

SIMULADO



4º SIMULADO



CADERNO DE RESPOSTAS

1. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) A adrenalina é a principal droga utilizada durante a reanimação neonatal. Preferencialmente, ela deverá ser administrada via cateterismo da veia umbilical, na diluição e na dose, respectivamente, de:

- A) 1:1.000 / 0,3ml/kg
- B) 1:1.000 / 0,5ml/kg
- C) 1:10.000 / 0,2ml/kg
- D) 1:10.000 / 1ml/kg

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista.

A primeira coisa que você precisa entender sobre reanimação neonatal é que ela é uma SEQUÊNCIA DE PASSOS.

Começamos na recepção do RN, quando fazemos três perguntas.

1. RN é ≥ 34 semanas?
2. RN respira ou chora?
3. RN tem bom tônus?

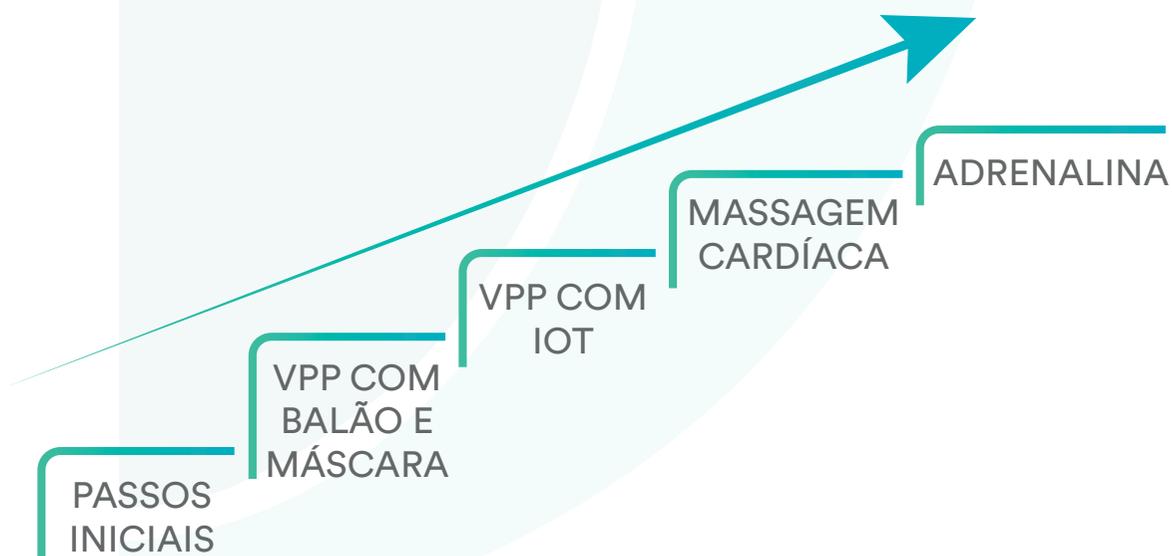
A primeira define a diretriz a ser utilizada. As duas últimas definem se ele tem boa vitalidade, nesse caso, ele pode fazer o contato pele a pele e ter seu cordão clampeado tardiamente, independentemente da idade gestacional.

Caso a resposta seja "Não" para qualquer uma das duas últimas perguntas, independentemente da idade gestacional, iniciamos a sequência de reanimação neonatal.

REANIMAÇÃO PARA MAIORES DE 34 SEMANAS.



SEQUÊNCIA DE REANIMAÇÃO NEONATAL



1) PASSOS INICIAIS. Levar o RN à mesa de reanimação. Colocar ele sob fonte de calor radiante. Prevenir a hipotermia através da secagem, retirada de campos úmidos e colocação de touca. Manter vias aéreas abertas através do posicionamento do pescoço em leve extensão e aspiração de vias aéreas se necessário.

Avaliar frequência cardíaca (deve estar acima de 100bpm) e ritmo respiratório (deve ser regular) para se decidir se há necessidade de manobras adicionais.

2) Se apneia, respiração irregular ou FC menor que 100bpm, fazer ventilação com pressão positiva (VPP), com balão, máscara e oxigênio a 21% (ar ambiente), por 30 segundos. Revisar a técnica e reavaliar.

3) Se apneia, respiração irregular ou FC menor que 100bpm, primeiramente consideramos máscara laríngea. Se falhar ou a máscara não estiver disponível, intubar e ventilar por mais 30 segundos. Revisar a técnica e reavaliar.

4) Se FC estiver menor que 60bpm, iniciar a massagem cardíaca por 60 segundos, sincronizada com a ventilação 3 compressões:1 ventilação. Revisar a técnica e reavaliar.

5) Se FC persistir menor que 60bpm, administrar adrenalina.

A adrenalina é a principal droga utilizada em sala de parto. Ela realiza uma vasoconstrição periférica, que aumenta a perfusão coronariana e o débito cardíaco. Deve ser iniciada em casos de FC menor que 60 bpm, após ventilação associada à massagem cardíaca, que sejam adequadas.

O principal acesso é a veia umbilical, por ser calibroso, fácil e rápido de cateterizar. As veias periféricas podem ser utilizadas, porém geralmente são finas e difíceis de pegar. Como outra opção, podemos considerar o acesso intraósseo.

A via endotraqueal pode ser utilizada uma única vez enquanto o médico realiza o cateterismo umbilical de urgência. A absorção pulmonar é lenta e com resposta imprevisível.

A adrenalina deve estar previamente preparada, diluída em soro fisiológico na proporção 1:10.000.

Para entendermos, 1mg de adrenalina pura é diluída em 1.000 mg de água. Já 1.000 mg de água é igual a 1 grama ou 1ml. Dizemos, então, que a diluição da ampola de adrenalina pura é de 1:1000. Para utilizá-la no RN, acrescentamos mais 9 ml de soro à ampola. Agora, temos 1mg de adrenalina em 10.000 mg ou 10 ml de solução total, ou 1:10.000.

As doses são:

- 0,01mg a 0,03mg/kg = 0,1 a 0,3ml/kg (padronizado 0,2ml/kg) endovenoso/intraósseo.
- 0,05-0,10 mg/kg = 0,5 a 1ml/kg (padronizado 1ml/kg)

Gabarito: alternativa C

2. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) A mãe de um neonato de 20 dias de vida, nascido a termo e adequado para idade gestacional acaba de receber o resultado do teste do pezinho de seu filho, coletado no 4º dia de vida, trazendo TSH=22mUI/l. Qual é o resultado e qual é a conduta indicada?

- A) O teste é considerado normal e a conduta é o seguimento na puericultura.
 B) O teste é considerado inconclusivo e o teste do pezinho deve ser repetido.
 C) O teste foi coletado após o tempo ideal e, portanto, deve ser desconsiderado.
 D) O teste é considerado alterado e devem ser dosados TSH e T4 livre no soro.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista.

O Hipotireoidismo Congênito é causado pela diminuição dos hormônios tireoidianos e pode ocorrer por falha na tireoide, deficiência dos hormônios hipofisários, hipotalâmicos ou resistência periférica aos hormônios tireoidianos. Geralmente, é assintomático ao nascer, mas, se não for tratado, leva a uma redução importante do metabolismo, comprometendo o desenvolvimento neuropsicomotor e o crescimento da criança. Os principais sinais e sintomas da doença não tratada estão descritos a seguir:

- icterícia neonatal prolongada
- engasgos frequentes
- hérnia umbilical
- choro rouco
- constipação intestinal
- letargia
- fontanelas amplas
- baixa implantação dos cabelos na fronte
- mixedema
- pele seca
- movimentos lentos
- macroglossia
- hipotermia

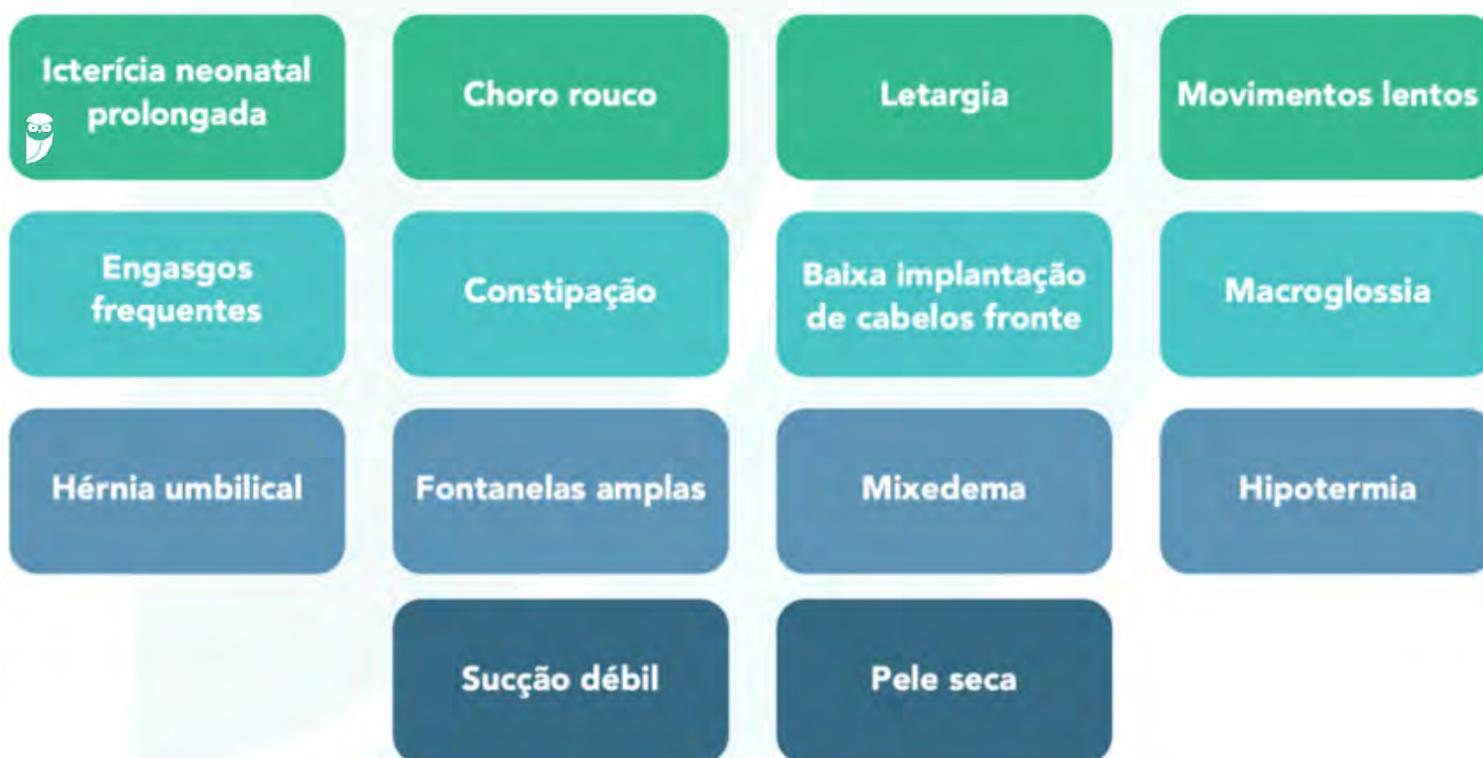




Imagem: Fácies típica do hipotireoidismo congênito

A Triagem Neonatal pelo teste do pezinho é realizada a partir da dosagem de TSH e podemos chegar aos seguintes valores.

- TSH $<10\text{mUI/l}$ = normal
- TSH entre 10 e 20 mUI/l = inconclusivo; devemos repetir o teste do pezinho.
- TSH maior que 20mUI/l = positivo; deve ser realizada dosagem de T4 e TSH em sangue periférico para fechar o diagnóstico.

Lembre que, ao nascer, há uma liberação fisiológica desse hormônio e, posteriormente, um declínio. Se coletarmos antes das 48 horas, podemos dosar erroneamente o nível do TSH, resultando em um falso positivo.

O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível, até mesmo antes da confirmação diagnóstica e é feito com Levotiroxina oral.

Vamos voltar ao caso? O teste do pezinho está alterado e, o mais rápido possível, deve ser coletado TSH e T4 livre no soro.

Incorreta a alternativa A. O teste é considerado normal quando temos $\text{TSH} < 10\text{mUI/l}$.

Incorreta a alternativa B. O teste é inconclusivo quando temos TSH entre 10 e 20mUI/l.

Incorreta a alternativa C. O teste foi coletado no tempo ideal, entre o 3º e o 5º dia de vida e deve ser considerado alterado.

Correta a alternativa D.

Gabarito: alternativa D

3. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Joaquim nasceu de termo, adequado para idade gestacional, em uma maternidade particular de sua cidade. Seu pai é portador de surdez de origem genética. É correto afirmar que esse neonato deverá ser avaliado através de:

- A) Emissões otoacústicas evocadas
- B) Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
- C) Audiometria tonal
- D) Impedanciometria

COMENTÁRIOS:

Olá, querido colega. Todo neonato tem o direito de realizar o teste da orelhinha para detecção precoce de déficits auditivos.

O teste deve ser realizado, preferencialmente, entre 24 e 48 horas de vida, ainda na maternidade. Não deve ultrapassar 30 dias de vida, a não ser nos casos em que a saúde da criança não permita sua realização.

Para bebês saudáveis e sem fatores de risco, utiliza-se o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), por ser um teste rápido, simples e capaz de identificar a maioria das perdas auditivas cocleares, que é a principal causa da deficiência nesses bebês. Durante o teste, sons são emitidos através da orelha externa, chegam até a cóclea e mede-se o retorno deles. Esse retorno classifica o teste como normal.



Caso a resposta não seja satisfatória, de acordo com o Ministério da Saúde, o teste deve ser repetido de imediato e, se a falha persistir, deve ser realizado o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE).

Já, pela SBP, caso ocorra falha no teste, recomenda-se que seja realizado um reteste após 15 dias da alta hospitalar. Caso esta falha permaneça, deve-se realizar o encaminhamento para diagnóstico médico e audiológico, com o objetivo de confirmar a existência ou não da perda auditiva.

O PEATE avalia a via neural até o tronco cerebral. É um exame mais complexo, feito em centros especializados e que, muitas vezes, necessita de sedação do paciente.

RNs com fatores de risco devem realizar o PEATE como primeira opção. São considerados indicadores de risco para a deficiência auditiva:

- Antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consanguinidade devem ser incluídos nesse item.

- Permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições independentemente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida;

exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia perinatal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas.

- Infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV).
- Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal.
- Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras).
- Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth).
- Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite.

Sendo assim, como temos uma criança com fator de risco (pai com surdez de origem genética), deve-se realizar o PEATE como primeira opção.

Incorreta a alternativa A. As emissões otoacústicas evocadas são a primeira opção para neonatos sem fatores de risco.

Correta a alternativa B.

Incorreta a alternativa C. A audiometria tonal depende da compreensão de orientações dadas para a realização do exame, portanto só pode ser realizada a partir dos 4 anos de idade, geralmente. O exame consiste na emissão, por um aparelho chamado audiômetro, de diferentes sons, com frequências e intensidades padronizadas. A avaliação de cada orelha ocorre de forma independente, com o uso de fones de ouvido e vibradores ósseos na mastoide.



Imagem: PEATE

Incorreta a alternativa D. A impedanciometria, ou imitanciometria, é uma medida dinâmica que avalia a mobilidade do conjunto tímpano-ossicular em resposta a graduais variações de pressão no meato acústico externo. O conceito fundamental desse exame baseia-se no fato de que a transmissão do som por meio do mecanismo da orelha média é máxima quando a pressão do ar é igualada nos dois lados da membrana timpânica. Ele é um exame que pode ser complementar aos outros para avaliar a perda auditiva, mas não é a primeira escolha em neonatos de risco.

Gabarito: alternativa B

4. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Sobre as vacinas, é correto afirmar que:

- A) Apesar de os benefícios compensarem os riscos, há uma forte correlação de algumas vacinas com o desenvolvimento do transtorno do espectro autista.
- B) A vacina do HPV tem como principal evento adverso a síncope em adolescentes.
- C) É seguro e recomendado aplicar várias vacinas no mesmo dia, principalmente, quando estamos diante de um calendário vacinal atrasado.
- D) Pacientes com alergia à proteína do leite de vaca têm contraindicação ao uso da vacina tríplice viral.

COMENTÁRIOS:

Olá, querido Colega, temos aqui um grupo de algumas *fake news* relacionadas às vacinas e vamos, de uma vez por todas, desmistificar e aprender para não errarmos na prova e no dia a dia.

Incorreta a alternativa A. Não há correlação comprovada entre a vacinação e o desenvolvimento do transtorno do espectro autista. Nos anos 90, foi publicado um artigo que relacionava a vacina tríplice viral ao autismo. O estudo, além de falho cientificamente, foi escrito por um autor que havia recebido dinheiro de um

escritório de advocacia envolvido com processos contra a indústria farmacêutica. O autor teve seu registro de médico cassado e o artigo apagado do banco de dados, mas o estrago já estava feito. Esse artigo é o principal argumento dos grupos antivacinas de hoje. Vários estudos posteriores não encontraram essa mesma associação. Aliás, até hoje, não se sabe como é desenvolvido o TEA, não se esqueça disso!

Incorreta a alternativa B. Outra *fake news* criada pela mídia. Quando a vacina do HPV foi lançada, ocorreram alguns casos de adolescentes que sofreram síncope ao se imunizar e, portanto, essa vacina foi relacionada a esses episódios. Porém, estudos mostraram que eles estavam relacionados a medo e ansiedade, não aos componentes vacinais.

Correta a alternativa C. É seguro e recomendado administrar vacinas no mesmo dia, não há limite máximo e nem sobrecarga do sistema imune. Agora, lembre-se de que há uma exceção: a vacina tríplice viral e a contra febre amarela não podem ser aplicadas no mesmo dia, em crianças menores de dois anos. Esse é o único caso comprovado de perda de imunogenicidade ao se coadministrar vacinas. Fora esse caso, aproveite para vacinar o paciente, principalmente o que está com calendário atrasado, durante a visita ao sistema de saúde.

Incorreta a alternativa D. A vacina tríplice viral pode ser aplicada em pacientes com alergia à proteína do leite de vaca, com exceção da vacina fabricada pelo Serum Institute of India, que pode conter traços de lactoalbumina.

Gabarito: alternativa C

5. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Lactente, com 5 semanas de vida, é levado à consulta com pediatra pois sua mãe está preocupada com um “ferimento” no local onde aplicou a vacina BCG. Ao avaliar o bebê, o médico caracteriza a lesão como do tipo ulcerada, de 5mm de diâmetro, em deltoide direito, no local em que houve aplicação da vacina BCG. Não há linfonodomegalia local. A conduta adequada é:

- A) Expectante. Observar a evolução da lesão.
- B) Iniciar isoniazida até a resolução da lesão.
- C) Iniciar antibioticoterapia sistêmica por 7 dias.
- D) Avaliação diagnóstica de infecção latente de tuberculose.

COMENTÁRIOS:

Caro colega, vamos falar da vacina BCG.

A BCG é uma vacina viva atenuada composta pela bactéria de origem bovina *Mycobacterium bovis* (atenção, a BCG não é produzida com *Mycobacterium tuberculosis*!). Ela protege contra as formas graves da doença tuberculosa: meningoencefalite e miliar (há pouca proteção contra a forma pulmonar!).

A administração é intradérmica em deltoide direito.

A lesão provocada pela vacinação evolui em 6 a 12 semanas após a aplicação, tornando-se uma crosta e, depois, uma cicatriz.

| TEMPO | TIPO DE LESÃO |
|---------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1 a 2 semanas | Mácula avermelhada, com endureção de 5 mm a 15 mm de diâmetro |
| 3 a 4 semanas | Pústula seguida de crosta |
| 4 a 5 semanas | Úlcera com 4 a 10 mm de diâmetro |
| Após 6 a 12 semanas | Cicatriz com 4 a 7 mm de diâmetro |

A BCG deve ser aplicada ao nascer em todos os bebês maiores de 2000 gramas. Caso o recém-nascido não tenha esse peso, é necessário adiar a vacinação até ele atingi-lo.

Não há necessidade de revacinar crianças sem cicatriz vacinal, nem de realizar exames, simplesmente considere a criança como imune.

A reação adversa mais comum é o enfartamento ganglionar único ou múltiplo, localizado em região axilar, supra ou infraclavicular homolateral à vacina. Ele é móvel, indolor e mede até 3cm de diâmetro, não acompanhado de sintomas sistêmicos e não necessita de tratamento. As outras reações são pouco frequentes.

Vamos voltar ao caso? Temos um bebê de 5 semanas de vida com uma úlcera de 5mm de diâmetro. Essa é uma evolução normal da lesão da BCG e a conduta é expectante.

Correta a **alternativa A**.

Incorreta a alternativa B. A isoniazida está indicada em caso de úlceras maiores que 1 cm e que não cicatrizam no tempo adequado.

Incorreta a alternativa C. O antimicrobiano sistêmico está indicado em abscessos subcutâneos quentes com ou sem fístula.

Incorreta a alternativa D. Não há necessidade de investigar ILTB, pois estamos diante de uma criança com evolução adequada da vacinação.

Gabarito: alternativa A

6. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menina, 15 anos, é levada ao médico pelos seus pais que estão preocupados com sua magreza. Eles relatam que a filha apresenta muito medo de engordar, está sempre contando as calorias do que come e acredita que está acima do peso.

Ao exame físico, a menina está emagrecida, com mucosas pálidas, tem IMC 15,6 (escore Z-3).

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Transtorno alimentar restritivo/evitativo
- B) Anorexia nervosa
- C) Bulimia nervosa
- D) Transtorno de ruminação

COMENTÁRIOS:

Olá, querido colega. Esta adolescente tem sinais de anorexia nervosa. Vamos conhecê-los:

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar composto por quatro características fundamentais:

1. Restrição proposital da ingestão calórica.
2. Medo intenso de engordar.
3. Peso corporal baixo.
4. Perturbação na autoimagem corporal.

Nesse transtorno, de origem fundamentalmente psíquica, as obsessões em relação ao corpo são centrais para seu início. A partir disso, ocorre uma distorção cognitiva da percepção física e da aparência corpórea, que gera a busca incessante pela magreza, o medo extremo de engordar e a adoção voluntária de dieta restritiva, mesmo na vigência de fome.

Após o diagnóstico inicial de AN, devemos especificar o tipo, de acordo com as características clínicas, e estratificar a gravidade, de acordo com o IMC:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- Tipo restritivo: a paciente adota dieta restrita prolongada, normalmente associada à prática de atividades físicas excessivas.
- Tipo purgativo: a paciente adota dieta restritiva e envolve-se em episódios de compulsão alimentar, normalmente compensados por meio de métodos de purgação.
- IMC:
 - Leve: IMC \geq 17 kg/m²
 - Moderada: IMC 16-16,99 kg/m²
 - Grave: IMC 15-15,99 kg/m²
 - Extrema: IMC < 15 kg/m²

O transtorno costuma iniciar na adolescência, geralmente entre 14 e 18 anos, ou no começo da vida adulta. A presença de comorbidades psiquiátricas é muito frequente, sendo considerada como “regra”. A tentativa de suicídio é estimada em 25% das pacientes.

Devido à grande resistência em compreender o adoecimento e ao medo de engordar ao aceitar o tratamento, a abordagem das pacientes anoréxicas é realizada geralmente apenas após a intervenção da família.

A abordagem da AN deve ser realizada por equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos e nutricionistas.

Sempre se deve estabelecer um bom vínculo com a paciente e ressaltar os pontos positivos do tratamento, entre eles, o alívio de possíveis comorbidades — como ansiedade e depressão —, a melhora das funções cognitivas, a melhora do funcionamento fisiológico, a melhora na aparência da pele, a redução na queda de cabelos e o aumento da disposição e da energia.

A psicoterapia, especialmente cognitivo-comportamental, auxilia na correta associação da alimentação com os sentimentos e comportamentos, mudanças de falsas crenças e automatismos.

Embora não haja fortes evidências para apoiar seu emprego, a terapia medicamentosa é realizada preferencialmente com antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina (ISRS), que auxiliam na redução de sintomas obsessivos, ansiosos e irritabilidade. A associação entre ISRS e antipsicótico atípico, como a olanzapina, pode ajudar na melhor aceitação da dieta e retomada gradual do peso, redução das obsessões, além de exercer efeito antiemético.

