

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



PROCESSO SELETIVO DISCENTE - 2017

PROVA PEDIATRIA-NEONATOLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE - HUGG

- 1) Pré-escolar de 5 anos com edema generalizado de evolução de 2 semanas. Ao exame edema facial, corado, PA+90x60 mmHg, abolição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares e ascite. Laboratório: ureia =15 mg%; creatinina =0,7 mg5; EAS=proteína ++++/4; cilindros hialinos. Deve ser solicitado para elucidação diagnóstica
- antiespretilisina O e complemento.
 - clearance da creatinina e potássio sérico.
 - proteínas e lipídicos séricos.
 - urinocultura e hemograma.
 - US abdominal e uretrocistografia miccional.
- 2) Pré-escolar inicia subitamente quadro de manchas roxas no corpo e sangramento gengival. Ao exame: bom estado geral, petéquias em conjuntiva, ausência de hepatoesplenomegalia; petéquias e equimoses disseminadas. Hematócrito=36%; Hemoglobina =12g/dl; leucócitos =8000/mm³; (B=0;E=3;M=0;M=0;B=5;S=67;L=20;M=5), plaquetas =3 .000/mm³. A hipótese diagnóstica é
- leucemia linfoblástica.
 - leucemia mieloide.
 - anemia aplástica.
 - púrpura de Henoch-Schoenlein.
 - púrpura trombocitopênica idiopática.
- 3) A melhor forma de evitar infecções em pacientes com anemia falciforme é fazer
- imunoglobulina e penicilina profilática.
 - penicilina profilática e vacina anti-hemófilos.
 - vacina antipneumocócica e penicilina profilática.
 - Imunoglobulina e vacina antipneumocócica.
 - vacina antipneumocócica e anti-hemófilos.
- 4) Escolar de 9 anos, sexo masculino, com *Diabetes Mellitus* tipo I, foi atendido no serviço de urgência com glicemia de =405mg/dl; Ph=7,24; HCO₃=14meq/L; cetonúria=+++; desidratação moderada. Quanto à conduta é **CORRETO** afirmar que
- insulina EV em doses maciças é a mais urgente para prevenir complicações neurológicas.
 - soro glicofisiológico é necessário num primeiro momento para correção do estado hiperosmolar.
 - correção da acidose com bicarbonato deve ser feita antes da insulina.
 - hidratação é tão importante quanto a insulina.
 - dosagem de hemoglobina glicosilada deve anteceder a definição da dose de insulina EV.
- 5) Escolar de 10 anos, fem, é trazida à consulta devido à febre alta há 10 dias, sinais inflamatórios e dor em joelhos, e xantema serpiginoso evanescente e não pruriginoso em tronco que piora com o calor. Laboratório: leucocitose e VHS elevado. O diagnóstico provável é
- febre reumática.
 - artrite reumatoide.
 - lupus eritematoso.
 - artrite reativa.
 - doença de Kawasaki.
- 6) A respeito da síndrome nefrótica é **INCORRETO** afirmar que
- a maioria é por lesão mínima.
 - agentes alquilantes usados precocemente melhoram o prognóstico.
 - a maioria responde à corticoterapia.
 - hematúria grosseira, C3 baixo e hipertensão persistente indicam biópsia renal.
 - hipercoagulabilidade leva com frequência a complicações tromboembólicas.

7) Em criança de 1 ano e meio, sexo feminino, com história de infecção urinária de repetição (3 episódios) está indicada a realização de ultrassonografia e

- a) uretrocistografia miccional.
- b) cistografia.
- c) cintilografia renal.
- d) cistoscopia.
- e) urinoculturas seriadas.

8) Pré-escolar de 3 anos do sexo masculino apresenta sangramento digestivo baixo frequente, principalmente, após as evacuações. Não há história de constipação intestinal. A criança apresenta-se corada e em bom estado geral. O sangue eliminado é vivo geralmente gotejando do ânus após a eliminação das fezes. Não há relato de febre, dor abdominal ou perda de peso. A etiologia, mais provável, do quadro é

- a) doença inflamatória intestinal.
- b) pólipos.
- c) alergia alimentar.
- d) doença de hirschsprung com enterocolite.
- e) divertículo de Meckel.

