

# ÁREAS DA PEDIATRIA

## Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 80 questões de **múltipla escolha**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **preta**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 4 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito.
- Você somente poderá deixar a sala após 2h do início da prova, podendo levar consigo **APENAS** o **CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO** e a **DECLARAÇÃO DE PRESENÇA** (abaixo).

RESIDÊNCIA MÉDICA 2023 – 1ª FASE  
ÁREAS DA PEDIATRIA

### CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO

1		11		21		31		41		51		61		71	
2		12		22		32		42		52		62		72	
3		13		23		33		43		53		63		73	
4		14		24		34		44		54		64		74	
5		15		25		35		45		55		65		75	
6		16		26		36		46		56		66		76	
7		17		27		37		47		57		67		77	
8		18		28		38		48		58		68		78	
9		19		29		39		49		59		69		79	
10		20		30		40		50		60		70		80	

**RASCUNHO**

**1. ASSINALE EM QUAL DAS SITUAÇÕES A QUEBRA DO SIGILO DEVE SER REALIZADA:**

- a. Joana (15a), iniciou vida sexual com seu namorado e solicita contraceptivo.
- b. José (13a), fumou maconha junto com seus colegas uma vez.
- c. Felipe (17 a), testou positivo para sífilis em teste rápido.
- d. Jessica (15a) testou positivo para gravidez

**2. A RECOMENDAÇÃO DA OMS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA AS IDADES DE 5 A 17 ANOS É:**

- a. Pelo menos 150 minutos por semana de atividade moderada.
- b. Pelo menos 60 minutos por dia de atividade moderada a intensa.
- c. Pelo menos 120 minutos por semana de atividade intensa.
- d. Qualquer atividade lúdica diária independente do tempo.

**3. Bruna, 14a, refere que gosta de beber quando sai com as amigas nos fins de semana, a bebida a relaxa e a deixa alegre, mas nunca bebe sozinha. Volta para casa com a irmã de uma das amigas que também bebe. QUAL O RISCO DE TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIA NESTE CASO?**

- a. CRAFFT=1, risco baixo.
- b. CRAFFT=3, risco moderado.
- c. CRAFFT=2, risco alto.
- d. CRAFFT=2, risco moderado, mas temos que intervir.

**4. EM RELAÇÃO AO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA DE BRUNA, NA QUESTÃO ANTERIOR:**

- a. Não se deve quebrar o sigilo, pois o médico vai perder o vínculo com a paciente
- b. Deve-se fazer intervenção breve inicialmente e, se persistir o uso, deve-se quebrar o sigilo.
- c. Deve-se quebrar o sigilo imediatamente, pois é um comportamento de alto risco.
- d. Deve-se quebrar o sigilo, pois ela é menor de idade.

**5. SOBRE MORTALIDADE NA ADOLESCÊNCIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. As causas são iguais nas meninas e meninos.
- b. A prevalência é semelhante entre meninas e meninos.
- c. O homicídio é a principal causa nos meninos.
- d. A autolesão é a principal causa nos meninos.

6. Adolescente comparece para avaliação cardiológica e liberação para prática de esportes. Antecedentes: negava antecedentes familiares cardiológicos patológicos. Apresenta arritmia à ausculta cardíaca. Eletrocardiograma evidenciou extrassístoles ventriculares isoladas. Investigação complementar: Ecocardiograma=normal; Holter de 24 horas: presença de extrassístoles ventriculares monomórficas em 3% dos batimentos. **A CONDUTA É:**

- a. Liberar apenas para atividades físicas recreativas.
- b. Liberar para atividade física recreativa e competitiva.
- c. Iniciar amiodarona e não liberar para atividade física.
- d. Iniciar beta-bloqueador e liberar para atividade física recreativa.

7. Lactente com diagnóstico de Tetralogia de Fallot, submetido a shunt sistêmico-pulmonar e em uso atual de AAS. Mãe solicita orientação quanto ao esquema vacinal recomendado. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. A criança não deve receber vacinas de vírus vivo atenuado pela possibilidade de imunodeficiência associada
- b. A tríplice acelular é recomendada pela possibilidade de descompensação da cardiopatia
- c. A vacina de rotavírus é contraindicada para estes pacientes.
- d. A vacina contra varicela está contraindicada devido ao uso do AAS.

8. Lactente, 6m, é trazido para Pronto Socorro com história de febre e vômitos há cinco dias, adinamia e dificuldade para mamar. Exame físico: FC=160bpm; FR=65irpm; PA=60x40mmHg; SatO<sub>2</sub>=95% (ar ambiente); T=36,5°C; regular estado geral, com sinais de desidratação. Precórdio hiperdinâmico com ictus palpável, sopro sistólico 2+ em BEE média e 2ª bulha normal. Murmúrio vesicular bilateral, com roncos esparsos, discreta tiragem subdiafragmática, fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito, pulsos simétricos e finos em extremidades, perfusão periférica de 3 segundos. Demais sem alterações. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. A presença de sobrecarga ventricular direita com eixo cardíaco desviado para a direita sugere a presença de Miocardite.
- b. A expansão volêmica controlada com pequenas alíquotas de cristalóide e reavaliação breve não deve ser realizada neste caso.
- c. A presença de linhas B ao ultrassom pulmonar auxilia no diagnóstico de edema pulmonar e indicação de diurético.
- d. A dosagem de troponina normal descarta a presença de miocardite.

**9.** Recém-nascido, 3 dias de vida, prematuro (IGc corrigida=28sem), em ventilação mecânica desde o nascimento, evolui com necessidade de aumento dos parâmetros da ventilação mecânica e infiltrado pulmonar heterogêneo bilateral. **QUAL SINAL CLÍNICO INDICARIA CANAL ARTERIAL PÉRVIO COM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA?**

- a. Sopros sistólico +/4+ em BEE alta.
- b. Amplitude de pulso aumentada.
- c. Saturação periférica inferior a 90%.
- d. Diferencial de pulso entre MMSS e MMII superior a 20 mmHg.

**10.** Pré-escolar, portador de ventrículo único tipo esquerdo, submetido a cirurgia cavo pulmonar parcial (Cirurgia de Glenn). Durante as consultas de puericultura foi observado queda progressiva da saturação de O<sub>2</sub> e o acompanhante refere piora da tolerância aos esforços. **QUAL O PROVÁVEL MECANISMO RESPONSÁVEL POR ESTA ALTERAÇÃO?**

- a. Hipertensão pulmonar secundária à cardiopatia.
- b. Insuficiência cardíaca com piora da função ventricular.
- c. Obstrução na anastomose cavopulmonar.
- d. Surgimento de fístulas veno-venosas.

**11.** Menina branca, 5a, apresenta quadro de telarca iniciada há seis meses e pubarca há três meses. Sem quaisquer outros dados relevantes na história gestacional, neonatal e pessoal. Sem quadros semelhantes na família. Exame físico: peso=23 Kg (p90); altura=120cm (>p97); M3P2 com mamas túrgidas e sensíveis à palpação. Canal de crescimento: Média p50; Limite superior p75 e inferior p25. **QUAL O SEU DIAGNÓSTICO E CONDUTA?**

- a. Aceleração constitucional do crescimento e da puberdade; observação e orientação com acompanhamento anual de idade óssea.
- b. Puberdade Precoce Central; ressonância nuclear de crânio e sela, dosagens de LH, FSH e estradiol, idade óssea e programar bloqueio da puberdade o mais rápido possível.
- c. Puberdade Precoce secundária à obesidade; orientação para perda de peso e retorno em três meses com idade óssea.
- d. Puberdade precoce secundária à doença ovariana; ultrassonografia pélvica e conduta conforme achado (massa cística ou cisto-sólida ou sólida no ovário).

**12.** Recém-nascido a termo, adequado para a idade gestacional, nascido de parto cesáreo por histórico de duas cesáreas anteriores. Está com 72 horas de vida com leite materno em livre demanda, com quadro de icterícia zona 4 e apresentou dois episódios de hipoglicemia (40 e 35 mg/dL) com 48 e 64 horas de vida, corrigidas com glicose EV. Exame físico: bom estado geral;

corado; hidratado; acianótico; icterico ++/4 zona 4. Exames por aparelhos e neurológico normal. Genital: masculino típico com pênis de 1,5 cm de comprimento e testículos palpáveis em canal inguinal médio bilateralmente. Teste do pezinho: normal. Bilirrubinas aumentadas às custas de bilirrubina direta. **QUAL O SEU DIAGNÓSTICO E CONDUTA?**

- a. Erro inato do metabolismo; solicitar interconsulta com genética e gastroenterologia pediátrica.
- b. Hipopituitarismo; coletar ACTH, cortisol, TSH, T4 livre e IgF1; iniciar reposição de com hidrocortisona e 10 dias após com tiroxina. Avaliar necessidade de reposição de GH. Investigar com ressonância magnética de sela túrcica.
- c. Recém-nascido normal com icterícia fisiológica agravada pelo leite materno e hipoglicemia por baixa ingestão; acompanhar e encaminhar para cirurgião pediátrico para avaliar a criptorquidia.
- d. Icterícia por colestase neonatal; avaliação de função hepática e ultrassonografia abdominal; interconsulta urgente com gastroenterologia e cirurgia pediátricas.

