fezes, hipotensão arterial, acidose metabólica e choque.

Os exames laboratoriais indicaram neutropenia, trombocitopenia, hiponatremia, hiperglicemia e acidose metabólica. O RX de abdomen evidenciou áreas extensas de pneumatose intestinal e pneumoperitônio.

Qual o diagnóstico mais provável para esse RN?

- (A) Perfuração intestinal espontânea.
- (B) Doença de Hirschsprung.
- (C) Íleo meconial.
- (D) Sepse tardia.
- (E) Enterocolite Necrosante.

QUESTÃO 13

Dentre as intolerâncias aos carboidratos, a intolerância aos dissacarídeos é a situação mais comum, destacando-se a intolerância à lactose. Este açúcar é hidrolisado por ação da lactase, e a deficiência enzimática pode levar a variadas situações clínicas ao paciente.

Neste sentido, indique a alternativa **CORRETA** a esse respeito.

- (A) As informações obtidas por anamnese e exame físico detalhado têm um alto valor preditivo positivo para diagnóstico de intolerância à lactose, diferenciando da alergia à proteína do leite de vaca, nas idades precoces da vida, mais vulneráveis a esse problema.
- (B) A deficiência primária mais comum de lactase é a chamada "hipolactasia do tipo adulto", que começa a aparecer depois dos 5 anos de idade, com prevalência variada em diferentes populações, nem sempre associada à intolerância à lactose, sendo entendida como resultado de uma evolução ontogenética humana.
- (C) A resposta clínica favorável a uma dieta de exclusão tem elevada acurácia no diagnóstico de intolerância secundária à lactose apresentada pela criança, até os dois anos de vida.
- (D) O teste de tolerância à lactose feito em solução aquosa e na concentração de 2 g/kg peso corporal tem boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de intolerância à lactose.
- (E) Crianças que têm baixa atividade da lactase, sem outras comorbidades, não podem ingerir produtos farmacológicos, que contenham lactose em sua composição e nem derivados do leite, exigindo exclusão completa desse açúcar.

QUESTÃO 14

Criança do sexo masculino, com 5 anos de idade, começou a apresentar mal estar geral, subfebril, náuseas e alguns episódios de vômitos, há 5 dias. Após aproximadamente 2 dias, evoluiu para edema periorbitário bilateral e simétrico e também, em região labial, este mais discreto. Procurou UBS, sendo constatado o edema referido e a pressão arterial foi de 100 x 60 mmHg (percentil 50). Prescrito antialérgico para uso domiciliar. Edema acentuou e mãe retorna ao serviço para nova avaliação.

Exacerbação do edema, nas mesmas regiões, e discretamente nas mãos; pressão arterial em membro superior = 108 x 78 mmHg (percentil 90). Demais dados do exame físico estão normais. Diurese de 1,5 ml/ kg/ hora e proteinúria foi quantificada, resultando em 15 mg/ kg/ dia. Neste sentido, qual o diagnóstico clínico e os exames que suportariam tal diagnóstico?

- (A) Síndrome Nefrítica sem hipertensão arterial e mantendo adequada diurese. Presença de hemácias dismórficas na urina, em número aumentado (hematúria) e queda da fração 3 do complemento (C3).
- (B) Síndrome Nefrítica com hipertensão arterial leve, com componente nefrótico e oligúria. Presença de hemácias na urina, com cilindros hemáticos e queda do C3 no sangue.
- (C) Síndrome Nefrítica com hipertensão arterial leve, sem comprometimento nefrótico e com oligúria discreta. Leucócitos e hemácias elevadas na urina e níveis séricos de C3 normais ou elevados.
- (D) Síndrome Nefrótica, com hipertensão arterial leve, mantendo boa diurese. Ureia e creatinina elevados, confirmação da proteinúria no nível apresentado no texto e elevação do colesterol sérico.
- (E) Síndrome Nefrótica, sem hipertensão arterial, com baixo volume urinário. Hipoalbuminemia abaixo de 2,5 g%, proteinúria sustentada acima de 10 mg/ kg/ dia, hematúria e elevação de colesterol total e triglicérides no sangue.

QUESTÃO 15

A Febre Reumática (FR) é uma complicação inflamatória tardia, não supurativa, de uma infecção por estreptococo beta hemolítico do grupo A de Lancefield, caracterizando uma doença multissistêmica.

A respeito da FR, é **CORRETO** afirmar.

- (A) A cardite caracteriza-se por acometimento isolado ou associado dos três folhetos (pancardite), sendo a pericardite a manifestação mais frequente do comprometimento cardíaco. Cursa com hipofonese de bulhas e/ou atrito pericárdico e clássicas alterações eletrocardiográficas.
- (B) Os clássicos critérios maiores de Jones para diagnóstico do primeiro surto de FR incluem a Coreia, o eritema marginado, cardite, poliartrite migratória, prolongamento do espaço QT no eletrocardiograma e alterações ecocardiográficas.
- (C) A coreia de Sydenham, vista na maioria dos pacientes, caracteriza-se por crises de hipertonia e hiperkinesia, com movimentos involuntários rítmicos e coordenados, de grande amplitude.
- (D) Pode-se dizer que a artrite é a mais frequente e a menos específica da FR. É caracterizada por acometimento, geralmente, de grandes articulações, principalmente joelhos, tornozelos, punhos e cotovelos, costuma ser migratória e autolimitada.
- (E) O hemograma, as provas de atividade inflamatória, exames para detecção de infecção estreptocócica (antiestreptolisina O), imagens radiológicas e eletrocardiograma são suficientes para comprovar o diagnóstico.

QUESTÃO 16

Mãe, 15 anos, primigesta, DHEG grave e evoluindo com quadro de pré-eclâmpsia, 36 semanas, deu entrada no pronto atendimento com história de dor forte e continua na região pélvica, acompanhada de sangramento profuso, iniciado há cerca de 20 minutos. Feito diagnóstico de DPP foi indicado cesárea de urgência. RN nasceu apnéico, hipotônico, arreflexo e com FC 50 bpm. Foi reanimado até entubação orotraqueal com massagem cardíaca e com recuperação apenas da FC para 110 BPM. RN com APGAR 1 /2/4/7 sendo encaminhado para UTI-neonatal. Quais os cuidados imediatos e terapêutica indicada para este recém nascido?