9) A forma mais comum de esofagite cáustica na infância ocorre em consequência de ingestão de

- a) detergentes ácidos.
- b) soda cáustica.
- c) querosene.
- d) tintura de cabelo.
- e) gasolina.

10) O quadro de íleo meconial no recém-nascido leva à suspeita do diagnóstico da seguinte patologia:

- a) Atresia ano-retal
- b) Agenesia renal bilateral
- c) Má rotação intestinal
- d) Fibrose cística do pâncreas
- e) Hipotireoidismo congênito

11) Pré-escolar de 4 anos apresenta tosse crônica produtiva com expectoração purulenta desde os três anos, que se iniciou, após episódios de crise de tosse intensa e súbita, com duração de uma semana. Na semiótica pulmonar auscultam-se estertores na base pulmonar do hemitórax direito e RX de tórax com dilatações brônquicas localizadas no lobo inferior direito. A hipótese diagnóstica principal é

- a) fibrose cística.
- b) aspiração de corpo estranho.
- c) abscesso pulmonar.
- d) tuberculose.
- e) sequestro pulmonar.

12) Todas as classes de imunoglobulinas abaixo fazem parte da constituição do leite humano. Aquela que se encontra presente em maior quantidade é

- a) IgA.
- b) IgG.
- c) IgG tipo 2.
- d) IgG tipo 1.
- e) IgE.

13) A respeito das comorbidades em crianças com HIV/AIDS é correto afirmar **EXCETO**:

- a) a infecção precoce do HTLV-1 na criança é uma preocupação para a saúde pública, pois está associada ao subsequente risco de desenvolver linfoma não Hodgkin, leucemia/linfoma de células T do adulto, dermatite e paraparesia espástica tropical.
- b) a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (antes denominada *Pneumocystis Carinii*) é a mais frequente infecção oportunista em crianças infectadas pelo HIV. A faixa de maior risco é a do primeiro ano de vida, quando o diagnóstico definitivo da infecção pelo HIV, na maioria das crianças expostas, ainda não pode não ter sido feito.
- c) em crianças, a transmissão vertical do HTLV-1 ocorre, exclusivamente, pelo leite materno de mulheres infectadas, não ocorrendo naquelas que recebem leite artificial.
- d) recomenda-se que todas as crianças expostas recebam profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP), a partir de seis semanas de vida até completar um ano, exceto se a hipótese de infecção pelo HIV puder ser afastada durante o período. Essa profilaxia é mantida depois do primeiro ano de vida somente para as crianças infectadas quando a indicação será orientada pela contagem de células TCD4+.
- e) a transmissão perinatal do vírus da hepatite C acontece predominantemente como resultado da exposição da criança a sangue e a secreções genitais da mãe durante o parto e trabalho de parto (cerca de 90 a 95% dos casos). A transmissão intraútero é incomum (5 a 10%) e pelo colostro é rara.

14) Os pacientes portadores de tetralogia de Fallot podem evoluir para o quadro de crise cianótica. A respeito das crises cianóticas, pode-se dizer que

- a) a queda da resistência vascular pulmonar está envolvida no mecanismo desencadeante, já que leva um aumento no da direita para a esquerda.
- b) a posição genupeitoral determina o aumento da resistência vascular sistêmica, diminuindo o da direita para a esquerda.
- c) situações como febre e desidratação diminuem o da direita para a esquerda.
- d) diuréticos são utilizados no tratamento da crise cianótica.
- e) medicações que aumentem a frequência cardíaca podem evitar o desenvolvimento da crise cianótica.