**13.** Menino, 13a, com Diabetes tipo 1 há dois anos, em uso de insulina NPH: 15U cedo, 15U antes do almoço e 15U ao deitar, e insulina Regular: 2U antes das principais refeições, café, almoço e jantar, além de 2U para correção se glicemia maior que 250 mg/dl. Peso=50Kg; hemoglobina glicada de 9%. Queixa-se de dificuldade de controle das glicemias, com várias hiperglicemias pós-prandiais e hipoglicemias ao acordar, conforme controle de glicemias capilares realizadas pelo paciente:

Jejum	54, 102, 68
2h após café	286, 257, 306
antes do almoço	155, 198, 175
2h após almoço	280, 257, 322
antes do jantar	154, 173, 205
ceia	282, 295, 314
madrugada	102, 75, 58

**COM BASE NO EXPOSTO, QUAL CONDUTA ESTARIA INADEQUADA?**

- a. Reduzir a insulina basal e adequar a proporção basal-*bolus*.
- b. Aumentar a insulina NPH do café e almoço e reforçar a ceia.
- c. Orientar o *bolus* de acordo com o alimento ingerido e a glicose no momento da medição.
- d. Calcular o fator de sensibilidade e estabelecer o alvo glicêmico para utilização de *bolus* correção.

**14.** Lactente do sexo feminino, 1 semana de vida, vem para iniciar puericultura. Nasceu de parto normal, idade gestacional=38sem3dias, peso de nascimento=2890g, comprimento=46cm, PC=34cm, Apgar 9/10. Na alta, com três dias de vida apresentou alteração no teste do coraçãozinho. Foi submetida a ecocardiografia que detectou leve coarctação de aorta. Mãe refere

que está em aleitamento materno exclusivo, mamando a cada 2-3hs, sugando forte. Sem queixas, tem consulta agendada com cardiologista pediátrico. Exame físico: bom estado geral; hidratada; corada; eupneica; peso=2850g; comprimento=46cm; PC=35cm; FC=120. Pulmões e bulhas cardíacas sem alterações. Abdome globoso, flácido e sem visceromegalias. Presença de discreto edema de mãos e pés, bilateralmente, pouco depressível. **QUAL SERIA A CONDUTA ADEQUADA?**

- a. Solicitar ureia e creatinina; encaminhar ao nefrologista pediátrico.
- b. Fazer as orientações gerais de puericultura; aguardar a conduta do cardiologista e a evolução do edema de extremidades.
- c. Encaminhar ao geneticista.
- d. Solicitar avaliação urgente do cardiologista para afastar insuficiência cardíaca.

**15.** Menino, 10 dias de vida, foi convocado para consulta médica no Serviço de Referência em Triagem Neonatal por apresentar no teste do pezinho com TSH neonatal em papel filtro de 52 µUI/ml. Recém-nascido a termo, adequado para a idade gestacional, Idade gestacional 39 semanas, parto vaginal, sem intercorrências. Peso de nascimento=3250g, comprimento=50cm, Apgar=9/10. Alta no terceiro dia de vida. Sem intercorrências neonatais. Mãe hígida, 25a, G1P1, pré-natal adequado, também sem intercorrências. Sem história de doença tireoideana ou uso de qualquer medicação durante a gestação. **ASSINALE A ALTERNATIVA INCORRETA:**

- a. A conduta adequada é dosar TSH e T4 livre em soro para confirmação diagnóstica e iniciar o tratamento com levotiroxina sódica o mais breve possível.
- b. A única apresentação comercial da levotiroxina sódica aprovada no Brasil é em forma de comprimidos, mas pode ser manipulada como solução oral nas farmácias de manipulação de forma segura e eficaz.
- c. A dose de levotiroxina varia de acordo com o peso e a idade do paciente, além da etiologia da doença. Crianças com hipotireoidismo mais grave, como no caso da agenesia tireoidiana, precisarão de doses mais altas de levotiroxina.
- d. A investigação etiológica com exames de imagem (cintilografia e/ou ultrassonografia) não necessita ser realizada neste primeiro momento, para não acarretar atraso no início do tratamento.

**16.** Menina, 5a, é trazida pela mãe para consulta com médico pediatra pelo aparecimento de lesões de pele há um dia, após festa de aniversário de uma amiguinha. Nega outros sintomas associados. Refere uma reação semelhante há alguns meses, após ingestão de cachorro quente com mostarda amarela. Nega antecedentes pessoais ou familiares de alergias. Exame físico: lesões

de borda arredondada, centro claro, muito pruriginosas, em dorso e membros. Restante do exame físico sem alterações. **COM RELAÇÃO A ESTE CASO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. A hipótese diagnóstica é de alergia alimentar. Devem ser solicitados IgE específicos para leite, ovo, soja, amendoim, pois estes são ingredientes frequentes em alimentos presentes em festas de aniversário.
- b. A hipótese diagnóstica é de alergia a corantes. Deve ser solicitado IgE específico para tartazina, alérgeno frequentemente associado às reações IgE mediadas.
- c. A hipótese diagnóstica é de alergia a corantes. Deve ser solicitado painel de IgEs específicas para múltiplos alimentos.
- d. Episódios recorrentes de urticária aguda na infância podem ser desencadeados pelo consumo de alimentos ultraprocessados. Neste momento não é necessário solicitar dosagens IgEs específicas.

**17.** Menino, 12a, chega ao consultório de pediatria com diagnóstico prévio de dermatite atópica desencadeada por múltiplos alimentos – faz uma dieta isenta de leite, ovos, peixes, chocolate, tomate, glúten e amendoim. Segundo a mãe, no último ano esteve internado por infecção de pele; está em uso de corticoide via oral há duas semanas e dois anti-histamínicos, sem melhora. Exame físico: xerose e prurido, porém pele sem áreas de exsudação. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Há realmente associação de mais de 50% entre dermatite atópica e alergias alimentares; este paciente deve ser encaminhado ao imunologista para imunoterapia.
- b. Embora menos de 10% dos pacientes com dermatite atópica estejam colonizados por estafilococos, é importante acrescentar a prescrição de cefalosporina via oral para este paciente.
- c. A hidratação é a medida principal para este paciente; para ele deve usar no mínimo 500 gramas de hidratante por semana.
- d. O corticoide sistêmico é uma medida agressiva, porém de baixo impacto, mesmo em uso prolongado, uma vez que a dermatite atópica tende a desaparecer com a idade.

**18.** Menino, 8m, é hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica por choque secundário à diarreia líquida e profusa, de início agudo. Nega febre ou outras queixas. Tem peso e estatura normais para a idade. Antecedentes: duas internações anteriores, por quadro semelhante; hipotireoidismo em tratamento regular. Nega internações por outras causas. História familiar: relato de um primo por parte da mãe, de três anos de idade, com diabetes mellitus e hipotireoidismo também. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**



- a. Trata-se de diarreia aguda por rotavírus ou enterovírus. Deve-se proceder ao tratamento sintomático e orientações de higiene para que esses episódios não se repitam.
- b. Este paciente deve ser avaliado para erro inato da imunidade com falha na regulação imune ligada ao X.
- c. Este paciente deve ser avaliado para agamaglobulinemia congênita, que é a única imunodeficiência que cursa com infecções graves nesta faixa etária.
- d. Trata-se de doença inflamatória intestinal de início precoce. É necessária colonoscopia para consequente prescrição de imunoduladores, como infliximabe.

**19.** Menino, 2m, com antecedente de prematuridade (36 semanas ao nascimento) chega ao Pronto Socorro com quadro de insuficiência respiratória secundária à pneumonia extensa à direita. Antecedentes: pais primos de primeiro grau; mãe com história de dois abortos anteriores, de causa não conhecida. Nasceu em casa; não realizou o exame do pezinho. Exame físico: presença de candidíase oral e perineal e eczema generalizado. Hemoglobina=9,0g/dL; leucócitos=7.000/mm<sup>3</sup> (neutrófilos=1.600/mm<sup>3</sup>; linfócitos=1.200/mm<sup>3</sup>). **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Trata-se de lactente imunocompetente com infecção bacteriana e candidíase oral associada à imaturidade do sistema imunológico.
- b. Trata-se de paciente com neutropenia congênita.
- c. Trata-se de paciente com hipótese de imunodeficiência combinada, devendo ser realizada quantificação de subtipos de linfócitos.
- d. Trata-se de paciente que apresenta estas infecções por não ter recebido a passagem de IgG via placentária devido à prematuridade.

**20.** Menina, 3a, comparece ao consultório de pediatria com história de diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca desde o primeiro ano de vida, após um episódio de anafilaxia. Desde então vem com dieta restrita e bastante disciplina, excluindo leite e derivados. Evoluiu sem qualquer intercorrência desde então. Realizado IgEs específicos para caseína, alfa lactoalbumina e beta lactoglobulina com resultados entre 0,3 e 1,2UI/mL. O médico então agendou um teste de provocação oral (TPO) para este paciente. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Há indicação clínica e laboratorial de evolução para tolerância natural ao alimento; o TPO pode ser realizado com segurança em ambiente hospitalar.
- b. Há indicação laboratorial de manutenção de alergia mantida ao leite de vaca e derivados; deve ser mantida a dieta de exclusão desses alimentos. O TPO não é seguro para este paciente.
- c. Pela idade, esta criança deve ser encaminhada à imunoterapia, para tratamento do quadro de alergia alimentar. Não há indicação para a realização do TPO.