- (A) Berço aquecido + Oximetria de pulso + VPM + Monitorização cardíaca + Suporte hemodinâmico + Controle de diurese.
- (B) Realizar atendimento em sala de parto com berço desligado + Transportar Rn para Uti em incubadora desligada + Iniciar hipotermia terapêutica + Iniciar fenobarbital
- (C) Hipotermia terapêutica + Jejum oral + VPM + Suporte com drogas vasoativas + Hidratação venosa + Monitorização cardíaca e de diurese.
- (D) Hipotermia terapêutica + Nutrição enteral mínima +VPM + Suporte com drogas vasoativas + Hidratação venosa + Monitorização cardíaca e de diurese.
- (E) Realizar atendimento em sala de parto com berço aquecido + Transportar Rn para UTI em incubadora aquecida + Iniciar hipotermia terapêutica + Iniciar fenobarbital + VPM + Suporte com drogas vasoativas.

QUESTÃO 17

A nutrição tem grande importância em pediatria, pois propicia crescimento e desenvolvimento adequados e sua prática correta previne doenças a curto, médio e longo prazos. Crianças que não possam receber leite materno, por alguma razão, sejam elas saudáveis ou doentes, podem se beneficiar com fórmulas adequadas à sua condição de saúde. Na prática nutricional, há disponibilidade de fórmulas poliméricas e fórmulas hidrolisadas, indicadas para diferentes situações. Na nutrição infantil, fórmulas poliméricas (I) e fórmulas hidrolisadas (II) são entendidas, respectivamente, como:

- (A) I = Fórmulas preparadas para dieta enteral por sondagem ou por gastrostomia, com nutrientes íntegros, com menor complexidade, fornecidos para pacientes com problemas absorptivos. II = Fórmulas especializadas para pacientes com necessidades especiais como nefropatias e hepatopatias.
- (B) I = Fórmulas preparadas com nutrientes íntegros, sem acréscimo ou retirada de algum nutriente específico (ex: lactose ou lipídeo). II = Fórmulas indicadas para pacientes com absorção comprometida de nutrientes e, por isso, são consideradas incompletas segundo o *Codex alimentarius*.
- (C) I = Fórmulas constituídas por nutrientes, que exigem trabalho digestivo, indicado para criança com trato digestório normal. Podem ter modificações na quantidade e/ou qualidade de algum componente (ex: retirada de lactose). II = Fórmulas completas destinadas para pacientes com absorção comprometida de nutrientes como situações de desnutrição grave e diarreia crônica.
- (D) I = Fórmulas para alimentação de lactentes normais que, por algum motivo, não recebem aleitamento materno, não sendo recomendado para prematuros. II = Fórmulas preparadas para dieta enteral por sondagem ou por gastrostomia, com viscosidade apropriada, com menor complexidade digestiva.
- (E) I = Fórmulas em que não se modifica a composição dos diferentes nutrientes, a partir do produto de origem, sendo necessário o desempenho digestivo-absorptivo do paciente. II = Fórmula que sofreu alguma modificação industrial, a partir do produto de origem, adaptando às necessidades de cada situação clínica.

QUESTÃO 18

Recém-nascido com 28 semanas pela DUM, cuja mãe teve infecção urinária atual em uso de cefalexina, há 3 dias e bolsa rota, há 18 horas, entra em trabalho de parto, chegando a maternidade em período expulsivo. Nasceu com peso 800 gramas e evoluiu com BSA 6. Envolvido em saco plástico e touca, reanimado com VPP e ventilador manual em T com fio2 30%, encaminhado a UTI neonatal em incubadora de transporte em CPAP nasal. Em relação a este caso clínico, qual a melhor conduta pré natal deveria ter sido tomada, assim como a pós natal?

- (A) Profilaxia intra-parto para *Streptococo* grupo B, entubação orotraqueal e ventilação mecânica com volume garantido.
- (B) Profilaxia intra-parto para *Streptococo* grupo B, cesárea e ventilação não invasiva (Vppi-n/CPap).
- (C) Inibina, Ceftriaxona e ventilação mecânica controlada a pressão.
- (D) Corticoide antenatal, profilaxia intra-parto para *Streptococo* grupo B, Insure e ventilação não invasiva (Vppi-n/CPap).
- (E) Corticoide antenatal, cesárea e ventilação não invasiva (Vppi-n/CPap).

QUESTÃO 19

Criança admitida na UTI neonatal por ter nascido com 33 semanas de gestação e baixo peso ao nascer (1.600g). Gestação aparentemente sem intercorrências e exames laboratoriais de rotina normais. Sorologias: VDRL positivo, rubéola IgM negativo, IgG 110, toxoplasmose IgM e IgG negativos, HBSAg negativo e anti-HIV negativo. Mãe com bolsa rota e em trabalho de parto 12 horas antes, sem resposta à tentativa de inibição. Gestação interrompida por parto cesárea devido ao sofrimento fetal agudo. Reanimada em sala de parto, com Apgar de primeiro minuto de 5 e de quinto minuto de 7 e trazida à UTI intubada por desconforto respiratório. Ao exame físico, nota-se criança reativa ao manuseio, em regular estado geral, palidez cutânea acentuada e anictérica. Abdomen globoso, com fígado palpável a 3-4cm do rebordo costal direito e baço a 2cm do rebordo costal esquerdo. Ausculta cardíaca normal. Diminuição de murmúrio vesicular à direita (raio X com derrame pleural laminar). Presença de edema subcutâneo difuso importante, exantema leve difuso e descamação de pele das plantas de mãos e pés. Quadro respiratório leve, sendo possível extubação rápida e sem necessidade de surfactante. Ao hemograma, observou-se hemoglobina = 8,6g/dL; hematócrito = 26%; plaquetometria = 48.000/mL; leucócitos = 14.250/mL; índice neutrofílico = 0,15 e contagem neutrofílica = 8.260/mL.

Indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Provavelmente é um caso de sífilis congênita, uma vez que não há relato de tratamento da mãe durante a gestação. A conduta correta é solicitar VDRL e RX de ossos longos para o RN, fazer a coleta do LCR para VDRL e aguardar os resultados para decidir o tratamento.
- (B) É um caso de sífilis congênita clássico. O tratamento deve ser iniciado imediatamente com penicilina cristalina 100.000 UI/Kg/dia, IV, divididos em duas doses, até o 7º dia de vida e em 3 doses a partir do 8º dia de vida, mantido por 10 dias. Não é necessário solicitar exames.
- (C) É um caso de sífilis congênita e o tratamento deve ser feito com penicilina procaína 50.000 UI/Kg/dia por 10 dias, em dose única diária, não havendo necessidade de exames.
- (D) É um provável caso de sífilis congênita e se os exames do RN forem normais, inclusive o VDRL, não há necessidade de tratamento.
- (E) Não é um caso de sífilis congênita e devem ser solicitadas outras sorologias para esclarecer o diagnóstico.

QUESTÃO 20

Mãe com diabetes gestacional controlada com alimentação de entrada no pronto atendimento sendo internada em trabalho de parto e evoluindo para parto vaginal. RN termo, 39 semanas, pesando 3330 gramas, APGAR 4/8, reanimado com VPP até FIO₂ 60 % evoluindo com desconforto respiratório e mantendo saturação em torno de 89%, sendo encaminhado para UTI neonatal. Na admissão na UTI neonatal com saturação pré ductal 89% e pós ductal 84% e ao exame físico apresentava FC 180 BPM e FR 90 IRPM e fígado palpável 4 CM do RCD e cianose de extremidades.

Quais as condutas imediatas?

- (A) Ventilação mecânica; Rx de tórax; Prostaglandina EV e ECO de urgência.
- (B) Transferir para UTI cardiológica, em centro terciário; ECO oportunamente; Dobutamina EV e ventilação mecânica.
- (C) Transferir para UTI neonatal; ventilação mecânica; Dopamina e Dobutamina EV e Dieta zero.
- (D) Manter no alojamento conjunto; coletar exames para rastrear infecção; iniciar antibiótico endovenoso, pensando em sepse neonatal.
- (E) Transferir para UTI neonatal; ventilação mecânica; Rx de tórax; Milrinone EV e ECO de urgência.

QUESTÃO 21

O reconhecimento da sepse e seus critérios é de fundamental importância para o atendimento do paciente pediátrico criticamente enfermo.

Qual a definição de choque séptico, de acordo com consenso de sepse em pediatria?

- (A) Síndrome da resposta Inflamatória sistêmica associada à infecção suspeitada ou comprovada.
- (B) Sepse associada à 2 ou mais disfunções orgânicas.
- (C) Síndrome da resposta inflamatória sistêmica associada ao aumento da contagem global de leucócitos + febre.
- (D) Sepse grave associada à disfunção cardiovascular, ou a não melhora dos parâmetros hemodinâmicos a infusão de pelo menos 60 ml/kg de fluidos.
- (E) Síndrome da resposta inflamatória sistêmica, podendo ou não apresentar disfunção cardiovascular.

QUESTÃO 22

Mãe, 26 anos, primigesta, tabagista e etilista durante toda a gestação apresentou ITU de repetição com tratamento adequado, bolsa rota 3 dias antes do parto, sem profilaxia intra-parto e sem corticoide antenatal. Chegou ao hospital em período expulsivo. RN pré termo, 29 semanas, pesando 840 gramas e APGAR 7/10. RN evoluiu com desconforto respiratório moderado.

Quais as condutas necessárias?

- (A) Cpap sob máscara em sala de parto; transferir para UTI neonatal; entubação + Surfactante exógeno; manter em ventilação mecânica e iniciar esquema antibiótico.
- (B) Cpap sob máscara em sala de parto; transferir para UTI neonatal; Surfactante exógeno ensure; manter em Cpap nasal e iniciar esquema antibiótico.
- (C) Ventilação mecânica; transferir entubado para UTI neonatal e não fazer surfactante exógeno.
- (D) Transferir para UTI neonatal em ar ambiente; Cpap nasal; Surfactante exógeno e colocar em ventilação mecânica.
- (E) Transferir para UTI neonatal em ar ambiente; Cpap nasal; Surfactante exógeno ensure e Cpap nasal.

QUESTÃO 23

A meningite acomete, com frequência, a população pediátrica sendo de fundamental importância o conhecimento dos agentes etiológicos, manifestações clínicas e as formas de prevenção. Nos contatos familiares de pacientes com meningite bacteriana, a quimioprofilaxia está indicada no seguinte agente etiológico:

- (A) *Staphylococcus aureus*.
- (B) *Haemophilus influenzae*.
- (C) *Listeria monocytogenes*.
- (D) *Streptococcus pneumoniae*.
- (E) *Staphylococcus coagulase negativo*.

QUESTÃO 24

Os acidentes tem sido uma importante causa de morbimortalidade, na infância. Dentre os acidentes, o traumatismo crânio-encefálico é a principal causa de acidentes, nessa fase da vida.

Pré escolar, 3 anos de idade, vítima de atropelamento por motocicleta, chega à sala vermelha do Hospital geral de Palmas trazido pelo resgate com colar cervical, em glasgow 7, pupilas anisocóricas, hematoma periorbitário bilateral associado à hematoma retroauricular e com hiperventilação.

Indique a sequência de atendimento mais adequada para esse paciente.

- (A) Intubação orotraqueal, ressuscitação volêmica, manitol, hiperventilação, TC de crânio de urgência e avaliação do neurocirurgião.
- (B) Intubação orotraqueal, hiperventilação pulmonar, manitol e avaliação do neurocirurgião.
- (C) intubação orotraqueal, ventilação mecânica com hiperventilação, solução salina hipertônica, tiopental e TC de crânio de urgência.
- (D) Intubação orotraqueal, hiperventilação, manitol e avaliação do neurocirurgião.
- (E) Intubação orotraqueal, tiopental, manitol, solução salina hipertônica, avaliação da neurocirurgia e TC de crânio de urgência.

QUESTÃO 25

Recém-nascido de parto normal assintomático, com IgM anti-Toxoplasma gondii negativa, IgG com título baixo e igual ao materno, fundo de olho normal, sem alterações líquóricas e tomografia computadorizada de crânio normal; mãe tratada com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, por apresentar soroconversão documentada durante o último trimestre da gestação, com avidéz de 18% e detecção do parasita no líquido amniótico positiva por PCR.