15) Criança de 3 anos de idade com história de cansaço progressivo após quadro de infecção viral. Ao exame físico observa-se taquidispneia, RCR em 2T com bulhas hipofonéticas, sopro sistólico 2+/6 em foco mitral, perfusão capilar periférica lentificada. O Ecocardiograma com mapeamento de fluxo a cores mostra sobrecarga volumétrica de ventrículo esquerdo com disfunção contrátil, fração de ejeção calculada de 35% e regurgitação mitral leve. Neste paciente, a principal hipótese diagnóstica é

- a) Coronária anômala.
- b) Coarctação da aorta.
- c) Doença de Kawasaki.
- d) Miocardite aguda.
- e) Cardite reumática.

16) Lactente com 3 meses de idade está no quarto dia de um quadro de bronquiolite pelo vírus sincicial respiratório. Considerando-se esta fase da doença, a medida universalmente aceita para o tratamento é

- a) hidratação venosa generosa e diurético para evitar a síndrome inapropriada do hormônio antidiurético.
- b) restrição hídrica e mistura de gás neutro hélio com oxigênio se os níveis de saturação forem inferiores a 92% no ar ambiente.
- c) restrição hídrica e oxigênio se os níveis de saturação forem inferiores a 92% no ar ambiente.
- d) hidratação venosa generosa, surfactante exógeno e oxigênio se os níveis de saturação forem inferiores a 90% no ar ambiente.
- e) restrição hídrica, teofilina, corticoide e oxigênio se os níveis de saturação forem inferiores a 90% no ar ambiente.

17) Criança submetida à gasometria arterial apresenta os seguintes resultados: pH=7,38, PaCO₂=42 mmHg, Pa O₂=65mmHg e HCO₃⁻= 24. Estes valores caracterizam

- a) estado ácido-básico normal com hipoxemia.
- b) acidose metabólica compensada com hipoxemia.
- c) estado ácido-básico normal com hipercarbia.
- d) alcalose metabólica compensada com hipercarbia.
- e) estado ácido-básico normal com gases normais.

18) Lactente de seis meses com displasia broncopulmonar é encaminhado ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais do Ministério da Saúde devendo receber as seguintes vacinas:

- a) anti-influenza e antipneumocócica 23-valente.
- b) antipneumocócica 7-valente.
- c) anti-influenza e antipneumocócica 10-valente.
- d) antipneumocócica 23-valente.
- e) anti-influenza.

19) São mecanismos causadores da lesão pulmonar induzida por respirador:

- I) Somente barotrauma com uso de altas pressões de admissão.
- II) Volutrauma por hiperexpansão alveolar causada por altas pressões e volumes pulmonares.
- III) Atelectrauma - lesão alveolar causada por recrutamento-des recrutamento.

Está(ão) **CORRETA(S)** a(s) afirmativa(s):

- a) I, apenas.
- b) I e II, apenas.
- c) I e III, apenas.
- d) II e III, apenas.
- e) I, II e III.

20) A classificação de pneumonia grave, segundo a OMS, se baseia no encontro dos seguintes sinais/sintomas:

- a) tosse.
- b) tiragem intercostal.
- c) incapacidade de beber líquido.
- d) estertores crepitantes.
- e) frequência respiratória ≥ 50 irpm em menores de 2 anos.

21) Em relação ao pneumococos resistente à penicilina é **CORRETO** afirmar que

- a) se consideram cepas com resistência plena aquelas com MIC de até 1 ug/dl.
- b) a resistência do pneumococos ocorre por produção de betalactamase.
- c) a resistência plena atinge 12% dos pneumococos causadores de pneumonia.
- d) o uso de amoxicilina-clavulanato é adequado nos pneumococos de resistência intermediária.
- e) o mecanismo principal de resistência é a produção de proteína de ligação da penicilina alterada.

22) Lactente de 2 meses e meio de idade, com história de tosse sem febre, há 12 dias. Relata conjuntivite bilateral a partir do sétimo dia de vida, fazendo uso de pomada oftálmica, Rx de tórax infiltrado intersticial bilateral e hiperinsuflação pulmonar. A sua opção terapêutica, enquanto aguarda os exames complementares, é

- a) ceftriaxone EV por 8 dias.
- b) penicilina cristalina EV por 8 dias.
- c) amoxicilina V.O por 10 dias.
- d) eritromicina V.O por 10 dias.
- e) cefepime EV por 10 dias.