- d. A realização do TPO no ambiente hospitalar não é necessária; a mãe pode oferecer leite e derivados em pequenas quantidades em casa.

**21.** Um lactente em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde tem como antecedentes: peso ao nascer=3080g; Apgar=8/10 e diagnóstico de RNT/AIG. Evoluiu bem nas primeiras 72 horas de vida quando teve alta da maternidade com icterícia 2+ e dosagem transcutânea de bilirrubina total=10,0 mg/dL. Na segunda consulta na UBS, com 27 dias de vida, mãe não refere qualquer queixa. O lactente está sendo amamentado exclusivamente. Peso=3480g, mantêm icterícia ++ até raiz de coxas, sem outras anormalidades ao exame físico. **CONSIDERANDO AS INFORMAÇÕES ACIMA PODE-SE DIZER QUE:**

- a. É indicado realizar dosagem de bilirrubina total e frações, TSH e T4 livre.
- b. A hipótese mais provável é icterícia do seio materno e nenhum exame é necessário.
- c. Um exame de urina tipo 1 e pesquisa de pigmento biliar na urina são suficientes para iniciar a investigação.
- d. A hipótese de galactosemia deve ser aventada, já que o ganho ponderal foi insuficiente.

**22.** Recém-nascido, 46 horas de vida, e o pediatra está avaliando a possibilidade de alta hospitalar. Mãe G3P3A0 com diabetes gestacional, tipo sanguíneo O RH positivo, antecedente de icterícia tratada com fototerapia nos filhos anteriores. Recém-nascido: A RH positivo, idade gestacional=35 semanas. Apresentou icterícia clínica + até zona II de Kramer com 22 horas de vida e, no exame clínico de alta, apresenta icterícia ++ até zona III de Kramer. **PODE-SE AFIRMAR QUE:**

- a. Como a icterícia está visível até a zona III de Kramer, os níveis de bilirrubina total devem estar próximos a 11 mg/dL.
- b. Como a icterícia foi de início precoce, há aumento de risco de hiperbilirrubinemia e necessidade de fototerapia.
- c. Se o teste de Coombs direto for negativo, pode-se afastar a possibilidade de um componente hemolítico na etiologia da icterícia.
- d. Como o recém-nascido apresenta dois fatores de risco para níveis elevados de bilirrubina total, é necessário retardar a alta hospitalar.

**23.** Mãe, 18a, G2P0A1. Na sua segunda consulta do pré-natal, na Unidade Básica de Saúde, apresentava título de VDRL 1:8. **PODE-SE DIZER QUE:**

- a. Se o VDRL do recém-nascido for igual ou menor que o título materno, há baixa probabilidade de transmissão vertical da doença.
- b. Se título do VDRL materno colhido por ocasião do parto for 1:4 pode-se considerar a possibilidade de resposta ao tratamento.

- c. Se houver história de tratamento materno para sífilis com droga, dose e duração adequadas, o VDRL do recém-nascido poderá ser dispensado.
- d. Se houver história materna de tratamento adequado durante a gestação, recém-nascido com exame físico normal e VDRL 1:2 pode-se suprimir a avaliação do RN com RX de ossos longos e líquido.

**24.** Mãe, 18a, secundigesta, filho anterior com 2 anos é saudável. Na gestação atual foi identificada infecção materna pelo HIV. Recebeu terapia antiretroviral com 3 drogas a partir de 30 semanas de idade gestacional. Recém-nascido masculino, peso ao nascer=3080g, Apgar=8/10, idade gestacional=39 semanas. Exame físico do RN na sala de parto foi normal. **QUAIS OS CUIDADOS COM ESSE RECÉM-NASCIDO?**

- a. Devido ao alto risco de infecção do RN, deve-se investigar a carga viral logo ao nascer, iniciar zidovudina, raltegravir e lamivudina.
- b. Devido ao baixo risco de infecção vertical, o RN deve receber apenas zidovudina.
- c. Devido ao alto risco de infecção vertical, o RN deve receber zidovudina, lamivudina e nevirapina.
- d. Devido ao baixo risco de infecção vertical, o RN deve receber AZT já nas primeiras 8 horas de vida.

**25.** Gestante, 18a, pela DUM apresenta amenorréia de 38 semanas, tem um companheiro fixo no último ano, é G2P1A1, realizou pré-natal na Unidade Básica de Saúde. Recém-nascido: peso de nascimento=2800g, comprimento= 49cm. Ao exame físico, em sala de parto, não foram observadas anormalidades. Com 48 horas de vida, antes da alta hospitalar, o pediatra recebeu o resultado do VDRL colhido do sangue materno que foi igual à 1:4. **EM RELAÇÃO À CONDUTA COM O RECÉM-NASCIDO NESSE CASO, PODEMOS DIZER QUE:**

- a. Se o título do VDRL do recém-nascido for quatro vezes maior que o da mãe, deve-se realizar bioquímica e citologia do líquido cefalorraquidiano e radiograma de ossos longos.
- b. Como o título do VDRL materno é menor que 1:8 recomenda-se apenas o seguimento sorológico do recém-nascido.
- c. Se o título do VDRL do recém-nascido for negativo podemos afastar a doença ativa no RN.
- d. Se a mãe foi tratada durante a gestação com eritromicina, por 10 dias, há segurança no tratamento da criança.

**26.** Recém-nascido de 29 semanas de gestação nasce em apneia, hipotônico e, após passos iniciais da reanimação, constata-se frequência cardíaca de 50 bpm. **A CONDUTA NESSE MOMENTO É:**

- a. Iniciar ventilação com pressão positiva por máscara facial com concentração de oxigênio inicial de 60%.
- b. Iniciar ventilação com pressão positiva por tubo traqueal e compressão torácica coordenada com a ventilação.
- c. Iniciar ventilação com pressão positiva por máscara facial com concentração de oxigênio inicial de 30%.
- d. Iniciar ventilação com pressão positiva por tubo traqueal e concentração de oxigênio inicial de 100%.

**27.** Recém-nascido de 40 semanas de gestação e com líquido amniótico claro, nasce hipotônico, com choro fraco e cianótico. **EM RELAÇÃO AO CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL, O OBSTETRA, NESSE CASO, DEVE:**

- a. Realizar o clampeamento imediato do cordão umbilical e realizar estímulo tátil no dorso da criança.
- b. Realizar o clampeamento do cordão umbilical após seis (6) estímulos táteis vigorosos no dorso da criança.
- c. Realizar o clampeamento do cordão umbilical com 60 segundos de vida, com criança colocada sobre o abdômen materno.
- d. Realizar o clampeamento imediato do cordão após dois (2) estímulos táteis delicados no dorso da criança.

**28.** Recém-nascido de 39 semanas de gestação nasce por parto vaginal e com tempo de bolsa rota de 24 horas. Mãe com pesquisa de *Streptococcus agalactiae* positiva e fisometria relatada pelo obstetra. Mãe recebeu cefazolina seis (6) horas antes do parto. Criança se encontra bem logo após o nascimento e em aleitamento materno em regime de alojamento conjunto. **EM RELAÇÃO À CONDUTA REFERENTE AO MANEJO DO RECÉM-NASCIDO QUANTO AO RISCO DE SEPSE NEONATAL PRECOCE E DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO POR CATEGORIA DE RISCO, DEVE-SE:**

- a. Realizar triagem infecciosa com hemocultura, hemograma e proteína C-reativa e iniciar antibioticoterapia imediatamente.
- b. Realizar triagem infecciosa com hemocultura, hemograma e proteína C-reativa e aguardar resultados.
- c. Realizar exame físico seriado, sinais vitais periódicos e observação clínica rigorosa.
- d. Proceder à internação em unidade de cuidados intermediários e iniciar tratamento antimicrobiano.

**29.** Pré-escolar, 6a, há 70 dias atrás apresentou quadro febril, coriza hialina e tosse seca, com três dias de duração. Desde então a tosse piorou de intensidade e fica mais intensa quando a criança se deita. Apresenta rinite alérgica e boa evolução de peso e altura. Nega sintomas respiratórios na família. Exame físico: bom estado geral, coriza nasal espessa e amarelada. Pulmão: murmúrio vesicular presente e simétrico bilateral. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a. Tosse crônica, sinusite; tratar a sinusite com antibiótico por 14 dias, reavaliar após o tratamento para analisar se haverá necessidade de prosseguir ou não a investigação.
- b. Tosse persistente, evolução natural de Infecção viral de vias aéreas superiores, sinusite; tratar com antibiótico por 14 dias.
- c. Tosse persistente, tuberculose; radiograma de tórax, iniciar esquema tríplice e notificação da doença, investigação dos contactantes.
- d. Tosse crônica; higiene nasal, reavaliar após 14 dias para analisar se haverá necessidade de prosseguir ou não a investigação.