Indique a conduta adequada.

- (A) Tranqüilizar a mãe e não instituir terapia, porque, provavelmente, trata-se de um caso não-infectado, pela ausência de IgM e o baixo título de IgG.
- (B) Não tratar, mas assegurar acompanhamento clínico e monitorização dos anticorpos IgG, durante o primeiro ano de vida.
- (C) Instituir, de imediato, tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico e acompanhamento clínico e laboratorial, com monitorização dos anticorpos IgG, durante o primeiro ano de vida.
- (D) Não tratar, uma vez que o tratamento antiparasitário não está indicado para crianças assintomáticas.
- (E) O risco de sequelas oculares não é significativo, nesse caso, e os medicamentos usados têm efeitos colaterais importantes, não se justificando o tratamento.

QUESTÃO 26

Qual dos seguintes marcadores virais indica cicatriz sorológica de vacinação para a hepatite B?

- (A) HBS Ag
- (B) HBc Ag
- (C) anti-HBC
- (D) HBe Ag
- (E) anti-HBs

QUESTÃO 27

Os distúrbios ácido-básicos são muito frequentes, no paciente criticamente doente, sendo o seu reconhecimento e a interpretação da gasometria arterial cruciais para o cuidado desses pacientes. São causas de acidose metabólica com ânion gap aumentados, **EXCETO**:

- (A) Acidose láctica.
- (B) Cetoacidose diabética
- (C) Insuficiência Renal.
- (D) Intoxicação por salicilatos.
- (E) Acidose tubular renal proximal.

QUESTÃO 28

D.H.C. 23 anos, GIP0A0, amenorreia e USG obstétrico 37 semanas, pré-natal adequado sem intercorrências, resolve em comum acordo com seu obstetra realizar cesariana eletiva para concordância de aniversário com seu filho. Após nascimento, recém-nascido com New Ballard, 36 semanas, 3 dias, pesando 2150 gramas, com desconforto respiratório moderado (BSA=5), foi encaminhado a UTI neonatal, onde a admissão o provável diagnóstico e a melhor conduta a ser tomada seria:

- (A) Membrana hialina, ventilação mecânica.
- (B) Síndrome desconforto respiratório; Surfactante exógeno.
- (C) Pneumonia; ventilação mecânica.
- (D) SAM, Cpap nasal.
- (E) Taquipnéia transitória do recém-nascido, Cpap nasal.

QUESTÃO 29

O abdome agudo cirúrgico, na infância, é frequente motivo de atendimento à criança. Sobre a apendicite aguda, na infância, indique a afirmação **INCORRETA**.

- (A) A apendicite aguda é o processo inflamatório do apêndice cecal ocasionado pela obstrução do seu lúmen.
- (B) A apendicite aguda é mais comum em meninos.
- (C) A anamnese e o exame físico são os pontos mais importantes para o diagnóstico.
- (D) A tomografia computadorizada apresenta alta sensibilidade e especificidade, em torno de 96-94 %. Mas, com desvantagens como : alto custo, necessidade de uso de contraste e altas doses de radiação.
- (E) A apresentação clínica com vômitos é pouco frequente.

QUESTÃO 30

Derrame pericárdico é uma situação drástica, com elevado riscos de vida para a criança criticamente doente. Lactente, 6 meses, cardiopata (tetralogia de fallot), em pós operatório imediato (primeiras 12 h de pós-cirurgia), evoluindo com hipotensão persistente, bulhas cardíacas hipofonéticas, turgência jugular e dispneia importante.

Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Síndrome de baixo débito.
- (B) Pneumotórax hipertensivo.
- (C) Tamponamento cardíaco.
- (D) Hemotórax.
- (E) Pericardite aguda.

QUESTÃO 31

H.F.R 40 anos, GIIPIA0, idade gestacional pela DUM 36 semanas, pré-natal adequado, no USG obstétrico morfológico foi identificado hérnia diafragmática á esquerda com presença de estômago e alças intestinais no tórax do feto. Ao nascimento, foram realizadas as seguintes medidas: intubação orotraqueal e ventilação manual em T, sendo admitido na UTI neonatal e colocado em ventilação com volume garantido 6ml/kg, realizado oximetria pré e pós DUCTAI de 85 e 60% respectivamente e ecocardiografia funcional, no leito com gradiente de pressão da artéria pulmonar aumentado e insuficiência tricúspide. Indique o diagnóstico provável e a melhor opção terapêutica.

- (A) Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido, óxido nítrico.
- (B) Síndrome do desconforto respiratório, surfactante exógeno.
- (C) Hipoplasia pulmonar, cirurgia pediátrica torácica.
- (D) Taquipnéia transitória do recém-nascido, observação clínica.
- (E) Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido, milrinona ou sildenafil.

QUESTÃO 32

A insuficiência renal aguda é uma das maiores complicações do paciente internado, na unidade de terapia intensiva pediátrica.

Escolar, 8 anos, deu entrada na unidade de terapia intensiva pediátrica, com quadro de choque séptico devido pneumonia bacteriana. Apresenta-se em ventilação mecânica com parâmetros moderados e FIO2 de 60 % , adrenalina contínua 0,3 mcg/kg/min, sonda vesical de demora com diurese < 0,5 ml/kg/h por mais de 12 horas. Após cálculo do clearance de creatinina, foi identificado redução de 50 % da taxa de filtração glomerular. De acordo com os critérios pRIFLE ,qual estágio de lesão renal aguda esse paciente se encontra?

- (A) Risco.
- (B) Lesão (INJURY).
- (C) Falência.
- (D) Perda (Loss)
- (E) Estágio terminal.

QUESTÃO 33

E.F.C. 35 anos, GIIPIA0, 40 semanas, DHEG em uso de metildopa, foi internada com epigastralgia, cefaleia, com hemograma com plaquetopenia, AST E ALT elevadas, evoluindo com crise convulsiva, administrado sulfato de magnésio, cardiocografia com centralização fetal, sendo indicado cesária de emergência. Recém nascido nasceu banhado em mecônio, deprimido, não chorou ao nascer, tônus ruim. Indique a alternativa cuja conduta seja a mais **CORRETA** para o caso descrito, segundo as novas normas do Curso de Reanimação Neonatal.