23) Lactente de 4 meses com déficit pondero-estatural, tosse seca persistente sem desencadeante viral, aumento do diâmetro antero-posterior do tórax ao Rx e a ectoscopia. A hipótese diagnóstica mais provável é

- a) pneumonia por *clamidia trachomatis*.
- b) bronquite aguda viral.
- c) asma brônquica.
- d) fibrose cística.
- e) bronquiectasia.

24) Escolar 10 anos, com história de ter nascido de 37 semanas, 2 Kg, recebendo alta com a mãe após a primeira semana de vida. Relata desde os 9 anos de idade ficar cansado ao velejar com o pai. Eventualmente tosse seca e a mãe por ter notado perda de peso procurou o pediatra que diagnosticou asma. Porém, esse observou que os quadros de tosse ficavam mais frequentes. Solicitou RX de tórax que mostrou infiltrado intersticial bilateral. Encaminhou ao pneumologista que observou discreta cianose de extremidade e leve taquipneia. A conduta diante do quadro clínico é

- a) TC de tórax.
- b) teste do suor.
- c) espirometria, ecocardiograma.
- d) TC de tórax, difusão e gasometria.
- e) teste do suor, RM de tórax e Ecocardiograma.

25) Criança de 6 anos do sexo masculino, sem história progressiva de bronco espasmo, apresenta dificuldade progressiva de deambulação. Sua mãe informa que o outro filho, quatro anos mais velho, encontra-se em fase mais avançada da mesma doença. Baseando-se no diagnóstico provável, a espirometria deveria demonstrar, em relação aos teóricos para sexo, idade e estatura,

- a) VEF1 e relação VEF/CVF diminuídos.
- b) CVF diminuída e relação VEF/CVF normal.
- c) CVF aumentada e VEF1 diminuído.
- d) VEF1 normal e relação VEF/CVF diminuída.
- e) CVF normal e relação VEF/CVF diminuída.

26) A Taquipnéia Transitória do Recém-Nascido (TTRN) está relacionada à transição do padrão respiratório secretivo fetal ao padrão respiratório absorvivo neonatal e constitui fator de risco para

- a) nascimento em pós-termo.
- b) cesariana com ou sem trabalho de parto.
- c) sexo feminino.
- d) história familiar de doença pulmonar.
- e) obesidade materna.

27) O BCG apresenta baixo índice de complicações quando aplicado logo após o nascimento. Há, no entanto, casos de complicação, sendo a de maior frequência a de

- a) gânglios satélites supurativos com ou sem fistula.
- b) úlcera com 1 cm de profundidade.
- c) abscesso no local da aplicação.
- d) reação lupóide.
- e) cicatriz quelóide.

28) Criança de 3 anos, sem antecedentes de problemas respiratórios, desenvolveu infecção de vias aéreas inferiores, com febre, Rx com derrame pleural de moderado volume e imagens cavitárias de diversos tamanhos. Foi submetido à toracocentese que deu saída a líquido turvo. O agente etiológico mais provável e a respectiva conduta terapêutica são

- a) estafilocos e oxacilina.
- b) pneumococo e penicilina.
- c) vírus sincicial e ribavirina.
- d) mycoplasma e macrolídeo.
- e) adenovírus e tratamento de suporte.

29) Menino de 8 anos de idade, apresentando massa de mediastino anterior, desconforto respiratório há 12 dias, circulação colateral em parede tórax, adenomegalias cervicais e axilares, turgência jugular. O diagnóstico mais provável é

- a) linfoma de Hodgkin.
- b) linfoma não Hodgkin.
- c) timoma.
- d) neuroblastoma torácico.
- e) ganglioneuroma.

30) A manifestação da AIDS, vista com maior frequência na criança do que no adulto, é denominada

- a) tuberculose.
- b) pneumonia intersticial linfocítica.
- c) linfoma cerebral.
- d) linfoma de mediastino.
- e) toxoplasmose cerebral.

