



**GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA (ESP-PB)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)**

**PROCESSO SELETIVO
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
EDITAL Nº 001/2021, de 09 de Fevereiro de 2021.**

CADERNO DE QUESTÕES

► MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA ◀

**DATA DA PROVA: 20/02/2021
DURAÇÃO TOTAL: 03 HORAS (14:00 às 17:00h)**

ORIENTAÇÕES AO CANDIDATO:

- Você receberá do fiscal de sala o seguinte material:
 - ✓ Este caderno de questões;
 - ✓ Um cartão-resposta destinado à marcação das questões.
- **Confira este material** assim que recebê-lo e, caso contenha algum erro, comunique ao fiscal.
- Após a conferência, assine o cartão-resposta no espaço destinado.
- Não dobre, amasse e/ou rasure o cartão-resposta, pois ele não será substituído.
- Este caderno tem um total de 30 (trinta) questões.
- Para cada questão são apresentadas 05 (cinco) alternativas de resposta (a, b, c, d, e), devendo o candidato **escolher apenas uma** e, utilizando caneta esferográfica azul ou preta, preencher completamente o círculo correspondente no cartão-resposta.
- As respostas das questões deverão, obrigatoriamente, ser transcritas para o cartão-resposta, que será o único documento válido utilizado na correção eletrônica.
- Não serão prestados esclarecimentos sobre o conteúdo da prova durante a sua aplicação.
- O candidato não poderá se ausentar da sala antes de transcorrida uma hora de início da prova.

**Boa prova!
Comissão do Processo Seletivo da Residência Médica.**

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
11 -	12 -	13 -	14 -	15 -
16 -	17 -	18 -	19 -	20 -
21 -	22 -	23 -	24 -	25 -
26 -	27 -	28 -	29 -	30 -

PROVA DE CONHECIMENTOS EM PEDIATRIA

1) As rinites e rinosinusites costumam causar transtornos para crianças e pais. Com relação às suas variedades e terapêuticas disponíveis, marque a alternativa **FALSA**.

- a) Existe clara evidência de que crianças que respiram de forma fisiológica pelo nariz têm melhores chances de dentes bem posicionados.
- b) A maioria dos recém-nascidos não sabe respirar pela boca de forma regular, provocando maiores transtornos para essa faixa etária nas obstruções nasais.
- c) Nas rinites alérgicas, os anti-histamínicos de 2ª geração devem ser preferidos aos de 1ª. Nas rinosinusites pós-virais devemos priorizar os corticóides tópicos nasais ao invés do uso sistêmico.
- d) A prednisona oral deve ser usada por no mínimo 10 dias nos casos de obstrução nasal importante com dor facial na rinosinusite bacteriana.
- e) Os anti-histamínicos de 2ª geração prejudicam menos as crianças quanto ao rendimento escolar quando comparados com os de 1ª geração, já que esses últimos provocam mais sonolência.

2) As Infecções de Via Aéreas Superiores (IVAS), rinites e rinosinusites estão entre as principais causas de atendimentos nos consultórios de pediatria. Marque a alternativa **FALSA**.

- a) O rinovírus é o principal agente causador e o número de casos provocados por ele não se modifica durante todo o ano, enquanto que os demais vírus, tais como coronavírus, parainfluenza vírus e adenovírus, apresentam-se mais frequentes em determinados períodos, acompanhando as mudanças climáticas.
- b) Os principais agentes causadores das rinosinusites bacterianas são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. Conforme o avanço no uso da vacina antipneumocócica, o *Haemophilus influenzae* vem ganhando maior frequência em várias áreas.
- c) Dentre os critérios para rinosinusite bacteriana estão secreção nasal com cor, predominantemente unilateral/secreção purulenta na rinofaringe, dor intensa local, febre > 38°, VHS ou PCR elevados, dupla piora (piora dos sintomas após o 5º dia ou persistência após o 10º).
- d) Nas rinosinusites pós-virais, a principal terapêutica envolve lavagem nasal com soro fisiológico e corticóide tópico.
- e) Febre por 4 dias não é indicação de início de antibióticos quando analisada isoladamente. Avaliação clínica e evolução do quadro devem ser considerados.