**30.** Menino, 15m. Foi internado com insuficiência respiratória aguda obstrutiva durante 15 dias, com o diagnóstico de bronquiolite viral aguda há quatro meses atrás. Apresentou crises de insuficiência respiratória aguda obstrutiva mensais após a alta. Mãe refere que na última crise a criança não apresentou febre nem coriza nasal, estava na casa da avó que tem muitos tapetes e cortinas. Última prescrição feita pelo médico do Pronto Socorro: salbutamol inalatório e prednisolona por cinco dias. Antecedente familiar: pai apresentou “chiado recorrente até a adolescência”. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:**

- a. Asma, sibilância não relacionada a resfriados; solicitar hemograma.
- b. Lactente sibilante porque apresentou quatro crises de insuficiência respiratória aguda obstrutiva com necessidade de procurar o Pronto Socorro; solicitar hemograma na vigência da crise.
- c. Sibilância recorrente transitória pois pai apresentou sibilância recorrente quando criança; solicitar dosagem de imunoglobulinas.
- d. Sibilância recorrente transitória induzida por vírus, pois ficou 15 dias internado na enfermaria de pediatria por bronquiolite viral aguda; solicitar pesquisa de vírus em orofaringe.

**31.** Menino, 10a, iniciou quadros de sibilância recorrente com dois anos de idade. No último ano apresentou seis episódios de crises de falta de ar com necessidade de ir ao Pronto Socorro, sendo a última há três semanas, e precisou ficar internado durante três dias. Refere tosse quando treina natação. Acorda toda manhã com obstrução e prurido nasal. Medicação em uso: beta2 agonista de curta duração nas crises de falta de ar; faz uso de formoterol 12mcg associado à budesonida

200mcg de 12hs/12hs, de segunda à quinta-feira. Antecedente familiar: Pai tem diagnóstico de asma. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:**

- a. Asma grave não controlada; otimizar o tratamento da rinite alérgica, orientar adesão e técnica inalatória, manter medicação profilática, retorno em quatro semanas.
- b. Asma leve não controlada; introduzir antileucotrieno, orientar adesão e técnica inalatória, solicitar radiograma de tórax, retorno em três meses.
- c. Asma grave parcialmente controlada; otimizar o tratamento da rinite alérgica, prescrever dipropionato de beclometasona 200mcg spray oral de 12hs/12hs retorno em três meses.
- d. Asma moderada não controlada; introduzir prednisolona 20mg/dia em dias alternados, orientar adesão e técnica inalatória, manter medicação profilática, retorno em quatro semanas.

**32.** Lactente, 50 dias de vida, deu entrada no Pronto Socorro de um hospital secundário com história de gemência e falta de ar há dois dias, após quadro de tosse intensa. Aleitamento materno exclusivo. Hábito intestinal: fezes semi pastosas a cada cinco dias, já tinha iniciado óleo mineral. Hábito urinário: troca 6 fraldas/dia. Exame físico: FR=80irpm, com sibilância e hipoxemia (saturação $O_2$ =88%); hemograma com discreta leucopenia com diferencial de células normal; radiograma de tórax: opacidade alvéolo-intersticial bilateral e hiperinsuflação pulmonar. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CONDUTA SÃO:**

- a. Bronquiolite aguda viral; broncodilatador de curta duração.
- b. Pneumonia viral; prednisolona.
- c. Pneumonia lipoide; broncoscopia.
- d. Fibrose cística; antibiótico.

**33.** Menina, 3 a, é trazida para consulta por inchaço e dor no joelho direito há dois meses. A dor é mais intensa ao acordar, melhorando após meia hora. Nega trauma no joelho, sem febre ou emagrecimento. Esquema vacinal completo. Nega antecedentes familiares. Hemograma normal, VHS 15 mm. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL É:**

- a. Febre Reumática.
- b. Dores de crescimento.
- c. Artrite Idiopática Juvenil.
- d. Sinovite transiente.

**34.** Menino, 3a, previamente hígido, é trazido ao consultório porque há dois dias vem apresentando manchas violáceas nos glúteos e nas pernas, dor abdominal associadas a dor em joelhos e tornozelo esquerdo. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL É:**

- a. Resposta imune ao *Streptococcus viridans*.
- b. Doença falciforme.
- c. Leucemia mieloide aguda.
- d. Vasculite por IgA.

**35.** Menina, 2a, é trazida para consulta devido dor, edema e calor em joelho direito há oito semanas. Nega febre. A instalação do acometimento articular foi lenta e progressiva. Exames realizados na Unidade Básica de Saúde: VHS=20mm, fator reumatóide=negativo, FAN=1:320. **FRENTE AO QUADRO DESCRITO, DENTRE AS OPÇÕES ABAIXO, QUAL EXAME É FUNDAMENTAL?**

- a. Avaliação oftalmológica com lâmpada de fenda.
- b. Ressonância magnética de joelho direito.
- c. Ecocardiograma.
- d. Cintilografia de corpo inteiro com tecnécio.

**36.** Menina, 10 a, vem para consulta referindo há três meses quadro de febre, quase que diária e emagrecimento, associados a fraqueza progressiva. Nas últimas duas semanas vem apresentando engasgos e dificuldade para engolir os alimentos. Refere também uma reação na pele, que está vermelha, mais importante no rosto, que chega a ficar inchado em volta dos olhos. Exame de urina normal. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a. Lúpus Eritematoso Sistêmico
- b. Dermatomiosite
- c. Edema Angioneurótico
- d. Vasculite de Takayasu

**37.** Menina, 7a, com queixa de dores, de início súbito, importantes em joelho e tornozelo esquerdos, há cinco dias, associados a cansaço e batadeira há dois dias. A criança era previamente hígida, vacinas em dia, não referia viagens nesses últimos três meses; no interrogatório complementar referia apenas quadro de febre, com dor e dificuldade da deglutição há cerca de 18 dias, que cedeu com o uso de sulfametoxazol e trimetropin por cinco dias., **ANTES DOS EXAMES COMPLEMENTARES, A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL É:**

- a. Endocardite Bacteriana.
- b. Febre Reumática.
- c. Miocardite Viral.
- d. Síndrome de Wolff-Parkinson-White.

**38.** Menina, 9a, vem para consulta devido dores em braços e coxas, associada a fraqueza muscular progressiva; iniciadas há cerca de três meses. No início do quadro a paciente refere que tinha um pouco de dificuldade para andar; houve piora e, atualmente, está com muita dificuldade para subir escadas e erguer os braços. Exame físico: eritema generalizado, edema e dor à palpação da musculatura dos membros. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a. Leptospirose.
- b. Miosite Viral.
- c. Distrofia Muscular Progressiva.
- d. Dermatomiosite.

**O ENUNCIADO SE REFERE ÀS QUESTÕES 39 E 40**

Menino, 7a, vítima de traumatismo cranioencefálico grave. Encontra-se internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, intubado em ventilação mecânica e devidamente monitorizado. Além da monitorização básica encontra-se com monitorização de pressão intracraniana (PIC) e do PCO<sub>2</sub> expirado (PetCO<sub>2</sub>). No momento apresenta: PIC=12mmHg; PAM=70mmHg, PetCO<sub>2</sub>=38mmHg (mesmo valor encontrado na gasometria para PaCO<sub>2</sub>).

**39. QUAL O VALOR DA PRESSÃO DE PERFUSÃO CEREBRAL (PPC) NESTE CASO?**

- a. 58 mmHg.
- b. 32 mmHg.
- c. 26 mmHg.
- d. 50 mmHg.

**40.** Na situação em que o paciente se encontra o valor desejado do PCO<sub>2</sub> para o alvo terapêutico,

**ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Está acima do alvo desejado.
- b. Está dentro do alvo desejado.
- c. Está abaixo do alvo desejado.
- d. Não existe alvo terapêutico nesta situação.

**O ENUNCIADO SE REFERE ÀS QUESTÕES 41 E 42**

Criança, 3a, internado na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica há 1 hora com diagnóstico de meningite com líquido sugestivo de meningite bacteriana. Encontra-se com cateter nasal de O<sub>2</sub> e acesso venoso periférico. Já recebeu 40 mL/kg de solução cristalóide e iniciado antibioticoterapia de amplo espectro. Neste momento apresenta: FC=165bpm; FR=40irpm; PA=80x40mmHg; T=37,0°C; oximetria de pulso=90%; pulsos periféricos finos; tempo de enchimento capilar=3seg; extremidades frias; escala de coma de Glasgow =10; diurese concentrada=0,5 mL/kg/h. É optado por intubação orotraqueal. Responda as questões abaixo.



**41. EM RELAÇÃO ÀS MEDICAÇÕES UTILIZADAS PARA INTUBAÇÃO DESTE PACIENTE, ASSINALE AQUELA QUE ESTÁ CONTRAINDICADA:**

- a. Midazolam.
- b. Fentanil.
- c. Etomidato.
- d. Cetamina.

**42. Qual diagnóstico deste caso? ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Choque séptico dissociativo.
- b. Choque séptico hipotensivo.
- c. Choque séptico refratário a catecolamina.
- d. Choque séptico compensado.