31) Criança de 1 ano apresenta 3 pneumonias localizadas em LID, febre e queda do estado geral num período de 6 meses. Contato com indivíduo com SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida). Nesse caso, o exame a ser indicado em primeiro lugar é

- a) seriografia esofago gastro duodenal.
- b) perfil imunológico/HIV.
- c) phmetria.
- d) broncoscopia/PPD.
- e) CT de tórax de alta resolução.

32) Criança de 6 anos apresenta febre alta, dor torácica, taquipneia e tosse seca. O Rx de tórax mostrou condensação pneumônica em hemitórax direito com discreto derrame pleural. O agente etiológico mais provável é

- a) *streptococos pneumoniae*.
- b) *estreptococos pyogenes*.
- c) *mycoplasma pneumoniae*.
- d) *estafilocos aureus*.
- e) *haemophilus influenzae*.

33) Lactente de 3 meses apresenta há 15 dias tosse em acessos e leve taquipneia, sem febre. Ausculta pulmonar normal e frequência respiratória de 56 irpm. Rx padrão retículo nodular perihilar. Hemograma discreta leucocitose e eosinofilia, sem linfocitose. O agente etiológico mais provável desta pneumonia é

- a) *clamidia trachomatis*.
- b) *mycoplasma pneumoniae*.
- c) *listeria monocytogenes*.
- d) *haemophilus influenzae*.
- e) *streptococcus pneumoniae*.

34) RN com 2 horas de vida, a termo, parto cesáreo de urgência por Descolamento de Placenta, Apgar 2/3/5/7, necessitou de manobras de reanimação em sala de parto, sendo intubado, ventilado com O₂ a 100%, realizada massagem cardíaca externa, feito cateterismo umbilical venoso para infusão de adrenalina e cloreto de sódio 0,9%. Já na UTIN, encontra-se em ventilação mecânica, sem drive respiratório próprio, PAS 30mmHg PAD 15mmHg PAM 22mmHg, começa a apresentar movimentos clônicos, generalizados, associados à taquicardia e queda de saturação de O₂, de curta duração, mas que se repetem. Tendo em vista os critérios da Academia Americana de Pediatria para o diagnóstico de Asfixia Perinatal, pode-se afirmar que

- a) diagnosticamos Asfixia Perinatal por meio da combinação de quadro neurológico desfavorável e índice de Apgar menor que 5 no 5º minuto.
- b) dependemos da resposta deste paciente à terapêutica das crises convulsivas para verificar se o dano neurológico é compatível com Asfixia Perinatal.
- c) necessitamos comprovar a presença de acidemia metabólica ou mista para complementar o diagnóstico.
- d) definimos como Asfixia Perinatal o quadro clínico por apresentar paciente chocado, com convulsões nas primeiras 6 horas de vida e necessidade de reanimação neonatal.
- e) devemos complementar o diagnóstico com provas de função inflamatória e gasometria arterial para verificar a presença de acidemia (pH < 7,0).

35) A presença de evidências de encefalopatia moderada a severa, tais como convulsões, alterações de postura, nível de consciência, associado a evento agudo perinatal, como descolamento prematuro de placenta, ou acidemia (pH < 7,0, BE < - 16) do sangue do cordão, ou ainda na 1ª hora de vida, ou Apgar menor que 5 no 10º minuto, ou ainda necessidade de ventilação mecânica por mais de 10 minutos de vida caracterizam o diagnóstico de Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica (EHI). Considerando um paciente com este diagnóstico, ainda nas primeiras 6 horas de vida, com o objetivo de melhorar o prognóstico neurológico, tomando por base as evidências científicas, deve-se realizar

- a) infusão contínua de barbitúricos (coma barbitúrico), com o objetivo de estabilização das membranas celulares neuronais, evitando o estado de mal convulsivo, com controle pelo EEG.
- b) ventilação mecânica convencional, com estratégia de hiperventilação, gerando hipocapnia, alcalose e controle do edema cerebral, por, pelo menos, 24 horas.
- c) hipotermia seletiva da cabeça, com resfriamento até 34,5°C, por 72 horas, com rigoroso monitoramento da temperatura do paciente, pois, abaixo de 32°C, tem-se menor efeito neuroprotetor.
- d) hidratação venosa generosa, uso de aminas vasoativas, inibidores do óxido nítrico, de forma a mantermos pressão arterial adequada e perfusão cerebral ideal.
- e) por conta do papel relevante do Cálcio, no mecanismo fisiopatológico da lesão cerebral na EHI, deve-se utilizar bloqueadores de canal de Cálcio, desde as primeiras horas de vida.