3) Uma criança de 3 anos é trazida para emergência com quadro de tosse, taquipnéia e febre há 7 dias, com agravo nas últimas 24h. Ao exame físico apresentava estertores finos audíveis principalmente em HTD (Hemitórax Direito). Com relação ao provável diagnóstico escolha a melhor alternativa abaixo:

- a) Consideramos pneumonia adquirida no hospital quando diagnosticada a partir de 72h pós-internamento.
- b) Pneumonia é a inflamação do parênquima pulmonar, geralmente de causa infecciosa, mais frequentemente viral ou bacteriana.
- c) Nos recém-nascidos, a principal causa de PAC (Pneumonia Adquirida na Comunidade) é o *Haemophilus influenzae*.
- d) A “pneumonia afebril do lactente” foi uma ideia criada pelos profissionais de saúde e passada por muitos anos que não tem fundamento ou agentes responsáveis na sua gênese.
- e) Independente de complicações existentes, o esquema antimicrobiano deve ser mudado caso o paciente apresente febre mesmo após 48 horas de iniciado tratamento.

4) Com relação à pneumonia, marque alternativa **FALSA**.

- a) A taquipnéia é o sinal mais útil no diagnóstico de crianças, inclusive de maior importância do que a própria ausculta, porém outras causas para aumento da frequência respiratória, como cetoacidose diabética ou asma, por exemplo, devem ser descartadas.
- b) O principal exame complementar para o diagnóstico é o Rx de tórax. Apesar de, a partir dele, não ser possível afirmar com precisão qual agente etiológico, ajuda na percepção da extensão da doença. Não necessita ser realizado de rotina nas PAC, exceto em algumas particularidades, como crianças mais graves ou infecções de repetição.
- c) Independentemente da idade, toracocentese ou drenagem não estão indicados caso o derrame pleural seja mínimo.
- d) Geralmente a PAC não é precedida por um quadro de IVAS.
- e) Pelos critérios da OMS, uma criança de 5 anos com tosse e taquipnéia deve receber antibiótico.

5) Dentre os sinais e sintomas que estão mais presentes nos atendimentos pediátricos, a febre é uma das mais frequentes. Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A temperatura axilar é a que mais se aproxima da central, daí ser amplamente mais utilizada que a retal.
- b) Estamos diante de febre sem sinais localizatórios (FSSL) sempre que a criança apresenta-se com febre e exame físico normal.
- c) A maioria das crianças com FSSL apresentam doenças autolimitadas ou fase prodrômica de alguma doença infecciosa benigna.
- d) A febre sempre é causada por um processo infeccioso, seja de menor ou maior gravidade, porém nem sempre consegue-se um diagnóstico preciso, principalmente nas causas virais.
- e) Toda criança com bacteremia oculta tem indicação de internamento em UTI.

6) Nos primeiros meses de vida é frequente encontrarmos nos lactentes alguns distúrbios gastrointestinais leves. Dentre eles a cólica costuma ser mais encontrada, sendo estatisticamente acompanhada de perto por:

- a) Diarreia.
- b) Alergia à proteína do leite de vaca.
- c) Regurgitação.
- d) Vômito.
- e) Intolerância à lactose.

7) Marque a alternativa **INCORRETA**:

- a) As fórmulas extensamente hidrolisadas podem ser usadas no tratamento da APLV, enquanto que as parcialmente hidrolisadas são indicadas nos casos com necessidade de prevenção.
- b) Crianças com APLV que apresentam persistência dos sintomas com fórmulas extensamente hidrolisadas têm indicação de uso de aminoácido. As fórmulas à base de proteína de soja, isoladamente, não costumam ser recomendadas.
- c) A APLV pode ser mediada por IgE ou não mediada por IgE. Nesse último caso, costuma ser mais facilmente diagnosticada, principalmente quando o lactente apresenta só DRGE.
- d) Devido dificuldades técnicas de alguns exames no diagnóstico da DRGE, além de pouca abrangência territorial, costumam ocorrer exageros no diagnóstico dessa patologia.
- e) As manifestações da DRGE podem ser classificadas como típicas (regurgitações, choro, irritabilidade...) ou atípicas (alterações respiratórias, otorrinolaringológicas...).