**43. NO PACIENTE ASMÁTICO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA A RECOMENDAÇÃO PARA A RELAÇÃO INSPIRAÇÃO E A EXPIRAÇÃO (I:E) É:**

- a. 1:1 a 1:2
- b. 1:1 a 2:1
- c. 1:3 a 1:4
- d. 3:1 a 4:1

**44.** Menino, 8a3m, é encaminhado ao ambulatório por ter baixa estatura, com um radiograma para idade óssea feita aos 8 anos, com laudo de 5 anos e 6 meses. Sem nenhuma queixa nos diversos aparelhos. Nasceu a termo, peso=2.380g, comprimento=44cm, PC=33cm, mãe fumante durante toda a gestação. Seu canal de crescimento (altura alvo) calculado com as alturas dos pais é bem desfavorável (pais são baixos), estando a média no percentil terceiro. Menarca da mãe e da única irmã aos 12 anos. Traz um valor de altura de sete anos, que estava no percentil 10 e, na consulta atual, tem altura 4cm abaixo do percentil terceiro. Exame físico normal, proporcionado, ausência de estigmas genéticos. Peso=percentil 50. Desenvolvimento puberal= G1P1, testículos 2cm<sup>3</sup>.

**ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Paciente é portador de baixa estatura, mas cresce com velocidade normal o que afasta doença; as etiologias são: constitucional (familiar) e desnutrição intrauterina; tem atraso de maturação.
- b. Paciente não é portador de baixa estatura, mas tem desnutrição intrauterina e componente constitucional (familiar) para justificar seu crescimento que é normal; tem atraso de maturação.

- c. Paciente é portador de baixa estatura e tem um canal familiar desfavorável; atraso de maturação e desnutrição intrauterina como fatores etiológicos para sua altura, mas não tem uma velocidade de crescimento normal, necessitando investigação laboratorial.
- d. Paciente não é portador de baixa estatura; está dentro de seu canal de crescimento, tendo atraso de maturação e desnutrição intrauterina, fatores etiológicos que justificam, com seu crescimento normal, descartarmos presença atual de doenças.

**45.** Mãe refere que, ao voltar do trabalho, encontra menino de 1 ano com sudorese fria, temperatura menor que 34°C. Refere que previamente a criança estava com coriza clara, afebril e não sabe se o pai utilizou alguma medicação a noite, (pai faz uso regular de vasoconstritor nasal). Antecedentes: criança eutrófica, em acompanhamento regular com pediatra, carteira vacinal em dia. Chega ao Pronto Socorro de Pediatria sonolento, pupilas mióticas, FC=60bpm; PA=70x40mmHg; FR=16irpm, oximetria de pulso=90%, T=34,3°C. Abdome inocente, hipoglicemia de 54 corrigida. **ASSINALE A**

**ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Iniciar ressuscitação cardiopulmonar e intubação orotraqueal; suporte de terapia intensiva (bradicárdico, hipotérmico, hipotenso), com suporte ventilatório e hemodinâmico.
- b. O diagnóstico etiológico é essencial e muda a conduta inicial. Existe suspeita de intoxicação exógena que deve ser tratada.
- c. O tratamento adequado deve ser iniciado em conjunto com centro de intoxicação, e deve ser priorizado suporte hemodinâmico e etiológico.
- d. A infusão de volume em alíquotas de 20ml/kg pode melhorar o quadro e protelar outras medidas.

**46.** Menino, 5a, é trazido ao ambulatório para investigação de retardo de crescimento. Tem idade óssea de 2 anos e 3 meses. Altura: estava no percentil 50 aos 3 anos agora está no percentil 10. Está hoje fora do canal familiar, e mãe acha que ele não cresce desde os 3 anos. Alimenta-se bem, ganha peso e não tem outras queixas. Antecedentes: parto cesáreo, idade gestacional=40 semanas, peso=3.200g, comprimento=50cm, PC=35cm. Exame físico proporcionado, sem alterações nos diversos aparelhos exceto presença de fenda palatina posterior e úvula bífida. G1P1, testículos=2cm<sup>3</sup>. Traz exames: função renal normal, hepática normal, tireoideana normal, hemograma e exame de urina sem alterações. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Realizada coleta de dosagem de hormônio de crescimento humano basal, que veio com valor baixo, fechando o diagnóstico de deficiência de GH.
- b. Realizado teste de estímulo para liberação do hormônio de crescimento humano com clonidina por via oral e, como todos os valores estavam abaixo do valor limite de normalidade, se Igf1 colhido estiver baixa, protocolar para início de uso do GH fornecido pela farmácia de alto custo.

- c. Realizado teste de estímulo para liberação do hormônio de crescimento humano com clonidina, se um valor estiver acima da referência, afastamos o diagnóstico de deficiência de GH no paciente, mesmo com dosagem de IGf 1 um pouco abaixo do limite na curva de referência.
- d. Realizada dosagem basal de hormônio de crescimento humano e IGf1 e com ambas com valores baixos, confirmamos o diagnóstico de deficiência de GH.

**47.** Menina, 3m, vem encaminhada de cidade da região após internação para tratamento de infecção do trato urinário com antibiótico parenteral por 7 dias, aos 65 dias de vida, recebendo alta com medicação oral por mais três dias, estando bem desde então. Mãe conta que o quadro iniciou-se com febre (variando de 38,4°C a 39,2°C), sem nenhum sinal ou sintoma de vias aéreas e o diagnóstico foi feito por coleta de exame de urina e urocultura por sondagem vesical, com resultado positivo para E.coli multissensível. Função renal durante internação=normal. Ultrassonografia abdominal e pélvica para visualização de vias urinárias=normal. **EM RELAÇÃO A ESTA LACTENTE É CORRETO AFIRMAR:**

- a. Na alta deveria ter sido prescrito profilaxia antibiótica até os 12 meses de vida e solicitados exame de urina e urocultura de controle, além de uretrocistografia miccional para pesquisa de refluxo vesicoureteral.
- b. Na alta não está indicada a profilaxia desta lactente por ser a primeira infecção em bebê menor de 6 meses, do sexo feminino e por não sabermos se tem refluxo vesicoureteral.
- c. Na alta não está indicada a profilaxia antibiótica e nem a realização de uretrocistografia miccional por tratar-se de primeira infecção em lactente do sexo feminino.
- d. Na alta deveria ter sido indicada a profilaxia antibiótica até a realização da investigação com uretrocistografia miccional que, se realizada antes dos 6 meses e estando normal, indicaria suspensão do uso do antibiótico.

**48.** Criança, 2a, é admitida em Sala de Urgência, com relato do cuidador de que acordou gritando de madrugada, com grande irritabilidade aparentando dor intensa. No trajeto, apresentou seis episódios de vômitos. Exame físico: pálido, torporoso, sudoreico, com eritema em dorso de pé esquerdo e dor à manipulação local. FC=180 bpm, com presença de terceira bulha, ausculta pulmonar com estertores bibasais. Hemoglobina=11,5g/dL; leucócitos=18.000/mm<sup>3</sup> sem desvio; sódio=135 mEq/L; potássio=2,5mEq/L; glicemia=220 mg/dL; troponina T= 30 ng/L; pH=7,38; bicarbonato=22mEq/L; lactato=6,0mmol/L. Eletrocardiograma com alterações de repolarização ventricular. **O MANEJO IMEDIATO NA CONDUÇÃO DESTE PACIENTE ENVOLVE:**

- a. Fluidoterapia isotônica agressiva e antibioticoterapia de amplo espectro.
- b. Fluidoterapia isotônica parcimoniosa e soro antiescorpiônico.
- c. Fluidoterapia isotônica agressiva e insulinoterapia endovenosa.

- d. Fluidoterapia isotônica parcimoniosa e trombólise.

**49.** Menina, 5a, em seguimento ambulatorial por artrite idiopática juvenil sistêmica, em mudança de esquema medicamentoso por atividade de doença, comparece ao Pronto Socorro com quadro febril há três dias, associada a sonolência. Exame físico: palidez cutânea, rash petequeial difuso e hepatoesplenomegalia. Hemoglobina=8,0g/dL; leucócitos=5.000/mm<sup>3</sup>; plaquetas=80.000/mm<sup>3</sup>; VHS=5mm/h; AST=150UI/L; ALT=80UI/L; proteína C-reativa=80 mg/L; ferritina=5.000ng/mL; fibrinogênio=100mg/dL. **A COMPLICAÇÃO A SER CONSIDERADA E MANEJADA NESTA PACIENTE, DADO A POTENCIAL GRAVIDADE É:**

- a. Infecção fúngica sistêmica.
- b. Leucose aguda.
- c. Progressão para Lúpus eritematoso sistêmico.
- d. Síndrome de ativação macrofágica.

**50.** Menina, 6a, com diagnóstico prévio de trissomia do 21, é transferida de serviço de menor complexidade devido quadro de dor abdominal de forte intensidade nos últimos três meses, associada à anemia não responsiva à reposição de ferro, com necessidade de transfusão de hemácias (demais séries do hemograma sem alterações) e, no último mês apresentando irritabilidade, alteração do sono e da marcha. Antecedente epidemiológico, mora em zona rural, num pesqueiro com a família. Avaliação radiológica complementar demonstrou diversos corpos estranhos radiopacos em trato digestivo, impactados em membrana duodenal. **O DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICA AS MANIFESTAÇÕES DA PACIENTE É DE:**

- a. Saturnismo.
- b. Porfíria aguda intermitente.
- c. Leucemia linfoblástica.
- d. Parasitose maciça.