36) Recém-nascido apresenta ao nascimento fontanelas amplas e comunicantes e perímetro cefálico aumentado para idade gestacional. Realizados USG transfontanela e TC de crânio que evidenciaram dilatação do sistema ventricular e várias calcificações, bilaterais, em parênquima cerebral. A hipótese diagnóstica é

- a) sífilis.
- b) citomegalovirose.
- c) infecção pelo vírus Zika.
- d) síndrome de Arnold-Chiari.
- e) toxoplasmose.

37) A icterícia é um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia. Na maioria das vezes, a icterícia reflete uma adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina e é denominada de “fisiológica”. Por outras vezes, decorre de um processo patológico, podendo alcançar concentrações elevadas e ser lesiva ao cérebro, instalando-se o quadro de encefalopatia bilirrubínica que, ao exame anatomopatológico, caracteriza-se por coloração dos gânglios da base, denominada kernicterus. Em relação a este quadro comum na vida do Pediatra, pode-se afirmar que

- a) a doença hemolítica por incompatibilidade ABO é limitada a RN tipo A ou B de mães tipo O e só pode ocorrer a partir da segunda gestação.
- b) a encefalopatia bilirrubínica aguda pode ocorrer com níveis plasmáticos variáveis de bilirrubina indireta, dependentes da idade gestacional, do tempo de vida, em horas, além da associação dos fatores de risco epidemiológicos e patológicos.
- c) a hiperbilirrubinemia “fisiológica”, classicamente, é definida em RN de termo, com um nível de bilirrubina total sérica que aumenta logo após o nascimento, atingindo seu pico médio em até 24 horas de vida e, então, declina em uma semana.
- d) o RN com peso, ao nascer de 2.000 a 2.500 g e/ou idade gestacional entre 35 e 38 semanas, apresenta menor risco de hiperbilirrubinemia.
- e) na doença hemolítica por incompatibilidade pelo fator Rh, a maioria dos pacientes apresenta uma forma com hemólise leve, hiperbilirrubinemia mínima e anemia com 1 a 3 meses de vida.

38) O Alojamento Conjunto/Acolhimento Mãe-Bebê tem por objetivos a educação da família, quanto aos cuidados com o RN e a observação clínica por 48 horas de diversas situações “silenciosas”, entre elas a Hiperbilirrubinemia. Temos no Alojamento Conjunto RN com 28 horas de vida, parto vaginal, IG 36 semanas e 4 dias, definida pela DUM, Apgar 8/9, Peso 2640g, Mãe G II P I, sem intercorrências no pré-natal, 34 anos, tipagem sanguínea “O” Rh Positivo, apresentando ao exame icterícia de face, tórax e abdômen, até abaixo do coto umbilical, sem outras alterações. O RN está em aleitamento materno exclusivo, com boa pega e a mãe iniciou amamentação, com saída de leite de transição à ordenha das mamas. Tomando por base as orientações para o manejo do RN icterício, com IG > 35 semanas, do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, sua conduta seria

- a) Colher bilirrubina total e frações, determinar risco de hiperbilirrubinemia e etiologia e definir tratamento após resultado do exame complementar.
- b) Iniciar fototerapia de alta intensidade, como icterícia acima da zona 2, colher bilirrubina total e frações, determinar etiologia e considerar exsanguineotransfusão.
- c) Colher bilirrubina total capilar e determinar risco de hiperbilirrubinemia. Por conta da provável etiologia ser incompatibilidade ABO, iniciar fototerapia contínua com proteção ocular.
- d) Por ser prematuro, icterícia em zona maior que 2 e situação ABO, iniciar fototerapia de alta intensidade (considerar foto dupla pelo peso maior que 2500g), colher bilirrubina total capilar e fracionamento, repetir a intervalos regulares de acordo com os valores do primeiro exame.
- e) Colher bilirrubina total e frações, determinar risco de hiperbilirrubinemia, mas também, por ser prematuro, considerar risco de sepse neonatal, pela precocidade da icterícia.

