

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO
***Lato Sensu* – RESIDÊNCIA MÉDICA**



ATENÇÃO: Escreva no espaço indicado na sua FOLHA DE RESPOSTAS com sua caligrafia usual, a seguinte frase:

“O melhor médico é aquele que mais esperança inspira”

06/12/2020

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

NEONATOLOGIA



Comissão de Processos
Vestibulares

PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO *Lato Sensu* – RESIDÊNCIA MÉDICA

06 de dezembro e 2020

NEONATOLOGIA

GABARITO DO CANDIDATO

| | | | |
|------|------|------|------|
| 01 - | 11 - | 21 - | 31 - |
| 02 - | 12 - | 22 - | 32 - |
| 03 - | 13 - | 23 - | 33 - |
| 04 - | 14 - | 24 - | 34 - |
| 05 - | 15 - | 25 - | 35 - |
| 06 - | 16 - | 26 - | 36 - |
| 07 - | 17 - | 27 - | 37 - |
| 08 - | 18 - | 28 - | 38 - |
| 09 - | 19 - | 29 - | 39 - |
| 10 - | 20 - | 30 - | 40 - |

NEONATOLOGIA

01 Sobre a icterícia no período neonatal, pode-se afirmar:

- a) A hiperbilirrubinemia indireta, comum no RN e não lesiva, é denominada de fisiológica e caracteriza-se na população de termo por início tardio, ou seja, após 24 horas com pico de 12mg/dL entre o 3° e o 4° dias de vida.
- b) A Idade Gestacional (IG) entre 37 e 38 semanas, independentemente do peso ao nascer, é considerada um dos fatores de risco mais importantes para hiperbilirrubinemia significativa.
- c) A encefalopatia bilirrubínica aguda exibe um padrão clínico característico.
- d) A descendência negra é considerada um fator de risco para hiperbilirrubinemia significativa.
- e) Na síndrome da icterícia pelo leite materno, o aleitamento deve ser suspenso por 12 horas, apenas em casos severos.

02 A terapia da hiperbilirrubinemia indireta compreende a fototerapia e, em alguns casos, a exsanguineotransfusão e a imunoglobulina humana endovenosa. Pode-se considerar sobre a fototerapia:

- a) Nos recém-nascidos com idade gestacional ≥ 35 semanas ao nascer, a fototerapia pode ser suspensa, em geral, quando a bilirrubina total (BT) $< 12-14$ mg/dL, sendo reavaliada 12-24 horas após suspensão para detectar rebote.
- b) Diminuir em 2mg/dL o nível de indicação de fototerapia, se doença hemolítica (Rh, ABO, outros antígenos), deficiência de G-6-PD, asfixia, letargia, instabilidade na temperatura, sepse, acidose ou albuminemia < 3 g/dL.
- c) A maior emissão de luz ultravioleta é uma das vantagens dos aparelhos de fototerapia com lâmpadas LED (light emitting diodes).
- d) Devem-se utilizar aparelhos de fototerapia com alta irradiância no tratamento da icterícia do recém-nascido pré-termo extremo.
- e) O uso de spot com lâmpada halógena é considerado o mais eficaz para o tratamento da hiperbilirrubinemia.

03 São fatores de riscos maiores associados à hiperbilirrubinemia significativa em RN com idade gestacional maior ou igual a 35 semanas:

- a) Icterícia antes da alta hospitalar.
- b) Mãe diabética.
- c) Sexo masculino.
- d) Perda de peso na internação maior do que 7-10% em relação ao peso de nascimento.
- e) Idade materna acima de 24 anos.

04 A enterocolite necrosante (ECN) é a doença gastrointestinal mais comumente adquirida no período neonatal e ocorre predominantemente em recém-nascidos pré-termo (RNPT). Pode-se considerar sobre a ECN:

- a) Existe uma relação proporcional bem definida entre incidência de ECN e idade gestacional ao nascimento, sendo os RNPT > 1.500 g os de maior risco para a ocorrência da doença.
- b) São critérios específicos para o diagnóstico de ECN a distensão abdominal, o eritema periumbilical, fezes com sangue, intolerância alimentar e instabilidade geral da criança.
- c) Atualmente, há marcadores bioquímicos para ECN altamente específicos e sensíveis, como Proteína C-reativa, glóbulos brancos e contagem de plaquetas.
- d) A mortalidade relacionada à ECN é menor do que 2%.
- e) Os RNPT podem apresentar padrões de colonização diferentes de acordo com o ambiente em que estão. Em UTIN, o predomínio de organismos patogênicos pode afetar negativamente a colonização por bactérias comensais. Além disso, eles são expostos a antibióticos com frequência, o que tem sido associado ao aumento de risco para sepse e ECN.

05 O medo da ECN tem sido fator importante na decisão dos neonatologistas em não alimentar os RNPT por via enteral. Com relação às medidas preventivas, pode-se afirmar:

- a) O leite pasteurizado contém mais oligossacarídeos para suporte imunológico do que o leite humano cru, sendo, portanto, melhor na proteção contra ECN.
- b) O uso de antibióticos empíricos deve ser mantido, mesmo nos RN com hemoculturas negativas.
- c) Os probióticos são suplementos alimentares contendo organismos vivos que demonstram segurança em relação à diminuição da mortalidade e à infecção relacionada ao uso dessas bactérias.
- d) Os RNPT alimentados com leite materno apresentam significativa redução no risco de ECN.
- e) Há sólidas evidências sobre a associação entre dieta trófica, avanços lentos de dietas e tempo de introdução da dieta com diminuição do risco para a ECN.