8) O criptorquidismo é uma malformação congênita do sexo masculino, onde ocorre uma falha na descida do testículo até a bolsa escrotal. Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Exames histológicos no testículo desses pacientes, já entre 12 e 18 meses de vida, podem demonstrar evidências de alterações em células germinativas, reforçando a necessidade do diagnóstico e de correções cirúrgicas com maior brevidade.
- b) Uma criança que apresenta testículo em bolsa escrotal, porém que sai desta durante esforço, tem o diagnóstico de testículo retrátil e precisa ser operado com urgência.
- c) Testículo ascendente é aquele que estava em posicionamento adequado ou próximo do adequado e ascende pelo canal inguinal. Esses casos necessitam apenas de acompanhamento, pois costumam descer novamente com crescimento.
- d) Após a realização de orquidopexia esses pacientes não necessitam mais avaliação com frequência aumentada, pois, uma vez posicionados, os testículos não costumam mais sair de sua localização correta nem também existe mais risco de alterações neoplásicas.
- e) O período ideal para correção cirúrgica é após os 2 anos de idade.

9) RN nascido de parto normal com pré-natal adequado, apgar 9 e 10, pesando 3.730g, sem aparentes alterações ao nascimento. Evoluiu com distensão abdominal importante e sem eliminação de fezes por 48 horas, fazendo-o de forma explosiva após estímulo retal. Hidratação e diurese reduzidos. Rx de abdome demonstrava edema e dilatação em alças. Com relação ao diagnóstico mais provável e condutas adequadas marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Trata-se de enterocolite necrotizante. Deve-se modificar fórmula infantil para parcialmente hidrolisada e iniciar antibiótico terapia de amplo espectro.
- b) Trata-se de um megacólon congênito. Deve-se prescrever venoclise e passar SOG. A realização de um enema opaco pode ajudar no esclarecimento diagnóstico.
- c) Temos uma condição sem patologia, já que esses achados, incluindo radiológicos, podem estar presentes no recém-nascido, que muitas vezes podem passar até 3 dias para evacuar após o nascimento.
- d) A confirmação diagnóstica pela biópsia retal à procura de células ganglionares não deve ser realizada.
- e) Trata-se de um quadro de constipação funcional, não estando indicada nenhuma terapêutica. No caso descrito deve-se aumentar dieta para otimizar hidratação e diurese.

10) Com relação à asma, assinale a alternativa cujo sinal/sintoma não costuma estar presente.

- a) Sibilância.
- b) Tiragem intercostal.
- c) Rouquidão.
- d) Falta de ar.
- e) Tosse.

11) O tétano neonatal é uma doença infecciosa aguda e grave, também conhecida como tétano umbilical ou “mal dos 7 dias”. A melhor abordagem profilática para o tétano neonatal é:

- a) Imunização ativa da gestante.
- b) Imunização passiva do recém-nascido.
- c) Cuidados higiênicos do parto e do coto umbilical do recém-nascido.
- d) Imunização passiva da gestante.
- e) Imunização ativa do recém-nascido.

12) Paciente de 5 anos foi avaliado na emergência pediátrica com quadro de taquipnéia leve, sem toxemia, sem história de tosse ou febre. Genitora acrescentou que estava na dúvida sobre a coloração da urina, já que seu vaso sanitário era de cor escura, mas garantiu que o menor estava urinando em menor quantidade, apesar de estar ingerindo líquidos nas quantidades habituais. Refere ter “engordado” mais nos últimos dias. Lesões cicatriciais nos membros inferiores. Ausculta pulmonar com estertores úmidos difusos. Sumário de urina colhido por saco coletor demonstrando hematúria (100 hemácias por campo) e 3 leucócitos por campo. Marque a alternativa que melhor contempla o caso acima.

- a) Nesse caso, fica nítido o estado de desidratação, estando indicado aumento de oferta hídrica, sob risco de choque caso haja atraso na terapêutica volêmica.
- b) O uso de antibióticos para o tratamento desse quadro de pneumonia não deve ser atrasado, já que, nesses casos, a evolução para sepse é muito provável.
- c) A restrição hídrica é a medida fundamental nesse caso e, de início, não há necessidade de uso contínuo de antibióticos. As demais avaliações clínicas e exames definirão a indicação.
- d) Trata-se de um quadro de choque séptico e drogas vasoativas deve ser iniciada, priorizando a dopamina, visando melhor proteção renal.
- e) O C3 pode ajudar na elucidação desse caso, cujo valor costuma elevar-se na fase aguda, e, na maioria dos casos, retorno aos valores habituais em até 8 semanas.