39) Gestante com 36 semanas de gestação, dá entrada na maternidade em trabalho de parto. Ela relata disúria há dois dias e perda de líquido amniótico cerca de 6hs antes da admissão. No pré-parto apresenta pico febril. O obstetra inicia antibioticoterapia, para profilaxia intraparto para Estrepto grupo B. A gestante dá à luz, depois de três horas, um recém-nascido do sexo masculino em boas condições de vitalidade e sem alterações no exame físico inicial. A conduta recomendada para o recém-nascido é

- a) hemograma, pcr, hemocultura e tratamento com ampicilina e gentamicina.
- b) observação hospitalar por 48 horas, sem necessidade de nenhum exame complementar.
- c) hemocultura, hemograma e pcr seriados e observação hospitalar por 48 horas.
- d) hemograma, hemocultura e punção lombar e tratamento com ampicilina e gentamicina.
- e) hemograma, hemocultura e punção lombar e observação hospitalar por 48 horas.

40) Recém-nascido a termo, nascido de parto normal, apresentou boa vitalidade e exame físico inicial sem alterações, sendo encaminhado ao alojamento conjunto. Sua mãe fez pré-natal a partir do segundo trimestre com 4 consultas apenas, tendo apresentado VDRL 1:16 na primeira consulta e tratada com três doses de 2 400 000 UI de penicilina benzatina com intervalo de uma semana, sendo a última dose 8 semanas antes do parto, apresentando comprovante. Informa que seu parceiro tratou, mas não apresentou comprovante deste tratamento. O VDRL materno da admissão foi 1:4. A melhor conduta neste momento é

- a) solicitar hemograma e VDRL de sangue periférico do RN, punção lombar e RX de ossos longos e iniciar penicilina cristalina.
- b) solicitar hemograma e VDRL de sangue periférico do RN, punção lombar e RX de ossos longos e tratar com penicilina benzatina.
- c) solicitar VDRL de sangue periférico do RN. Hemograma, punção lombar e RX de ossos longos, além de tratamento penicilínico, em caso de presença de sinais clínicos ou VDRL > 1:4.
- d) solicitar hemograma e VDRL do RN, punção lombar e RX de ossos longos e aguardar resultados para decisão terapêutica.
- e) acompanhar clinicamente por estar adequadamente tratada e realizar VDRL do RN com 30 dias de vida.

41) A dificuldade do controle térmico do bebê prematuro está relacionada a

- a) menor capacidade de vasoconstrição cutânea.
- b) maior quantidade de tecido subcutâneo.
- c) maior área de superfície corpórea.
- d) menor estoque de gordura marron.
- e) maior quantidade de líquido extracelular, favorecendo maior evaporação.

42) O sintoma encontrado na hipotermia do prematuro é

- a) Vasodilatação periférica.
- b) Cianose central.
- c) Hipertonia.
- d) Irritabilidade.
- e) Sucção débil.

43) O exame caracterizado por maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de persistência do canal arterial é

- a) Ultrassonografia transesofágica.
- b) Alteração do eletrocardiograma.
- c) Exame radiológico.
- d) Exame físico.
- e) Ecocardiograma.

44) Na classificação do recém-nascido, considerando-se os parâmetros peso e idade gestacional, plotados no gráfico de avaliação, é **CORRETO** afirmar que

- a) AIG tem peso = percentil 50.
- b) GIG refere-se ao recém-nascido com peso > 4000g.
- c) PIG refere-se ao recém-nascido com peso < percentil 25.
- d) PIG simétrico tem PC (perímetro cefálico) = percentil 10.
- e) PIG assimétrico tem PC (perímetro cefálico) > percentil 10.