06 A apneia do recém-nascido pré-termo (RNPT) é um evento muito frequente nas unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN). Pode-se afirmar sobre a apneia da prematuridade:

- a) A apneia central caracteriza-se por interrupção do fluxo gasoso por obstrução das vias aéreas, com persistência dos movimentos respiratórios. É responsável por 10-20% dos casos.
- b) Pode-se definir a apneia como a presença de movimentos respiratórios por 10 a 15 segundos, intercalados por pausa respiratória com duração de 5 a 10 segundos, sem bradicardia ou cianose.
- c) O uso de pressão positiva nas vias aéreas superiores, seja no modo CPAP, seja por Ventilação não invasiva (VNI) por peça nasal associado ao uso de cafeína é um método eficiente de tratamento da apneia da prematuridade e, ao mesmo tempo, evita a intubação traqueal e a VM e suas complicações associadas.
- d) A transfusão de concentrado de hemácias mostra-se sempre benéfica no controle de episódios de bradicardia e/ou apneia nesse grupo de crianças.
- e) A posição supina é sempre a preferida e associada com menor ocorrência de apneia da prematuridade.

07 As metilxantinas incluem a cafeína, a teofilina e a aminofilina. Esses medicamentos são potentes estimulantes do sistema nervoso central (SNC) e reduzem a apneia e a necessidade de ventilação mecânica (VM). Pode-se afirmar sobre as metilxantinas:

- a) A aminofilina apresenta vantagens em relação à cafeína, como efeitos colaterais de menor intensidade, maior limiar entre os níveis terapêuticos e tóxicos e maior facilidade de administração.
- b) A cafeína se mostra segura e efetiva para o tratamento da apneia em RNPT, sendo um dos benefícios a redução na incidência de óbito intra-hospitalar.
- c) Em relação ao tempo do início do medicamento, os RN que recebem cafeína mais tardiamente são mais beneficiados do ponto de vista respiratório do que os que recebem antes dos três dias de vida.
- d) As doses recomendadas de cafeína como citrato – ataque e manutenção – são, respectivamente, 20mg/kg e 5 a 10mg/kg/dia.
- e) Estudos recentes mostraram repercussões em longo prazo do uso de cafeína em RNPT com apneia, tendo o uso da cafeína sido associado a melhor desempenho escolar, porém a aumento na taxa no transtorno de desenvolvimento da coordenação (TDC) aos cinco anos de idade.

08 Pode-se afirmar sobre a hemorragia pulmonar (HP);

- a) O distúrbio de coagulação é considerado um fator de risco independente para HP, bem como a plaquetopenia grave.
- b) São relatados como fatores de risco para ocorrência de HP: presença de asfixia intraparto, presença de infecção, persistência do canal arterial (PCA), necessidade de manobras de ressuscitação na sala de parto, prematuridade, baixo peso de nascimento (BPN) e uso de corticoide antenatal.
- c) O raio X característico dos quadros de HP apresenta opacificação total dos campos pulmonares com atelectasias frequentes em ambas as bases.
- d) A administração da adrenalina intratraqueal é contraindicada.
- e) Frente a um RN com quadro clínico compatível com HP maciça, devem-se realizar manobras de desobstrução da cânula orotraqueal (COT) e fazer administração de expansão de volume se o paciente apresentar sinais de choque e otimização dos parâmetros da ventilação mecânica.

09 A hipoglicemia, diminuição da glicose plasmática, é o achado bioquímico mais comum no período neonatal. Pode-se considerar sobre a hipoglicemia:

- a) A necessidade de glicose de um RNPT é de 3-5mg/kg/min.
- b) A deficiência do hormônio do crescimento (GH) é uma causa de hipoglicemia transitória.
- c) São considerados níveis normais de glicose sanguínea > 60mg/dL, que equivale a uma glicemia plasmática de 70mg/dL.
- d) As alterações cerebrais patológicas mais comuns na hipoglicemia são lesões isquêmicas em cerebello.
- e) São sinais clínicos associados à hipoglicemia neonatal: alterações do nível de consciência (irritabilidade, letargia, estupor); apneia, dispneia, crises de cianose; recusa alimentar; hipotermia; hipotonia; tremores; coma e convulsões.