Não é indicado o emprego de um “estimulante do apetite”, uma vez que o problema não é a ausência de fome, mas sim o medo de engordar.

Apesar de grande parte dos casos de AN serem tratados com sucesso ambulatorialmente, em quadros graves, quando a paciente apresenta desnutrição intensa, alterações hidroeletrólíticas e metabólicas severas, arritmias cardíacas, entre outras condições que ameacem agudamente sua vida, a internação hospitalar poderá ser indicada.

Incorreta a alternativa A. O transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) é marcado por evitação ou restrição alimentar baseada nas características do alimento, como cor, formato, textura, cheiro ou aparência. O TARE é mais observado em crianças com transtorno do espectro autista (TEA) e transtorno do desenvolvimento intelectual. A consequência desse transtorno é manifestada por deficiência nutricional e perda de peso.

Correta a alternativa B.

Incorreta a alternativa C. A bulimia nervosa é um transtorno alimentar em que a paciente sofre grande preocupação quanto ao seu peso e aparência corporal, mas envolve-se em episódios recorrentes de compulsões alimentares, que são sucedidos por métodos compensatórios, como uso de laxantes ou diuréticos, autoindução de vômitos, jejum prolongado ou realização de atividades físicas exaustivas.

Incorreta a alternativa D. No transtorno de ruminação, também conhecido como mericismo, acontece a regurgitação da comida após ter sido mastigada e engolida, para ser novamente mastigada e engolida. Esse transtorno pode ser observado em bebês durante o primeiro ano de vida. Sua persistência após esse período é mais diagnosticada em crianças com transtorno do desenvolvimento intelectual.

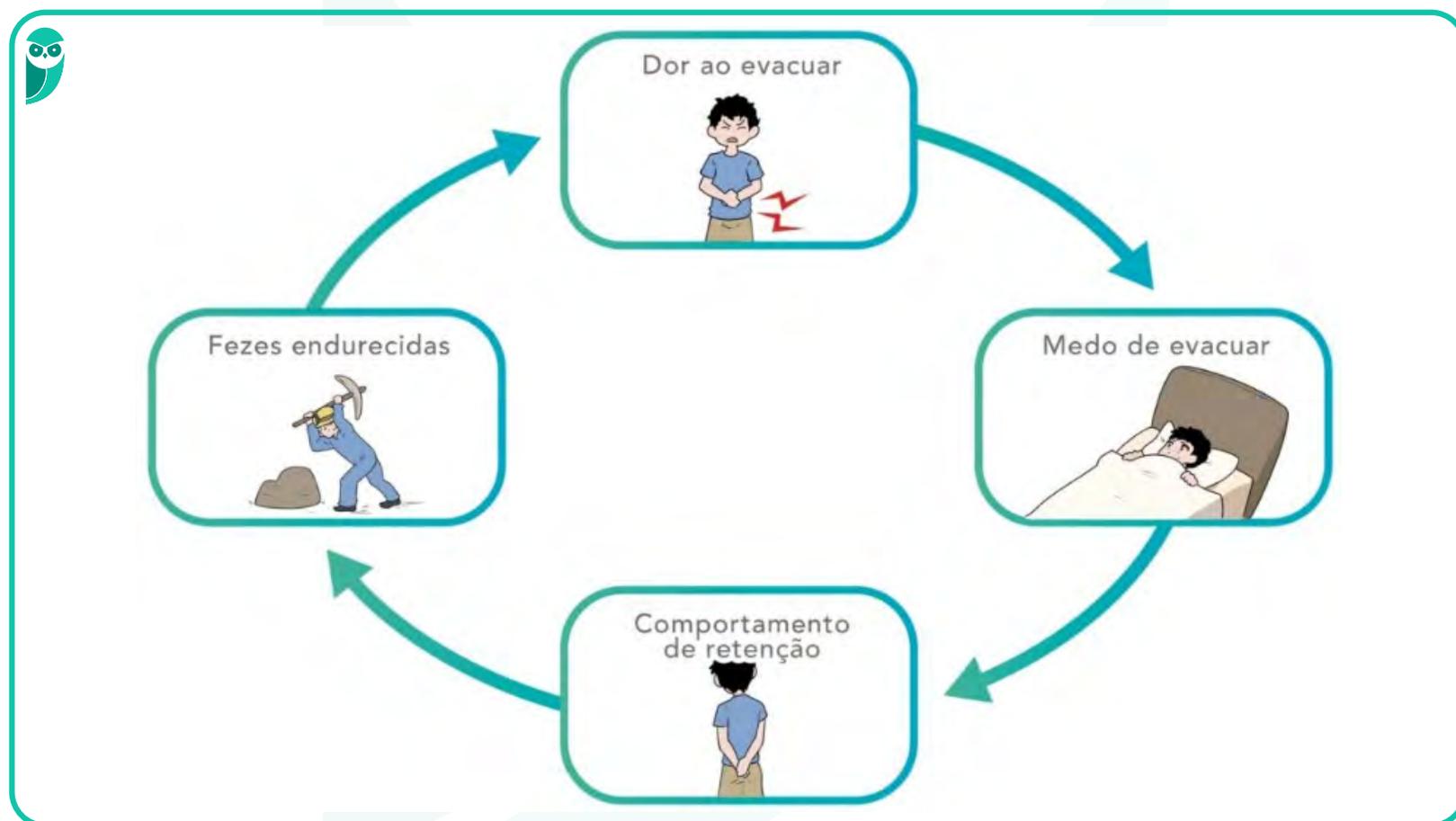
Gabarito: alternativa B

7. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Criança de 6 anos, há 6 meses, vem se queixando de dor ao evacuar. A mãe refere que ela evacua 2 vezes por semana fezes endurecidas, com raias de sangue vivo e que, por muitas vezes, entopem o vaso sanitário. Relata também que a criança está sempre com as vestes íntimas sujas e, por isso, vem sofrendo *bullying* na escola. Ao exame físico, apresenta peso e estatura adequados para a idade, abdômen flácido, com massa palpável em hipocôndrio esquerdo, fissura anal e fezes palpáveis ao toque retal. A conduta imediata adequada é:

- A) Solicitar exames de imagem, como o de enema contrastado.
- B) Solicitar exames de fezes, como o parasitológico, a coprocultura e a calprotectina.
- C) Orientar mudanças no hábito alimentar e acompanhamento psicoterápico.
- D) Prescrever enema retal para esvaziamento do conteúdo intestinal.

COMENTÁRIOS:

Olá, colega pediatra. A primeira hipótese a ser considerada em um quadro de constipação intestinal em uma criança "grande" é o de constipação funcional. Ela ocorre em 90-95% dos casos e, geralmente, tem como gatilho erros alimentares, com pouca ingestão de água e fibras. Ela leva ao círculo vicioso abaixo.



O diagnóstico é clínico, avaliando os critérios de Roma IV. Observe:

| CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL (ROMA IV) | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Menores de 4 anos 2 ou +, por pelo menos 1 mês | Acima de 4 anos 2 ou +, pelo menos 1x por semana, por pelo menos 1 mês |
| 2 ou menos evacuações por semana 1 ou mais episódios de incontinência fecal por semana (se já possui treinamento esfinteriano) Comportamento de retenção Evacuações duras ou dolorosas Massa fecal no reto Fezes volumosas que podem obstruir o vaso sanitário Sintomas não explicados por outra condição médica (Obrigatório) | |

Repare no último item: "Sintomas não explicados por outra condição médica". Portanto, é indispensável que as causas orgânicas sejam descartadas, para isso o paciente não deve ter sinais de alarme:

1. Retardo na eliminação de mecônio (mais de 48 horas).
2. Constipação precoce. Quanto mais cedo iniciar a constipação, mais suspeito é.
3. Sangue nas fezes na ausência de fissura anal.
4. Distensão abdominal acentuada.
5. Déficit ponderal ou ponderoestatural.
6. Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.
7. Qualquer alteração no exame físico que leve a alguma doença orgânica.

Ao exame físico, observamos, na maioria dos casos, fecaloma palpável no abdome e fezes presentes na ampola retal.

Não há necessidade de exames complementares. O tratamento é baseado no seguinte tripé:

1. Medicamentos. Essa é a base do tratamento.

A terapia medicamentosa é feita em duas etapas:

- Desimpactação. Retirar as fezes endurecidas que estão no intestino usando laxativos retais ou orais. Esse passo pode durar vários dias.
- Manutenção com medicação laxativa diária, para amolecer as fezes e quebrar o círculo vicioso.

A principal medicação utilizada é o PEG 400.

2. Treinamento de toalete (colocar a criança no vaso após as refeições, mesmo que ela não tenha vontade de evacuar).
3. Mudança de hábitos alimentares, privilegiando frutas, verduras e água.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. A criança não tem sinais de alarme, portanto não precisa de exames de imagem.

Incorreta a alternativa B. Como dito na alternativa A, sem sinais de alarme, não há necessidade de exames laboratoriais.

Incorreta a alternativa C. Apesar de psicoterapia e mudança nos hábitos alimentares serem fundamentais nesse caso, não seriam a conduta imediata.

Correta a alternativa D. Antes de qualquer coisa, a criança precisa de desimpactação fecal, para que as próximas evacuações consigam ser eliminadas e não persista o fecaloma.

Gabarito: alternativa D

8. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Higiene do sono são os hábitos, comportamentos, rituais, condições ambientais e outros fatores que facilitam o início e a manutenção do sono. Qual das alternativas abaixo traz uma medida correta para uma boa noite de sono da criança e/ou do adolescente?

- A) Praticar uma rotina durante o dia, com horários determinados para acordar, dormir e cochilar.
- B) Evitar o uso de telas, pelo menos, meia-hora antes do horário habitual do sono.
- C) Evitar objetos de transição, como as naninhas.
- D) Manter uma luz fraca acesa no quarto

COMENTÁRIOS:

Olá, colega. A insônia comportamental das crianças e dos adolescentes é queixa comum nos consultórios pediátricos. Para seu tratamento, medidas de higiene do sono são muito importantes. Observe quais são elas:

- Praticar uma rotina durante o dia, com horários determinados de acordar, dormir e cochilar;
- Praticar atividades tranquilas que sinalizem o momento 30 minutos antes de dormir, como banho, massagem, desligar luzes;
- Exercícios de relaxamento;
- Proporcionar um ambiente físico adequado (temperatura, luminosidade e silêncio);
- Evitar o uso de telas, pelo menos, 1 a 2 horas antes do horário habitual de sono;
- Colocar a criança para adormecer em seu próprio berço ou cama e em seu próprio quarto;
- Usar objetos de transição se necessário, como bonecas, fraldas, naninhas e cobertores;
- Evitar bebidas estimulantes perto do horário de dormir.
- Para a maioria das crianças, o horário recomendado para dormir é entre 19 e 20 horas e 30 minutos e o tempo de duração do sono em 24 horas está descrito na tabela a seguir.

Tabela: Recomendações sobre necessidade de tempo de sono de acordo com a faixa etária

| Faixa-etária | Duração do sono em 24 horas | Cochilos |
|--------------|-----------------------------|-----------|
| 4 - 12 meses | 12 a 16 horas | Incluídos |
| 1 - 2 anos | 11 a 14 horas | Incluídos |
| 3 - 5 anos | 10 a 13 horas | Incluídos |
| 6 - 12 anos | 9 a 12 horas | - |
| 13 - 18 anos | 8 a 10 horas | - |

Adaptado de Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. 2016.

Correta a alternativa A. A rotina diária bem definida é uma das medidas adequadas de higiene do sono.

Incorreta a alternativa B. Deve-se evitar as telas 1 a 2 horas antes de dormir.

Incorreta a alternativa C. Os objetos de transição podem auxiliar no início e na manutenção do sono.

Incorreta a alternativa D. O quarto deve ser escuro, sem luminosidade.

Gabarito: alternativa A

9. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menino, 8 anos, é atendido no pronto atendimento de uma área rural do Sul do Brasil com queixa de febre há 6 dias, associada a exantema maculopapular há 3 dias. A mãe refere que as manchas vermelhas iniciaram nos pulsos e tornozelos, progredindo para palmas das mãos, plantas dos pés, braços, pernas e tronco. O menor também se queixa de cefaleia, náuseas e mialgia. Ao exame físico, você repara que também há algumas petéquias esparsas. Diante do quadro descrito, a terapêutica adequada é:

- A) Apenas sintomáticos
- B) Amoxicilina oral
- C) Doxiciclina oral
- D) Antialérgico e corticoterapia orais

COMENTÁRIOS:

Caro colega, a junção de febre prolongada, exantema que iniciou nos pulsos e tornozelos e a residência na área rural deve nos levar à hipótese diagnóstica de febre maculosa brasileira. Vamos relembra-la?

A febre maculosa brasileira (FMB) é causada por bactérias denominadas riquetsias. A principal espécie envolvida é a *Rickettsia rickettsii*. Os carrapatos do gênero *Amblyomma*, conhecidos popularmente pelo nome de “carrapato-estrela”, são os vetores e reservatórios mais comuns de *R. rickettsii*. Cavalos, capivaras e outros animais silvestres são picados por esse carrapato, por isso são considerados amplificadores de riquetsias e transportadores de vetores.

Como fatores de risco, podemos citar a exposição a carrapatos por meio do contato com animais de criação ou silvestres, ou com áreas de mata, cachoeiras ou rios. A FMB ocorre em todas as grandes regiões brasileiras, mas é mais comum no Sudeste e no Sul.

Após um período de incubação que varia entre 2 e 14 dias, os sintomas iniciam de forma súbita. O quadro clínico costuma ser intenso, com febre elevada, mialgia, cefaleia, prostração, náuseas e vômitos.

Entre o 2º e o 6º dia de doença, surge o exantema da FMB. Preste muita atenção em suas características, já que elas nos auxiliam a suspeitar dessa doença. Inicialmente, o exantema é maculopapular e acomete punhos e tornozelos (pode atingir as regiões palmar e plantar também). O exantema expande-se da periferia ao centro (de forma

centrípeta), abrangendo membros e tronco. Com a evolução da doença, as lesões cutâneas tornam-se petequiais, podendo confluir em lesões purpúricas. Pode ocorrer necrose em casos graves.



1) Exantema maculopapular em punhos e tornozelos, que evolui centripetamente até o tronco



2) Lesões tornam-se petequiais



3) Lesões purpúricas

Evolução do exantema da FMB. Fonte das imagens: Shutterstock.

Outras manifestações que podem estar presentes são:



Hepatoesplenomegalia

Insuficiência renal aguda

Manifestações neurológicas

- Meningite
- Meningoencefalite
- Edema cerebral

Manifestações pulmonares

- Pneumonite
- Edema agudo de pulmão
- Síndrome da angústia respiratória

Edema de membros inferiores

Sangramento digestivo, pulmonar ou de mucosas

Icterícia

Miocardite

Choque

As alterações laboratoriais da FMB são inespecíficas. O método mais utilizado para o diagnóstico é a pesquisa de anticorpos em sangue por meio de reação de imunofluorescência indireta. É necessário coletar duas amostras de soro: a primeira no início do quadro e a segunda entre 14 e 21 dias após a primeira coleta. O resultado será considerado positivo se houver um aumento de quatro vezes nos títulos da segunda amostra em relação à primeira, pois, nesse caso, é confirmada a soroconversão.

O tratamento de FMB é muito simples: é indicada a prescrição de doxiciclina pelo período mínimo de 7 dias, sendo mantido por 3 dias após a resolução da febre. Como alternativa, pode ser utilizado o cloranfenicol. Quanto mais precoce for iniciado o tratamento, maior será a sua eficácia. Por isso, a antibioticoterapia deve ser iniciada no momento da suspeita clínica de FMB, não somente após o resultado de exames.

A notificação de FMB é compulsória e imediata.

Gabarito: alternativa C

10. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menino, de 8 anos, iniciou quadro de alopecia há duas semanas que evoluiu com eritema intenso, pústulas e crostas melicéricas no local. Não há febre ou outras manifestações sistêmicas. Considerando-se o quadro descrito, o tratamento indicado é:

- A) Oxacilina endovenosa
- B) Cefalexina oral
- C) Xampu de cetoconazol tópico
- D) Griseofulvina oral

COMENTÁRIOS:

Caro colega, essa criança tem uma doença chamada Kerion celsi, uma complicação da *tinea capitis*. Vamos lembrá-la?

A *tinea capitis* (tinha do couro cabeludo) é uma infecção por dermatófitos que afeta os pelos do couro cabeludo. Os agentes mais comuns são o *Trichophyton tonsurans* e o *Microsporum canis*. É muito mais comum em crianças na fase pré-puberal, principalmente naquelas com baixo nível socioeconômico.

Esses fungos possuem a capacidade de fragilizar os pelos e isso faz com que eles se quebrem. Clinicamente, há uma ou várias áreas de alopecia, com pelos tonsurados, (pelos quebrados) associada a graus variados de eritema e/ou descamação.

Em algumas ocasiões, pode haver uma resposta imunológica intensa com uma exuberante inflamação das lesões de *tinea capitis*. A esse processo, damos o nome de Kerion celsi! Há o surgimento de um eritema intenso associado a pústulas, crostas melicéricas e drenagem de secreção purulenta em uma lesão de *tinea capitis*. O paciente pode, ainda, apresentar linfonodomegalias cervicais e occipitais. Se o Kerion celsi não for tratado precocemente, o paciente pode evoluir com alopecia cicatricial, isto é, destruição dos folículos pilosos, o que impede que o cabelo volte a nascer naquele local!

Acervo pessoal - Dr. Diego Souza



Criança com Kerion celsi com grandes áreas de alopecia e crostas melicéricas indicando que houve saída de secreção purulenta. Essa criança já pode ter áreas de alopecia cicatricial

O tratamento da *tinea capitis* sempre é feito com medicação sistêmica. Não adianta realizar tratamentos tópicos com cremes ou xampus. A droga de escolha é a griseofulvina na dose de 20 a 25 mg/kg/dia, por seis a 12 semanas. A outra droga de escolha é a terbinafina administrada por via oral.

Não caia em pegadinha, o kerion celsi é tratado com antifúngico, pois ele não é uma infecção bacteriana!

Incorretas as alternativas A e B. Não há indicação de antibioticoterapia.

Incorreta a alternativa C. O tratamento deverá ser sistêmico, não tópico.

Correta a alternativa D.

Gabarito: alternativa D

11. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Neonato termo, adequado para idade gestacional, nasceu de parto vaginal, APGAR 9/10 e foi encaminhado para o alojamento conjunto. Com 12 horas de vida, a mãe reparou que ele estava ficando cansado ao mamar e com cianose perioral. O pediatra solicitou um ecocardiograma de urgência, o qual demonstrou uma transposição de grandes vasos. O RN foi encaminhado à UTIN e iniciou-se a administração de prostaglandina E1, mas a cianose persistia, assim como a má perfusão periférica e a hipoxemia importante. Qual é o próximo passo adequado?

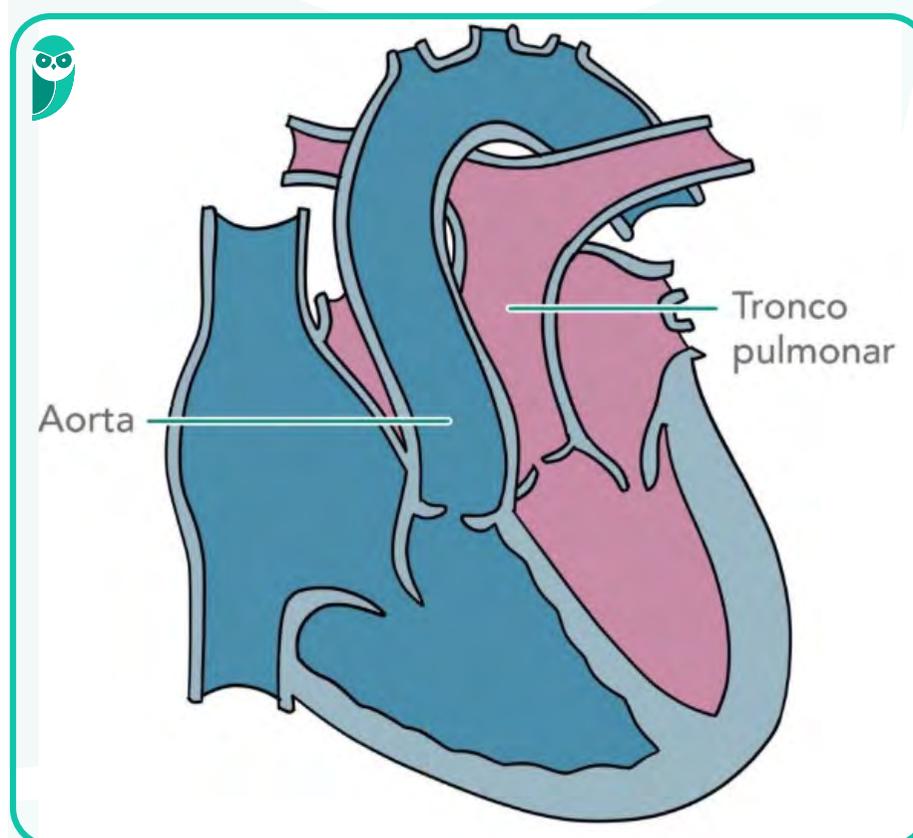
- A) Realizar atrioseptostomia com balão de Rashkind
- B) Realizar a cirurgia de Fontan de emergência
- C) Administração de óxido nítrico inalatório
- D) Realizar o procedimento de Blalock-Taussig

COMENTÁRIOS:

Olá, meu caro pediatra. Na transposição de grandes artérias (TGA), também chamada de transposição de grandes vasos, temos uma circulação em paralelo, ou seja, a aorta tem origem no ventrículo direito e o tronco pulmonar, no esquerdo. Isso é o que chamamos de discordância ventrículo-arterial, pois as artérias saem dos ventrículos “errados”. Como você pode imaginar, não existir alguma comunicação entre os lados direito e esquerdo, como um canal arterial pérvio ou uma CIV, é incompatível com a vida

Vamos entender o que ocorre? Como o sangue que vai para os tecidos é pouco oxigenado, há cianose periférica. Como o sangue que vai para os pulmões tem uma grande pressão por sair da câmara esquerda, temos hiperfluxo pulmonar.

Portanto, ela é uma cardiopatia cianogênica de hiperfluxo pulmonar.

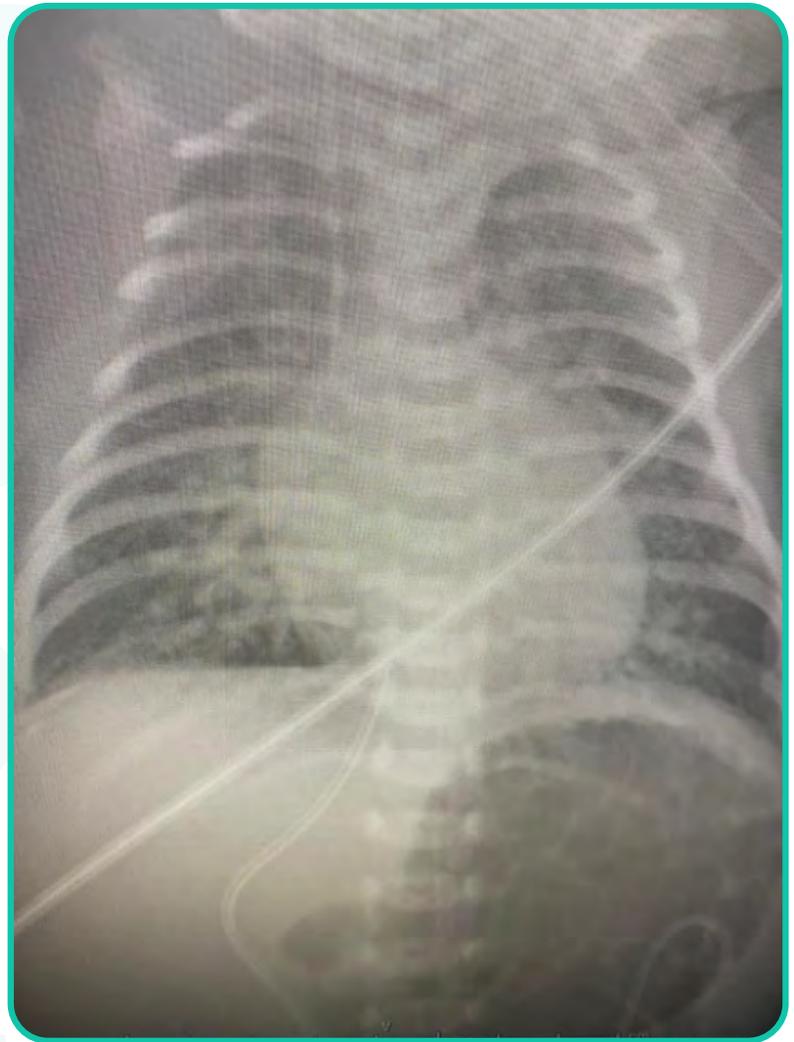


O quadro clássico é de uma cianose que inicia precocemente, após as primeiras horas ou dias de vida devido ao fechamento do canal arterial, podendo ou não ter sopro, associada a um desconforto respiratório. O bebê pode evoluir com sinais de insuficiência cardíaca e choque, uma vez que o ventrículo direito tem que bombear sangue para a circulação sistêmica com alta pressão, sem ter sido “preparado para tal função”. Sendo assim, o quadro inicial pode ser de: mau estado geral, palidez, extremidades frias, baixa saturação periférica e hipotensão. Ele irá evoluir mal, caso nada seja feito!