**51.** Menino, 12a, tem história de constipação desde os 6 meses de vida, após iniciar a alimentação sólida. Utiliza supositórios de glicerina com frequência e, no último mês, fez 4 lavagens intestinais em Pronto Atendimento. Frequência das evacuações: 1 a cada 7 dias, calibrosas, com desconforto e que por vezes entopem o vaso sanitário. Relata escapes fecais, 5 a 10 vezes/dia. Exame físico: estatura e peso adequados, massa papável em hipocôndrio direito. **NA SUA AVALIAÇÃO:**

- a. A desimpactação fecal está indicada.
- b. Trata-se de uma incontinência fecal não retentiva.
- c. Deve-se iniciar o tratamento com medidas dietéticas e aumento da ingesta hídrica e observar a reposta
- d. Devem ser adotadas medidas comportamentais para o controle dos escapes fecais.

**52.** Menino, 3m, sem antecedentes mórbidos, apresentou sangramento nas fezes após a introdução de fórmula láctea de partida com leite de vaca. **NA AVALIAÇÃO E CONDUÇÃO DO CASO, É CORRETO AFIRMAR QUE:**

- a. Deve-se realizar testes séricos específicos IgE para o leite de vaca.
- b. O teste cutâneo positivo confirma alergia ao leite de vaca.
- c. Deve-se iniciar com fórmula extensamente hidrolisada e observar a resposta.
- d. Na maioria dos casos o teste de provocação oral depois de um curto período sem leite não se mostra necessário.

**53.** Menina, 7a. Queixa de dor abdominal desde os 3 anos de idade. Frequência da dor variável: 1 a 3 vezes por semana, até diariamente, de intensidade variável (em geral atrapalha, mas não impede as atividades diárias), preferencialmente epigástrica, sem irradiação. Sem horário preferencial, sem relação com a evacuação e/ou alimentação, associada à distensão abdominal. Nega despertar noturno, vômitos ou alteração no hábito intestinal. Evacua diariamente ou em dias alternados, fezes pastosas. Exame físico: bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, eupneica. peso=20 kg (p3-p10), estatura=1,16m (p10). Abdome distendido, RHA aumentados, timpânico a percussão, indolor a palpação, sem massas ou visceromegalias. Demais sistemas: sem alterações

Diário alimentar:

6h30: não come, ou toma iogurte/ come aveia
9h: fruta ou sanduiche de queijo ou cenoura e 1 copo de suco de laranja
12h (na escola): arroz, feijão, salada, frango e 1 copo de suco artificial
15h: fruta, bolacha ou salgadinhos e 1 copo de suco de uva
18h: macarrão com legumes e frango e 1 copo de suco de laranja/uva.

**PELA SUA AVALIAÇÃO:**

- a. Trata-se de um quadro de dor abdominal de provável causa péptica.
- b. Deve-se reduzir o consumo de frutose e observar se houve melhora da dor.
- c. Deve-se retirar todos os derivados de leite da dieta e observar se houve melhora da dor.
- d. Está indicada uma endoscopia digestiva alta devido ao tempo de duração da queixa.

**54.** Menino, 7a4m, previamente hígido, ingeriu moeda há dois meses, com vômitos, sem engasgos. Logo após ingestão, procurou pronto atendimento, onde foi realizado radiograma de tórax e abdome e evidenciado corpo estranho em esôfago. Foi realizado endoscopia digestiva alta, com retirada do objeto e observado alterações em mucosa esofágica. Biopsia mostrou mais de 15 eosinófilos em campo de grande aumento. **SUA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a. Doença do refluxo gastroesofágico oculto.
- b. Lesões secundárias à impactação do corpo estranho (moeda).
- c. Esofagite eosinofílica.
- d. Doença da membrana esofágica.

**55.** Menina, 1a1m. Há um mês teve febre alta por dois dias, procurou Pronto Atendimento, onde realizou exames, recebeu antibiótico endovenoso por 4 dias, e posteriormente recebeu alta com cefalexina e prednisolona. Durante internação foi observado hepatomegalia, realizado ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome que mostraram hepatomegalia e aumento da ecogenicidade hepática (esteatose?); hemograma normal; sorologias negativas; alteração de transaminases e glicemia=14mg/dL. Mãe relata que, se criança fica muito tempo sem mamar, fica molinha e sonolenta. Conta que fazia mamadas a cada 3 horas. Introdução alimentar aos 4 meses, com sucos, e aos 5 meses com papa salgada. HU: sem alterações, HI 3x ao dia, fezes coradas, bem formadas, macias. Gestaçãõ sem intercorrências, pré-natal sem intercorrências. Parto normal, idade gestacional=38 semanas, peso ao nascimento=2.685g; estatura=47cm, Apgar=9/10, alta com 48hv em aleitamento misto. Mãe relata que durante maternidade foi visto hipoglicemia, sendo complementada com fórmula infantil. DNPM: sorriso social aos 2m; fixou pescoço aos 3 meses; sentou-se com apoio aos 5 meses; senta-se sozinha aos 12m. **SUA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É DE:**

- a. Doença de Gaucher.
- b. Deficiência de alfa 1 antitripsina.
- c. Hemocromatose.
- d. Glicogenose.

**56.** Lactente, 18m, é levado ao Pronto Atendimento logo após um episódio de cianose generalizada, hipotonia e hiporresponsividade. Mãe refere episódio de curta duração (20seg), sem liberação esfinteriana, sem febre, sendo o terceiro episódio em 15 dias. Episódios sempre ocorrem após choro intenso por ter sido censurada. Criança com desenvolvimento adequado, sem anormalidades ao exame físico. **QUAL PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?**

- a. Síndrome de Sandifer.
- b. Síndrome hipotônico hiporresponsiva.
- c. Acidente isquêmico transitório da infância.
- d. Crise de falta de fôlego.

**57.** Lactente, 4m, levado ao serviço de Emergência por quadro abrupto de hipotonia generalizada, hiporresponsividade a estímulos e palidez. Recebeu a segunda dose da vacina pentavalente há 4 horas, nega febre ou outros sintomas associados. Paciente com seguimento adequado em Unidade

Básica de Saúde, sem patologias prévias, amamentação exclusiva em seio materno (última mamada há 2 horas). Exame físico: FC=130bpm; FR=40irpm; oximetria de pulso=99%; PA=80x60mmHg; T=36°C; glicemia capilar=120mg/dL; sonolenta, mas reativa ao exame, sem déficits motores aparentes, acianótica, palidez cutânea, pupilas reativas e simétricas, sem lesões de pele aparentes, sem alterações no restante do exame físico. **A CONDUTA APROPRIADA PARA O CASO É:**

- a. Manter paciente em observação até remissão total dos sintomas e notificação do caso.
- b. Encaminhar para Sala de Emergência e iniciar protocolo de anafilaxia com adrenalina IM.
- c. Coleta de líquido e início empírico de antibioticoterapia, já que a criança está com estado mental alterado
- d. Internação hospitalar para realização de exame de imagem.

**58.** Pré-escolar, 5a, trazido desacordado pelos pais à Emergência. Referem ter encontrado 1 frasco vazio de fenobarbital ao lado da criança. Exame físico: FC=76bpm; FR=8irpm; oximetria de pulso=80%, PA=90x60mmHg; pulsos periféricos presentes; cianose de extremidades; pulmões: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios; coração: BRNF 2t sem sopros. **QUAL A MELHOR ABORDAGEM PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO DESTA PACIENTE?**

- a. Monitorização e oferta de oxigênio com máscara de alto fluxo não-reinalante.
- b. Iniciar ventilação positiva com dispositivo bolsa-válvula-máscara após posicionamento de via aérea.
- c. Iniciar compressões cardíacas e administrar epinefrina 0,01mg/kg.
- d. Encaminhar amostra de sangue urgente para Centro de Intoxicações e solicitar antídoto específico.

**59.** Menina, 3a, submetida à retirada de corpo estranho em ouvido direito em Unidade de Emergência, recebendo três doses de midazolam, procedimento sem intercorrências. Durante período de recuperação, enfermagem observa queda sustentada de saturação até 89% associado a roncos enquanto paciente dorme, FR=30irpm; FC=110bpm; PA=90x60mmHg. **A MELHOR ABORDAGEM É:**

- a. Administrar antídoto flumazenil EV.
- b. Administrar epinefrina inalatória, pois se trata de quadro de laringite secundário à sedação.
- c. Iniciar ventilação positiva com dispositivo bolsa-válvula-máscara.
- d. Avaliar posicionamento de via aérea e oferecer oxigênio suplementar se necessário.

**60.** Menino, 9a, é trazido para consulta de puericultura sem queixas. Acompanhante refere ser sua mãe adotiva e que a criança está sob sua responsabilidade há dois meses. Disse não ter informações sobre os antecedentes ou a carteira de vacina da criança. Criança nega internações.