45) Em relação ao metabolismo da glicose no feto e no recém-nascido, é **CORRETO** afirmar que

- a) o feto faz muito uso do seu sistema de controle da glicemia.
- b) a glicemia fetal atinge níveis idênticos aos níveis maternos.
- c) a glicemia nos RN atinge valores mais baixos 4 horas após o nascimento.
- d) o nível de glicose no sangue total é inferior ao nível do sangue plasmático.
- e) a hipoglicemia é uma intercorrência pouco frequente em RN prematuros.

46) É **CORRETO** afirmar que, na hiperglicemia do recém-nascido,

- a) deve-se reduzir a infusão de glicose o mais rapidamente possível para 4 mg/kg/minuto.
- b) o uso precoce de aminoácidos na alimentação parenteral reduz a incidência de hiperglicemia.
- c) níveis de glicose superiores a 150mg/dl aumentam a osmolaridade sérica sem risco aos RN prematuros.
- d) a definição de hiperglicemia no RN é de concentração de glicose superior a 170mg/dl.
- e) o uso de teofilina no tratamento da apneia do prematuro diminui a incidência de hiperglicemia.

47) Em relação ao teste do pezinho (Teste de Triagem Biológica Neonatal) é **CORRETO** afirmar que

- a) A maior parte das doenças triadas no teste do pezinho apresentam sintomas no período neonatal.
- b) O teste deverá ser feito na primeira semana de vida para evitar resultados falsos negativos para a fibrose cística.
- c) Na fenilcetonúria é necessário que o RN já esteja em amamentação.
- d) Na fibrose cística do RN é necessário que os pais sejam doentes.
- e) O diagnóstico precoce de hipotireoidismo congênito não previne o retardo mental das crianças que apresentam esta doença.

48) Na Síndrome do Desconforto Respiratório do recém-nascido (SDR), a pressão positiva contínua na via aérea (CPAP) por peça nasal é amplamente utilizada. Entretanto, alguns problemas indesejáveis podem ser encontrados como

- a) redução da resistência vascular pulmonar pela pressão positiva no leito vascular.
- b) hipercarbica que pode indicar pressão reduzida e volume corrente elevado.
- c) shunt da direita para esquerda por manutenção do fluxo no canal arterial.
- d) redução do débito cardíaco por sua interferência no retorno venoso ao coração.
- e) pneumotórax, mais frequentemente quando se utiliza ventilador de fluxo contínuo.

49) O Programa de Reanimação Neonatal da SBP 2015 recomenda que o clampeamento do cordão umbilical, após a extração, por parto vaginal, de um recém-nascido de 39 semanas, chorando forte e com bom tônus seja realizado

- a) imediatamente.
- b) até 30 segundos.
- c) até 90 segundos.
- d) no mínimo de 60 a 180 segundos.
- e) no mínimo de 30 a 60 segundos.

50) Recém-nascido, 32 semanas de idade gestacional, não responde aos cuidados iniciais na sala de parto e você indica a ventilação através de máscara e ventilador mecânico manual com peça "T". Os parâmetros iniciais recomendados, respectivamente, para fluxo (L/min); pressão inspiratória (cm H₂O); PEEP (cm H₂O); frequência por minuto (mpm); concentração de oxigênio (%) são

- a) 5 – 15L/min; 10 – 15 cm H₂O; 4 – 6 cm H₂O; 30 – 90 mpm; 100%.
- b) 5 – 15 L/min; 15 – 20 cm H₂O; 4 – 6 cmH₂O; 40 – 60 mpm; 40%.
- c) 5 – 15L/min; 20 – 25 cm H₂O; 4 – 6 cm H₂O; 40 – 60 mpm; 30%.
- d) 20 – 25 L/min; 10 – 15 cm H₂O; 6 – 8 cmH₂O; 40 – 60 mpm; 60%.
- e) 20 – 25 L/min; 20 – 25 cm H₂O; 6 – 8 cmH₂O; 30 – 90 mpm; 21%.