13) Com relação à síndrome nefrótica, marque a alternativa **FALSA**.

- a) Os achados de edema, proteinúria nefrótica (>50mg/Kg/24h), hipoalbuminemia e dislipidemia confirmam o diagnóstico.
- b) Em pacientes edemaciados, o uso de diurético ajuda na manutenção hemodinâmica e é fundamental na terapêutica, principalmente nos casos de albumina < 1,5g/dl.
- c) Normalmente o uso de corticóide é mantido por 6 semanas em doses plenas, sendo reduzido posteriormente de forma gradual.
- d) Os exames de complemento não são necessários inicialmente, porém devem ser realizados caso haja suspeita de síndrome nefrítica.
- e) Os antibióticos não devem ser indicados de rotina.

14) Sobre distúrbios eletrolíticos, responda **VERDADEIRO (V)** ou **FALSO (F)**:

- () Caso Sódio < 120 mEq/L, fazer a correção rápida em 3-4 horas.
- () Visando evitar a síndrome de desmielinização osmótica, não se deve elevar os níveis de sódio mais que 10-12 mEq/L em 24 horas.
- () A principal complicação que pode ocorrer na correção de hipernatremia é o edema cerebral.
- () A hipercalemia pode culminar em parada cardiorrespiratória quando K >8,5 mEq/L.
- () O aumento dos níveis de insulina, a alcalose metabólica e o uso de agonistas beta-adrenérgicos diminui a concentração sérica de potássio.

- a) V, V, V, F, F.
- b) V, F, V, V, F.
- c) V, V, V, V, V.
- d) F, F, F, F, F.
- e) V, V, F, V, V.

15) Paciente de 8 anos de idade é atendido na emergência pediátrica com quadro de taquipnéia e febre, além de dores abdominais. Ao exame físico verificamos redução de ausculta de hemitórax direito e ainda estertores finos audíveis em mesma topografia. Permaneceu em enfermaria por 1 dia, evoluindo com piora de quadro respiratório, sendo solicitada vaga em UTI Pediátrica. Estava em ar

ambiente e contactuando. Havia tomado suco há 1 hora “com cuidado”, conforme prescrito. Colhida gasometria arterial ainda em enfermaria: pH 7,53; PCO₂ 23; PO₂ 58; BIC 22; SatO₂ 89%. Considere a melhor alternativa abaixo:

- a) A gasometria deve ser repetida, tendo em vista que, pelo quadro clínico descrito, seria esperado que o paciente estivesse em acidose respiratória.
- b) A hipóxia pode causar hiperventilação, o que explicaria a redução de CO₂, inicialmente.
- c) A redução de O₂ sempre acompanha a redução de CO₂, já que a pressão desses dois gases depende da integridade membrana alvéolo-capilar para passagem em direções opostas.
- d) Nesse caso, pelos dados disponíveis, já seria indicada uma intubação orotraqueal (IOT), sendo desnecessária a instalação de máscara de Venturi sob risco de atraso na terapêutica.
- e) Caso seja indicada IOT, seria pertinente a passagem de uma sonda nasogástrica visando facilitar visualização da glote pelo médico plantonista.

16) Com relação à gasometria arterial, comumente realizada para pacientes internados em UTI Pediátrica sob ventilação mecânica, além de avaliações multidisciplinares diárias, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Dizemos que um distúrbio ácido básico é compensado quando o pH encontra-se dentro dos valores de normalidade.
- b) Através da coleta simultânea de uma gasometria arterial e venosa, sendo esta última colhida por um AVC (Acesso Venoso Central) devidamente posicionado, é possível estabelecermos uma correspondência entre débito cardíaco e pressão venosa central de O₂, respeitando devidos critérios e condições clínicas.
- c) A extubação de um paciente em ventilação mecânica é contraindicada caso o mesmo esteja em uso de droga vasoativa, independente de qual seja ou de sua dose. A febre ou distúrbios eletrolíticos não são fatores considerados para indicação ou contraindicação desse processo.
- d) Os parâmetros de ventilação mecânica de um paciente com asma e outro com traumatismo craniano de mesmo peso e idade não costumam apresentar diferenças com relação aos parâmetros ventilatórios estabelecidos, já que em ambos os casos os alvéolos não apresentam alterações.
- e) Apesar de muitos trabalhos não serem claros quanto ao modo mais adequado para ventilação mecânica em pediatria, costuma-se utilizar ventilação com volume corrente fixo, dependendo apenas da faixa etária para determinação do seu valor, o que, em tese, implicaria em pressões pulmonares constantes, mesmo em diferentes variedades de patologias, trazendo maior segurança para o paciente.