10 Com relação ao diagnóstico e ao tratamento da hipoglicemia no período neonatal, pode-se afirmar:

- a) O uso de dextrose gel a 40% (200mg/kg) na mucosa oral tem se mostrado eficaz nos recém-nascidos com hipoglicemia assintomática.
- b) A triagem para hipoglicemia é feita com fitas reagentes, sendo indicada sua realização em recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) com 1, 2, 3, 6, 12 e 24 horas de vida.
- c) A aferição da glicemia por fita em avaliação de rotina de recém-nascido pré-termo assintomático revela um valor de 20mg/dL, sendo indicado oferecer soro glicosado por sucção.
- d) O tratamento com diazóxido deve ser reservado para os casos raros de deficiência primária de glicose, nesidioblastose ou para diagnóstico de doenças de depósito hepático de glicogênio.
- e) Se a glicemia sanguínea persistir menor que 50 mg% após 6 horas do início da infusão de glicose, aumentar a taxa de infusão da mesma. Se a glicemia persistir menor que 50 mg% após 6 horas, introduzir hidrocortisona (aumenta a glicemia por indução das enzimas gliconeogênicas), na dose de 10mg/kg/dia –12/12 horas, EV, durante 2 a 3 dias ou prednisona: 2 mg/kg/dia – VO, e sua retirada tem que ser gradual.

11 A síndrome de aspiração de mecônio (SAM) é uma causa importante de desconforto respiratório grave em recém-nascidos (RN), com morbidade e mortalidade altamente variáveis. Sobre a SAM, pode-se afirmar:

- a) Uma quantidade significativa de partos é complicada pela presença de líquido amniótico meconial (LAM) e uma grande porcentagem desenvolve a SAM.
- b) Os achados radiológicos podem variar de acordo com a quantidade de mecônio aspirado. O preenchimento alveolar por mecônio leva ao aparecimento de condensações pulmonares. Atelectasias, áreas de hiperinsuflação e síndromes de extravasamento alveolar também podem ser reconhecidas.
- c) A diminuição da resistência vascular pulmonar (RVP) é o marco fisiopatológico mais importante na hipertensão pulmonar persistente (HPP), gerando um ciclo vicioso de redução do fluxo sanguíneo pulmonar, de hipoxemia, de acidose, de distúrbio da ventilação/perfusão (V/Q) e de disfunção cardíaca.
- d) O mecônio pode predispor à infecção pós-natal por conter bactérias da microbiota intestinal fetal em sua composição.
- e) É uma condição patológica típica que ocorre em recém-nascidos pré-termos.

12 Com relação às propostas terapêuticas na SAM, considera-se que:

- a) A abordagem mais segura e apropriada para a SAM é evitar tanto a hipóxia quanto a hiperóxia, com manutenção de níveis de oxigênio na faixa fisiológica. Os níveis indicados são de PaO₂ entre 60-90mmHg na gasometria arterial ou SpO₂ ≥95%.
- b) Se o antibiótico foi iniciado por suspeita de infecção por causa de fatores de risco perinatais, deve-se considerar sua suspensão caso as hemoculturas persistam negativas por 72 horas.
- c) O uso de óxido nítrico (NO) inalatório deve ser considerado em crianças com SAM e hipertensão pulmonar persistente (HPP) concomitante que não estejam respondendo à terapia convencional, ou seja, em pacientes cuja ventilação, sedação e estabilidade cardiovascular foram ajustadas e ainda assim permanecem hipoxêmicos.
- d) O uso do surfactante na SAM interfere na mortalidade, no tempo de hospitalização, na oxigenioterapia, na incidência de pneumotórax, de enfisema intersticial pulmonar ou de doença pulmonar crônica.
- e) Os corticosteroides têm ação anti-inflamatória e podem ser benéficos, particularmente em formas graves de SAM com edema pulmonar, vasoconstrição e inflamação, desde que descartado processo infeccioso em vigência.

13 Com relação ao clameamento do cordão umbilical no RN ≥34 semanas, considera-se que:

- a) Logo após a extração completa do produto conceptual da cavidade uterina, avalia-se se o RN ≥34 semanas começou a respirar ou chorar e se o tônus muscular está em flexão. Se a resposta é “sim” a ambas as perguntas, indicar o clameamento tardio do cordão, dependente do aspecto do líquido amniótico.
- b) Os estudos definem clameamento precoce de cordão como aquele feito até 30 segundos após a extração completa do concepto.
- c) Há evidências da segurança e eficácia da ordenha do cordão em relação ao clameamento precoce ou tardio no recém-nascido a termo.
- d) Estudos com RN a termo mostram que o clameamento tardio do cordão é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses, sem elevar a necessidade de fototerapia por hiperbilirrubinemia indireta na primeira semana de vida.
- e) Com base nesses estudos e nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda-se, no RN ≥34 semanas com respiração adequada e tônus muscular em flexão ao nascimento, clamear o cordão umbilical 1-3 minutos depois da sua extração completa da cavidade uterina. O neonato pode ser posicionado no abdome ou tórax materno durante esse período.

14 Pode-se afirmar em relação aos passos iniciais da estabilização/reanimação do recém-nascido (RN) ≥34 semanas:

- a) Recém-nascidos que não iniciam movimentos respiratórios regulares e/ou aqueles em que o tônus muscular está flácido precisam ser conduzidos à mesa de reanimação, indicando-se os passos iniciais da estabilização na seguinte sequência: prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar boca e narinas (se necessário) e secar. Tais passos devem ser executados em, no máximo, 60 segundos.
- b) Recomenda-se que a temperatura axilar do RN seja mantida entre 36,0-37,0°C (normotermia), desde o nascimento até a admissão no alojamento conjunto ou na unidade neonatal.
- c) O RN é levado à mesa de reanimação, que deve ser inclinada, envolto em campos aquecidos e posicionado sob calor radiante, em decúbito dorsal, com a cabeça voltada para o profissional de saúde.
- d) A fim de assegurar a permeabilidade das vias aéreas, manter o pescoço do RN em leve flexão.
- e) A aspiração está reservada aos pacientes que apresentam obstrução de vias aéreas por excesso de secreções. Evitar a introdução da sonda de aspiração de maneira brusca ou na faringe posterior, pois pode induzir à resposta vagal e ao espasmo laríngeo, com apneia e bradicardia.