- (A) Clampeamento tardio, contato pele a pele e aleitamento precoce.
- (B) VPP com ventilador manual em T com FIO2 á 21% e, se necessário, aumentar até 100%.
- (C) Laringoscopia com aspiração da hipofaringe, sob visualização direta, em seguida da traqueia, através de cânula orotraqueal e dispositivo, apenas uma única vez.
- (D) Laringoscopia com aspiração da hipofaringe, sob visualização direta, em seguida da traqueia, através de cânula orotraqueal e dispositivo de aspiração de mecônio, por quantas vezes forem necessárias.
- (E) Aspirar boca e depois narinas, enquanto recém-nascido permanece em contato pele a pele.

QUESTÃO 34

Recém nascido de parto vaginal, 40 semanas de idade gestacional, peso de 3250 gramas, APGAR 9/10 e com boas condições de nascimento sendo encaminhado juntamente com a mãe para o alojamento conjunto. Evoluindo, após 24 horas de vida com sopro cardíaco suave e sem repercussões hemodinâmicas. Realizado teste do coraçõzinho com saturação em membro superior direito 98% e, em membro inferior esquerdo, 93%.

Qual conduta deverá ser tomada?

- (A) Transferir recém-nascido, imediatamente, para UTI neonatal e solicitar Ecocardiograma bimedimensional com Doppler.
- (B) Ecocardiograma bimedimensional com Doppler e solicitar parecer para o cardiologista pediátrico.
- (C) Repetir teste do coraçõzinho, com 1 hora de intervalo, e se diferença se mantiver de 3, solicitar ecocardiograma bimedimensional com Doppler e programar alta hospitalar, conforme resultado do ecocardiograma.
- (D) Alta hospitalar + acompanhamento neonatal de rotina.
- (E) Transferir recém-nascido para UTI neonatal; solicitar ecocardiograma bidimensional com Doppler e iniciar prostaglandina.

QUESTÃO 35

RN de 29 semanas, com 1.200g, é admitido na UTIN em função de síndrome do desconforto respiratório e insuficiência respiratória de instalação precoce. Mãe com 29 anos, saudável, gestação sem intercorrências. No entanto, apresentou febre e disúria, durante três dias, e entrou em trabalho de parto. O parto foi normal e a parturiente continuava sintomática. O bebê nasceu deprimido e necessitou de reanimação, em sala de parto. Recebeu suporte ventilatório, surfactante exógeno e antibióticos (a hemocultura do RN identificou *Streptococcus agalactiae* e evoluiu bem após a primeira semana. Leite materno foi ordenhado a partir de três dias pós-natais e passou a ser oferecido sem processamento prévio a partir do quarto dia, com aumento progressivo do volume. A criança foi submetida a exame de detecção de DNA do CMV na saliva com uma semana de vida, cujo resultado foi negativo. Permaneceu sob assistência ventilatória até o final da segunda semana.

A partir daí, não necessitou mais de suporte de oxigênio e foi transferido para a unidade de cuidados intermediários, onde foi alimentado com leite materno não processado administrado por sonda orogástrica. Na quarta semana de vida, passou a apresentar episódios de apneia, com dependência de oferta de oxigênio, e notaram-se resíduos alimentares. Na ocasião, sua hemoglobina era de 7g/dL. Não havia recebido transfusão até então, mas, neste episódio, recebeu transfusão de concentrado de hemácias (15mL/kg), sem ter havido modificação das manifestações. Investigaram-se outras causas para o quadro clínico apresentado (sepse bacteriana, insuficiência cardíaca, enterocolite necrosante, distúrbios metabólicos, entre outras), mas não foram confirmadas. Detectaram-se, em sangue periférico, 50.000 plaquetas/mm³, neutrófilos 850/mm³, gamaglutamiltransferase = 250UI, transaminase glutâmica oxalacética (TGO) = 100UI.

Na quinta semana de vida, observou-se melhora dos sinais e das alterações laboratoriais.

Considerando-se que o teste de detecção de DNA do CMV foi positivo na urina obtida desse RN, durante a quarta semana de vida, qual das alternativas a seguir inclui medidas necessárias para essa criança?

- (A) Suspensão do uso de leite materno não processado para a sua alimentação.
- (B) Início do uso de ganciclovir por via endovenosa.
- (C) Início do uso de valganciclovir por via oral.
- (D) Observação da evolução, monitorando sinais clínicos e alterações laboratoriais
- (E) Tanto o tratamento quanto o acompanhamento clínico-laboratorial são desnecessários, uma vez que a detecção do DNA do CMV, com 1 semana de vida, foi negativo; o segundo exame provavelmente é erro laboratorial.

QUESTÃO 36

Devido à alta prevalência de toxoplasmose no Brasil, deve-se realizar em toda gestante, no início do pré-natal, a investigação sorológica para toxoplasmose.

Visando o diagnóstico da toxoplasmose congênita, analise as seguintes afirmativas:

- I. A persistência da IgG positiva ao final do primeiro ano de vida, ou a elevação dos títulos nos primeiros meses confirmam a infecção na criança.
- II. A presença de IgM após o 5º dia de vida não pode ser considerado diagnóstico de infecção congênita no neonato.
- III. Gestantes reinfectadas ou que reativaram infecção prévia não apresentam risco para o feto, se ela for imunocompetente.
- IV. Quando valores de IgG e IgM estão próximos dos valores de referência para a positividade do laboratório, esse resultado deve equivaler a infecção pregressa ou IgM residual.

Marque a alternativa **CORRETA**.

- (A) Somente as afirmativas I, II e III estão corretas.
- (B) Somente as afirmativas II, III e IV estão corretas.
- (C) Somente as afirmativas I, III e IV estão corretas.
- (D) Somente as afirmativas I e III estão corretas.
- (E) Todas as afirmativas estão corretas.

QUESTÃO 37

As infecções congênitas causadas pelo grupo das TORCHS manifestam-se clinicamente de forma semelhante porém algumas manifestações são muito características de cada uma delas.