A radiografia é típica! O coração tem formato ovalado, muitas vezes é descrito como o formato de um “ovo deitado”.

O procedimento imediato a ser adotado é a manutenção da comunicação entre os lados direito e esquerdo do coração.

- A primeira medida é a infusão de prostaglandinas para manter o canal arterial aberto.
- A atrioseptostomia com cateter balão é um procedimento paliativo que pode ser utilizado com a prostaglandina até a instituição do tratamento definitivo.
- A cirurgia de Jatene (inversão das artérias para seus respectivos ventrículos) é o tratamento cirúrgico definitivo e deve ser feita já nas primeiras semanas de vida.



Correta a **alternativa A**. Como não houve resposta adequada com a infusão de prostaglandina, devemos realizar a atrioseptostomia para manter uma comunicação entre as câmaras direita e esquerda cardíacas.

Incorreta a alternativa B. A cirurgia de Fontan está indicada em cardiopatia com ventrículo único.

Incorreta a alternativa C. A administração de óxido nítrico inalatório está indicada em situações de hipertensão pulmonar, pois essa substância é vasodilatadora.

Incorreta a alternativa D. A cirurgia de Blalock-Taussig é um tratamento provisório em casos de cardiopatias com hipofluxo pulmonar importante e consiste em anastomose entre a artéria subclávia e a pulmonar.

Gabarito: alternativa A

12. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menina, de 14 anos, é portadora de artrite reumatóide juvenil e será submetida à pulsoterapia com corticoide para controle da doença. Antes da terapia imunossupressora, o médico indica a administração de ivermectina, para prevenção de complicações por qual destes parasitas:

- A) *Ascaris lumbricoides*
- B) *Entamoeba coli*
- C) *Enterobius vermicularis*
- D) *Strongyloides stercoralis*.

COMENTÁRIOS:

Olá, meu caro pediatra. Quando falamos de parasita e imunossupressão, precisamos lembrar da estrogiloidíase!

A estrogiloidíase é uma doença causada pelo *Strongyloides stercoralis*. Esse verme consegue completar todo seu ciclo de vida no homem, por isso sua infecção pode perpetuar-se por vários anos. O maior problema a respeito dessa parasitose é que ela pode levar a quadros graves e sistêmicos em pacientes imunocomprometidos.

A transmissão da estrogiloidíase ocorre por meio da penetração ativa de larvas pela pele íntegra do hospedeiro. Geralmente, ocorre



Imagem do *S. stercoralis* na microscopia óptica. Fonte: Shutterstock.

após o contato direto com o solo contaminado por fezes humanas. Outras formas de transmissão menos comuns incluem a transmissão fecal-oral, de pessoa a pessoa, por fômites contaminados com fezes e durante o transplante de órgãos.

Pacientes com estrogiloidíase podem apresentar:

- Manifestação pulmonar. Como esse parasita faz ciclo pulmonar, ele pode causar a síndrome de Loeffler.
- Manifestações gastrointestinais. Ao migrarem para o intestino, as larvas podem ocasionar um quadro de diarreia ou de constipação, dor abdominal e anorexia.
- Manifestação cutânea, que é uma dermatite larvária mais conhecida como larva *currens*. Nos casos de autoinfecção, quando a larva filariforme penetra na mucosa intestinal ou pele perianal, ela pode migrar para o tecido subcutâneo e formar um rastro pruriginoso. Como o nome já diz, essa larva “corre” e pode percorrer cerca de 1 cm em 5 minutos.
- Manifestações sistêmicas graves. Essas manifestações ocorrem principalmente em imunocomprometidos que podem desenvolver uma infecção disseminada. Essa infecção disseminada é consequência da hiperinfecção (que nada mais é do que uma autoinfecção acelerada) e consiste na presença de larvas em diversos órgãos do corpo, levando a manifestações intestinais, respiratórias, dermatológicas etc. Como muitas larvas migram do intestino, alguns pacientes podem desenvolver um quadro de sepse por translocação intestinal de bactérias Gram-negativas. A droga de escolha para tratamento da estrogiloidíase é a ivermectina.

Outras drogas, como o tiabendazol via oral e o albendazol, podem ser usadas como alternativas, mas, afinal, quem tem a maior taxa de cura é a ivermectina e ela é a medicação de primeira escolha.

Gabarito: alternativa D

13. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Neonato, registrado como sendo do sexo feminino, com 8 dias de vida apresenta vômitos e desidratação. O pediatra observa que sua genitália está virilizada e suspeita de hiperplasia adrenal congênita. Das alternativas abaixo, qual é a alteração encontrada nessa patologia?

- A) Aumento da enzima 21-hidroxilase
- B) Diminuição da aldosterona
- C) Supressão da testosterona
- D) Déficit da 17 OH progesterona

COMENTÁRIOS:

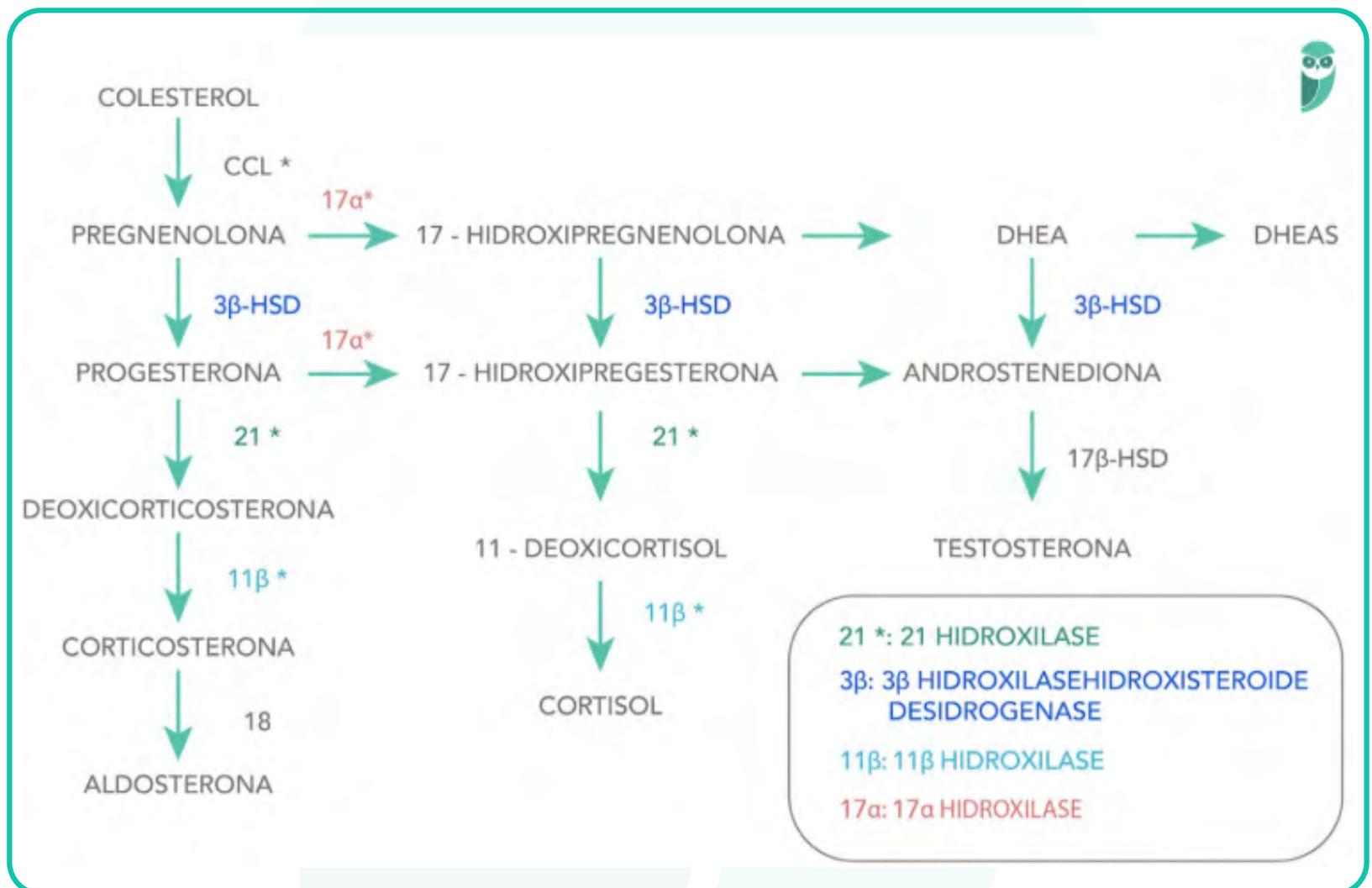
Estrategista, a união de genitália ambígua e desidratação deverá sempre nos levar ao diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita. Vamos lembrá-la?

A hiperplasia adrenal congênita clássica (HAC), é uma doença de relevante morbimortalidade no período neonatal, sobretudo no sexo masculino. Essa doença faz parte do diagnóstico diferencial dos distúrbios da diferenciação sexual (DDS), constituindo a principal causa de DDS em cariótipo 46XX.

A HAC é um conjunto de doenças de herança autossômica recessiva decorrente, em 90 a 95 % dos casos, de uma mutação no gene CYP21A2, que é responsável por codificar a enzima 21-hidroxilase (21OH), que é responsável pela conversão de:

- Progesterona em deoxicorticosterona
- 17-hidroxiprogesterona em 11 deoxicortisol

Observe o esquema de produção de hormônios da adrenal:

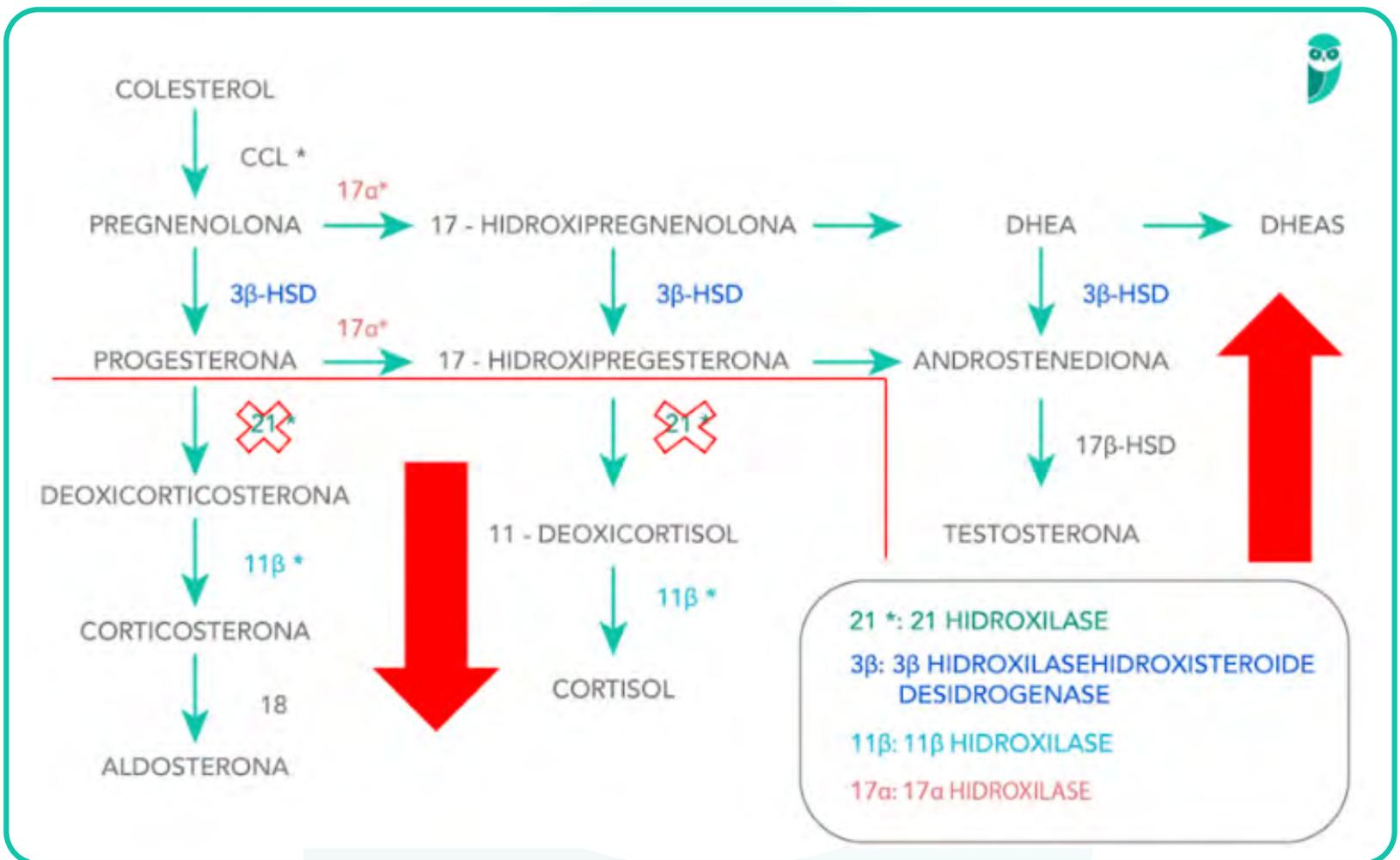


Devido à deficiência da enzima 21 hidroxilase, ocorre diminuição da produção de cortisol pela adrenal, o cortisol deixa de inibir a produção do ACTH e do CRH e estes, em níveis elevados, ocasionam estimulação crônica das adrenais provocando a hiperplasia da glândula. Ocorre também diminuição da aldosterona.

Como existe o bloqueio enzimático, ocorre um desvio na produção hormonal, gerando acúmulo dos metabólitos pré-bloqueio e aumento da produção de testosterona.

Resumindo, temos:

- Diminuição do cortisol e da aldosterona
- Aumento da testosterona



Esse fenômeno tem início durante a gestação. O acúmulo de testosterona provoca virilização na menina, entre a 7ª e a 12ª, ocasionando a genitália ambígua devido à virilização da genitália externa.

No período pós-natal, a deficiente produção de cortisol acarreta hipoglicemia, fraqueza, perda de peso, sintomas gastrointestinais como vômitos, diarreia e dor abdominal.

As funções da aldosterona são a reabsorção renal de sódio e a excreção de potássio. Com sua produção insuficiente, ocorre hiponatremia e hipercalemia, além do aumento da atividade de renina plasmática. Essa é a forma clássica perdedora de sal da doença.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. Na HAC, temos diminuição da enzima 21 hidroxilase.

Correta a alternativa B. O fluxo leva à diminuição da aldosterona sérica.

Incorreta a alternativa C. Há aumento na produção da testosterona.

Incorreta a alternativa D. Há aumento da 17 OH progesterona

Gabarito: alternativa B

14. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Lactente de 3 meses é levado a uma unidade de vacinação privada para ser imunizado com as vacinas meningocócica ACWY e meningocócica B. Os pais estão preocupados pois, no mês anterior, a criança apresentou febre persistente e alta no dia seguinte da vacinação. Qual é a orientação correta em relação à profilaxia com antitérmicos neste momento?

- A) A profilaxia é contraindicada devido à vacinação com a meningocócica ACWY.
- B) A profilaxia é contraindicada devido à vacinação com a meningocócica B.
- C) A profilaxia pode ser realizada com paracetamol apenas.
- D) A profilaxia pode ser realizada com qualquer antitérmico.

COMENTÁRIOS:

Olá, querido pediatra. Questão simples e direta esta. A profilaxia pré-vacinação é contraindicada na maioria das vacinas. Isso porque pode ocorrer perda de imunogenicidade nessa coadministração. A única exceção é a meningocócica B. Há estudos que demonstram que a administração profilática do antitérmico paracetamol antes da vacinação com a meningocócica B não interfere na sua imunogenicidade. Mas, atenção, o estudo foi feito com paracetamol, não com os demais antitérmicos!

No caso descrito, como a criança vai aplicar a meningocócica ACWY, a profilaxia com antitérmicos está contraindicada.

Correta a **alternativa A**.

Incorreta a alternativa B. Pois, caso a criança fosse vacinada apenas com a meningocócica B, ela poderia realizar a profilaxia com paracetamol.

Alternativas C e D incorretas, pois a profilaxia com qualquer antitérmico está contraindicada.

Gabarito: alternativa A

15. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menino de 6 anos é levado ao pronto atendimento por febre e sintomas gripais há 48 horas. Ao exame físico, o médico ausculta um sopro sistólico, de baixa intensidade, mais audível em borda esternal esquerda baixa, irradiado para axila esquerda, que diminui de intensidade na posição ortostática. Das características descritas nas alternativas, qual delas fala CONTRA o diagnóstico de sopro inocente?

- A) A febre concomitante.
- B) O local em que ele é mais audível
- C) A irradiação para a axila
- D) A diminuição da intensidade na posição ortostática

COMENTÁRIOS:

Olá, colega pediatra. Os sopros são sons do sangue fluindo pelo coração, podem ser fisiológicos ou patológicos e podem ser a primeira manifestação de uma cardiopatia congênita.

Os sopros funcionais, também chamados de inocentes, ocorrem quando temos a presença de uma alteração na ausculta sem anormalidades anatômicas. Geralmente, isso é um achado incidental em crianças na idade escolar.

Características dos sopros funcionais:

- Audíveis principalmente em estados hipercinéticos, como febre, anemia e desidratação.
- Sistólicos. Nunca diastólicos.
- De curta duração e baixa intensidade.
- Não há frêmitos, estalidos ou cliques.
- Não se irradiam.
- A ausculta das bulhas é normal.
- Radiografia de tórax e eletrocardiograma são normais.
- Diminuem a intensidade quando em posição ereta (ortostática), sentado e com manobra de Valsalva.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. Pois é característica desse sopro aparecer em estados hipercinéticos, como a febre.

Incorreta a alternativa B. Pois esse é um foco comum de ausculta de sopros, tanto inocente quanto patológico.

Correta a alternativa C. O sopro inocente não pode se irradiar.

Incorreta a alternativa D. A diminuição da intensidade em posição ortostática é uma característica dos sopros inocentes.

Gabarito: alternativa C

16. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Criança de 6 anos está internada com quadro de anemia hemolítica, insuficiência renal e trombocitopenia após quadro agudo de disenteria. Que agente infeccioso é a provável causa desse quadro e qual é a conduta adequada?

- A) *Shigella*. Administração de ceftriaxona.
- B) *Campylobacter*. Suporte clínico e sintomáticos.
- C) *E. coli* produtora de toxina shiga. Suporte clínico e sintomáticos.
- D) *Yersinia enterocolítica*. Administração de doxiciclina.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, quando temos anemia hemolítica, insuficiência renal e trombocitopenia após quadro de disenteria, precisamos lembrar da síndrome hemolítica urêmica.

A síndrome hemolítico-urêmica (SHU) típica é a forma mais comum das microangiopatias trombóticas (MAT) definida pela ocorrência simultânea de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda.

As MAT são desordens microvasculares, causadas por lesão endotelial de vasos de pequeno calibre, gerando oclusão, total ou parcial, do lúmen por agregados de plaquetas. A formação de agregados de plaquetas que formam os trombos intraluminais leva à plaquetopenia por consumo. O endotélio vascular lesado provoca uma lesão mecânica dos eritrócitos, que precisam passar por áreas semiocluídas, levando à anemia hemolítica microangiopática. Por fim, a lesão isquêmica, decorrente da trombose de pequenos vasos que diminui a perfusão tecidual, leva a disfunções orgânicas que afetam, principalmente, o rim e o cérebro.

A doença é causada, principalmente, pela bactéria *E. coli*, produtora de toxina shiga (sorotipo O 157:H7). A bactéria está presente no intestino e nas fezes do animal. A infecção humana ocorre após a ingestão de carne mal-cozida, leite não pasteurizado e derivados, água, frutas ou vegetais contaminados.

As manifestações clínicas são resultantes da trombocitopenia por consumo, anemia hemolítica não autoimune microangiopática e isquemia em diferentes órgãos, principalmente nos rins e cérebro, mas também trato gastrointestinal, pâncreas, fígado e coração devido à presença de trombos na microcirculação. Crianças com a síndrome apresentam pródromo característico de dor abdominal e diarreia, geralmente sanguinolenta. Esse quadro precede o desenvolvimento da SHU em cerca de 2-13 dias.

As alterações laboratoriais características são plaquetopenia e anemia normocítica com provas de hemólise positivas, ou seja: aumento de DHL, aumento de bilirrubina indireta, aumento de reticulócitos, consumo de haptoglobina e presença de esquizócitos em sangue periférico. Nesses casos, o teste de Coombs direto é negativo.

O tratamento consiste em suporte clínico e hidratação, sem indicação de antibioticoterapia. A maioria dos casos evolui bem, sendo que a ocorrência de doença renal crônica é rara. No entanto, algumas crianças podem permanecer com proteinúria, hipertensão e disfunção renal persistentes.

Vamos às alternativas

Incorreta a alternativa A. A *Shigella* é a principal causa de disenteria em crianças e está relacionada à crises convulsivas. A ceftriaxona é uma antibioticoterapia indicada.

Incorreta a alternativa B. O *Campylobacter* é causa de disenteria, mas não de SHU.

Correta a alternativa C. Estão corretas a bactéria e a conduta.

Incorreta a alternativa D. A *Yersinia* é uma bactéria causadora de disenteria, mas não de SHU. A doxiciclina está indicada no tratamento da diarreia por cólera.

Gabarito: alternativa C

17. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menino, de 5 anos, é levado para consulta de rotina no pediatra. A mãe refere que ele sente dor abdominal ocasional e que evacua 3 vezes na semana, fezes endurecidas e dolorosas. Não há outros sintomas relatados. Ao exame físico, a criança está em bom estado geral. Você identifica uma pressão arterial em repouso de 111x75 (>p95) e uma massa abdominal em flanco esquerdo lisa e regular, que não ultrapassa a linha média.

Qual é a principal hipótese diagnóstica a ser considerada?

- A) Fecaloma por constipação intestinal
- B) Tumor de Wilms
- C) Neuroblastoma
- D) Linfoma de Burkitt

COMENTÁRIOS:

Olá, querido colega. Temos, aqui, a suspeita de um tumor de Wilms.

O tumor de Wilms (TW), também conhecido como nefroblastoma, é uma neoplasia renal embrionária e representa de 5 a 10% de todos os tumores malignos pediátricos.

Ele acomete crianças maiores do que as crianças que tipicamente desenvolvem o neuroblastoma, com idade média em torno de 05 anos. Normalmente, é descoberto por acaso, durante um exame físico pelo pediatra ou porque os pais palpam uma massa abdominal.

À palpação, o tumor de Wilms se apresenta como massa de superfície lisa e regular, ocupando a loja renal, sem ultrapassar a linha média.

Outros sintomas incluem dor abdominal e hematúria, que pode significar a invasão do sistema coletor ou do ureter pelo tumor. A hipertensão arterial também pode estar presente em 25% dos casos e acredita-se que se deva a distúrbios do sistema renina-angiotensina.