15 A maioria dos recém-nascidos prematuros (RNPT) precisa de ajuda para iniciar a transição cardiorrespiratória, necessária para a adequada adaptação à vida extrauterina. Pode-se afirmar em relação à reanimação do prematuro <34 semanas em sala de parto:

- a) O clameamento de cordão em RNPT com boa vitalidade ao nascer após 30 segundos resulta em menor frequência de hemorragia intracraniana e enterocolite necrosante, além de diminuir a necessidade de transfusões sanguíneas. Tais achados parecem estar relacionados ao aumento do volume sanguíneo circulante, com estabilização mais rápida da pressão arterial, em consequência da transfusão placentária.
- b) Valores entre 80-90% de SatO₂ pré-ductais são os desejáveis após 10 minutos de vida.
- c) A aplicação de CPAP em RNPT ajuda a manter os alvéolos dos pulmões imaturos e deficientes em surfactante não colapsados, evitando o atelectrauma. O CPAP reduz a necessidade de ventilação mecânica e de surfactante exógeno no período neonatal, porém eleva a incidência de pneumotórax.
- d) Deve-se iniciar a reanimação dos RNPT com concentrações de oxigênio de 40%, titulando-se a fração inspirada do gás de acordo com a monitoração da SatO₂ pré-ductal.
- e) O balão autoinflável preenche todos os requisitos para ser a opção de escolha para a ventilação do RNPT em sala de parto.

16 Em relação à intubação orotraqueal do RNPT em sala de parto, pode-se afirmar:

- a) Há indicação precisa da intubação em sala de parto com o intuito de administrar o surfactante profilático.
- b) Cada tentativa de intubação deve durar, no máximo, 60 segundos.
- c) As indicações de ventilação através de cânula traqueal em sala de parto no RNPT incluem: ventilação com máscara facial não efetiva, ou seja, se após a correção de possíveis problemas técnicos, a FC permanece <80 bpm.
- d) Em mãos menos experientes, existe um elevado risco de complicações como hipoxemia, apneia, bradicardia, pneumotórax, laceração de tecidos moles, perfuração de traqueia ou esôfago, além de grande risco de infecção.
- e) A confirmação da posição da cânula por meio da inspeção do tórax, ausculta das regiões axilares e gástrica e observação da FC é a mais recomendada.

17 Sobre a toxoplasmose congênita, pode-se afirmar:

- a) 90% dos casos ao nascimento são sintomáticos.
- b) A coriorretinite ocorre frequentemente na infecção adquirida aguda.
- c) Nos casos suspeitos, os exames solicitados são: hemograma completo, sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), exame de líquido, Raio x de crânio e fundo de olho.
- d) Nos casos confirmados, com manifestações clínicas compatíveis, os anticorpos IgM são solicitados antes da primeira semana de vida.
- e) O tratamento da criança assintomática e a mãe com infecção é feito com espiramicina por 30 dias.

18 Entre os cuidados específicos que devem ser realizados na sala de parto e no pós-parto imediato no recém-nascido exposto ao vírus da imunodeficiência humana, citam-se:

- a) Iniciar a primeira dose do AZT (zidovudina) solução oral após 12 horas do nascimento.
- b) O clampeamento do cordão umbilical deverá ser realizado oportunamente, dentro de 1 a 3 minutos após o nascimento.
- c) Realizar o banho após 24 horas de vida. A compressa deve ser utilizada de forma delicada, com cuidado ao limpar as secreções para não lesionar a pele frágil da criança e evitar uma possível contaminação.
- d) As vias aéreas devem ser aspiradas vigorosamente em todos os RN para que sejam retiradas secreções e sangue materno.
- e) Administrar nevirapina (NVP), quando indicada, o mais precocemente possível, antes das primeiras 48 horas de vida e, preferencialmente, até 2 horas após o nascimento.

19 A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* é a infecção oportunista mais frequente em crianças infectadas pelo HIV. A doença pode manifestar-se rapidamente, causando insuficiência respiratória com alta letalidade, com indicação de profilaxia primária. As recomendações para profilaxia primária são:

- a) Todas as crianças expostas ao HIV devem receber profilaxia com sulfametoxazol + trimetoprim (SMX+TMP) a partir de 3 semanas de vida, até que tenham duas cargas virais (CV) indetectáveis.
- b) Deve ser iniciada ao nascimento, junto com os antirretrovirais (ARV).
- c) Deve ser utilizada de forma contínua até os 12 meses de idade.
- d) Na criança infectada, após os 12 meses, indicar profilaxia se a contagem de CD4 > 200 células/mm³ ou 25%.
- e) Nas crianças entre 4 a 12 meses infectadas pelo HIV ou com infecção ainda indeterminada, deve-se manter a profilaxia.