17) Em uma enfermaria de pediatria de um hospital na cidade de Campina Grande, os acadêmicos estavam examinando um lactente que acabara de completar um ano, quando a mãe do paciente perguntou sobre o que estaria adequado nesta idade em relação ao crescimento e desenvolvimento. Considerando as orientações dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2012) e as orientações do preceptor que acompanhava o exame, qual a única orientação em que o acadêmico cometeu um equívoco? Marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) Nesta criança o reflexo de Moro deve ter desaparecido quando ela completou um mês de vida. Persistindo este reflexo primitivo após o 2º mês, há necessidade de uma investigação clínica adequada.
- b) Geralmente, entre 2 e 3 meses, esta criança deve ter desenvolvido um sorriso social. Antes disso, o sorriso percebido pela família tratava-se de um reflexo motor.
- c) Não é recomendável, neste momento, começar a retirar as fraldas do bebê e ensiná-lo a usar o penico.
- d) Provavelmente no sexto mês, esta criança conseguiu sentar sem apoio e a partir de agora pode ser capaz de andar sozinha.

e) Esta criança provavelmente possui a acuidade visual de um adulto.

18) Criança de 3 anos de idade é levada ao atendimento médico. Segundo genitora, nos últimos 2 dias vem apresentando pontos avermelhados pelo corpo, além de manchas roxas principalmente em tronco. Não apresentou sangramentos e estava em bom estado geral. Refere que há 40 dias se recuperou de uma “gripe forte”. Ao exame, além do que havia sido relatado na anamnese, apresentava um linfonodo de 5mm móvel, elástico e indolor em região cervical. Restante do exame físico sem alterações. No hemograma chamava atenção plaquetas de 7.000/mm³ com volume (VPM) aumentado. Série branca e vermelha em quantidades, distribuições e morfologias normais. Marque a alternativa que melhor se adequa ao caso acima.

- a) A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de leucemia, sendo indicado mielograma antes de qualquer outra conduta.
- b) É fundamental a transfusão de plaquetas pelo elevado risco de sangramento por estar abaixo de 10.000/mm³.
- c) A biópsia linfonodal está indicada e norteará a conduta a ser instituída.
- d) A principal hipótese diagnóstica é de PTI (Trombocitopenia Imune Primária) e a transfusão de plaquetas não está indicada. Esses casos são tratados inicialmente com corticoterapia.
- e) No caso acima está clara a discordância entre o exame físico e o laboratorial, já que com essa quantidade de plaquetas seria esperado sangramento em alguma topografia. A repetição do hemograma muito provavelmente mostrará valores diferentes.

19) Com relação às plaquetas marque a alternativa **CORRETA**:

- a) Podem apresentar alterações funcionais, mesmo quando em número normal.
- b) São produzidas pelos megacariócitos na medula óssea e duram cerca de 30 dias na circulação sanguínea.
- c) No hemograma, consideramos plaquetopenia quando encontramos valores abaixo de 180.000/mm³.
- d) A plaquetopenia associada à CIVD é de causa autoimune.
- e) São responsáveis pela homeostasia secundária.

20) Morfologicamente, as anemias são classificadas em microcíticas, macrocíticas e normocíticas. Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A classificação acima usa como base principal o valor do RDW
- b) Dentre as causas de anemias microcíticas temos a deficiência de ferro, síndromes talassêmicas, anemia sideroblástica e doenças crônicas.
- c) A deficiência de ácido fólico é causa clássica de anemia macrocítica. Já a deficiência de B12 costuma apresentar-se como anemia normocítica.
- d) A anemia fisiológica do lactente inicia-se entre 6 e 8 meses de vida e não necessita de tratamento.
- e) A esferocitose hereditária é um tipo de anemia macrocítica.