Em relação aos portadores de neuroblastoma, sintomas constitucionais são bem menos frequentes nos pacientes com TW.

Os locais mais frequentes de metástases são os pulmões e o fígado.

A ultrassonografia é inicialmente realizada para determinar se o tumor é realmente de origem renal, cístico ou sólido e se ele se estende para a veia renal ou veia cava inferior.

A tomografia abdominopélvica é um exame importante para diferenciar o TW do neuroblastoma. Esse método também é útil para avaliar a presença de metástases e envolvimento linfonodal, além de avaliar o rim contralateral.

O principal tratamento para o TW consiste em cirurgia e quimioterapia.

Incorreta a alternativa A. O fecaloma se manifesta como massa dura e irregular em quadrante inferior esquerdo, não explicaria a hipertensão arterial.

Correta a alternativa B.

Incorreta a alternativa C. O neuroblastoma, geralmente, é identificado como massa abdominal, de consistência endurecida, irregular e que atravessa a linha média. Sintomas constitucionais (mal-estar, febre, perda de peso), linfadenopatia, principalmente à direita, e desconforto respiratório também são sintomas frequentes. Por suas características neuroendócrinas, o neuroblastoma pode secretar catecolaminas, resultando em hipertensão de início precoce, taquicardia, rubor cutâneo e sudorese excessiva. O bom estado geral, descrito pelo enunciado, fala contra o diagnóstico de neuroblastoma.

Incorreta a alternativa D. Pacientes com linfoma de Burkitt apresentam massas tumorais de crescimento rápido e muitas vezes têm síndrome de lise tumoral associada. O quadro de hipertensão e o bom estado geral falam contra esse diagnóstico.

Gabarito: alternativa B

18. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menino, de 5 anos, sofreu atropelamento há 3 dias. Foi reanimado no local do acidente e encaminhado para o hospital de trauma de sua cidade em estado gravíssimo. Há 24 horas, os médicos suspeitam de morte encefálica e decidem abrir o protocolo relativo a ela. Sobre esse procedimento, é correto afirmar que, para essa criança:

- A) Devem ser realizados dois exames clínicos, com um intervalo mínimo de uma hora.
- B) Os exames devem ser realizados por um médico habilitado em protocolo de morte encefálica e sem vínculo com a equipe de transplante.
- C) O teste de apneia deverá ser realizado, no mínimo, duas vezes.
- D) Caso os testes clínicos demonstrem a morte encefálica, são dispensáveis os exames complementares, como o eletroencefalograma.

COMENTÁRIOS:

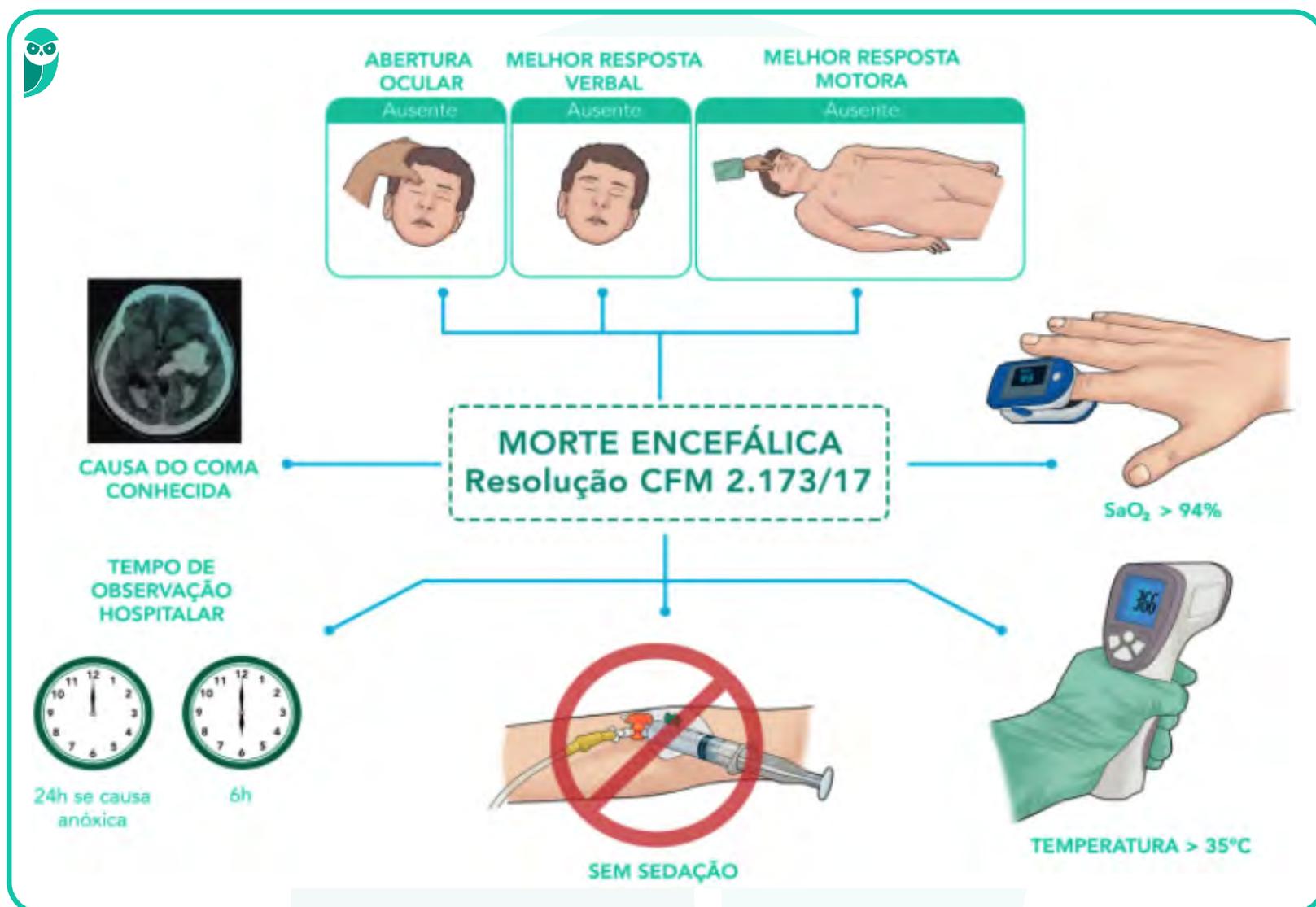
Caro colega, vamos falar de morte encefálica (ME)? Um tema comum no dia a dia do intensivista pediátrico e que ocasionalmente é cobrado em provas de R+.

A morte encefálica é um processo de lesão irreversível, incompatível com a vida, cujo diagnóstico é baseado em legislação específica e na Resolução nº 2.173/17 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

De acordo com a Resolução 2173/17 do CFM, o paciente deverá estar em observação hospitalar há pelo menos 6h, exceto em situações em que o quadro seja decorrente de anoxia cerebral, como em afogamentos e pós-reanimação cardiopulmonar, nas quais esse período deverá ser de 24h.

Para início do protocolo de morte encefálica, é preciso que:

- a causa do coma seja conhecida e compatível com o quadro, reconhecida por meio de história clínica e de alteração no exame de imagem.
- tenham sido suspensos os medicamentos sedativos em um intervalo mínimo de 4-5 meias vidas.
- a temperatura corporal esteja acima de 35°C
- 3 pontos na escala de coma de Glasgow
- a saturação de O₂ esteja maior que 94%



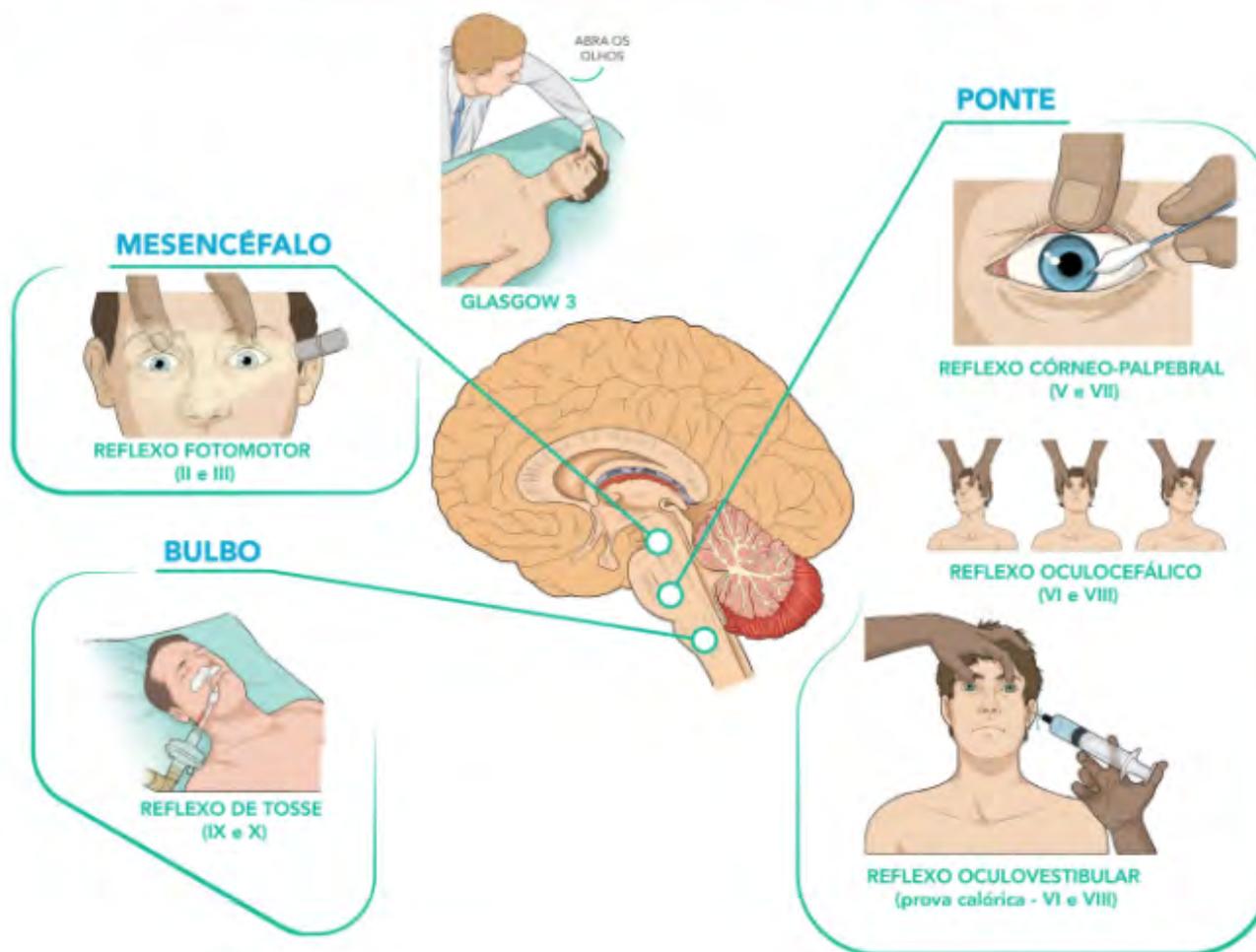
Pré-requisitos para o início do protocolo de morte encefálica.

EXAME CLÍNICO

Realizam-se dois exames clínicos em um intervalo mínimo de uma hora se o paciente for maior de 2 anos de idade (de 7 dias a 2 meses incompletos – 24 horas; de 2 meses a 24 meses incompletos – 12 horas), por dois médicos habilitados diferentes e que não possuam vínculo com nenhuma equipe de transplante.

O exame neurológico deve pesquisar a pontuação na Escala de Coma de Glasgow (que deverá ser de 3 pontos) e confirmar a ausência de reflexos de tronco nos níveis mesencefálico, pontino e bulbar (coma arreativo e aperceptivo). Os reflexos testados, suas aferências, eferências e níveis de integração no tronco estão na figura abaixo.

EXAME DE MORTE ENCEFÁLICA



Além do exame clínico realizado por dois médicos treinados, é necessário realizar o teste da apneia uma única vez. Esse teste baseia-se no princípio de que a elevação do gás carbônico nos pacientes em apneia é capaz de estimular o centro respiratório no bulbo e deflagrar movimento respiratório no sentido de expelir a quantidade excessiva desse gás.

O protocolo de morte encefálica da resolução 2173/17 do CFM exige que o paciente esteja em coma arreativo (ausência de reflexos de tronco) e aperceptivo (Glasgow 3) de causa conhecida (exame de neuroimagem compatível), com tempo de observação mínima de 6h no ambiente hospitalar (24h para casos de anoxia), com dois exames clínicos separados por 1h de intervalo, entre eles, um teste da apneia e um exame complementar. Os exames complementares podem ser eletroencefalograma (EEG), Doppler transcraniano, arteriografia cerebral e SPECT cerebral.

Dito isso, vamos analisar as alternativas.

Correta a alternativa A. Para maiores de 2 anos, deve-se realizar dois exames clínicos, com uma hora de intervalo, no mínimo. Menores de 2 anos (até 2 meses), esse intervalo é de 12 horas.

Incorreta a alternativa B. Os exames devem ser realizados por dois médicos habilitados e sem vínculo com a equipe de transplante.

Incorreta a alternativa C. O teste de apneia deve ser realizado uma única vez.

Incorreta a alternativa D. Para definir ME, é necessário pelo menos um exame complementar.

Gabarito: alternativa A

19. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Menino, 15 anos de idade, previamente hígido, apresenta quadro de febre (máximo 38,5°C) há 2 dias, cefaleia e vômitos. Hoje apresentou crise convulsiva focal que cedeu após benzodiazepínico. Tomografia de crânio sem alterações, foi realizada coleta de liquor, que evidenciou: 50 leucócitos/mm³, 80% linfócitos, 0 hemácias, proteínas 20 mg/dL, glicose 80 mg/dL (glicemia 100 mg/dL). Considerando a principal hipótese diagnóstica, que antimicrobiano deve ser impreterivelmente adicionado ao tratamento dessa criança?

- A) Dexametasona
- B) Aciclovir
- C) Rifampicina
- D) Amicacina

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, vamos identificar os pontos-chave desse quadro clínico:

- Febre, cefaleia e vômitos: levantando a hipótese de meningite;
- Crise convulsiva focal: levantando a hipótese de encefalite associada;
- Picos febris baixos, o liquor possui leucorraquia baixa (5-100 células/mm³), com predomínio de linfócitos, proteínas normais (<45 mg/dL) e glicorraquia normal (aproximadamente 2/3 da glicemia), o que fala a favor de etiologia viral.

Ora, qual é o vírus responsável por meningoencefalites altamente letais e com potencial de sequela neurológica se não tratado precocemente, e que frequentemente está associado a alterações eletroencefalográficas e crises convulsivas? HERPES VÍRUS!

A meningoencefalite herpética pode ser causada pelo vírus *Herpes Simplex* do tipo 1 ou 2 (HSV-1 ou HSV-2). O paciente costuma cursar com especial febre, cefaleia e rebaixamento do nível de consciência. Tipicamente, afeta as regiões temporais e frontais, causando alterações de personalidade e comportamento, crises convulsivas, disfasia e alterações eletroencefalográficas em 85-95% dos casos.

O melhor exame de neuroimagem para corroborar o diagnóstico é a Ressonância Magnética de Crânio, que demonstra realce do lobo temporal uni ou bilateralmente.

Devido à alta letalidade (70%) dos não tratados, o tratamento empírico deve ser iniciado precocemente com aciclovir.

Incorreta a alternativa A. A dexametasona só tem evidência de benefício (para redução de sequela neurológica e deficiência auditiva) nos casos suspeitos de meningite por *Haemophilus influenzae* (meningite bacteriana de apresentação clássica, grave, habitualmente, em pacientes não vacinados).

Correta a alternativa B. Diante de um paciente com febre, cefaleia e vômitos, precisamos pensar na hipótese de meningite. A presença de crises convulsivas focais corrobora a hipótese de encefalite associada. E o liquor evidenciando leucorraquia baixa (5-100 células/mm³), com predomínio de linfócitos, contagem normal de proteínas (<45 mg/dL) e glicorraquia normal (aproximadamente 2/3 da glicemia) corrobora a hipótese de etiologia viral. O vírus que tem altíssima letalidade se não tratado precocemente e frequentemente está associado a crises convulsivas é o HERPES VÍRUS! Por isso, o tratamento empírico com aciclovir deve ser instituído imediatamente!

Incorreta a alternativa C. A rifampicina está indicada como esquema antimicrobiano adicional para pacientes com meningite bacteriana que pioram em 24-48h após início de ceftriaxona e vancomicina, objetivando cobrir pneumococos multirresistentes.

Incorreta a alternativa D. A amicacina está indicada com esquema antimicrobiano adicional para pacientes com suspeita de meningite por *Listeria monocytogenes* (neonatos, pacientes com quadros muito arrastados e não responsivos à ceftriaxona e à vancomicina).

Gabarito: alternativa B

20. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Assinale a alternativa que contém a descrição de um paciente que NÃO possui indicação de coleta de líquor.

- A) Joaquim, 4 meses, previamente hígido, crise convulsiva tonicoclônica generalizada com duração de 2 minutos, durante episódio de 38,5°C de febre, cujo exame físico evidencia otite média aguda à direita.
- B) Valentina, 3 anos de idade, previamente hígida, com quadro atual de otite média aguda, com crise convulsiva tonicoclônica generalizada de duração de 10 minutos, durante episódio de 39°C de febre, com recuperação pós-ictal rápida e exame neurológico normal.
- C) Ícaro, 18 meses de idade, portador de encefalopatia crônica não progressiva por asfixia neonatal, em uso de fenobarbital para tratamento de epilepsia, com crise convulsiva tonicoclônica generalizada, com duração de 12 minutos, durante episódio de 38°C de febre devido a quadro de infecção urinária.
- D) Ana, 5 anos de idade, histórico de crise convulsiva febril prévia aos 3 anos de idade, agora, apresentou crise convulsiva tonicoclônica generalizada de 3 minutos, inicialmente sem febre, mas, ao chegar ao pronto-socorro, apresentou temperatura de 38,9°C.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, a crise convulsiva febril (CF) é definida como um evento convulsivo que ocorre entre os 3 meses e os 5 anos de idade, associado à febre > 38°C, sem evidência de infecção intracraniana ou alterações metabólicas agudas.

Veja abaixo os critérios para CF:

| CRISE CONVULSIVA FEBRIL |
|----------------------------------------------------------------|
| Convulsão associada à temperatura > 38°C |
| Entre 3 meses e 5 anos de idade |
| Ausência de infecção ou inflamação de sistema nervoso central |
| Ausência de anormalidade metabólica aguda |
| Sem histórico de convulsões afebris prévias |
| Sem histórico de patologias de sistema nervoso central prévias |
| Obrigatório coletar líquor (descartar meningite) se: |
| < 6 meses |
| Recuperação lenta ou alteração neurológica pós-ictal |

A apresentação clínica pode ser dividida em:

- Crise febril simples (70 a 75% dos casos): crise tonicoclônica generalizada com duração inferior a 15 minutos, que não apresenta recorrência em 24 horas e cuja recuperação neurológica pós-ictal é completa.
- Crise febril complexa ou complicada (20 a 25%) apresenta uma ou mais das seguintes características: crises focais, presença de alterações neurológicas pós-ictais como a paralisia de Todd, duração maior que 15 minutos e recorrência dentro de 24 horas.

O diagnóstico da CF é clínico e a punção lombar em lactentes com crise febril é fortemente recomendada em:

- pacientes que apresentem sinais meníngeos ou em lactentes abaixo de 12 meses, podendo ser **considerada** na faixa etária entre 12 e 18 meses;
- presença de sinais de infecção de sistema nervoso central;
- lactentes de 6 a 12 meses cuja imunização contra o *Streptococcus pneumoniae* ou *Haemophilus influenzae* tipo b estejam desatualizadas ou sejam desconhecidas;
- crianças que estejam em uso de antibioticoterapia devido ao risco de mascarar um processo infeccioso de sistema nervoso central.

O diagnóstico é essencialmente clínico, com anamnese e exame físico minuciosos para afastar sinais de intoxicação, infecção e trauma. Os pais devem ser tranquilizados quanto à benignidade do quadro, pois a CF, por si só, não é classificada como epilepsia e não necessita de investigação neurológica nem anticonvulsivantes profiláticos na grande maioria dos casos.

Por fim, o risco de recorrência é baixo, em aproximadamente 30% até os 6 anos de idade.

O enunciado pede a alternativa **incorreta**.

Incorreta a alternativa A, portanto é o gabarito da questão. Todo lactente < 6 meses que apresente crise convulsiva febril tem indicação absoluta de coleta de liquor para descartar hipótese de meningite (mesmo que a crise convulsiva tenha sido febril simples e que haja foco identificado da febre – pelo risco de disseminação hematogênica e/ou por contiguidade da infecção para o sistema nervoso central).

Correta a alternativa B. Não há indicação de coleta de liquor em uma criança > 6 meses, com crise convulsiva febril simples (tonicoclônica generalizada com duração < 15 minutos), cuja recuperação pós-ictal é completa e rápida.

Correta a alternativa C. Não há indicação de coleta de liquor em uma criança que já possui histórico de crises convulsivas afebris, cujo provável desencadeante da crise atual foi o baixo limiar convulsivo pela febre e inflamação, com infecção de foco identificado.

Correta a alternativa D. Não há indicação de coleta de liquor em uma criança que já possui histórico de crise convulsiva febril e que apresentou crise convulsiva simples (tonicoclônica generalizada com duração < 15 minutos).

Gabarito: alternativa B

21. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Joaquim apresenta quadro de febre há 8 dias. Ao exame físico, apresenta hiperemia intensa de lábios, língua e amígdalas, hiperemia conjuntival bilateral, linfonodomegalia cervical unilateral e edema de dorso das mãos. Considerando-se a principal hipótese diagnóstica, que tratamento deve ser instituído o quanto antes para prevenir a principal complicação da doença?

- A) Prednisolona.
- B) Penicilina benzatina
- C) Imunoglobulina
- D) Aciclovir

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, vamos revisar a doença de Kawasaki?

A doença de Kawasaki é uma doença inflamatória aguda sistêmica que se manifesta como uma vasculite de artérias de médio calibre. Os critérios diagnósticos são clínicos e consistem na presença de febre por, no mínimo, 5 dias, associada a, pelo menos, quatro destes cinco achados clínicos: conjuntivite, mucosite, exantema, alteração de extremidades (edema de dorso de mãos e pés e/ou hiperemia palmoplantar) e linfadenopatia cervical.



DOENÇA DE KAWASAKI

Diagnóstico - febre por, no mínimo, 5 dias
+ 4 dos critérios abaixo:

C onjuntivite bilateral
não exsudativa



R ash polimorfo



E dema/ **E**ritema de
Extremidades



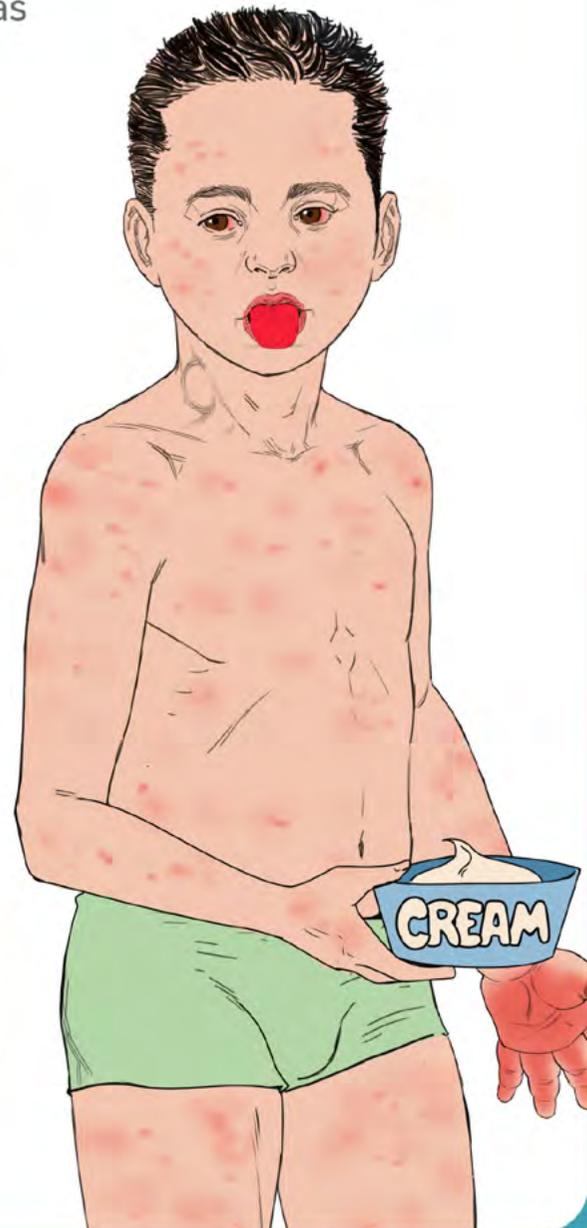
A denopatia cervical
unilateral



M ucosite



Tratamento - imunoglobulina + AAS



A base do tratamento consiste em imunoglobulina e ácido acetilsalicílico (AAS), que devem ser iniciados, idealmente, até o 10º dia da doença, de forma a prevenir a principal complicação: aneurisma de coronária.