20 As opções terapêuticas para a Displasia broncopulmonar (DBP) são limitadas e, muitas vezes, pouco eficazes, sendo a prevenção mais importante para uma população que cada vez mais tem melhor sobrevida. Sobre a DBP, pode-se afirmar:

- a) O uso de corticoide antenatal e de surfactante reduz a incidência de Doença da membrana hialina (DMH) e também é eficaz na redução da DBP.
- b) A vitamina A é um tratamento bem estabelecido para essa doença.
- c) Hipercapnia permissiva, uso de ventilação mecânica (VM) com volume controlado, estratégias com ventilação de alta frequência oscilatória e a jato estão entre as alternativas terapêuticas propostas para a DBP.
- d) Os efeitos do uso de oxigênio suplementar ajudam na prevenção da mortalidade de RNPT.
- e) A ventilação controlada por pressão é a mais eficaz na sua prevenção.

21 A hérnia diafragmática congênita (HDC) é um defeito no diafragma que causa herniação de vísceras abdominais no tórax. Pode-se apresentar como uma lesão isolada ou como parte de uma síndrome. Pode-se afirmar sobre a HDC:

- a) As hérnias posterolaterais (Bochdalek) são o tipo mais comum (70-75%), com a maioria ocorrendo no lado direito (85%). Os defeitos anteriores ou hérnias de Morgagni (23-28%) e as hérnias centrais (2-7%) são os outros tipos.
- b) Os parâmetros iniciais na ventilação mecânica convencional (VMC), baseados nos princípios de ventilação protetora, sugeridos são: PIP ≤ 25cmH₂O; PEEP = 5 cmH₂O; Tempo inspiratório = 0,35 segundos e frequência respiratória (FR) entre 40 e 60rpm.
- c) A terapia de reposição de surfactante é indicada em pacientes a termo e pré-termo com HDC.
- d) A ventilação com balão e máscara pode ser utilizada na ressuscitação neonatal.
- e) A eventração diafragmática apresenta as mesmas alterações fisiopatológicas da HDC e é mais comum no lado direito.

22 Com relação aos aspectos hemodinâmicos, nutricionais, sedoanalgesia e tratamento cirúrgico do recém-nascido com HDC, pode-se afirmar:

- a) A adrenalina é a amina vasoativa mais comumente utilizada em casos de hipotensão arterial e pode ser também utilizada em casos de comprometimento miocárdico.
- b) Os bloqueadores neuromusculares podem ser utilizados nos pacientes com HDC.
- c) Após a extubação, o paciente com HDC não pode utilizar ventilação não invasiva.
- d) Deve ser feita a correção do defeito diafragmático quando o RN estiver estável, pois o tempo de cirurgia não altera as taxas de sobrevivência.
- e) Com relação à nutrição do RN com HDC durante a internação na UTIN, o uso de intralípidos para proteção neurológica é contraindicado.

23 O citomegalovírus (CMV) é a causa viral mais comum de infecção intrauterina em humanos. A prevalência de infecção congênita por CMV varia de 0,2% a mais de 1%. Sobre a infecção pelo CMV, pode-se afirmar:

- a) A primeira apresentação geralmente é caracterizada por esplenomegalia isolada, trombocitopenia leve ou icterícia colestática transitória.
- b) As crianças infectadas excretam o CMV na urina e na saliva até a primeira semana pós-natal.
- c) Hidrocefalia obstrutiva e coriorretinite são manifestações clínicas frequentemente relacionadas à infecção congênita sintomática pelo CMV.
- d) O isolamento viral apresenta vantagens sobre a PCR (reação em cadeia da polimerase), como a rapidez da obtenção do resultado.
- e) A tomografia computadorizada de crânio tem sido cada vez mais indicada no período neonatal pela sua capacidade de fornecer informações rapidamente, não apenas para detecção das lesões cerebrais, mas também para estabelecer o prognóstico.

24 Com relação ao tratamento de crianças com infecção congênita por CMV com antivirais (ganciclovir), considera-se que:

- a) A duração preconizada do tratamento é de 30 dias.
- b) O tratamento deve ser considerado na presença de alterações neurológicas, incluindo a perda auditiva neurossensorial em RN com confirmação virológica da detecção do CMV nas duas primeiras semanas de vida e em crianças com acometimento grave, caracterizado por quadros de síndrome *sepsis-like* viral, pneumonite, trombocitopenia e hepatite neonatal severa refratária.
- c) A função hepática deve ser monitorizada, pelo menos, uma vez por semana, considerando que o ganciclovir e o valganciclovir possuem excreção hepática.
- d) A neutropenia é um dos efeitos adversos do tratamento do CMV. Se os neutrófilos decaírem para níveis abaixo de 5×10^2 , deve-se trocar o medicamento.
- e) O tratamento pode ser feito ambulatorialmente.