Não foi encontrado registro de doses de vacinas no SI-PNI e no prontuário eletrônico do cidadão (e-SUS). **CONSIDERANDO O CALENDÁRIO VACINAL PROPOSTO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, QUAIS VACINAS PODEM SER ADMINISTRADAS HOJE?**

- a. dT, HPV e Hepatite B.
- b. SCR, Febre amarela e VIP.
- c. DPT, HPV e Hepatite B.
- d. SCR, Meningo ACWY e DT.

**61.** Menina, 15m, é trazida à Unidade Básica de Saúde para consulta de puericultura. Mãe refere diagnóstico de artrite há dois meses e, desde então, em uso de ibuprofeno e metotrexato, com melhora dos sintomas. Nega outras queixas e exame físico é normal. Traz carteira de vacina e é possível identificar todas as doses recomendadas pelo Ministério da Saúde até os 12 meses. **CONSIDERANDO AS VACINAS DISPONÍVEIS PARA ESSA CRIANÇA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, QUAIS ESTÃO INDICADAS NO MOMENTO?**

- a. Pneumo10, Meningo C e VOP.
- b. DPT, Hepatite A e SCR.
- c. Hepatite A, VIP e DPT.
- d. SCR, DPT e VOP.

**62.** Criança, 5a, previamente hígida, encontra-se no pós-operatório de laparotomia exploradora e apendicectomia por apendicite complicada, com perfuração de alça intestinal e sinais de peritonite. **O ESQUEMA DE ANTIBIÓTICO(S) ESPERADO E OS PRINCIPAIS AGENTES BACTERIANOS PARA ESTA SITUAÇÃO SERIAM:**

- a. Cefalosporina de primeira geração (por exemplo, cefazolina); pneumococos.
- b. Penicilina natural (por exemplo, penicilina cristalina) com macrolídeos (por exemplo, eritromicina); cocos gram positivos agrupados.
- c. Penicilina semi-sintética com inibidor de beta lactamase (por exemplo, ampicilina com sulbactam) e aminoglicosídeo (por exemplo, gentamicina); cocos gram positivos, anaeróbios e bacilos gram negativos.
- d. Quinolona de segunda geração (por exemplo, ciprofloxacino); bactérias gram positivas e anaeróbios.

**63.** Lactente, 6m, previamente hígido, com história de tosse e coriza há 3 dias, sem descrição de febre, secreção abundante em vias aéreas superiores e sibilância. Observamos expiração prolongada, sibilância difusa e oximetria de pulso 90% (ar ambiente), FR=60irpm; FC=150bpm; retração subcostal presente e batimento de aleta nasal ausente, com irritabilidade (choro), sem sonolência ou cianose. Radiograma de tórax sem condensação pulmonar. Solicitada internação por



insuficiência respiratória aguda. **PERGUNTA-SE, RESPECTIVAMENTE: DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICA, LOCAL DE INTERNAÇÃO E UM RECURSO OXIGENATÓRIO / VENTILATÓRIO PASSÍVEL DE USO.**

- a. Bronquiolite viral aguda; oxigenioterapia suplementar; Terapia Intensiva Pediátrica e cateter de alto fluxo nasal de oxigênio.
- b. Pneumonia viral; antibioticoterapia; Terapia Intensiva Pediátrica e ventilação não invasiva.
- c. Bronquiolite viral aguda; nebulização com epinefrina; Enfermaria de Pediatria; cateter nasal de baixo fluxo de oxigênio.
- d. Pneumonia atípica; oxigenioterapia suplementar; Enfermaria de Pediatria; ventilação não invasiva.

**64.** Ao avaliarmos uma criança de seis meses de vida com o diagnóstico de bronquiolite viral aguda, com quadro agudo da doença, **PODEMOS EXPLICAR UMA PIORA CLÍNICA EVOLUTIVA DA OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS PELO SEGUINTE DADO FISIOPATOLÓGICO NO LACTENTE, EM RELAÇÃO ÀS CRIANÇAS MAIORES DE DOIS ANOS DE IDADE:**

- a. Complacência menor da caixa torácica e maior do pulmão.
- b. Maior suporte cartilaginoso da traquéia e dos brônquios.
- c. Menor resistência a passagem do ar pelas vias aéreas baixas.
- d. Maior número de glândulas mucosas no trato respiratório.

**65.** Criança, 8a, trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência após um atropelamento em via pública. Não há informante disponível. Chega sonolento, mas apresenta febre aferida na emergência e sintomas gripais evidentes. Hemograma: hemoglobina=6,5g/dL; hematócrito=18%; leucócitos=400/mm<sup>3</sup>, sem diferencial; plaquetas=8.000/mm<sup>3</sup>; exame de urina normal; radiograma de tórax sem condensações pulmonares. Foi discutido o caso e achado por bem iniciar um esquema antibiótico até o diagnóstico do foco infeccioso, após a coleta de culturas e aguardando a checagem das informações da anamnese quando chegar o acompanhante. **O ANTIBIÓTICO SUGERIDO É:**

- a. Penicilina natural (por exemplo, penicilina procaína)
- b. Macrolídeo (por exemplo, eritromicina)
- c. Cefalosporina de terceira geração (por exemplo, ceftazidima)
- d. Aminoglicosídeo (por exemplo, gentamicina)

**66.** Criança, 8a, com história de queda de patins e trauma corto-contuso em cotovelo esquerdo com sutura no local há quatro dias, vem apresentando febre e sinais flogísticos locais há 72 horas. **NA TERAPÊUTICA, PODEMOS UTILIZAR CURATIVO LOCAL COM ANTIBIÓTICO TÓPICO E ANTIBIOTICOTERAPIA SISTÊMICA, QUE RESPECTIVAMENTE PODEM SER:**

- a. Tobramicina e penicilina natural.
- b. Neomicina e quinolona de primeira geração.
- c. Sulfadiazina e aminoglicosídeo.
- d. Mupirocina e cefalosporina de primeira geração.

**67.** Criança, 10a, é internada em Enfermaria Pediátrica com história atropelamento e trauma em perna esquerda, com fratura e redução com imobilização há duas semanas. Evoluiu com febre há três dias, edema, hiperemia, dor, redução da mobilidade e calor local no local da ferida operatória. Exames complementares indicaram osteomielite aguda e foi indicada antibioticoterapia. **A VIA DE ACESSO VENOSO MAIS ADEQUADO PARA O TRATAMENTO COMPLETO, UMA VEZ QUE A VIA PERIFÉRICA É DE DIFÍCIL PUNÇÃO NESTE PACIENTE E O ANTIBIÓTICO ADEQUADO SÃO:**

- a. Manter a via periférica; quinolona de primeira geração.
- b. Dissecção venosa pela cirurgia e carbapenêmico
- c. Cateter Venoso Central e aminoglicosídeo sistêmico
- d. Cateter Central de Inserção Periférica e cefalosporina de primeira geração

**68.** As parasitoses intestinais podem afetar até 36% da população brasileira. **CONSIDERANDO A POSSIBILIDADE DE COMPLICAÇÕES DEPENDENTES DO TIPO DE PARASITA, ASSINALE A ALTERNATIVA COM AS ASSOCIAÇÕES CORRETAS:**

1. <i>Ascaris lumbricoides</i>	A. Abscesso hepático
2. <i>Taenia sollium</i>	B. Prolapso retal
3. <i>Strongyloides stercoralis</i>	C. Suboclusão intestinal
4. <i>Giardia lamblia</i>	D. Síndrome de Löeffler
5. <i>Entamoeba histolytica</i>	E. Cisticercose
6. <i>Schistosoma mansoni</i>	F. Desnutrição
7. <i>Ancylostoma duodenale</i>	G. Anemia ferropriva
8. <i>Trichuris trichiura</i>	H. Hipertensão portal

- a. 1C, 3D, 5A.
- b. 2E, 4G, 8D.
- c. 3H, 5A, 7F.
- d. 1D, 4F, 6E.

**69.** Lactente, 13m, interna na Enfermaria de Pediatria com história de cansaço há três dias. Nega episódios de engasgo ou cianose. Antecedente pessoal: terceira internação nos últimos oito meses por quadro semelhante, em todos fez uso de antibioticoterapia e inalação com beta2-agonista;

vacinação atualizada. Exame físico: bom estado geral; FC=110bpm; FR=39irpm; oximetria de pulso=95% (ar ambiente); pulmões: murmúrio vesicular: presente diminuído em base direita, anteriormente. Radiograma de tórax: opacidade homogênea em topografia de lobo médio, com adenomegalia perihilar ipsilateral. Radiogramas de tórax das internações anteriores com imagens semelhantes. **O EXAME A SER REALIZADO COM OBJETIVO DE IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE ETIOLÓGICO É:**

- a. Sorologia para *Mycoplasma pneumoniae*.
- b. Cultura para *Bordetella pertussis*.
- c. Pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* em lavado gástrico.
- d. Sorologia para *Chlamydomphila pneumoniae*.