- Imunoglobulina humana: 2g/kg endovenosa em dose única;
- AAS: 50-80 mg/kg/dia (dose anti-inflamatória) até cessar a febre. Após 48h do término da febre, reduzir para 3-5 mg/kg/dia (dose antiplaquetária), mantendo por 8 semanas.

Incorreta a alternativa A. A corticoterapia não faz parte do tratamento de primeira linha para a doença de Kawasaki.

Incorreta a alternativa B. A penicilina benzatina está indicada nos casos suspeitos de infecção por *Streptococcus pyogenes* (amigdalite, escarlatina e síndrome do choque tóxico).

Correta a alternativa C. A imunoglobulina precoce (até o 10º dia de doença) é o principal fator responsável pela redução de risco de aneurisma coronariano na doença de Kawasaki.

Incorreta a alternativa D. O aciclovir está indicado nos casos de infecção sistêmica por herpes vírus (meningoencefalite herpética, por exemplo).

Gabarito: alternativa C

22. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) A ventilação a ser instituída em um paciente de 5 anos portador de traqueostomia, recebendo reanimação cardiopulmonar por dois socorristas no suporte avançado de vida, deve ser:

- A) não sincronizada com as compressões torácicas, em um ritmo de 8 a 10 ventilações por minuto.
- B) não sincronizada com as compressões torácicas, em um ritmo de 20 a 30 ventilações por minuto.
- C) sincronizada com as compressões torácicas, em um ritmo de 15 compressões para 2 ventilações.
- D) sincronizada com as compressões torácicas, em um ritmo de 30 compressões para 2 ventilações.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, o ponto-chave para resolver esta questão é lembrar que a traqueostomia, por ser uma via aérea intratraqueal, consiste em uma via aérea definitiva. Por esse motivo, a ventilação deve ser feita de forma contínua, não sincronizada com as compressões, no ritmo de 20-30 ventilações por minuto.

Incorreta a alternativa A. O ritmo de ventilação no paciente com via aérea definitiva (intratraqueal como uma traqueostomia) deve ser de 20-30 ventilações por minuto.

Correta a alternativa B. Por se tratar de uma via aérea definitiva (intratraqueal), a ventilação na traqueostomia deve ser de 20-30 ventilações por minuto, sem sincronizá-las com as compressões torácicas.

Incorreta a alternativa C. Por se tratar de uma via aérea definitiva (intratraqueal), a ventilação na traqueostomia não deve ser sincronizada com as compressões.

Incorreta a alternativa D. Por se tratar de uma via aérea definitiva (intratraqueal), a ventilação na traqueostomia não deve ser sincronizada com as compressões.

Gabarito: alternativa B

23. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Bebê de 7 meses é levado ao pronto-socorro por quadro de vômitos, iniciado há cerca de 3 horas. Lactente apresenta dados vitais estáveis, glicemia 140 mg/dL, Temp. 36,5°C, exame segmentar normal, exceto por alteração de nível de consciência entre irritabilidade e sonolência, e fundo de olho com sinais de hemorragia retiniana bilateral. A principal hipótese diagnóstica é:

- A) Erro inato do metabolismo.
- B) Intoxicação por cumarínicos.
- C) Meningite.
- D) Síndrome do bebê sacudido.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, sempre que o enunciado trazer um lactente < 2 anos com uma história “sem pé nem cabeça”, cuja anamnese “parece não fazer sentido” e a fundoscopia apresentar hemorragia retiniana bilateral, você precisa pensar em *shaken baby syndrome* (a síndrome do bebê sacudido).

A síndrome do bebê sacudido caracteriza-se por lesões do sistema nervoso central e hemorragias oculares provocadas por chacoalhamento de uma criança pequena (habitualmente aquelas menores de 2 anos de idade). Devido às forças de aceleração, desaceleração e rotação, a parte superior do encéfalo choca-se contra a calota, enquanto o tronco encefálico permanece fixo. A partir disso, são geradas lesões vasculares e teciduais por contusão, rompimento e cisalhamento neuronal.

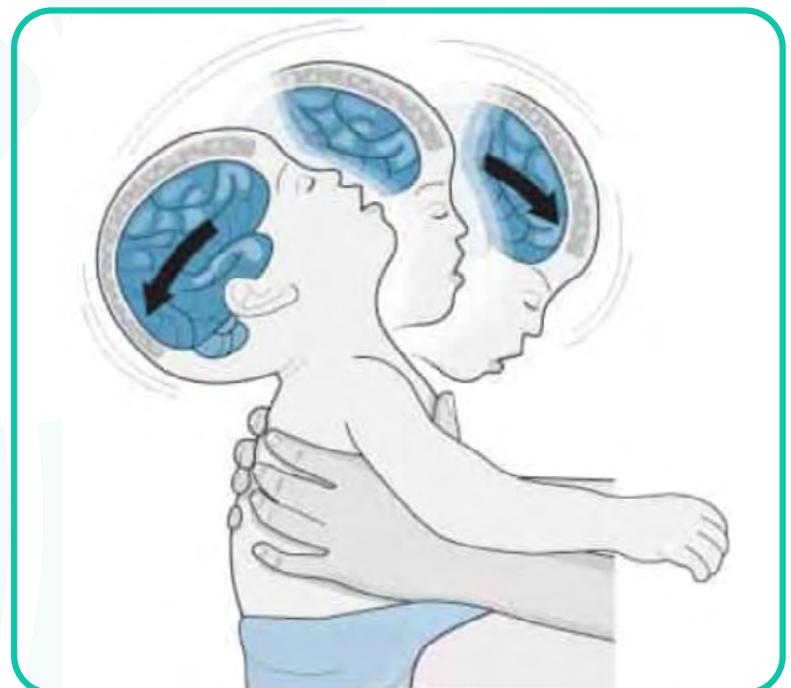
Os achados clínicos e de neuroimagem envolvem micro e macro-hemorragias, contusões, edema cerebral e hemorragia retiniana. Os sintomas podem incluir alterações de nível de consciência (irritabilidade ou sonolência), convulsões, déficits motores, bradicardia, bradipneia e hipertensão (sinais indiretos de hipertensão intracraniana).

Os achados diagnósticos clássicos incluem:

- Ausência de sinais externos de traumatismo;
- Hemorragia subdural ou subaracnóidea bilateral;
- Hemorragia retiniana bilateral;

Lesões esqueléticas podem estar presentes e, normalmente, envolvem fratura de arcos costais em sua região posterior (pelo ato de segurar a criança com força).

Embora nenhuma lesão seja exclusivamente patognomônica da síndrome, a combinação de hemorragia retiniana + hemorragia subdural em um lactente, sem adequada justificativa, deve obrigatoriamente levantar o grau de suspeita de lesão abusiva.



FONTE: Schwartsman et al (2023). Pronto Socorro - Pediatria. Instituto da Criança e do adolescente do HCFMUSP. Ed Manole. 4ed. pp315.

O prognóstico é muito ruim, com 80% dos pacientes apresentando evolução desfavorável e até 1/3 dos pacientes evoluindo para óbito de forma precoce. Os sobreviventes costumam apresentar sequelas neurológicas graves (atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, convulsões e cegueira).

Incorreta a alternativa A. A hemorragia retiniana bilateral fala fortemente a favor de síndrome do bebê sacudido, não é um achado característico de erros inatos do metabolismo. A glicemia normal, associada ao quadro de evolução muito rápida, também fala contra esse diagnóstico.

Incorreta a alternativa B. A intoxicação por cumarínicos até poderia provocar sangramento retiniano diante de mínimos traumas, porém não de forma isolada como no enunciado. O paciente apresentaria sinais de sangramentos em outros órgãos e sistemas.

Incorreta a alternativa C. A ausência de febre fala contra esta hipótese. Além disso, hemorragia retiniana bilateral não é um achado característico de infecções do sistema nervoso central, mas sim de traumas – classicamente associada à síndrome do bebê sacudido.

Correta a alternativa D. A idade < 2 anos, com hemorragia retiniana bilateral sem outros sinais externos de traumatismo fala fortemente a favor da síndrome do bebê sacudido.

Gabarito: alternativa D

24. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Menino de 8 anos de idade apresenta edema periorbital e de extremidades de início há 2 dias, associado à urina de coloração avermelhada escura. Ao exame físico, pressão arterial 150 x 98 mmHg. Há cerca de 15 dias, o paciente fez uso de penicilina benzatina para tratamento de amigdalite. Pensando na principal hipótese diagnóstica, a médica decide por internar o paciente, ponderando a necessidade de monitorização pelo risco da principal complicação associada a esse diagnóstico, que é:

- A) Crise convulsiva
- B) Sepsis
- C) Trombose venosa profunda
- D) Insuficiência hepática

COMENTÁRIOS:

Estrategista, vamos lembrar os critérios diagnósticos de síndrome nefrítica?

Cerca de 90% dos casos de síndrome nefrítica em crianças são causadas após infecções estreptocócicas, com um tempo de incubação entre 1 a 3 semanas após faringites e de 3 a 6 semanas após piodermites. O quadro evolui com glomerulonefrite devido ao mimetismo molecular existente entre frações do estreptococo e o glomérulo, causando deposição de imunocomplexos (com aproximadamente 95% dos casos consumindo a fração C3 do complemento).

O quadro costuma ter bom prognóstico, sendo o tratamento baseado em restrição hídrica, dieta hipossódica, diuréticos, anti-hipertensivos e manejo da crise hipertensiva. Casos graves, com hipervolemia grave e injúria renal aguda podem precisar de terapias dialíticas.



Síndrome Nefrítica

HEMATÚRIA GLOMERULAR

Dismorfismo eritrocitário
Cilindros hemáticos



PROTEINÚRIA

10 - 40 mg/m²/h
Relação P/Cr entre 0,2 - 2



HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Por retenção hidrossalina → congestão volêmica

Correta a alternativa A. A principal complicação da síndrome nefrítica é a emergência hipertensiva cursando com crise convulsiva.

Incorreta a alternativa B. A sepse não é uma complicação frequente da síndrome nefrítica.

Incorreta a alternativa C. A trombose venosa profunda é uma das complicações possíveis da síndrome nefrítica, em que há proteinúria maciça e hemoconcentração, mas não é uma complicação frequente em pacientes com síndrome nefrítica.

Incorreta a alternativa D. A insuficiência hepática não é comum em pacientes com síndrome nefrítica.

Gabarito: alternativa A

25. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Adolescente do sexo masculino, 15 anos de idade, 98 kg, apresenta quadro de claudicação há 2 semanas. Ao exame físico, há encurtamento do membro inferior esquerdo em relação ao direito, além de dor à flexão e rotação interna do quadril esquerdo. Nega quadro de febre, infecções recentes, uso de medicamentos. Exame segmentar e das demais articulações sem outras alterações. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) A. Doença de Osgood-Schlatter
- B) B. Doença de Legg-Calvé-Perthes
- C) C. Sinovite transitória do quadril
- D) D. Epifisiólise do fêmur proximal

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, sempre que o enunciado trazer um menino, entre 10 e 16 anos, com sobrepeso ou obeso, que apresente dor à rotação interna e flexão do quadril, cujo quadril em que há dor referida também apresenta-se encurtado, precisamos pensar em epifisiólise do fêmur proximal!

Essa condição ocorre por lesão da fise proximal do fêmur, causada por modificações hormonais da puberdade. A partir da lesão, há escorregamento da metáfise, com lateralização e ascensão do colo do fêmur, causando encurtamento do membro afetado.

O diagnóstico é feito por meio de radiografia e o tratamento é cirúrgico, com fixação com parafuso.

Incorreta a alternativa A. A doença de Osgood-Schlatter consiste na osteocondrite da fise proximal da tíbia, causada por atividades esportivas com explosão do músculo quadríceps gerando inflamação na tuberosidade anterior da tíbia (TAT). Afeta principalmente meninos entre 8 e 15 anos de idade, que cursam com dor na região anterior do joelho e à palpação da TATA. O diagnóstico é feito pela radiografia, que evidencia esclerose e fragmentação da TAT pelo tendão patelar, e o tratamento é feito com sintomáticos, havendo melhora do quadro com o crescimento da criança.

Incorreta a alternativa B. A doença de Legg-Calvé-Perthes consiste na necrose asséptica da cabeça do fêmur. Acomete principalmente meninos entre 4 e 8 anos de idade, que cursam com claudicação e dor insidiosa em um dos lados do quadril. O enunciado com um adolescente obeso, cujo quadril em que há a dor referida também apresenta-se encurtado, fala fortemente a favor de epifisiólise do fêmur proximal.

Incorreta a alternativa C. A sinovite transitória do quadril consiste em uma inflamação sinovial reativa a alguma infecção prévia (habitualmente infecções de via aérea superior), e costuma acometer meninos mais jovens, entre 3 e 8 anos de idade. A ausência de história de infecções recentes e a faixa etária do paciente falam contra essa hipótese diagnóstica.

Correta a alternativa D. Diante de um paciente adolescente, obeso, cujo quadril dolorido apresenta-se encurtado, a principal hipótese diagnóstica é a epifisiólise do fêmur proximal.

Gabarito: alternativa D

26. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Menina de 2 anos de idade é levada ao pronto-socorro com história de salivação, náuseas e recusa alimentar de início há algumas horas. Foi realizada radiografia de tórax (vide imagem a seguir).

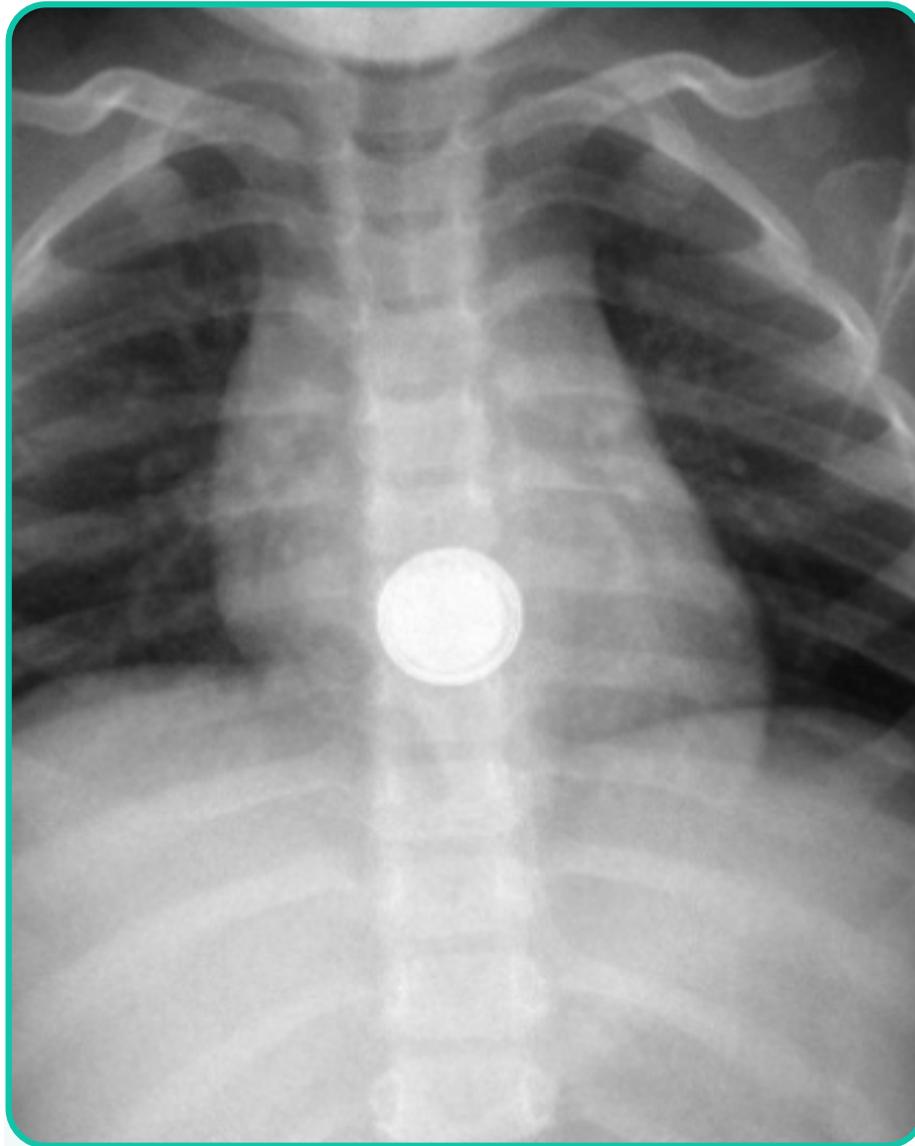


IMAGEM 1. FONTE: Tweet do perfil profissional da Gastroenterologista Pediátrica Dra. Lissy Ridder. Ridder, Lissy. (@lissyderidder). 06 de janeiro, 14:07. Holanda. Tweet. (LINK DA IMAGEM NOS COMENTÁRIOS).

Assinale a alternativa que contém a conduta apropriada para este caso:

- A) Realizar endoscopia digestiva alta de emergência.
- B) Repetir radiografia em 6 horas, para verificar se o objeto migrou para o estômago.
- C) Realizar broncoscopia de emergência.
- D) Agendar endoscopia digestiva após respeitar as 8 horas de jejum.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, sobre a **INGESTÃO** de corpo estranho, é importante lembrar que, em 80 a 90% dos casos, o objeto passa espontaneamente pelo trato gastrointestinal, sendo eliminado nas fezes sem complicações. No entanto, os seguintes fatores devem ser levados em consideração na avaliação de cada caso:

1. **Se a criança está sintomática:** sintomas de obstrução de via aérea (tosse, estridor, dispneia), salivação, odinofagia importante, vômitos, dor torácica e/ou sangramentos demandam intervenção mais precoce.
2. **Localização do objeto:** devido ao menor diâmetro e, conseqüentemente, maior risco de perfuração e sintomatologia, o esôfago costuma ser a localização que requer intervenção precoce, na maioria das vezes.
3. **Tipo, tamanho e formato do objeto:** Objetos pontiagudos, baterias e magnetos, na maioria das vezes, precisarão de intervenção precoce, pelo risco de perfuração e lesão da mucosa.
4. **Tempo decorrido desde a ingestão:** com a peristalse, é possível que o objeto já tenha se deslocado ao longo do trato gastrointestinal, o que mudará a escolha da intervenção (endoscopia x colonoscopia, por exemplo).

Qual é o principal objeto deglutido frequentemente por crianças? MOEDAS! No entanto, caro aluno, é **FUNDAMENTAL SABER DIFERENCIAR UMA MOEDA DE UMA BATERIA NA RADIOGRAFIA**, pois **baterias liberam solução alcalina, capaz de corroer, necrosar e perfurar a mucosa gastrointestinal**.

Para permitir essa diferenciação radiológica nos casos de emergência, a indústria fabrica as baterias com um **HALO RADIOLUCENTE**, de forma que ele possa ser evidenciado na radiografia. É o famoso **SINAL DO HALO**. Veja abaixo:

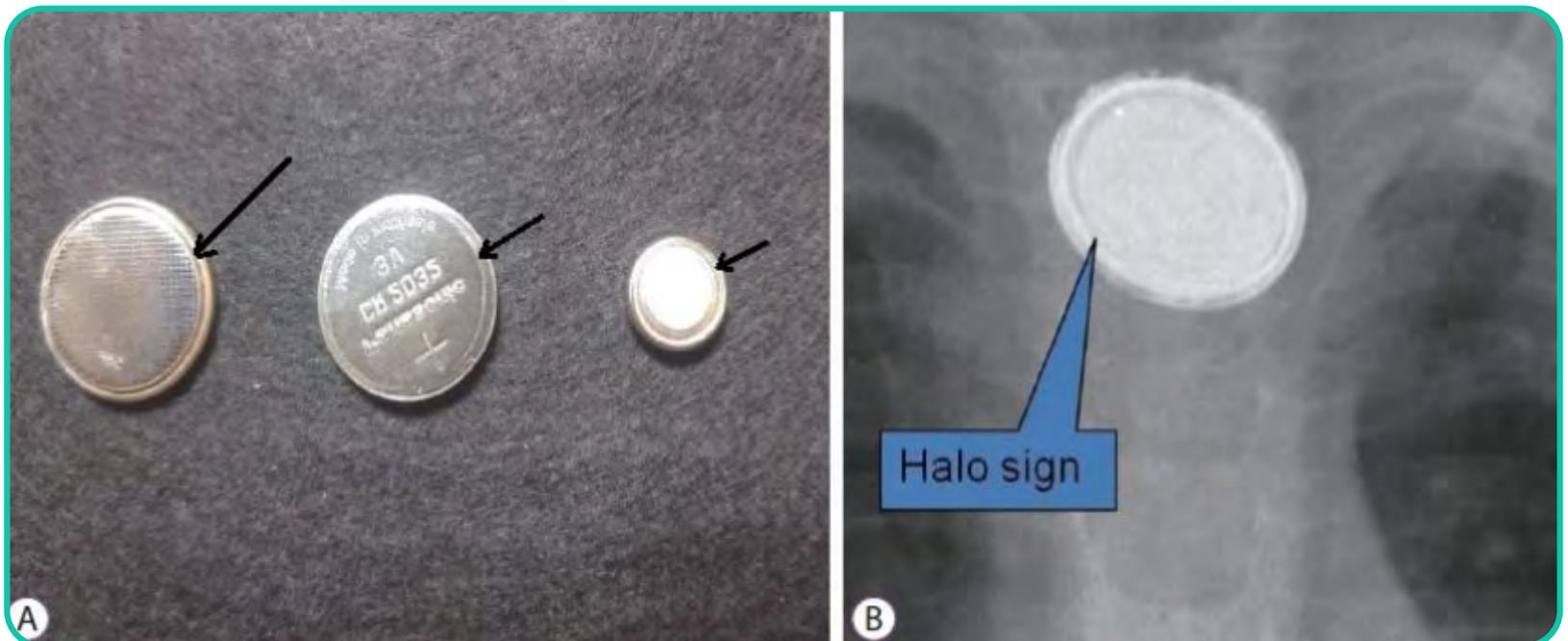
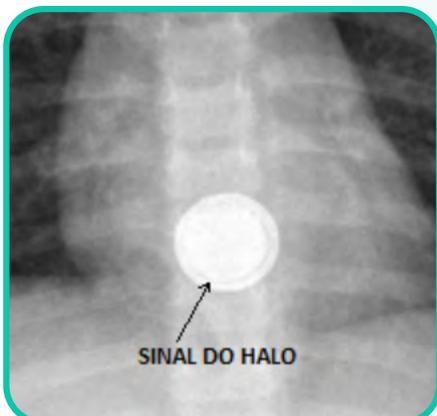


IMAGEM: Diferentes tamanhos de baterias (A), e sinal radiográfico do halo em bateria alojada no esôfago proximal (B). FONTE: LEE, Ji Hyuk. Foreign body ingestion in children. Clinical Endoscopy, Korea, 51, 129-136, 2018.

Diante da ingestão de uma bateria, a conduta seguirá o seguinte fluxograma:



Portanto, em um paciente com uma bateria alojada no esôfago, há **ALTÍSSIMO RISCO** de necrose e perfuração da mucosa, com risco de complicações graves como fístula traqueoesofágica, mediastinite e estenose esofágica pós-cicatricial no futuro. Por isso, a conduta será a **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE EMERGÊNCIA**.