Diante disso, é **INCORRETO** afirmar que:

- (A) A catarata/glaucoma congênitos, doença cardíaca congênita, comprometimento auditivo e retinopatia pigmentar são características da rubéola congênita.
- (B) A toxoplasmose pode se manifestar classicamente com hidrocefalia, coriorretinite, calcificações intracranianas, retardo mental, perda auditiva importante em grande parte dos casos.
- (C) RN com citomegalovírus congênito pode nascer assintomático com baixas taxas de mortalidade mas ao longo do desenvolvimento pode apresentar perda auditiva, retardo mental, espasticidade motora e microcefalia.
- (D) RN portador de herpes simples podem apresentar um quadro de doença neurológica isolada, com microcefalia, cegueira e cistos porencefálicos.
- (E) A infecção neonatal por Herpes simples funciona como uma verdadeira ameaça a vida podendo se manifestar com quadro de sepse neonatal precoce acometendo vários órgãos com anemia, manifestações hemorrágicas e distúrbios respiratórios/circulatórios.

QUESTÃO 38

A fototerapia é um procedimento amplamente utilizado no tratamento da icterícia neonatal. Nos últimos anos, passou por vários tipos de aparelhos e lâmpadas com melhora na efetividade do tratamento.

Sobre a fototerapia utilizada nas unidades neonatais e alojamentos conjuntos, é **CORRETO** afirmar.

- (A) Os aparelhos de fototerapia com lâmpadas de LED (*lighting-emitting diodes*) expõem o RN a perda de calor com necessidade de reposição nas perdas insensíveis.
- (B) A irradiância é inversamente proporcional à distância entre as lâmpadas e o RN.
- (C) A irradiância de cada aparelho de fototerapia deve ser avaliada, pelo menos quinzenalmente, para determinação do seu declínio e, possivelmente, a troca de lâmpadas.
- (D) A distância recomendada entre a lâmpada e o RN, na maioria dos aparelhos, deve ser em torno de 50 cm.
- (E) A fototerapia inferior é mais indicada para RN com menos de 2000 g, já que poderá ser utilizada por baixo enquanto outra poderá ser instalada por cima do corpo do RN.

QUESTÃO 39

A icterícia neonatal pode ser deflagrada por uma incompatibilidade do tipo Rh (mais grave) ou ABO (menos grave), quando se considera as causas hemolíticas, além daquelas causadas por antígenos eritrocitários irregulares.

Considerando a icterícia por incompatibilidade ABO, indique a alternativa **INCORRETA**.

- (A) É uma doença limitada a RN do tipo A ou B, com mães do tipo O, podendo ocorrer na primeira gestação.
- (B) Ocorre nas primeiras 24-36 horas de vida, evoluindo de forma errática, podendo persistir por duas semanas.
- (C) Mulheres multigestas ou que receberam transfusão sanguínea previamente à gestação devem ser pesquisadas quanto à presença e titulação de anticorpos e antígenos irregulares, através de coombs indireto específico.
- (D) A positividade do coombs direto está diretamente relacionado com a gravidade da hemólise.
- (E) Normalmente, ocorre de forma precoce (dentro das primeiras 24 horas de vida) podendo evoluir de forma grave.

QUESTÃO 40

O aleitamento materno é uma prática comprovadamente benéfica para lactentes, principalmente, quando praticado de forma exclusiva até os 6 meses de idade, quando deverá ser iniciada a complementação.

Considerando as afirmativas a seguir:

- I. Aleitamento materno: uso do leite da mãe direto da mama ou ordenhado, independente de estar recebendo ou não outros alimentos.
- II. Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe apenas leite materno, direto do seio ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou outros medicamentos.
- III. Aleitamento materno predominante: a criança recebe, além do leite materno, água, ou bebidas a base de água, sucos de frutas ou medicamentos.
- IV. Aleitamento materno complementado: além do leite humano, a criança recebe qualquer sólido ou semi-sólido a fim de complementar o leite humano e não de substituí-lo (águas, chás e substitutos do leite).

Indique a alternativa **CORRETA**.

- (A) Somente as afirmativas II, III e IV estão corretas.
- (B) Somente as afirmativas I, III e IV estão corretas.
- (C) Somente as afirmativas I, II e IV estão corretas.
- (D) Somente as afirmativas I, II e III estão corretas.
- (E) Todas as afirmativas estão corretas.

QUESTÃO 41

Lactente, 1 ano e 2 meses, sexo masculino, há 48 horas apresentando febre, irritabilidade, tosse seca e desconforto respiratório. Mãe refere que a criança sempre está gripada e, neste ano, já teve 2 internações hospitalares por pneumonia. A última internação, há cerca de 3 meses, esteve em Unidade de Terapia Intensiva sendo submetida à ventilação mecânica e drenagem torácica devido derrame pleural. Nega crises de broncoespasmos prévios. Vacinação completa. Pais não consanguíneos. Não frequenta creche.

Ao exame físico: Regular estado geral, dispneico (Tiragem intercostal), FR 48 irm, febril (Temperatura axilar 38,5), hipocorado, hidratado.

AP: MV presente e rude com estertores crepitantes em base de hemitórax direito. AC: BCNF RR EM 2 T SEM SOPROS
Abdome sem visceromegalias. Pele sem lesões. MMII com boa perfusão periférica, sem edemas. Rx torax AP: Condensação heterogênea em base de hemitorax direito.

Além de internação hospitalar e tratamento da pneumonia atual, qual a conduta apropriada?

- (A) Iniciar antibioticoprofilaxia.
- (B) Iniciar o uso de imunoestimulantes orais.
- (C) Iniciar o uso de corticóide inalatório.
- (D) Investigar imunodeficiência primária.
- (E) Iniciar uso de antileucotrieno.

QUESTÃO 42

Escolar 6 anos, sexo feminino, iniciou lesões avermelhadas e elevadas em membros inferiores, com prurido intenso associado após picada por formigas em pés. As lesões se espalharam rapidamente por todo o corpo sendo que algumas confluíram formando placas em abdome e dorso. Não apresentou tosse, desconforto respiratório ou sensação de sufocamento. Foi levada imediatamente ao Posto de Saúde próximo de sua residência onde recebeu Hidrocortisona e Difenidramina injetáveis e teve alta após 1 hora, com melhora do quadro e mantendo apenas algumas lesões em tronco. Criança com história prévia de alergia a picada por insetos.