**70.** Menino, 16m, interna na Enfermaria de Pediatria com história de febre há seis dias e dor à mobilização do joelho direito há quatro dias. Nega trauma e comorbidades. Por opção familiar não recebeu nenhuma vacina do Programa Nacional de Imunização. Exame físico: regular estado geral; FC=102bpm; FR=22irpm; perfusão=3 segundos; PA=87x52mmHg; T=39°C; joelho direito com bloqueio articular, hiperemia e calor local. Coletado exames e iniciado antibioticoterapia de amplo espectro. O laboratório de microbiologia informa, 8 horas após a coleta de hemocultura, crescimento de cocobacilo gram negativo pleomórfico. **A BACTÉRIA DESCRITA É:**

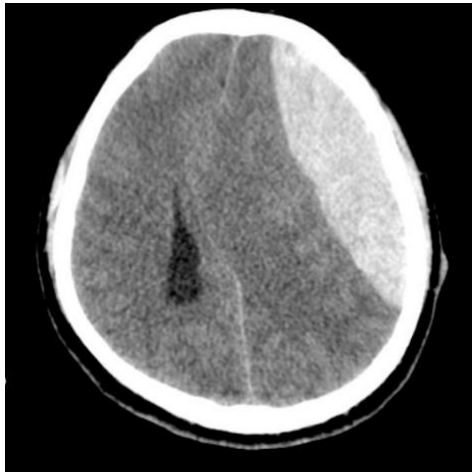
- a. *Haemophilus influenzae* tipo B.
- b. *Staphylococcus aureus*.
- c. *Streptococcus pneumoniae*.
- d. *Salmonella spp.*

**71.** Lactente, 2m, chega à Unidade de Emergência Pediátrica com crise convulsiva tônico-clônica generalizada controlada com uma dose de diazepam. Mãe conta que a criança está irritada há oito dias e mais sonolenta nos últimos dois dias. Exame físico: regular do estado geral; FR=40irpm; FC=145bpm; pulmões: murmúrio vesicular simétrico bilateralmente, neurológico: paralisia de sexto par craniano. Tomografia de crânio com contraste: hidrocefalia acentuada e impregnação dos vasos da base. Líquor: leucócitos=450/mm<sup>3</sup> (linfócitos=72%, neutrófilos=38%); proteína=523mg/dL; glicose=22mg/dL; glicemia= 68mg/dL. **O AGENTE ETIOLÓGICO É:**

- a. *Haemophilus influenzae* tipo B.
- b. *Mycobacterium tuberculosis*.
- c. *Aspergillus fumigatus*.
- d. *Escherichia coli*.

**72.** Menina, 10a, é trazida pela mãe à Unidade de Emergência, referindo que a filha está sonolenta e apresentou cinco episódios de vômitos após queda do beliche há quatro horas. Exame físico:

FC=56bpm; FR=12irpm; PA=144x92mmHg, Escala de Coma de Glasgow=13. Tomografia de crânio sem contraste:



**A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a. Hematoma epidural; sem hipertensão intracraniana.
- b. Hematoma epidural; com hipertensão intracraniana.
- c. Hematoma subdural; com hipertensão intracraniana.
- d. Hematoma subdural; sem hipertensão intracraniana.

**73.** Menino, 10a, refere que há duas semanas tem apresentado dificuldades para escrever e para se alimentar (levar o alimento à boca). Além disso refere desequilíbrio ao andar, que piora quando fica nervoso. Nega febre, cefaleia ou perda de consciência. Antecedentes: quadro de febre, cansaço e dor em tornozelo direito e ombro esquerdo há dois meses. Exame físico: corado, hidratado, acianótico, irrequieto, consciente. Exame neurológico: reflexos e força muscular normais; articulações sem alterações, com movimentos assimétricos de face e de língua. **O TRATAMENTO**

**INICIAL É:**

- a. Penicilina benzatina.
- b. Vigabatrina.
- c. Psicoterapia.
- d. Piridoxina.

**74.** Menina, 2a, é trazida pela mãe à Unidade de Emergência por quadro de febre há sete dias, aparecimento de feridas na boca e secreção ocular não purulenta há três dias. Vacinação em dia. Exame físico: FR= 22irpm; FC=132bpm; T=38,9°C; descorado+/4+; anictérico; pescoço: linfonodo palpável em cadeia cervical direita 3-4 cm; pele: exantema polimorfo principalmente em tronco; olhos: hiperemia ocular não purulenta bilateralmente; orofaringe: língua em framboesa e queilite; membros: eritema em palmas de mão e plantas de pé. **A CONDUTA É:**

- a. Penicilina benzatina.
- b. Hidratação.

- c. Imunoglobulina humana.
- d. Vitamina A.

**75.** Menino, 4a, é trazido para avaliação com história de prurido perianal, exacerbado a noite com sono intranquilo e irritabilidade. O irmão mais velho já teve sintomas semelhantes há mais ou menos um mês. Exame físico: sem alterações. **O AGENTE ETIOLÓGICO É:**

- a. *Trichuris trichiura*.
- b. *Enterobius vermicularis*.
- c. *Ancylostoma duodenalis*.
- d. *Strongyloides stercoralis*.

**76.** Menino, 4a, é trazido a consulta por estar com queixa de dor abdominal há quatro dias. Hábito urinário: urina mais escurecida. Hábito intestinal: sem evacuar há três dias. Exame físico: pressão arterial acima do limite superior para idade, estatura e sexo; Abdome: massa palpável em flanco esquerdo. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a. Neuroblastoma.
- b. Fecaloma.
- c. Cisto renal.
- d. Tumor de Wilms.

**77.** Menina, 9a, procura atendimento médico com história de não conseguir andar há quatro horas. Nega dores e apresenta febre baixa há um dia. A criança frequenta escola, nunca ficou doente, exceto resfriados e com vacinação incompleta. Exame Físico: bom estado geral; consciente; T=38°C; FC=100bpm; FR=24irpm; neurológico: diminuição de força da musculatura do membro inferior esquerdo, com flacidez muscular, abolição de reflexos profundos na área paralisada e sensibilidade preservada. **OS DIAGNÓSTICOS A SEREM INVESTIGADAS SÃO:**

- a. Poliomielite e Síndrome de Guilan-Barré.
- b. Mielite transversa e enterovirose.
- c. Síndrome de Guilan-Barré e meningite viral.
- d. Enterovirose e transtorno somatoforme.

**78.** Menino, 12a, procura atendimento referindo mal-estar, febre e dor no corpo há 18 horas. Refere ter retirado carrapato da perna há seis dias. Exame físico:T= 39°C; pulso cheios. Hemoglobina=12,2g/dL; Leucócitos=12.300/mm<sup>3</sup> (bastões=3%, segmentados=65%,linfócitos=25%, monócitos=7%) Plaquetas=345.000/mm<sup>3</sup>. **A CONDUTA É:**

- a. Iniciar doxiciclina.
- b. Reavaliar em 24 horas.

- c. Iniciar cefalosporina de terceira geração.
- d. Investigar arbovirose.

**79.** Criança interna em Unidade de Terapia Intensiva por trauma cranioencefálico grave, evoluindo para quadro de choque séptico por *Staphylococcus aureus* no décimo dia de internação. **A**

**DECLARAÇÃO DE ÓBITO DEVERÁ SER ASSINADA PELO MÉDICO:**

- a. que atendeu no dia da internação.
- b. do serviço de verificação de óbitos.
- c. presente na hora do óbito.
- d. coordenador da Unidade.

**80. NO QUE SE DIZ RESPEITO AO ATENDIMENTO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA, O PACIENTE QUE DEVE SER ENCAMINHADO DIRETAMENTE PARA A SALA DE EMERGÊNCIA, APRESENTA QUAL ALTERAÇÃO?**

- a. Sangue nas fezes.
- b. Icterícia zona IV.
- c. Cianose.
- d. Vesículas na pele.

**Valores de referência de exames laboratoriais**

ALT (TGP)	< 1 ano 1-3 anos 4-11 anos 12-15 anos	H: 26-59 UI/L M:26-55 UI/L H: 19-59 UI/L M: 24-59 UI/L H: 24-49UI/L M: 24-49UI/L H: 24-59 UI/L M: 19-44 UI/L
AST (TGP)	< 1 ano 1-3 anos 4-11 anos 12-15 anos	H: 16-52 UI/L M:16-60 UI/L H: 16-57 UI/L M: 16-57 UI/L H: 10-47UI/L M: 10-47 UI/L H: 10-41 UI/L M: 5-36 UI/L
bicarbonato		23 a 28 mEq/L
Ferritina		< 150 ng/mL
Fibrinogênio		175-400mg/dL
Hemograma	Hemoglobina Hematócrito Leucócitos plaquetas	<2 a: 10,5-13,5g/dL >2 a: 11,5 a 15,5g/dL < 2 a: 31 a 39% >2 a: 34-45% 5.000 a 14.000/mm <sup>3</sup> < 2 a:200.000 a 500.000/mm <sup>3</sup> >2 a: 140.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>
Lactato		< 10 mg/dL
liquor	Células Glicose Proteína total	< 4/mm <sup>3</sup> 40-80 mg/dL < 40 mg/dL
pH		7,38 a 7,44
Potássio		3,5 a 5,0 mEq/L
Proteína C reativa		< 0,5 mg/dL
Sódio		136 a 145 mEq/L
Troponina T		< 14 ng/L
TSH		5-10µU/mL