Analisando a imagem, percebemos nitidamente o SINAL DO HALO, em uma bateria impactada em terço distal do esôfago dessa criança. Independentemente da sintomatologia e tempo de jejum, essa criança precisa de EDA de emergência!

FONTE: Perfil da Gastroenterologista Pediátrica Dra Lissy de Rider no twitter. Ridder, Lissy. (@lissyderidder). 06 de Janeiro, 14:07. Holanda. Tweet. Disponível em: <https://www.webmd.com/children/features/button-batteries-children>

Correta a alternativa A. O sinal do halo caracteriza que é uma bateria e a localização no esôfago demanda retirada imediata com EDA de emergência, independentemente do tempo de jejum da criança, pelo risco de corrosão e necrose da mucosa esofágica.

Incorreta a alternativa B. O sinal do halo caracteriza que é uma bateria e a localização no esôfago demanda retirada imediata com EDA de emergência. Aguardar 6 horas aumenta o risco de lesão da mucosa esofágica, além de haver a possibilidade da bateria migrar para além do estômago e piloro e dificultar ainda mais sua retirada futura.

Incorreta a alternativa C. Observe como a traqueia pode ser nitidamente vista superiormente ao corpo estranho nessa radiografia, como ela está pérvia e como os pulmões também estão expandidos normalmente. Além disso, essa criança praticamente não apresentou sintomas respiratórios (apneia, dispneia ou tosse). É claro que uma radiografia em perfil também estaria indicada para confirmar a posição esofágica da bateria (anteriorizada em relação ao mediastino), mas, somente com os dados disponíveis, já conseguimos identificar que a bateria está alojada NO ESÔFAGO, não na traqueia. Portanto, a indicação é de endoscopia digestiva alta, não de broncoscopia.

Incorreta a alternativa D. A cada minuto que passa, aumenta o risco de lesão à mucosa esofágica, estando a endoscopia digestiva alta indicada imediatamente. Não se deve aguardar o tempo de jejum.

Gabarito: alternativa A

27. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Lactente de 30 dias de vida apresenta quadro de vômitos não biliosos após as mamadas, desde os 15 dias de vida, com dificuldade de ganho ponderal. Exames laboratoriais coletados no pronto-socorro: pH 7,50 pCO₂ 35 mmHg pO₂ 90 mmHg HCO₃ 33 mEq/L sat 98% lactato 1,0 Na 140 mEq/L K 3,0 mEq/L Cl 80 mEq/L. Qual é a principal hipótese diagnóstica:

- A) Hiperplasia adrenal congênita
- B) Obstrução duodenal
- C) Estenose hipertrófica de piloro
- D) Invaginação intestinal

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, estamos diante de um lactente com menos de 2 meses, com vômitos não biliosos (falando a favor de obstrução antes da ampola de Vater no duodeno), e que ocorre após as mamadas (o apetite está preservado, o estômago comporta o volume, mas, quando esse volume de leite tenta escoar, há obstrução ao fluxo).

E o que encontramos na gasometria? Uma alcalose (pH > 7,45) metabólica (HCO₃ > 28 mEq/L), associada à hipocalcemia (K < 3,5 mEq/L) e hipocloremia (Cl < 90 mEq/L).

Estamos diante de uma estenose hipertrófica de piloro (EHP), uma anormalidade causada pela hipertrofia das camadas musculares do piloro, que acomete principalmente a camada muscular circular. Essa hipertrofia leva ao estreitamento da luz pilórica, dificultando a passagem do conteúdo gástrico em direção ao duodeno.

Como consequência, o principal sintoma é caracterizado por vômitos em jato SEM BILE, que pioram progressivamente, tornando-se cada vez mais frequentes. Logo após os vômitos, os bebês sentem fome, ou seja, o apetite é preservado. Essa sintomatologia típica tem início entre as idades de 2-8 semanas de vida.

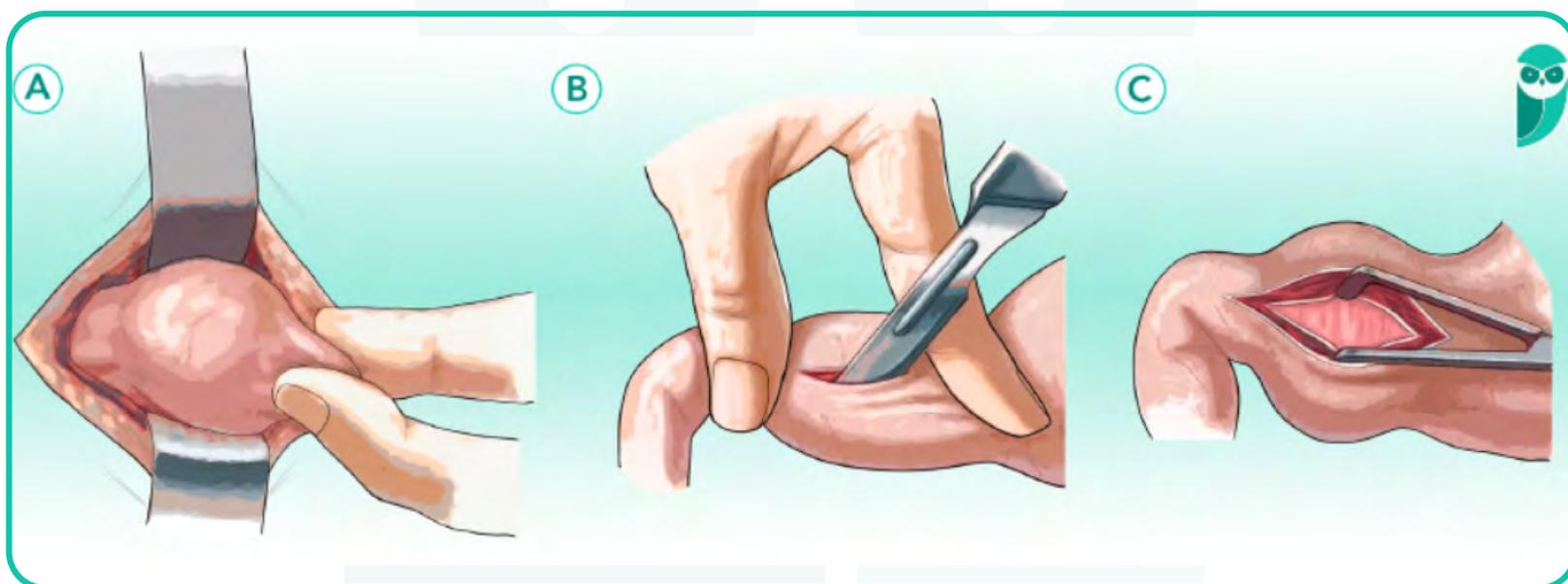
Com os vômitos repetidos, há depleção de suco gástrico, rico em ácido clorídrico (HCl). Essa perda de ácido determina alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica. Essa hipocalcemia é causada, principalmente, pela perda urinária de potássio, consequente à alcalose metabólica.

Ao exame físico, os principais achados incluem:

1. Oliva pilórica (patognomônico) - palpação de um tumor pilórico em formato de azeitona (oliva pilórica) no epigástrio ou no quadrante superior direito do abdome.
2. Ondas de Kussmaul - Em alguns casos, a peristalse gástrica pode ser observada como uma onda de contrações, que vão desde o quadrante superior esquerdo até o epigástrio.

O diagnóstico é feito pela ultrassonografia, que evidencia um espessamento do músculo pilórico obstruindo a via de saída gástrica.

O tratamento é cirúrgico e deve ser feito logo após o diagnóstico (visto que o paciente não consegue ser alimentado enquanto o defeito não for corrigido), por meio da pilorotomia de Fredet-Ramstedt.



Incorreta a alternativa A. A hiperplasia adrenal congênita cursa com baixa produção de aldosterona (gerando perda renal de água e sódio, e acúmulo de potássio) e baixa produção de cortisol (gerando hipoglicemia). O desvio da produção hormonal para o excesso de testosterona pode causar virilização.

Incorreta a alternativa B. A obstrução duodenal cursa com vômitos mais precoces (em horas a até alguns dias após o nascimento) e, como o nível de obstrução é distal à ampola de Vater, há presença de bile nos vômitos.

Correta a alternativa C. A idade de apresentação, entre 2 e 8 semanas de vida, vômitos sem a presença de bile (pois a obstrução ocorre antes da ampola de Vater), alcalose metabólica hiperclorêmica e hipocalcemia falam fortemente a favor de estenose hipertrófica de piloro.

Incorreta a alternativa D. A invaginação intestinal causaria vômitos biliosos (pois a obstrução seria distal à ampola de Vater), além de um quadro muito mais agudo e rapidamente progressivo. A presença de fezes de aspecto “geleia de framboesa” também é um sinal característico, e os pacientes não costumam apresentar alcalose metabólica.

Gabarito: alternativa C

28. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Menina de 5 anos de idade foi levada ao pronto-socorro após picada de cobra. O acidente ocorreu há cerca de 3 horas, na região rural. Os pais não presenciaram o acidente e não conseguiram capturar o animal. À admissão, a criança apresenta ptose palpebral bilateral e urina de coloração escura avermelhada. Qual é o acidente ofídico mais provável e qual é a conduta mais apropriada?

- A) Botrópico (jararaca). Administrar soro antibotrópico e monitorar risco de síndrome compartimental no local da picada.
- B) Crotálico (cascavel). Administrar soro anticrotálico, hiper-hidratação e alcalinização da urina.
- C) Crotálico (cascavel). Administrar soro anticrotálico, intubação e neuroproteção precoces.
- D) Laquético (surucucu). Administrar soro antilaquético e atropina.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, sempre que estiver diante de uma criança vítima de picada de cobra que apresenta FÁCIES NEUROTÓXICA (ptose palpebral, flacidez de face, oftalmoplegia, diplopia ou disfagia), você deverá pensar em duas espécies de cobras: CASCAVEL (acidente crotálico) e CORAL VERDADEIRA (acidente elapídico).

Como diferenciar essas duas? Veja na tabela abaixo:

| ACIDENTES OFÍDICOS COM SINTOMAS NEUROTÓXICOS | |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| CROTÁLICO (Cascavel) | ELAPÍDICO (Coral) |
| Mais comum (7% dos acidentes) | Muito raro (<1% dos acidentes) |
| Fácies miastênica (ptose e flacidez) | Fácies miastênica (ptose e flacidez) |
| Rabdomiólise, mioglobínúria e injúria renal aguda | Fraqueza muscular progressiva global |
| Coagulopatia de consumo | Insuficiência respiratória |
| Tratamento: soro anticrotálico + hiper-hidratação + alcalinização da urina | Tratamento: soro antielapídico + neostigmina + atropina. |

Com isso em mente, vamos analisar as alternativas.

Incorreta a alternativa A. O veneno da jararaca causa edema, equimose e necrose no local da picada, além de coagulação intravascular disseminada e nefrotoxicidade. Não possui efeitos neurotóxicos. A presença de fácies neurotóxica (ptose bilateral) e mioglobínúria fala a favor de acidente crotálico.

Correta a alternativa B. A ptose palpebral e a mioglobínúria falam fortemente a favor de acidente crotálico. Está indicada hiper-hidratação e alcalinização urinária para facilitar a excreção da mioglobina proveniente da rabdomiólise gerada pelo veneno e para a prevenção da injúria renal aguda.

Incorreta a alternativa C. Apesar de a principal hipótese ser um acidente crotálico, não há indicação de intubação precoce, nem

neuroproteção nas vítimas desse tipo de acidente ofídico. O próprio soro anticrotálico é capaz de reverter os efeitos neurotóxicos nesses pacientes. Além disso, não há evidência de rebaixamento grave de nível de consciência nem sinais de perda de proteção de via aérea nessa criança que indiquem intubação.

Incorreta a alternativa D. A surucucu é uma espécie encontrada principalmente na Mata Atlântica e na Floresta Amazônica, sendo pouco comum nas demais regiões do país. O acidente cursa com proteólise e necrose no local da picada, associada a sintomas vagais (diarreia, cólica abdominal, hipotensão e bradicardia). Não há sintomas neurotóxicos nem mioglobínúria.

Gabarito: alternativa B

29. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Menino de 7 anos de idade, portador de doença falciforme, apresenta quadro súbito de hemiplegia à direita. Tomografia de crânio normal. Assinale a alternativa que contém a conduta terapêutica correta.

- A) A. Pulsoterapia
- B) B. Plasmaférese
- C) C. Transfusão de troca
- D) D. Anticoagulação com heparina não fracionada

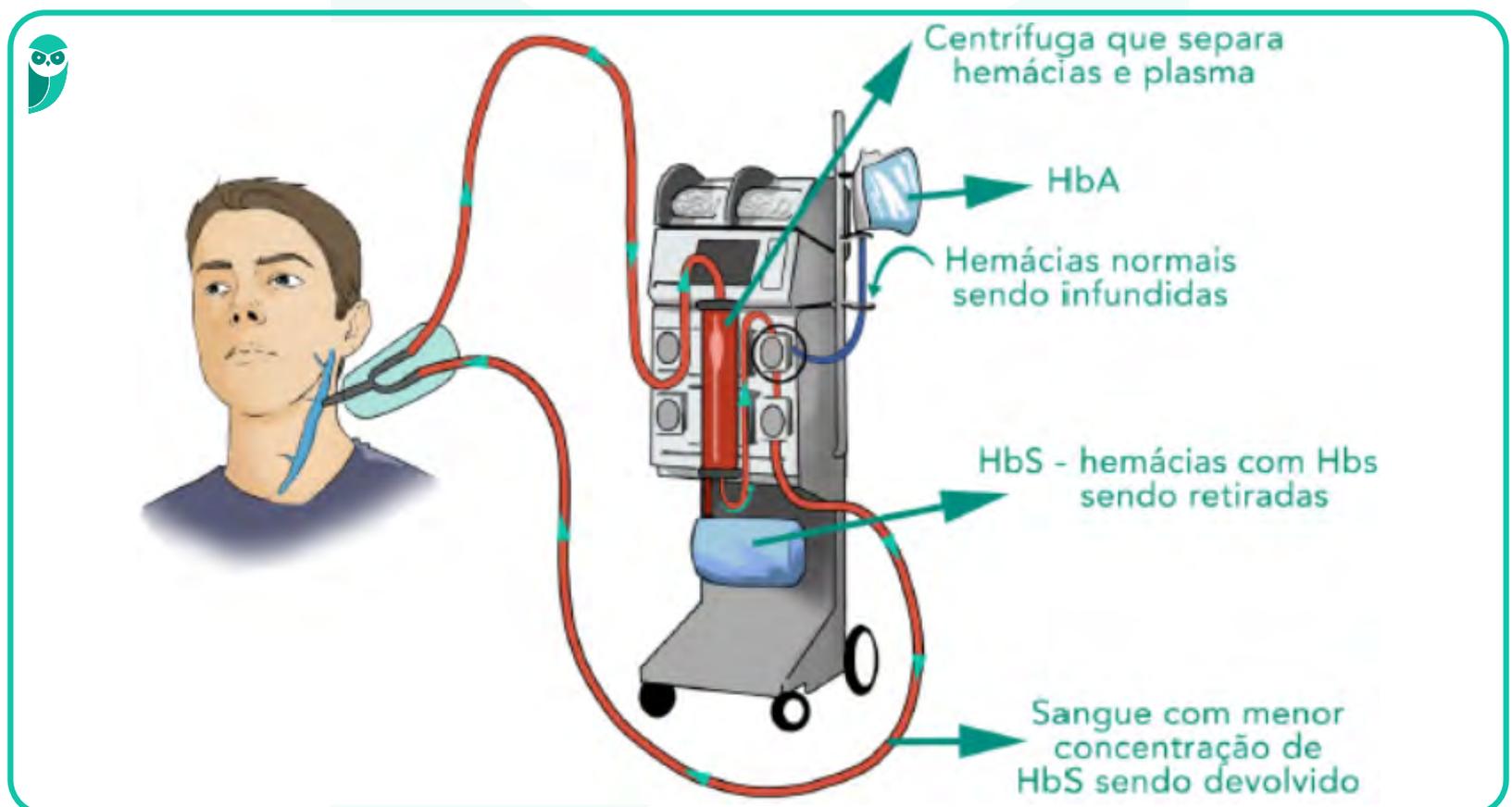
COMENTÁRIOS:

Caro aluno, vamos falar um pouquinho sobre o acidente vascular encefálico (AVE) no paciente com doença falciforme?

Crianças com doença falciforme têm risco aumentado de AVE, principalmente do tipo isquêmico. As hemácias falcizadas obstruem a vasculatura cerebral, causando isquemia e sintomas neurológicos focais agudos.

Todo paciente falcêmico com suspeita de acidente vascular encefálico, mesmo diante de tomografia de crânio normal, deve ser imediatamente submetido à transfusão de troca (ou exsanguineotransfusão parcial). Esse procedimento objetiva remover as hemácias com Hemoglobina S (HbS) do paciente, causadora da falcização e oclusão da vasculatura, e substituí-las por hemoglobina normal (HbA).

Esse procedimento pode ser realizado por meio de sangria manual seguida de transfusão de hemácias, ou por método automatizado por meio de uma máquina de aférese, como na figura abaixo:



Com isso em mente, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. A pulsoterapia não faz parte do tratamento de nenhuma complicação aguda do paciente com doença falciforme, pois os mecanismos das complicações do falcêmico estão atrelados à infecção ou à vaso-oclusão causada pela falcização das hemácias, não por mecanismos autoimunes.

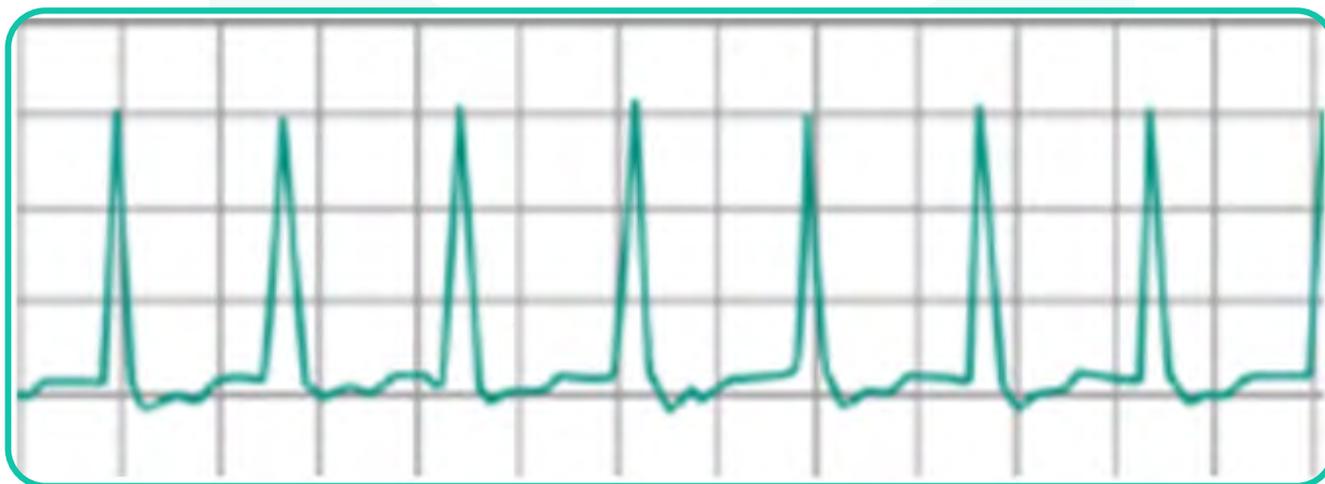
Incorreta a alternativa B. A plasmaférese é utilizada nas condições em que se faz necessária a remoção de toxinas e anticorpos presentes no plasma (como em algumas doenças autoimunes). As complicações do falcêmico estão atrelados à infecção ou à vaso-oclusão causada pela falcização das hemácias. A plasmaférese, portanto, não faz parte do arsenal terapêutico para as complicações desses pacientes.

Correta a alternativa C. Todo paciente falcêmico com suspeita de acidente vascular encefálico, mesmo diante de tomografia de crânio normal, deve ser imediatamente submetido à transfusão de troca (ou exsanguineotransfusão parcial). Esse procedimento objetiva remover as hemácias com Hemoglobina S (HbS) do paciente, causadoras da falcização e da oclusão da vasculatura, e substituí-las por hemoglobina normal (HbA).

Incorreta a alternativa D. A oclusão da vasculatura cerebral no paciente falcêmico com acidente vascular encefálico isquêmico é causada por falcização de hemácias, não por coágulos. Dessa forma, não está indicada a anticoagulação sistêmica de rotina nesses pacientes.

Gabarito: alternativa C

30. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Menino, 9 anos de idade, é levado ao pronto-socorro por quadro de palpitação súbita e mal-estar. É admitido pálido, sonolento, extremidades frias, com pressão arterial 82 x 40 mmHg. Traçado eletrocardiográfico na derivação DII demonstrado abaixo:



Considerando-se que o paciente não possui acesso endovenoso neste momento, qual é a conduta imediata?

- A) Manobra de valsalva.
- B) Sedoanalgesia intramuscular, seguida de cardioversão elétrica sincronizada com 2 J/kg.
- C) Sedoanalgesia intramuscular, seguida de desfibrilação elétrica com 2 J/kg.
- D) Sedoanalgesia intramuscular, seguida de cardioversão elétrica sincronizada com 0,5 a 1 J/kg.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, vamos revisar os pontos para diagnóstico da taquicardia supraventricular?

- Início abrupto
- Onda P ausente ou anormal (negativa em DI, DII...)
- FC alta e fixa - NÃO varia com o nível de agitação, resposta metabólica da criança
- Bebês podem demorar para apresentar sintomas - irritabilidade, inapetência, taquipneia, sonolência, vômitos, palidez, cianose.
- Queixa de palpitação cardíaca em crianças maiores.

Taquicardia Supraventricular



E qual será o meu fluxograma de tratamento? Dependerá de uma única pergunta: **ESSA CRIANÇA ESTÁ ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE OU NÃO?**

Critérios de instabilidade na taquicardia supraventricular:

1. Hipotensão
2. Rebaixamento de nível de consciência
3. Sinais de choque (má perfusão periférica, pulsos finos).

Diante de uma taquisupra instável, a conduta prioritária é a **CARDIOVERSÃO ELÉTRICA SINCRONIZADA** (sincronizando o choque com a onda R), sendo o primeiro choque com 0,5 a 1 J/kg, podendo ser realizado um 2º choque com 2 J/kg. Nesse cenário de instabilidade, caso o paciente já possua acesso endovenoso, a adenosina já esteja diluída, e a torneira de 3 vias instalada, até podemos realizar a adenosina, **DESDE QUE ELA NÃO ATRASE A CARDIOVERSÃO**.

Agora, caso o paciente esteja estável, o fluxograma de atendimento poderá sim conter manobra vagal (gelo no terço superior da face, assoprar canudo/seringa) por um período curto (habitualmente 1-3 minutos) na tentativa de reverter a arritmia. O próximo passo será a realização de adenosina (1ª dose 0,1 mg/kg, podendo ser realizada uma 2ª dose com 0,2 mg/kg).

Analisando o enunciado, percebemos todos os sinais de instabilidade (sonolência, má perfusão periférica e pressão arterial sistólica $< 70 + 2x$ idade do paciente). Como o paciente não tem acesso endovenoso, precisamos partir imediatamente para cardioversão elétrica sincronizada, sem perdermos tempo tentando puncionar uma veia para realizar a adenosina.

Como o choque elétrico é extremamente doloroso, devemos realizar sedoanalgesia antes (seja por via nasal ou intramuscular), sendo a cetamina ou o midazolam boas opções medicamentosas.

Vamos analisar as alternativas.

Incorreta a alternativa A. A manobra de valsalva só está indicada se o paciente estiver completamente estável, como tentativa de reversão da arritmia até que o acesso endovenoso seja estabelecido e a adenosina esteja pronta para ser administrada.