Indique o diagnóstico **CORRETO**.

- (A) Estrófulo.
- (B) Urticária.
- (C) Anafilaxia.
- (D) Vasculite.
- (E) Angioedema.

QUESTÃO 43

Pré escolar, 1 ano e 6 meses, sexo masculino, há cerca de 3 semanas febre com temperatura superior a 38 graus. Após 2 dias do início do quadro, foi atendido em Pronto Socorro e como não apresentava outros sinais e sintomas e não apresentava alterações no exame físico foi orientado a realizar curva térmica e uso de antitérmicos, se necessário. Após 5 dias, mantendo febre e irritabilidade buscou novo atendimento e embora não apresentasse alterações ao exame físico, exceto hiperemia de orofaringe, foi orientado uso de amoxicilina, por 10 dias. Após 24 h do início do antibiótico, estava afebril. Após 7 dias de ter concluído uso do antibiótico, voltou a ter febre por mais 48 h, hiporexia e adinamia. Nega alterações urinárias e nas evacuações. Nega vômitos. Criança ingressou na creche há cerca de 4 semanas. Neste terceiro atendimento, apresentava-se ao exame físico: BEG, ativa e reativa, febril ao toque (temperatura axilar 38,8 graus), taquipneica, hipocorada, hidratada. AP: MV presente, sem RA. AC: BCNF RR EM 2 T SEM SOPROS. Otoscopia: membrana timpânica translúcida bilateralmente. Oroscoopia: ausência de úlceras e ou hiperemia em orofaringe e mucosa oral. Pele sem lesões. Abdomen inocente. SNC sem sinais meníngeos. MM com boa perfusão periférica, sem edemas. Ausência de gânglios em cadeias axilar, cervical, inguinal e retroauricular. HMG hb 12 ht 36 plaquetas 200 mil leucócitos: 9900 (S 45% B 0% L 65%). Urina 1: sem alterações. PCR: 2 mg/L. VHS 10 mm/h. TGO 20 TGP 24. Sorologias: CMV IgG reagente IgM não reagente. EBV IgG reagente IgM não reagente. Parvovírus B19 IgG reagente IgM não reagente. Herpes vírus IgG reagente IgM não reagente.

Qual o diagnóstico?

- (A) Mononucleose infecciosa.
- (B) Febre periódica.
- (C) Febre de origem indeterminada.
- (D) Leucemia linfóide aguda.
- (E) PFAPA.

QUESTÃO 44

Lactente de 10 meses de idade, sexo feminino, nascido de parto normal a termo em domicílio, filho de mãe infectada pelo HIV, sem uso de terapia antirretroviral. Vacinação incompleta. Em aleitamento materno e alimentação semelhante a da família. Trazida para primeira consulta com pediatra em unidade de saúde. Ao exame físico, apresenta-se clinicamente com lesões cutâneas, sob a forma de escamas graxentas branco-amareladas sobre placas eritematosas em fronte, sulco naso-geniano, regiões pré-esternal e médio-dorsal e áreas intertriginosas, além de couro cabeludo.

Qual o diagnóstico?

- (A) Histiocitose de células de Langerhans.
- (B) Dermatite atópica.
- (C) Dermatite seborréica.
- (D) Acrodermatite enteropática.
- (E) Escabiose.

QUESTÃO 45

Pré escolar, 4 anos, feminino, iniciou, há cerca de 5 dias, quadro com febre elevada (Temperatura axilar 39 C), odinofagia e hiporexia. Após 48 h, evoluiu com nódulos subcutâneos dolorosos em membros inferiores, lívido reticular, além de dor e edema em joelhos e tornozelos. Úlceras e áreas de necrose surgiram em segmentos distais de pés, após cerca de 7 dias do início do quadro, quando buscou atendimento em Pronto Socorro local. Foi internado e realizou os seguintes exames laboratoriais:

Hemograma: hb 10,6 ht 31,8 VCM 82 HCM 28 CHCM 34. Plaquetas 250 mil. Leucócitos 16800 (S 75 %, Eo 7 %, L

15%). PCR 126 mg/L. VHS 160 mm/h. ASLO 600 UI/ml. Urina 1: ph 6, densidade 1020, glicose ausente, proteínas ausente, cristais ausentes, células epiteliais e cilindros ausentes, cetonas ausente.

Qual o diagnóstico?

- (A) Artrite reumatóide juvenil.
- (B) Febre reumática.
- (C) Doença de Kawasaki.
- (D) Poliarterite nodosa cutânea.
- (E) Artrite séptica.

QUESTÃO 46

Criança, 2 anos e 6 meses, apresenta quadro de poliúria, polidipsia e dificuldade de ganho de peso (SIC) . A mãe refere que aceita normalmente a alimentação e que como já havia pensado que podia ser Diabetes tipo1, fez um exame de glicemia que veio normal e já fez, por conta própria, várias dosagens de glicemia capilar em jejum e sempre com valores normais. Está preocupada, pois sabe que troca muito mais fraldas encharcadas neste filho comparando com o irmão mais velho.

Ao exame físico: Criança ativa, reativa, emagrecida (peso= 9 Kg), desidratação leve, eupneico, acianótico, afebril. ACV: RCR 2T, BNF, sem sopros; FC = 100; AR: MV audível bilateralmente sem ruídos adventícios. Abdomen : pouco escavado, RHA+, sem visceromegalias. Extremidades: pulsos cheios, boa perfusão periférica.

Com essa história, tendo sido descartado DM1, o provável diagnóstico é Diabetes Insipidus. Pensando nisso, foram solicitados os exames pertinentes para confirmar.

Indique qual afirmativa, dentre as apresentadas, confirma o diagnóstico de Diabetes Insipidus Central.

1. Hipernatremia e aumento da osmolaridade sérica (acima de 300mOsm/Kg), com dosagem de sódio urinário diminuídos e diminuição da osmolalidade urinária (abaixo de 300mOsm/Kg).
2. Hipernatremia e diminuição da osmolaridade sérica (abaixo de 300mOsm/Kg). com dosagem de sódio urinário diminuídos e aumento da osmolalidade urinária (acima de 300mOsm/Kg).
3. Hiponatremia e aumento da osmolaridade sérica (acima de 300mOsm/Kg). Com dosagem de sódio urinário aumentados e diminuição da osmolalidade urinária (abaixo de 300mOsm/Kg).
4. Hiponatremia e diminuição da osmolaridade sérica (abaixo de 300mOsm/Kg). com dosagem de sódio urinário aumentados e aumento da osmolalidade urinária (acima de 300mOsm/Kg).