25 Sobre a sepse neonatal, pode-se afirmar:

- a) Os casos mais comuns de sepse precoce são causados por *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulase-negativo* (CoNS), *Listeria monocytogenes* e outras bactérias gram-negativas.
- b) A hemocultura é o padrão ouro para o diagnóstico de sepse neonatal. No entanto, sua taxa de positividade é baixa e é afetada pelo volume sanguíneo inoculado, uso de antibióticos pré-natal, nível de bacteremia e capacidade laboratorial.
- c) A contagem completa de células sanguíneas é fácil de interpretar no período neonatal, variando significativamente com o dia de vida e a idade gestacional.
- d) A meningite é mais comum em bebês avaliados para sepse de início precoce do que para sepse de início tardio.
- e) Um único valor da proteína C reativa (PCR) apresenta alta sensibilidade, especialmente durante os estágios iniciais da infecção.

26 Com relação à terapia da sepse e da meningite neonatal, pode-se afirmar:

- a) Como a resistência aos antibióticos relatada na combinação de ampicilina e aminoglicosídeos nos últimos 10 anos permaneceu em menos de 10%, essa deve ser a terapia inicial para suspeita de sepse de início precoce.
- b) A dexametasona adjuvante é recomendada na meningite neonatal.
- c) A profilaxia fúngica com fluconazol demonstra eficácia na redução de infecções invasivas por *Candida*, sendo indicada em todos os neonatos com peso ao nascer extremamente baixo (<1000 g).
- d) Em um neonato com meningite de início precoce (<72 h), recomenda-se usar vancomicina mais uma cefalosporina de terceira geração.
- e) Os antibióticos podem ser interrompidos com segurança entre 84 e 96 h em neonatos com hemoculturas negativas e clinicamente estáveis.

27 A indicação precisa de uso de antibióticos é fundamental para minimizar o risco de indução de resistência bacteriana e o surgimento de espécies multirresistentes, bem como diminuir a ocorrência de efeitos adversos associados ao uso de medicamentos. Sobre o uso racional de antimicrobianos no período neonatal, considera-se que:

- a) Uma das causas de exagero no uso de antimicrobianos é o tratamento de culturas contaminadas. Para minimizar esse fato, citam-se uso de antissépticos adequados para coleta de sangue e outras culturas, com técnica de coleta padronizada e asséptica.
- b) O isolamento de um microrganismo em secreção traqueal está implicado na etiologia da pneumonia.
- c) O uso de cefalosporinas de terceira e de quarta geração e de vancomicina em UTIN encontra-se amplamente recomendado de modo empírico, pois cobre um grande número de agentes microbianos responsáveis pela sepse neonatal tardia.
- d) O tratamento empírico inadequado geralmente está associado a enterobactérias resistentes a aminoglicosídeos.
- e) Se o tratamento antimicrobiano foi iniciado em um RN, pode-se interrompê-lo se o leucograma e a proteína C reativa forem negativos.

28 O leite humano contém todos os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento da criança até os 6 meses de vida. Em comparação aos nutrientes encontrados no leite de vaca, pode-se afirmar:

- a) O ferro do leite de vaca é mais bem absorvido provavelmente devido à presença de vitamina C.
- b) A concentração de cálcio no leite de vaca é bem mais elevada que no leite materno, porém grande parte é excretada como palmitato, não sendo aproveitada. A relação Ca/ P do leite humano é menos adequada.
- c) Maior nível sérico de colesterol em crianças alimentados com leite materno que nas alimentadas com leite de vaca, o que favorece a indução de sistemas enzimáticos reguladores da biossíntese e catabolismo do colesterol o que se acredita ser importante na prevenção da doença aterosclerótica do adulto.
- d) As proteínas do leite materno são a alfa-lactoalbumina, β -lactoglobulina, lactoferrina, lisozima, soroalbumina e imunoglobulinas IgA, IgG e IgM.
- e) Grande quantidade de ácidos graxos de cadeia longa (7 a 8 vezes mais que o leite humano), inclusive o ácido araquidônico derivado do ácido linoléico e o ácido docosahexanoico derivado do linolênico que entram na composição dos fosfolípidios encontrados na retina e sistema nervoso central.

29 Diante dos benefícios do uso do leite humano da própria mãe e da dificuldade para o início precoce da dieta enteral nos recém-nascidos prematuros de muito baixo peso (RNPTMBP), métodos alternativos para administração do colostro têm sido investigados. Em relação à composição, à definição, à utilização da imunoterapia oral e à técnica de administração do colostro, pode-se afirmar:

- a) O colostro é menos concentrado em eletrólitos, proteínas, vitaminas, minerais e citocinas anti-inflamatórias e imunomoduladoras.
- b) É o leite produzido na transição entre as mamadas.
- c) A colostroterapia é a administração do colostro da mãe do RN diretamente na mucosa oral deste, independentemente da administração de dieta via sonda gástrica. Administrar 0,1ml (02 gotas) de leite na face interna de cada bochecha do RN.
- d) A ordenha do colostro deve ser sempre manual e feita pela mãe.
- e) O colostro obtido pode ser mantido em temperatura inferior a 8°C, até 96 horas.