Incorreta a alternativa B. A carga da primeira cardioversão elétrica é de 0,5 a 1 J/kg (não de 2 J/kg). Para facilitar a memorização: "na taquisupra 1º choque = 1 J/kg, 2º choque = 2J/kg".

Incorreta a alternativa C. Se desfibrilarmos um paciente em taquisupra, o colocamos em risco de evoluir para fibrilação ventricular e parada cardíaca. O correto é realizarmos a **CARDIOVERSÃO ELÉTRICA SINCRONIZADA**.

D. CORRETO. Diante de uma taquisupra instável (rebaixamento de nível de consciência, hipotensão e má perfusão periférica), em um paciente que não tem acesso endovenoso tem (aguardar adenosina com certeza atrasará o choque), precisamos partir imediatamente para cardioversão elétrica sincronizada. Por se tratar de um procedimento doloroso, é recomendado realizar sedoanalgesia prévia, seja por via intranasal ou intramuscular.

Gabarito: alternativa D

31. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Assinale a alternativa que descreve um paciente com quadro de dengue que possua indicação de hidratação endovenosa e internação hospitalar.

- A) Valentina, 11 anos, portadora de anemia falciforme.
- B) João, 12 anos, diabético, prova do laço positiva.
- C) Gabriel, 10 anos, hipotensão postural.
- D) Ana, 1 ano, prova do laço positiva.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, vamos revisar a classificação dos grupos da Dengue?

| DENGUE - Classificação | | | |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|
| A | B | C | D |
| | PROVA DO LAÇO POSITIVA | PROVA DO LAÇO POSITIVA | PROVA DO LAÇO POSITIVA |
| | FATORES DE RISCO <ul style="list-style-type: none"> • < 2 anos • Risco social • Diabéticos • Asma • Obesidade • Nefropata Cardiopata • Pneumopata • Dç autoimune • Dç hematológica | | |
| | | SINAIS DE ALARME | |
| | | | Choque, hemorragia ou disfunção orgânica |

| DENGUE - Classificação | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| A | B | C | D |
| HIDRATAÇÃO ORAL <ul style="list-style-type: none"> 60 ml/kg/DIA 1/3 SRO 2/3 Outros líquidos | HIDRATAÇÃO ORAL <ul style="list-style-type: none"> 60 ml/kg/DIA 1/3 SRO 2/3 Outros líquidos | HIDRATAÇÃO EV <p>20 ml/kg em 2 horas</p> <p>Se boa resposta: manutenção 25 ml/kg em 6-8 h</p> | 20 ml / kg em 20 minutos |
| Alta | HMG | Coletar HMG, albumina, TGO, TGP, RxT e USG Abdome | Coletar HMG, albumina, TGO, TGP, RxT e USG Abdome |
| Alta com reavaliação | | Internação | Internação em UTI |
| | | Obrigatório NS1 e sorologia | Obrigatório NS1 e sorologia |

Ora, e quais são os sinais de alarme? Lembre-se da regrinha “SILVA 3H”:

| | |
|----------|--------------------------------------------------------------------|
| S | Sangramento de mucosa |
| I | Irritabilidade ou letargia |
| L | Líquido acumulado (ascite, derrame pleural ou derrame pericárdico) |
| V | Vômitos persistentes |
| A | Abdome doloroso (dor contínua) |
| H | Hipotensão postural ou lipotímia |
| H | Hepatomegalia |
| H | Gematócrito elevado (hemoconcentração) |

Com isso revisado, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. Esta paciente possui fator de risco (anemia falciforme), o que a classifica como grupo B e indica a coleta de hemograma. Se não houver sinais de hemoconcentração ou de plaquetopenia crítica nesse hemograma, esta criança pode receber alta com hidratação via oral e orientação de retorno para reavaliação.

Incorreta a alternativa B. O paciente pertence ao grupo B (tem fator de risco por ser diabético, e possui prova do laço positiva). Há indicação de coleta de hemograma. Se não houver sinais de hemoconcentração ou de plaquetopenia crítica nesse hemograma, esta criança pode receber alta com hidratação via oral e orientação de retorno para reavaliação.

Correta a alternativa C. A presença de hipotensão postural, apesar de, muitas vezes, parecer uma bobagem, É UM SINAL DE ALARME NA DENGUE (pois pode indicar extravasamento vascular e hipovolemia) e automaticamente classifica o paciente como grupo C, indicando internação hospitalar.

Incorreta a alternativa D. Esta paciente possui fator de risco (< 2 anos) e prova do laço positiva, o que a classifica como grupo B e indica a coleta de hemograma. Se não houver sinais de hemoconcentração ou de plaquetopenia crítica nesse hemograma, esta criança pode receber alta com hidratação via oral e orientação de retorno para reavaliação.

Gabarito: alternativa C

32. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Paciente vítima de traumatismo cranioencefálico (TCE) grave encontra-se intubado, em ventilação mecânica, monitorização com pressão arterial invasiva, cateter de derivação ventricular externa (DVE) e monitorização de pressão intracraniana (PIC). Apresenta os seguintes valores aferidos:

- PIC = 25 mmHg
- Pressão arterial média (PAM) = 60 mmHg

Diante da PIC > 20 mmHg sustentada por mais de 5 minutos, a intensivista resolve abrir a DVE para drenagem de líquor. Com essa medida, a médica está objetivando:

- A) A. Aumentar a pressão de perfusão cerebral (PPC), que estava em 35 mmHg.
- B) B. Aumentar a pressão de perfusão cerebral (PPC), que estava em 95 mmHg.
- C) C. Aumentar a pressão intracraniana (PIC).
- D) D. Reduzir a pressão de perfusão cerebral (PPC), que estava em 35 mmHg.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, vamos revisar o manejo do TCE grave?

O objetivo do tratamento é minimizar o metabolismo cerebral, prevenir crises convulsivas e garantir boa perfusão cerebral. Para isso, deve-se:

- Manter a cabeceira do leito elevada entre 30 e 45°;
- Garantir sedoanalgesia adequada (benzodiazepínico e opioide, podendo sim utilizar a cetamina se necessário);
- Realizar lidocaína endovenosa antes das aspirações orotraqueais (para prevenir elevações súbitas da pressão intracraniana durante esse procedimento desconfortável);
- Tratar febre agressivamente e garantir normotermia;
- Utilizar fenitoína ou levetiracetam se houver lesão focal na tomografia de crânio;
- Manter sódio sérico entre 135 – 150 mEq/L (tolera-se valores no limite superior para garantir maior osmolaridade plasmática, evitando perda de água por osmose do plasma para dentro do neurônio causando edema cerebral).

Com relação ao manejo hemodinâmico, é fundamental que você entenda alguns conceitos:

- **PRESSÃO DE PERFUSÃO CEREBRAL (PPC):** é o gradiente de pressão que impulsiona o fluxo de sangue (e, portanto, oxigênio) para o parênquima cerebral. É definida pela subtração da pressão intracraniana (PIC) pela pressão arterial média (PAM). Deve ser mantida em valores ≥ 40 mmHg nos pacientes com TCE grave.
- **PRESSÃO INTRACRANIANA (PIC):** é a pressão exercida pelo parênquima cerebral, vasos sanguíneos intracranianos e líquor. Deve ser mantida < 20 mmHg nos pacientes com TCE grave.

Analisando o enunciado, percebemos que a PIC deste paciente estava alta (>20 mmHg), comprometendo a perfusão cerebral (PAM – PIC = 60 – 25 = 35 mmHg). A drenagem de líquor será capaz de reduzir a PIC, otimizando a PPC. Por isso, alternativa correta: letra A.

Correta a alternativa A. A PPC = PAM – PIC, seu valor alvo é ≥ 40 mmHg, de forma a garantir oxigenação e perfusão cerebral adequada. Para garantir a perfusão cerebral, pode-se agir reduzindo a PIC (por drenagem de liquor, terapia hiperosmolar ou craniectomia descompressiva) ou aumentando a PAM (por meio de drogas vasoativas).

Incorreta a alternativa B. A PPC = PAM – PIC. Nesse paciente, portanto, a PPC estava em 35 mmHg (abaixo do alvo de no mínimo 40 mmHg).

Incorreta a alternativa C. Diante de um PIC > 20 mmHg sustentada por mais de 5 minutos o paciente está em risco de isquemia cerebral (pois a hipertensão intracraniana dificulta a entrada de sangue arterial para vascularizar o parênquima). Portanto, ao abrir a DVE, o objetivo é justamente drenar o liquor para REDUZIR a pressão intracraniana.

Incorreta a alternativa D. O objetivo é AUMENTAR a pressão de perfusão cerebral (PPC), que está abaixo do alvo (> 40 mmHg) devido à PIC muito elevada.

Gabarito: alternativa A

33. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Menina, 6 anos de idade, portadora de síndrome do intestino curto, internada na enfermaria para manejo de distúrbios hidroeletrólíticos. Evoluiu com parada cardiorrespiratória súbita, sendo iniciada reanimação cardiopulmonar e checado o ritmo cardíaco:



Qual destas condutas deve ser imediatamente instituída:

- A) Adrenalina endovenosa 0,01 mg/kg.
- B) Adrenalina endovenosa 0,1 mg/kg.
- C) Desfibrilação elétrica 2 J/kg.
- D) Reposição de magnésio em bólus.

COMENTÁRIOS:

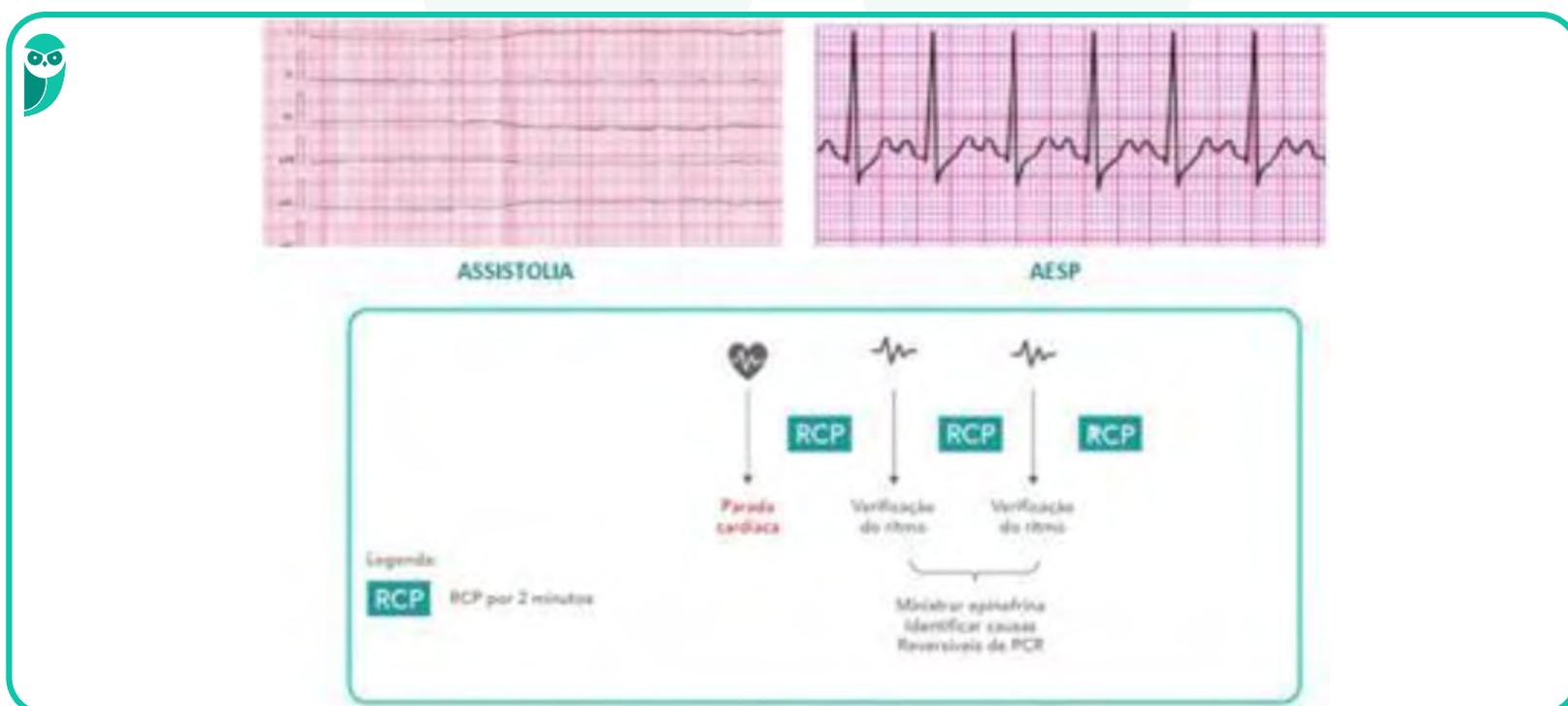
Estrategista, vamos revisar a reanimação cardiopulmonar?

- RITMOS NÃO CHOCÁVEIS:

ASSISTOLIA: Linha reta no monitor (não há nenhuma atividade elétrica). Deve-se sempre checar se os cabos estão conectados, o ganho do monitor e as derivações, para se certificar de que não é uma fibrilação ventricular (FV) fina, e perder a oportunidade de desfibrilação. O famoso “protocolo **CA GA DA**”.

ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO (AESP): O monitor demonstra uma atividade elétrica organizada (“parece normal”), mas o paciente não tem pulso ao exame físico. Atente-se ao fato de que AESP não é “um ritmo específico”, mas sim qualquer atividade elétrica organizada, evidente no monitor.

- Diante de Assistolia ou AESP, deve-se priorizar a administração precoce de adrenalina (nos primeiros 5 minutos de RCP). Pois isso, aumenta a chance de retorno à circulação espontânea.

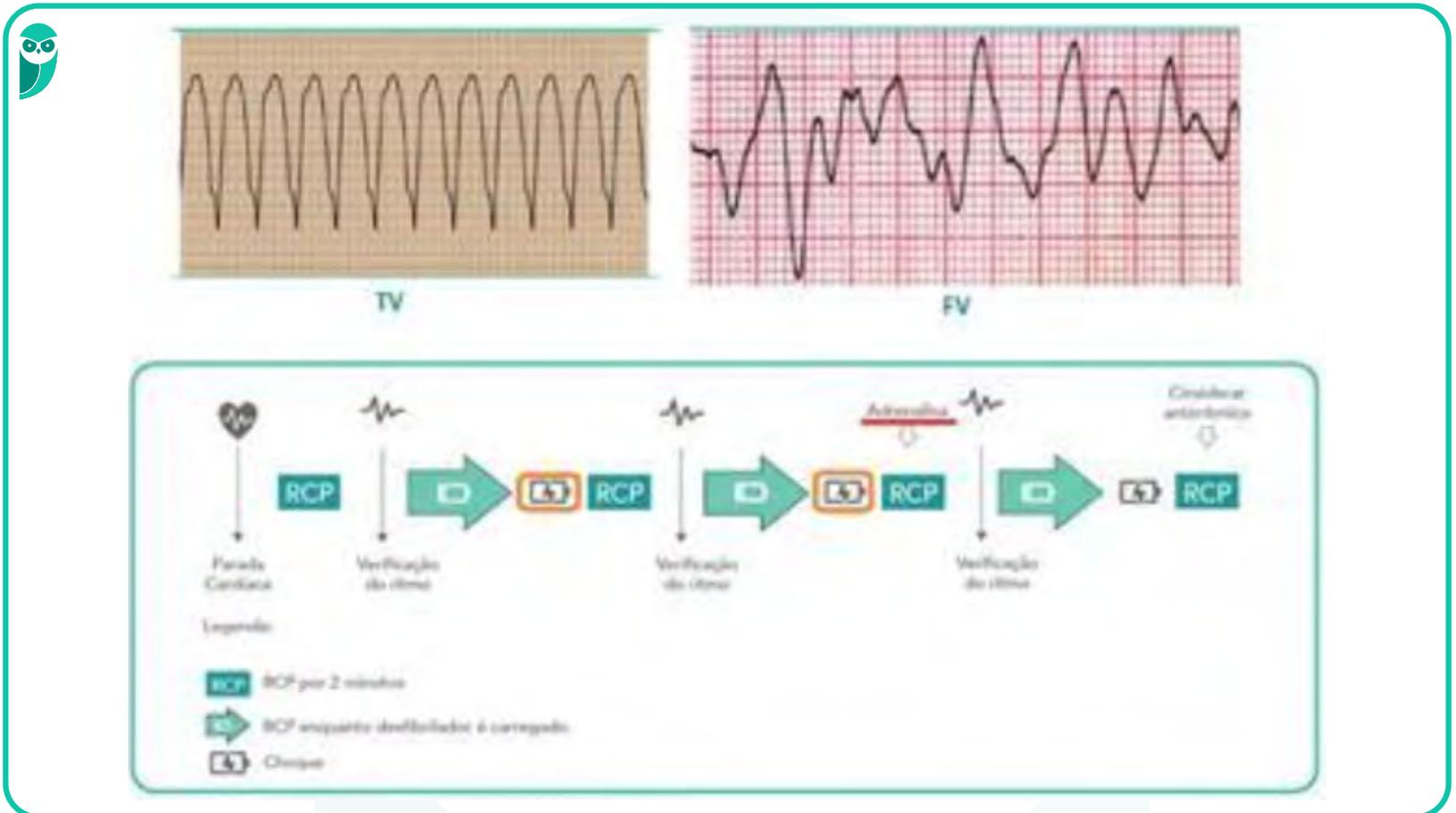


- RITMOS CHOCÁVEIS:

TAQUICARDIA VENTRICULAR SEM PULSO: Complexos QRS organizados e rítmicos, porém largos. Pode ser polimórfico ou monomórfico.

FIBRILAÇÃO VENTRICULAR: Atividade totalmente desorganizada e caótica no monitor.

- A carga dos choques para desfibrilação inicia em 2J/kg, aumentando em 2J/kg a cada ciclo até o máximo de 10 J/kg (2 – 4 – 6 – 8 – 10 J/kg) ou carga máxima para adultos (360J desfibrilador monofásico, 200J no bifásico).
- A adrenalina só deve ser administrada após o 2° choque.
- Após o 3° choque, deve-se administrar um antiarrítmico (amiodarona ou lidocaína).



DOSES E VIA DE ADMINISTRAÇÃO DAS MEDICAÇÕES:

- **ADRENALINA:**
 - Endovenosa (EV) ou intraóssea (IO): 0,01 mg/kg (ou 0,1 ml/kg da solução diluída em 1:10.000)
 - Endotraqueal (ET): 0,1 mg/kg (concentração 10x maior)
 - A cada 3-5 minutos (“ciclo sim, ciclo não”)
- **AMIODARONA:**
 - EV ou IO: 5mg/kg (até 3x)
 - A cada 3-5min, alternando com adrenalina.
- **LIDOCAÍNA:**
 - o EV ou IO: Ataque 1mg/kg + infusão contínua manutenção após
 - o ET: 2-3 mg/kg

Vamos analisar as alternativas.

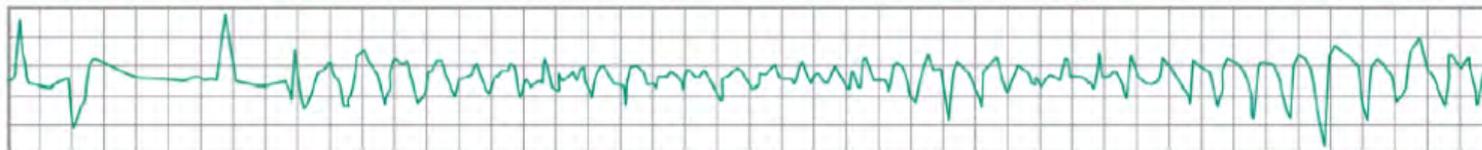
Incorreta a alternativa A. A adrenalina precoce só estará indicada nos ritmos não chocáveis (AESP e assistolia). Por ser arritmogênica, nos ritmos chocáveis (TV e FV), a adrenalina só deve ser administrada APÓS O SEGUNDO CHOQUE!

Incorreta a alternativa B. Primeiramente, porque a dose da adrenalina está errada (o correto seria 0,01 mg/kg). E, em segundo lugar, porque a adrenalina precoce só estará indicada nos ritmos não chocáveis (AESP e assistolia). Por ser arritmogênica, nos ritmos chocáveis (TV e FV), a adrenalina só deve ser administrada APÓS O SEGUNDO CHOQUE!

Correta a alternativa C. Diante de um ritmo chocável, neste caso, fibrilação ventricular, a conduta imediata é a desfibrilação elétrica com 2 J/kg.

Incorreta a alternativa D. Primeiramente, porque, mesmo que estivéssemos pensando em hipomagnesemia como causa da parada, não devemos atrasar os pontos fundamentais do fluxograma da reanimação por conta de causas reversíveis. Portanto, se há indicação de desfibrilação, primeiramente, eu desfibrilo, depois, eu faço antídotos/reposições/etc. Em segundo lugar, perceba que esse ritmo é totalmente desorganizado – uma fibrilação ventricular – não uma taquicardia ventricular polimórfica (Torsades de Pointes), classicamente associada à hipomagnesemia (vide figura abaixo).

Taquicardia Ventricular Polimórfica - Torsades de pointes - QRS largo + diversas formas do QRS



Gabarito: alternativa C

34. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Ariadne Becker) Menino de 2 anos de idade dá entrada na emergência com quadro de tosse e febre há 2 dias. Ao exame físico, paciente obnubilado, Glasgow 9, FC 150 bpm, FR 60 mrpm, sat 90% em ar ambiente, 98% com máscara não reinalante, hipotensão arterial refratária a expansões volêmicas, sendo então iniciada adrenalina infusão contínua. Foi iniciada ceftriaxona empírica na primeira hora e solicitada vaga de UTI. Considerando o novo escore de Phoenix (PSS), publicado em 2024, para o diagnóstico de sepse e choque séptico em pediatria, é correto afirmar:

- A) Não é possível fechar o diagnóstico de sepse somente com esses dados.
- B) É necessária a dosagem do lactato sérico para fechar o diagnóstico de choque séptico.
- C) Esse paciente pontua no mínimo 3 pontos no PSS.
- D) Esse paciente não pontua no sistema de coagulação do PSS e, portanto, não é possível fechar o diagnóstico de choque séptico.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, tema quente para as provas de R+ deste ano, vamos aproveitar para revisar este Escore que ficou tão famoso em 2024: as novas definições de sepse pelo Phoenix Score (PSS).

O PSS surgiu com a proposta de funcionar como ferramenta DIAGNÓSTICA (não de triagem) de sepse na criança, possível de ser aplicada tanto em países desenvolvidos quanto em locais com poucos recursos, universalizando os dados para futuras pesquisas no tema.

Para isso, uma força tarefa internacional realizou uma revisão sistemática, analisando mais de 3 milhões de casos de crianças com infecção, e conseguiu identificar as variáveis de disfunção orgânica mais confiáveis para o diagnóstico de sepse e choque séptico. Essas variáveis foram divididas em quatro sistemas: respiratório, cardiovascular, coagulação e neurológico.

Com esses novos critérios, um Escore PSS ≥ 2 configura sepse, e a presença de sepse com ao menos 1 ponto no cardiovascular configura choque séptico.