21) Uma Escolar de 7 anos, com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* tipo 1 (DM1) há seis meses, em uso regular de insulina, conforme prescrito, apresentou quadro de febre alta há 48h. Deu entrada na Emergência Pediátrica com sonolência excessiva, dor abdominal e cinco episódios de vômitos nas últimas duas horas. No exame físico, havia aparente queda do estado geral, torpor, hipocorada (+/++++), mucosas secas e apresentava-se afebril. Frequência respiratória 32 rpm, frequência cardíaca 120 bpm, TEC3-4seg. Glicemia capilar = 480 mg/dL, pH 7,18 e Cetonúria positiva. Com base nestes dados, podemos afirmar que:

- a) Trata-se de estado hiperosmolar hiperglicêmico, complicação hiperglicêmica aguda mais comum em pacientes com DM1.
- b) O tratamento eficaz emergencial, objetiva normalizar o mais rápido possível os níveis glicêmicos da paciente.
- c) A insulino-terapia é prioritária e deve ser iniciada imediatamente.
- d) Devemos repor potássio somente se houver hipocalemia (potássio sérico menor que 3,5 mEq/L).
- e) A conduta inicial a ser tomada é a correção dos distúrbios cardiocirculatórios.

22) Um Adolescente, masculino, 13 anos, é levado para Emergência Pediátrica, inconsciente. Apresentava respiração espontânea e pulsos periféricos palpáveis. Referem que o menor usa medicamentos injetáveis para diabetes. Glicemia capilar: 22mg/dL. Para este caso, **AFIRMA-SE:**

- a) Deve ser oferecida solução oral ou alimentos ricos em glicose, e é prioritário neste caso, a fim de corrigir a hipoglicemia.
- b) Deve-se infundir glicose intravenosa, como conduta imediata, mesmo que não seja possível, neste caso, medir a glicemia capilar.
- c) Pode-se aumentar a glicemia, oferecendo insulina, que por mecanismo de *down-regulation*, reduz a expressão de receptores para este hormônio a nível celular.
- d) A principal causa da perda de consciência na crise hipoglicêmica grave é o edema cerebral agudo (por alteração na osmolaridade plasmática).
- e) O abandono do tratamento é a causa mais comum de eventos hipoglicêmicos em adolescentes com DM1.

23) Uma criança de quatro anos de idade com quadro de diarreia aquosa há oito dias, com recusa alimentar e relato de, ontem, ter tido três episódios de vômitos. Genitora refere estar dando muita água, mas que mesmo assim a criança está com sede. Ao exame, criança acordada, atenta ao meio, colaborando com exame físico apesar de um pouco irritada, elasticidade da pele diminuída, olhos fundos e saliva algo espessa. A conduta inicial deve ser:

- a) Iniciar terapia de reposição oral, 50-100ml/kg durante cerca de 4 horas.
- b) Fazer soro de reidratação oral (SRO) por gastróclise a 30ml/kg nos primeiros 30 minutos e, se bem tolerada, aumentar até 60ml/kg.
- c) Fazer expansão com soro glicosado 5% e soro fisiológico 0.9% na proporção 1:1, 100ml/kg em duas horas, EV.
- d) Fazer expansão com soro fisiológico 0.9% 100ml/kg em 2 (duas) horas, EV.
- e) Orientar a ingestão de líquidos (100-200ml) após cada evacuação diarreica.

24) Um Lactente de 8 meses é atendido em um Pronto-Socorro com febre alta, vômitos e diarreia há 13 horas. As evacuações consistem em fezes líquidas com muco e sangue. Ao exame físico está desidratada moderadamente, muito irritada e hipertônica. O ionograma revela: Na de 127mEq/L e K de 3mEq/L. Hemograma mostra hemoglobina de 121g/l, hematócrito de 36; 15.000 leucócitos (10% de bastonetes, 65% de segmentados e 25% de linfócitos), plaquetas de 150.000. A etiologia provável desta infecção é:

- a) Rotavírus.
- b) Salmonela.
- c) *Campilobacter*
- d) *E.coli* enteropatogênica.
- e) Shigella.

25) Um lactente de 3 meses de idade, apresenta regurgitações vômitos esporádicos após mamadas. Em uso de aleitamento materno exclusivo ofertado de 1/1h. Na avaliação, detecta-se crescimento e

desenvolvimento normais. Qual é a conduta **CORRETA** em relação às regurgitações e aos vômitos?