30 Em relação ao aleitamento materno no recém-nascido de mães com infecção viral (hepatites B e C e citomegalovírus), pode-se considerar:

- a) Uma vez que o risco de transmissão da hepatite B pelo aleitamento é pequeno, o uso da vacinação precoce do recém-nascido (RN) e o uso da imunoglobulina específica podem ser postergados.
- b) O aleitamento materno é contraindicado em todas as situações em que a mãe seja portadora de doenças infectocontagiosas.
- c) Não há relato de detecção de partículas de citomegalovírus (CMV) no leite humano.
- d) É recomendada a suspensão temporária da amamentação em mães portadoras de hepatite C quando há lesão mamilar e reinício da amamentação após cicatrização completa da lesão.
- e) O congelamento do leite humano é capaz de inativar o vírus em mães soropositivas para o CMV.

31 A febre no recém-nascido (RN) indica prioridade na elucidação diagnóstica, e a conduta jamais deve limitar-se ao tratamento sintomático da mesma. Pode-se afirmar em relação ao RN febril:

- a) A febre neonatal por baixa ingestão aparece mais frequentemente na terceira semana de vida.
- b) Se o paciente estiver em bom estado geral, a conduta correta é o tratamento sintomático com paracetamol e a investigação das causas, se a febre persistir por mais de 72 horas.
- c) Recém-nascido com duas semanas de vida apresenta febre seguida de convulsão. Trata-se de convulsão febril.
- d) Todo episódio de febre no RN requer punção lombar.
- e) É importante suspeitar que a causa da febre no RN possa ser infecção por herpes vírus, uma vez que o prognóstico depende muito da terapêutica precoce. No entanto, o diagnóstico fica dificultado, pois a maioria das mães tem infecção herpética subclínica, e os sintomas iniciais são inespecíficos (39% dos RN jamais apresentam vesículas na evolução).

32 Com relação ao diagnóstico e tratamento do recém-nascido exposto à sífilis congênita ou do recém-nascido com sífilis congênita, pode-se afirmar:

- a) A criança exposta à sífilis em gestante é aquela nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada, e que tem titulação de teste não treponêmico (VDRL) igual ou menor que o materno em duas diluições (ex.: mãe com 1:4 e RN \leq a 1:8). Elas devem seguir o monitoramento clínico e laboratorial, mas não devem ser notificadas e tratadas.
- b) Todos os RN nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar teste não treponêmico sérico, podendo-se utilizar o sangue de cordão umbilical.
- c) O teste treponêmico (FTA-abs) deve ser realizado na maternidade, podendo ser utilizado no seguimento do RN exposto à sífilis aos 18 meses de vida.
- d) O tratamento apropriado de sífilis congênita precoce dentro dos primeiros três meses de vida é capaz de prevenir todas as manifestações clínicas de sífilis congênita.
- e) RN com sífilis congênita e neurosífilis podem ser tratadas com penicilina cristalina ou com penicilina procaína por 10 (dez) dias.

33 São manifestações clínicas da sífilis congênita precoce:

- a) Fronte olímpica, nariz em sela, hipodesenvolvimento maxilar, palato em ogiva.
- b) Ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea, atrofia óptica.
- c) Rágades (fissuras periorais e perinasais), gomas.
- d) Tíbia em sabre.
- e) Rash vesicular (pênfigo sífilítico). Pode estar presente ao nascimento, mas frequentemente se desenvolve nas primeiras quatro semanas de vida; amplamente disseminada.

34 A Síndrome da Zika Congênita (SZC) é uma consequência direta do acometimento pelo vírus durante a vida fetal, ocasionando anormalidades estruturais e funcionais inicialmente no RN e que se estendem na infância. Pode-se afirmar sobre a SZC:

- a) A artrogripose é caracterizada por contraturas articulares visíveis à ultrassonografia e apresenta geralmente caráter progressivo.
- b) A microcefalia associada à infecção traduz o acometimento mais grave e devastador da doença e sua ausência ao nascimento afasta o diagnóstico da SZC.
- c) O RN com SZC geralmente apresenta o rRT-PCR positivo para ZIKV, confirmando o diagnóstico específico.
- d) As anormalidades cerebrais mais encontradas nas imagens radiológicas de RN com SZC são calcificações intracranianas, ventriculomegalia e hipoplasia cerebelar.
- e) Os programas de estimulação precoce devem ser iniciados a partir do segundo trimestre de vida.

35 Em relação à encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) e as estratégias de neuroproteção com a hipotermia terapêutica, pode-se afirmar:

- a) A EHI é uma síndrome neurológica, definida por parâmetros clínicos. Ela acomete nascidos a termo nos primeiros dias de vida e é caracterizada pela dificuldade em iniciar e manter a respiração, pela alteração do nível de consciência, pela depressão dos reflexos e do tônus muscular e pela presença de convulsões. Dessa forma, a presença de convulsões é necessária para afirmar o diagnóstico.
- b) No que se refere aos exames subsidiários em pacientes com EHI, a punção liquórica é obrigatória.
- c) O ultrassom de crânio é o exame de imagem de eleição.
- d) O grupo de pacientes que, no momento atual, pode ser candidato à hipotermia é o de RN com idade gestacional (IG) ≥ 37 semanas, com ou sem malformações congênitas.
- e) No que se refere ao manejo clínico do paciente durante a aplicação da hipotermia, é obrigatório manter o paciente em ventilação mecânica.