- (A) Afirmativa 1.
- (B) Afirmativa 2.
- (C) Afirmativa 3.
- (D) Afirmativa 4.
- (E) Nenhuma das afirmativas.

QUESTÃO 47

A maioria dos diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 1 são feitos no Pronto-Socorro, com o paciente em Cetoacidose Diabética.

No quadro laboratorial de Cetoacidose Diabética, são evidenciadas as seguintes alterações:

- (A) Hiperglicemia maior que 300 mg/dl; hipocetonemia menor que 3 mMol/L; acidose metabólica e hipernatremia.
- (B) Hiperglicemia maior que 300 mg/dl; hipocetonemia menor que 3 mMol/L; acidose metabólica e hiponatremia.
- (C) Hiperglicemia maior que 300 mg/dl; hipercetonemia maior que 3 mMol/L; acidose metabólica e hipernatremia.
- (D) Hiperglicemia maior que 300 mg/dl; hipercetonemia maior que 3 mMol/L; acidose metabólica e hipocalemia.
- (E) Hiperglicemia maior que 300 mg/dl; hipercetonemia maior que 3 mMol/L; acidose metabólica e hiponatremia.

QUESTÃO 48

Recém-nascido, sexo masculino, 23 dias de vida, com história de pré-natal, natal e pós-natal sem intercorrências. Está em aleitamento materno exclusivo e mãe refere que, há 2 dias, começou a apresentar vômitos e está choroso. Nega diarreia, febre e qualquer outro sintoma. Mãe refere ter colhido o teste do pezinho, mas ainda não recebeu os resultados. Você faz como uma das hipóteses diagnósticas a hiperplasia congênita de supra-renal.

Em relação a esse distúrbio metabólico, é **CORRETO** afirmar:

- 1. Neste momento, este recém-nascido apresenta hiponatremia e a confirmação do diagnóstico é feita com o aumento da 17-OH- progesterona.
- 2. O diagnóstico deste recém-nascido é Hiperplasia Congênita de Supra-Renal forma perdedora de sal e para tratamento adequado, neste momento, é necessário hidratação venosa, corticoterapia com hidrocortisona ou metilprednisolona e 9-alfa- fludrocortisona.
- 3. Na alta hospitalar, este recém-nascido necessita apenas fazer o uso via oral de prednisona.
- 4. No exame físico deste recém-nascido, com certeza, foi encontrado algum grau de ambiguidade genital.
- 5. É preconizado para este paciente, dobrar a dose do corticóide, em períodos de estresse.

Marque a alternativa **CORRETA**.

- (A) Somente as afirmativas 1 e 2 estão corretas.
- (B) Somente as afirmativas 1, 2 e 3 estão corretas.
- (C) Somente as afirmativas 1, 2, 3 e 4 estão corretas.
- (D) Somente as afirmativas 1, 2 e 5 estão corretas.
- (E) Somente as afirmativas 1, 2, 3 e 5 estão corretas.

QUESTÃO 49

A tempestade tireotóxica ou crise tireotóxica corresponde a um evento raro na Pediatria, mas de significância clínica, pois é definida como um estado grave de hipertireoidismo associado à descompensação de um ou mais órgãos e, por isso, deve ser diagnosticado o mais precocemente possível a fim de evitar o risco de morte.

Paciente, sexo feminino, 14 anos, refere que, há 2 meses, iniciou com quadro de emagrecimento, taquicardia (Fc = 115bpm), PA = 160 x 100 mmHg, presença de bócio e diarreia intermitente associada a dor abdominal e vômitos. Refere ainda que o quadro iniciou após evento pessoal de grande estresse psicológico.

Com esses sintomas e realização de exames confirmatórios, é feito diagnóstico de crise tireotóxica.

Para o tratamento, qual anti-hipertensivo é mais indicado nessa fase e por que?

- (A) Diuréticos de alça, pois controlam mais eficazmente os sintomas cardiovasculares.
- (B) Diuréticos de alça associados aos betabloqueadores para controle mais rápido dos sintomas cardiovasculares.
- (C) Betabloqueadores, pois controlam os sintomas colinérgicos da crise tireotóxica.
- (D) Betabloqueadores, pois controlam os sintomas adrenérgicos típicos da crise tireotóxica.
- (E) Nenhuma das alternativas está correta.

QUESTÃO 50

O hipotireoidismo congênito apresenta uma incidência de 1:3400 nascidos vivos e o diagnóstico tardio implica em alterações irreversíveis para o bebê, sendo de grande impacto para a vida desta criança e sua família. Esses foram alguns dos motivos em que a implantação do teste do Pezinho, na década de 1970, e a incorporação da dosagem dos marcadores para hipotireoidismo congênito, em 1980, foram de vital importância para diagnóstico rápido evitando sequelas para estes bebês.

Em relação ao Hipotireoidismo Congênito, qual(is) afirmativa (s) estão **INCORRETAS**.

- I. A maioria dos casos de Hipotireoidismo Congênito é devido a defeitos embriológicos, sendo que a disgenesia tireoideia corresponde à maior prevalência.
 - II. Alguns sinais e sintomas, que podem ser observados no recém-nascido são: icterícia prolongada, sucção débil, hérnia umbilical e fontanela anterior ampla.
 - III. O tempo ideal para coleta do teste do pezinho é entre 3 e 5 dias de vida (máximo de 7 dias de vida) porém, nos prematuros, esse período da coleta apresenta maior chance de falsos positivos.
 - IV. O tratamento corresponde à introdução, o mais precoce possível, da levotiroxina em doses baixas, com aumento progressivo da dose, de acordo com a resposta clínica e laboratorial de cada bebê.
- (A) Apenas a afirmativa III está incorreta.
 - (B) As afirmativas III e IV estão incorretas.
 - (C) Apenas a afirmativa IV está incorreta.
 - (D) Nenhuma das afirmativas está incorreta.
 - (E) Apenas a alternativa I está incorreta.