- a) Fazer um estudo radiológico contrastado do esôfago, estômago e duodeno (REED).
- b) Solicitar pHmetria esofágica.
- c) Prescrever domperidona.
- d) Tranquilizar os pais, tentar espaçar as mamadas e manter a cabeça da criança elevada após as mamadas.
- e) Deve-se Iniciar dieta isenta de proteínas do leite de vaca para a mãe e reavaliar após 2 semanas.

26) Um pré-escolar de cinco anos está internado com meningite bacteriana. Realizada análise do líquido, coletado na admissão: celularidade: 1343 células/mm³ (60% polimorfonucleares e 40% mononucleares); glicose: 13mg/dl; proteínas: 189mg/dl; teste de aglutinação em látex e cultura: N. meningitidis B. Iniciou-se ceftriaxona, com desaparecimento da febre em 12 horas. Evolução clínica sem intercorrências até reinício de febre no quinto dia de tratamento (entre 38,2°C e 39,1°C), em quatro picos diários, sem outras manifestações clínicas. Realizados seguintes exames: tomografia de crânio: normal; líquido: 4 células/mm³; glicose: 60mg/dl; proteínas: 30mg/dl; látex e cultura: negativos. Assinale a conduta adequada:

- a) Trocar o antimicrobiano por ampicilina.
- b) Prolongar o antimicrobiano por mais 9 dias.
- c) Substituir o antimicrobiano pela vancomicina.
- d) Dobrar a dose da ceftriaxona.
- e) Considerar o paciente curado da meningite meningocócica.

27) Uma criança de 6 anos apresentou episódio febril evoluindo com palidez e icterícia. Já foi diagnosticada com hepatite por duas ocasiões anteriores, com quadro clínico similar, porém não sabe informar qual o vírus que a causou. Ao exame físico: palidez cutânea e mucosas moderada, icterícia de escleras, FC = 122 bpm, baço a 3-4 cm da borda costal esquerda, de consistência normal. Assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta mais adequada para o caso.

- a) Deficiência de vitamina B12; solicitar hemograma e reticulócitos; iniciar vitamina B12 injetável.
- b) Hemólise relacionada às infecções virais; solicitar hemograma, contagem de reticulócitos e encaminhar a um hematologista.
- c) Hepatite autoimune fulminante; solicitar hemograma, dosagem sérica de transaminases e bilirrubinas; encaminhar ao hepatologista.
- d) Anemia ferropriva; solicitar hemograma e contagem de reticulócitos; iniciar tratamento com sulfato ferroso.
- e) Hepatite viral aguda; solicitar sorologia e encaminhar ao hepatologista.

28) Dentre as anemias, a ferropriva é a mais frequente entre as carências nutricionais, atingindo todas as camadas socioeconômicas. Nas crianças, predomina na faixa etária entre 6 meses e 5 anos. Em relação ao tratamento e controle da anemia ferropriva assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Sulfato ferroso com adição de complexo B é essencial para que melhorem a absorção de ferro.
- b) A contagem de reticulócitos mensal é necessária no controle de tratamento, principalmente após o primeiro mês.
- c) Deve-se orientar um tratamento prolongado, entre 2 meses e 6 meses ou até a cura clínica da anemia ou normalizar a ferritina.

- d) Deve-se evitar sucos como limão e laranja durante uso da medicação, bem como leite próximo às refeições.
- e) O ferro não-heme, presente nos vegetais, tem uma ótima biodisponibilidade, que aumenta na presença de taninos e fitatos.

29) Um lactente de 22 meses é avaliado em uma consulta de rotina. O pediatra observa palidez cutâneo- mucosa. Genitora refere que a criança tem hábito de geofagia. Assinale o exame laboratorial que NÃO é necessário para evidenciar o diagnóstico de anemia ferropriva:

- a) Volume corpuscular médio.
- b) Hemoglobina.
- c) Ferritina sérica.
- d) Eletroforese da hemoglobina.
- e) Transferrina.

30) Na púrpura trombocitopênica idiopática (PTI), em um paciente de 6 anos evoluindo há 12 meses com trombocitopenia e contagem de plaquetas atual = 75.000 / μ L, sem hemorragia. A conduta mais adequada é:

- a) Esplenectomia eletiva.
- b) Transfusão de plaquetas.
- c) Vigilância clínica.
- d) Administrar corticosteróide.
- e) Imunoglobulina humana IV