36 Sobre a hipotermia terapêutica, considera-se que:

- a) Consiste no resfriamento corpóreo iniciado dentro das 12 primeiras horas de vida, visando uma temperatura central alvo de 33 a 34°C pelo período de 72 horas.
- b) Pacientes com EHI grave têm maior benefício em relação à EHI moderada.
- c) O resfriamento corpóreo total é superior ao seletivo da cabeça.
- d) Os efeitos colaterais mais comumente descritos da hipotermia terapêutica são: bradicardia sinusal, trombocitopenia sem manifestação clínica ou sangramento aparente e hipertensão pulmonar.
- e) O reaquecimento é o momento crítico do tratamento, sendo preconizado na velocidade de 1°C/hora.

37 As dermatoses mais frequentes no recém-nascido são agrupadas sob o título de dermatoses neonatais transitórias. Pode-se afirmar sobre as dermatoses neonatais:

- a) A coloração arlequin constitui um fenômeno que é considerado uma resposta fisiológica normal ao frio.
- b) O milio representa um fenômeno fisiológico do recém-nascido devido à hiperatividade das glândulas sebáceas por estímulo proveniente de andrógenos maternos.
- c) O escleredema neonatal é uma necrose idiopática do tecido subcutâneo que se manifesta como placas induradas ou nódulos abaixo da pele, localizadas nas nádegas e coxas em neonatos com bom estado geral.
- d) A aplasia cutânea congênita é uma lesão congênita rara, caracterizada por áreas de ausência da epiderme, da derme, eventualmente de tecido celular subcutâneo e, mais raramente, de estruturas ósseas.
- e) O principal agente etiológico do impetigo bolhoso neonatal é o *Streptococcus pyogenes*.

38 Com relação às alterações observadas no exame do crânio do recém-nascido, pode-se afirmar:

- a) O cefalohematoma é uma coleção sanguínea sub-periosteal, de consistência endurecida, delimitada pelas linhas de suturas cranianas, que ocorrem após um parto traumático, e desaparece em meses, de localização geralmente parietal.
- b) O neonato possui quatro fontanelas, que são espaços entre os ossos do crânio ocupados por membrana. a) Duas delas são facilmente palpáveis: a bregmática ou anterior e a posterior ou lambdoide.
- c) O craniotabes é uma coleção de líquido e sangue no subcutâneo, não respeitando as linhas de sutura, de limite impreciso, cefalo positivo e que involui em dias.
- d) A encefalocele é uma tumoração sob a pele que representa a exteriorização de tecido nervoso por defeitos nas linhas de sutura dos ossos do crânio, com dimensões variáveis. É mais comum na fossa nasal.
- e) A bossa serossanguínea é a diminuição da consistência dos ossos do crânio. À palpação, assemelha-se a compressão de uma bola de ping-pong.

39) Pode-se afirmar em relação à Doença da Membrana Hialina (DMH), também conhecida por Síndrome de Angústia Respiratória do RN:

- a) A DMH ocorre devido a uma deficiência de surfactante, substância que aumenta a tensão superficial nos alvéolos.
- b) O momento adequado para a administração do surfactante é, preferencialmente, nas primeiras duas horas de vida, utilizando-se em pacientes selecionados, com sinais de progressão da doença e de acordo com o padrão de oxigenação em função do tipo de suporte respiratório recebido (terapia de resgate precoce).
- c) O uso de surfactante na sala de parto é superior à utilização de CPAP precoce.
- d) Os RN com DMH geralmente necessitam de drogas vasoativas e respondem bem a uma, ou no máximo, duas doses de surfactante.
- e) No método INSURE ((intubação-surfactante-extubação), para administração do surfactante, o RN deve ser mantido em ventilação mecânica invasiva por um período mínimo de 24 horas após administração do surfactante.

40) São também causas de dificuldade respiratória de causa pulmonar a pneumonia intrauterina e a taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN). Sobre as causas referidas, pode-se afirmar:

- a) A TTRN ocorre quando há uma remoção lenta ou incompleta do pulmão fetal, ocorrendo em situações de nascimento por parto normal, em RN hipotônicos ou muito sedados e em nascimentos precipitados.
- b) São fatores de risco para a pneumonia intrauterina: a prematuridade, a corioamnionite, a rotura prematura de membranas > 12 h, cepas virulentas, mães com bacteriúria pelo *Streptococcus* do Grupo B (GBS), idade maior que 20 anos, raça negra e RN previamente infectado.
- c) O Raio x de tórax na pneumonia intrauterina na grande maioria das vezes apresenta o mesmo padrão do raio x encontrado na doença da membrana hialina (DMH); a evolução é rápida com hipotensão necessitando de agentes inotrópicos e vasoativos; a presença de acidose metabólica e de sinais de hipotensão pulmonar sugerem o diagnóstico de pneumonia.
- d) A TTRN pode apresentar-se com uma aparência granular difusa da DMH, com subaeração pulmonar. A resolução radiográfica ocorre em 48 a 72 horas.
- e) A deficiência de surfactante ocorre na pneumonia pelo GBS e por volta de 50% dos RN infectados não têm uma boa resposta ao surfactante, geralmente devido à presença de disfunção do miocárdio e hipertensão pulmonar persistente.

RASCUNHO

RASCUNHO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____ Carteira nº _____