Veja como funciona a pontuação na tabela abaixo:

| Sistema / Pontuação | Zero | 1 ponto | 2 pontos | 3 pontos |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESPIRATÓRIO (0-3 pontos) | PaO ₂ /FiO ₂ ≥ 400 ou SpO ₂ /FiO ₂ ≥ 292 (b) | PaO ₂ /FiO ₂ < 400 e necessidade de qualquer suporte respiratório ou SpO ₂ /FiO ₂ < 292 e necessidade de qualquer suporte respiratório (b, c) | PaO ₂ /FiO ₂ entre 100-200 e VMI ou SpO ₂ /FiO ₂ entre 148-220 e VMI (b) | PaO ₂ /FiO ₂ < 100 e VMI ou SpO ₂ /FiO ₂ < 148 e VMI (b) |
| CARDIOVASCULAR (0-6 pontos) | Sem drogas vasoativas (d) Lactato < 5 mmol/L | 1 ponto para cada (máximo 3): 1 droga vasoativa (d) Lactato entre 5-10,9 mmol/L (e) | 2 pontos para cada (máximo 6): ≥ 2 drogas vasoativas (d) Lactato ≥ 11 mmol/L (e) | |
| Idade (f) | Pressão arterial média por idade mmHg (g) | Pressão arterial média = (1/3x sistólica + 2/3x diastólica) | | |
| < 1 mês | > 30 | 17–30 | < 17 | |
| 1 a 11 meses | > 38 | 25–38 | < 25 | |
| 1 a < 2 anos | > 43 | 31–43 | < 31 | |
| 2 a < 5 anos | > 44 | 32–44 | < 32 | |
| 5 a < 12 anos | > 48 | 36–48 | < 36 | |
| 12 a 17 anos | > 51 | 38–51 | < 38 | |
| COAGULAÇÃO (0–2 pontos) (h) | Plaquetas ≥ 100 x 10 ³ INR ≤ 1,3 D-dímero ≤ 2 mg/L FEU Fibrinogênio ≥ 100 mg/dL | 1 ponto cada (máximo 2 pontos): Plaquetas < 100 x 10 ³ (d) INR > 1,3 D-dímero > 2 mg/L FEU Fibrinogênio < 100 mg/dL | | |
| NEUROLÓGICO (0–2 pontos)(i) | Escala de Coma de Glasgow (ECG) > 10; pupilas reativas (j) | ECG ≤ 10 (j) | Pupilas fixas bilateralmente | |

Analisando o enunciado, percebemos que este paciente pontua:

- 1 ponto no respiratório (pois a $\text{satO}_2/\text{FiO}_2$ é <292 e o paciente está precisando de 100% de FiO_2);
- 1 ponto no cardiovascular (pois foi necessário o uso de droga vasoativa);
- 1 ponto no neurológico (pois o Glasgow foi ≤ 10).

Portanto, isso fecha diagnóstico de sepse ($\text{PSS} \geq 2$) e choque séptico (pois possui no mínimo um dos pontos no cardiovascular).

Alternativa correta letra C.

Incorreta a alternativa A. Este paciente pontua nos sistemas respiratório (pois a $\text{satO}_2/\text{FiO}_2$ é <292 e o paciente está precisando de 100% de FiO_2), cardiovascular (pois foi necessário o uso de droga vasoativa) e neurológico (pois o Glasgow foi ≤ 10). Com um $\text{PSS} \geq 2$, já é feito o diagnóstico de sepse.

Incorreta a alternativa B. Com um $\text{PSS} \geq 2$ basta um ponto no sistema cardiovascular para fechar o diagnóstico de choque séptico. Essa pontuação pode ser às custas de droga vasoativa e não necessariamente com valores de lactato.

Correta a alternativa C. Esse paciente pontua nos sistemas respiratório (pois a $\text{satO}_2/\text{FiO}_2$ é <292 e o paciente está precisando de 100% de FiO_2), cardiovascular (pois foi necessário o uso de droga vasoativa) e neurológico (pois o Glasgow foi ≤ 10).

Incorreta a alternativa D. Bastam 2 pontos no PSS, sendo um deles no sistema cardiovascular, para fechar o diagnóstico de choque séptico. O sistema de coagulação não influencia no diagnóstico de choque.

Gabarito: alternativa C

35. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Sobre o colostro, o que podemos afirmar?

- A) Contém a mesma quantidade de proteínas e lipídeos e mais imunoglobulinas.
- B) Contém mais proteínas, menos lipídeos e menos imunoglobulinas.
- C) Contém mais proteínas e lipídeos e menos imunoglobulinas.
- D) Contém mais proteínas e menos lipídios do que o leite maduro e é rico em imunoglobulinas.

COMENTÁRIOS:

Querido colega, o colostro é o primeiro leite produzido pelas mamas, em pequena quantidade, na primeira semana após o parto até o início da amamentação. A partir daí e durante a segunda semana de vida do bebê, temos o leite de transição. Depois da segunda semana, temos o leite maduro. A produção de leite começa em menor quantidade e vai aumentando com o passar dos dias.

A principal característica do colostro é que ele é rico em proteínas. Isso você tem que gravar! Além disso, tem menos lactose, gorduras e calorias do que o leite maduro. É rico em componentes imunológicos (como IgA, lactoferrina, interleucinas e fatores de crescimento), minerais e vitaminas lipossolúveis (A, E e K, principalmente). É considerado a primeira vacina do bebê, pois confere a ele proteção contra inúmeras doenças.

Observe a composição do leite materno em cada uma das fases:

| NUTRIENTES | COLOSTRO (3-5 DIAS) | | LEITE MADURO (26-29 DIAS) | |
|--------------------|---------------------|-----------|---------------------------|-----------|
| | TERMO | PRÉ-TERMO | TERMO | PRÉ-TERMO |
| Calorias (kcal/dL) | 48 | 58 | 62 | 70 |
| Lipídios (g/dL) | 1,8 | 3,0 | 3,0 | 4,1 |
| Proteínas (g/dL) | 1,9 | 2,1 | 1,3 | 1,4 |
| Lactose (g/dL) | 5,1 | 5,0 | 6,5 | 6,0 |

Diante do exposto, vamos julgar as alternativas:

Incorreta a **alternativa A**. O colostro tem mais proteínas e menos lipídeos do que o leite maduro.

Incorreta a **alternativa B**. O colostro tem mais proteínas e menos lipídeos do que o leite maduro, mas apresenta quantidade adequada de imunoglobulinas como a IgA.

Incorreta a **alternativa C**. As imunoglobulinas no colostro são muito elevadas, elas são a primeira vacina do bebê. Além disso, há menos lipídeos do que no leite maduro.

Correta a **alternativa D**. Pois define exatamente como é a composição do colostro.

Gabarito: alternativa D

36. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Com relação à escala M-CHAT, encontre a alternativa correta.

- A) É obrigatória para todas as crianças, independentemente de suspeita clínica.
- B) Deve ser aplicada preferencialmente aos 24 meses de idade.
- C) É um instrumento de diagnóstico.
- D) Pontuação acima de 5 significa alto risco para transtorno do espectro autista.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que afeta 5 vezes mais o sexo masculino, atingindo cerca de 1% da população.

Suas principais características são a presença de prejuízos persistentes na comunicação verbal e não verbal e na interação social. Também estão comumente presentes sintomas como estereotípias motoras, um padrão rígido de comportamento e rotina, irritabilidade e hipersensibilidade a estímulos ambientais. Entre 30 e 70% dos pacientes apresentam algum prejuízo cognitivo associado. Normalmente, os primeiros sinais e sintomas do TEA são observados por volta dos 18 meses de vida, contudo o diagnóstico, geralmente, ocorre após os 3 anos.

A **principal ferramenta de rastreio** do TEA, chamada de *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), é um instrumento de rastreamento precoce do transtorno do espectro autista. A M-CHAT é composta por 23 questões e deve ser aplicada em todas as crianças entre **18 e 24 meses**, mesmo quando não há suspeita de autismo, segundo a **Academia Americana de Pediatria**.

Em 2022, o **Ministério da Saúde** adotou e implementou, na 3ª edição da Caderneta da Criança, a versão modificada dessa escala, com apenas 20 questões, chamada de *Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F)*, e recomenda, em consonância com a Sociedade Brasileira de Pediatria, a triagem entre os **16 e 30 meses de vida**.

Segundo o MS, que descreve em sua diretriz “Linhas de Cuidado”, a triagem deve ocorrer preferencialmente aos 18 meses de vida em todas as crianças, contudo deve ser adiantada para os 16 meses naquelas sob suspeita de atraso do neurodesenvolvimento.

Vamos julgar as alternativas:

Correta a alternativa A. O MS em consonância com a Sociedade Brasileira de Pediatria estabelece a triagem obrigatória entre os **16 e 30 meses de vida**.

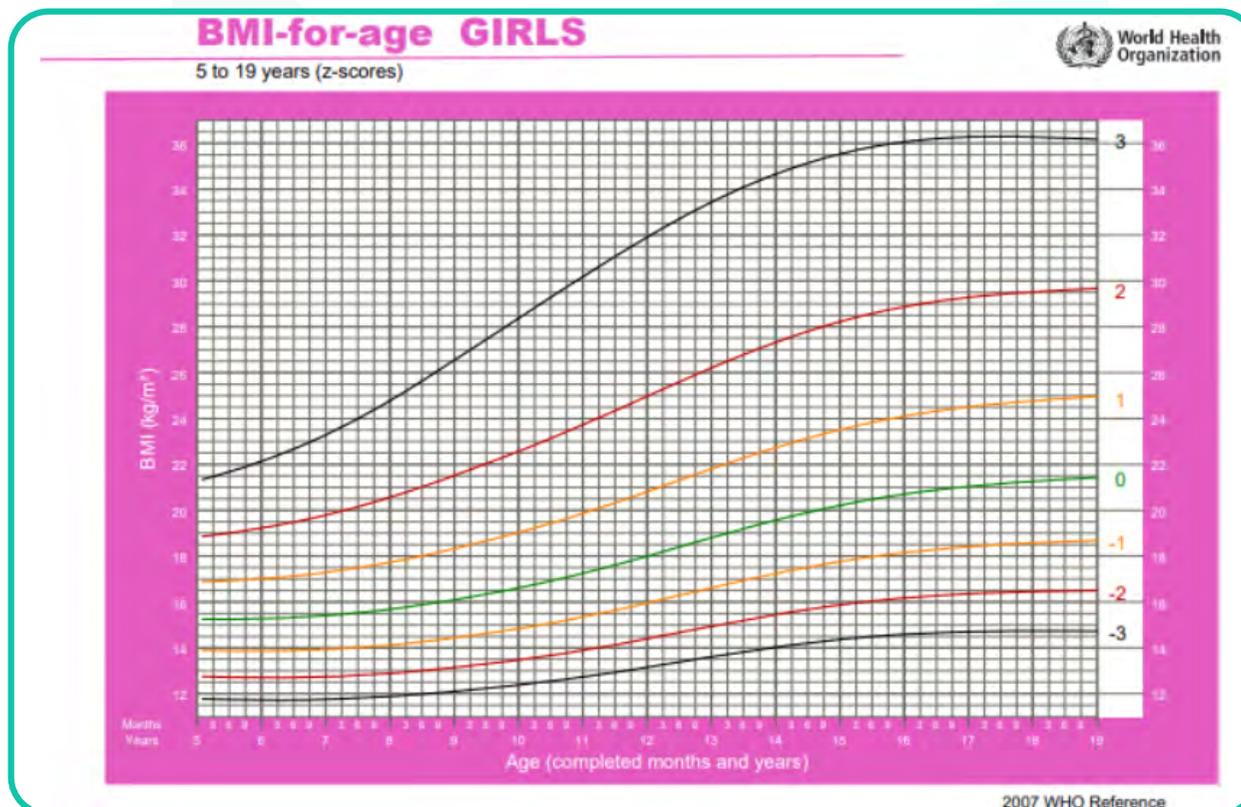
Incorreta a alternativa B. Deve ser aplicada preferencialmente entre os 16 e 30 meses de vida.

Incorreta a alternativa C. É um instrumento de triagem.

Incorreta a alternativa D. É considerada pontuação de alto risco quando está acima de 8.

Gabarito: alternativa A

37. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Você atende em seu consultório uma menina de 8 anos de idade que pesa 26,0kg e mede 120,0cm. Utilizando a curva de Índice de Massa Corporal (BMI) da Organização Mundial de Saúde, que se encontra a seguir, responda: qual é o diagnóstico nutricional dessa paciente?



- A) Sobrepeso
- B) Eutrofia
- C) Magreza
- D) Obesidade

COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista, é papel do pediatra fazer a vigilância dos parâmetros de crescimento e nutrição adequados da criança. A ferramenta que nos auxilia nesse diagnóstico são as curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde para meninos e meninas. Através das curvas, identificamos o ponto em que a criança se encontra e qual é o Escore Z que ela se enquadra, fazendo, então, seu diagnóstico nutricional. Vamos relembrar os intervalos de Escore Z e seus correspondentes diagnósticos de acordo com a idade:

Analisando o caso:

| VALORES CRÍTICOS | | ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| | | CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS | | | | CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS | | |
| | | Peso para idade | Peso para estatura | IMC para idade | Estatura para idade | Peso para idade | IMC para idade | Estatura para idade |
| < Percentil 0,1 | < Escore z -3 | Muito baixo peso para a idade | Magreza acentuada | Magreza acentuada | Muito baixa estatura para a idade | Muito baixo peso para a idade | Magreza acentuada | Muito baixa estatura para a idade |
| ≥ Percentil 0,1 e < percentil 3 | ≥ Escore z -3 e < escore z -2 | Baixo peso para a idade | Magreza | Magreza | Baixa estatura para a idade | Baixo peso para a idade | Magreza | Baixa estatura para a idade |
| ≥ Percentil 3 e < percentil 15 | ≥ Escore z -2 e < escore z -1 | Peso adequado para a idade | Eutrofia | Eutrofia | Estatura adequada para a idade ² | Peso adequado para a idade | Eutrofia | Estatura adequada para a idade ² |
| ≥ Percentil 15 e ≤ percentil 85 | ≥ Escore z -1 e ≤ escore z +1 | | | | | | | |
| > Percentil 85 e ≤ percentil 97 | > Escore z +1 e ≤ escore z +2 | | Risco de sobrepeso | Risco de sobrepeso | | Sobrepeso | Peso elevado para a idade ¹ | |
| > Percentil 97 e ≤ percentil 99,9 | > Escore z +2 e ≤ escore z +3 | Peso elevado para a idade ¹ | Sobrepeso | Sobrepeso | Obesidade grave | Obesidade grave | | |
| > Percentil 99,9 | > Escore z +3 | Obesidade | Obesidade | | | | | |

Fonte: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Versión 1. Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

- Menina, 8 anos.
- Peso 26,0kg, Estatura: 120,0cm, IMC: 18.
- Curva do IMC/idade (demonstrada na imagem anexa) está entre EZ +1 e +2, portanto, temos o diagnóstico de sobrepeso.

Vamos julgar as alternativas:

Correta a alternativa A, pois o IMC/I está entre EZ+1 e +2.

Incorreta a alternativa B. Eutrofia seria EZ entre -2 e +1.

Incorreta a alternativa C. Magreza seria EZ entre -2 e -3.

Incorreta a alternativa D. Obesidade seria EZ entre +2 e +3.

Gabarito: alternativa A

38. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Menina de 6 anos e meio está incomodada pois é a primeira de sua turma a ter que usar sutiã. A criança cresceu 7 cm no último ano e o estadiamento puberal de Tanner aponta estágio P1 e M2.

Diante do exposto, quais são, respectivamente: a principal hipótese diagnóstica; a idade óssea; a dosagem de LH; o manejo clínico.

- A) Telarca precoce; idade óssea normal; LH baixo; acompanhamento clínico.
- B) Telarca precoce; idade óssea normal; LH aumentado; monitorar desenvolvimento de outros caracteres secundários.
- C) Adrenarca precoce; idade óssea avançada; LH baixo; monitorar desenvolvimento de outros caracteres secundários.
- D) Puberdade precoce; idade óssea avançada; LH aumentado; agonista de GnRH.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, vamos analisar a criança do texto?

Paciente tem 6 anos e meio com telarca precoce (antes dos 8 anos) por causa do aparecimento das mamas - único caractere sexual apresentado. Além disso, tem velocidade de crescimento (VC) adequada para idade (escolares tem VC entre 5 a 7 cm/ano).

Temos uma variante benigna da precocidade sexual: aumento isolado de mamas uni ou bilateral (atingindo, no máximo, o estágio de Tanner 3); ausência de outras características sexuais secundárias e velocidade de crescimento normal para a idade. Esses pacientes têm idade óssea normal ou quase normal.

A telarca precoce manifesta-se em 2 picos de incidência: um nos primeiros 2 anos de vida e outro entre os 6 e 8 anos. Entre as idades de 3 e 5 anos, a telarca necessita de investigação cuidadosa, pois pode ser a manifestação de causas patológicas de puberdade precoce. Os níveis séricos de LH e estradiol encontram-se na faixa de normalidade (pré-púbere), com predomínio do FSH em relação ao LH. Os exames de ultrassonografia e citologia vaginal hormonal não indicam atividade estrogênica.

Feita essa revisão, vamos julgar as alternativas:

Correta a alternativa A. A paciente tem uma variante benigna da precocidade sexual.

Incorreta a alternativa B. O LH é normal nessas pacientes.

Incorreta a alternativa C. A paciente apresenta telarca precoce, não adrena. A adrena ocasiona o aumento de pelos em região pubiana e axilar e promove a maturação das glândulas apócrinas sudoríparas.

Incorreta a alternativa D. Aqui, temos uma variante benigna da precocidade sexual, com idade óssea normal e LH baixo, sem necessidade de medicamentos.

Gabarito: alternativa A

39. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Um recém-nascido de 12 dias de vida, nascido a termo, em aleitamento materno exclusivo, em sua primeira consulta de rotina, é avaliado pelo pediatra que observa: peso de nascimento 3050g, peso atual: 3105g. A mãe relata que ele apresenta por dia uma evacuação e 5 episódios de diurese. Podemos afirmar sobre esse paciente que:

- A) O paciente está ganhando pouco peso, cerca de 5g/dia e necessita ser reavaliada a amamentação.
- B) Ele está bem, pois seu ganho de peso é de 30 g/dia.
- C) Deve ser avaliado o início de fórmula infantil, uma vez que o paciente vem ganhando pouco peso.
- D) A diurese e a evacuação devem ser mais bem monitoradas, pois o paciente está apresentando oscilação do peso.

COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista, sabemos que o RN perde cerca de 10% de seu peso de nascimento nos primeiros dias de vida e recupera entre o sétimo e o décimo dia.

Observe o ganho esperado de peso no primeiro ano de vida:

| PERÍODO | GANHO DE PESO (em gramas) | |
|--------------|---------------------------|-----------------|
| 1° trimestre | 700g/mês | 25 a 30g / dia |
| 2° trimestre | 600g/mês | 20g / dia |
| 3° trimestre | 500g/mês | 15g / dia |
| 4° trimestre | 300g/mês | 10 - 12 g / dia |

Este recém-nascido nasceu com peso de 3050g e deve ter chegado a 2745g (-10%). Se dividirmos seu ganho de peso (3105-2745g) por 12 dias, vemos que ganhou cerca de 30g/dia. Isso representa um adequado ganho ponderal.

Incorreta a alternativa A, o ganho de peso deve ser calculado após descontarmos os 10% que o recém-nascido perde nos primeiros dias. O ganho de peso observado foi de 30g/dia.

Correta a alternativa B, porque indicou o ganho de peso que está sendo observado neste neonato, indicando um adequado ganho ponderal.

Incorreta a alternativa C, o paciente está ganhando peso adequadamente.

Incorreta a alternativa D, o paciente está ganhando peso adequadamente.

Gabarito: alternativa B

40. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Criança de 5 anos comparece em consulta de retorno ambulatorial. Encontra-se em tratamento para asma há 06 meses, em uso regular de beclometasona dose de 200 mcg/dia com espaçador e máscara. Vem apresentando crises 2 vezes por semana, sendo necessário o uso de medicação de alívio e apresentando despertar noturno 1 vez por semana nos últimos 20 dias. Diante do exposto, o estado clínico atual da asma e a conduta sobre a corticoterapia são:

- A) Não controlada; aumentar dose de corticoterapia.
- B) Parcialmente controlada; manter dose de corticoterapia.
- C) Parcialmente controlada; aumentar dose de corticoterapia.
- D) Não controlada, substituir tipo de corticoide.

COMENTÁRIOS:

Olá, meu querido colega! Questão referente à asma. É preciso que este assunto esteja na 'ponta da língua', pois sua frequência nas provas é grande.

O paciente do texto é uma criança de 5 anos de idade, asmático em tratamento. No momento, apresentando as seguintes queixas:

- Despertares noturnos 1 vez por semana;
- Crises 2x por semana com necessidade de medicação de alívio.

Como está o controle da asma dessa criança?

Antes de prosseguirmos, você sabe o que é asma?

Asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por uma hiperresponsividade das vias aéreas inferiores, com hipersecreção de **muco, edema e broncoconstrição**. É de **caráter obstrutivo, reversível** espontaneamente ou com tratamento. Manifesta-se com episódios recorrentes de sibilância, dispneia, dor no peito e tosse, principalmente à noite e pela manhã.

Classificamos a asma em: **controlada, parcialmente controlada e não controlada**. Essa classificação baseia-se no controle da doença nas últimas 4 semanas. Veja a tabela abaixo:

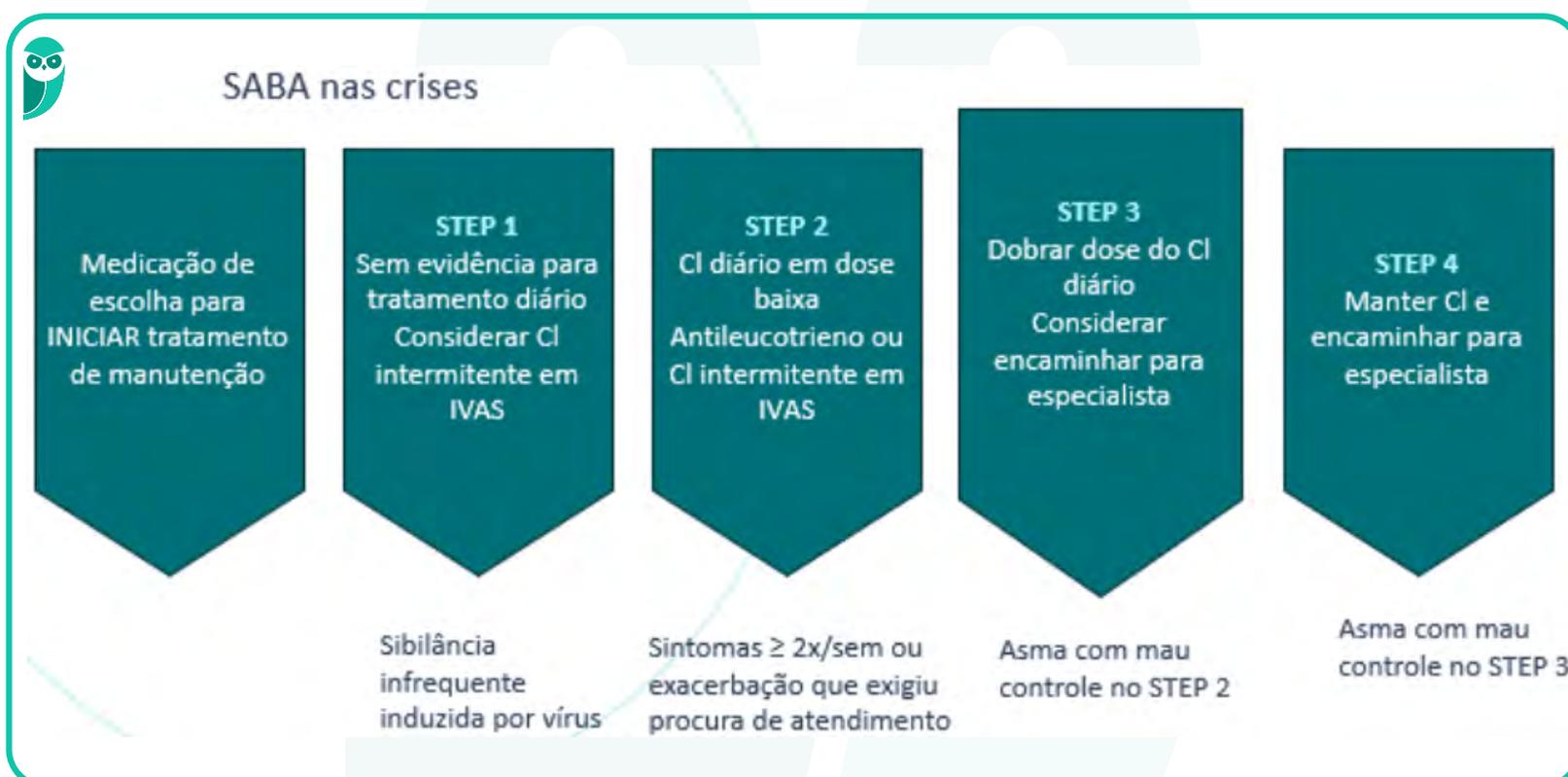
| Condição avaliada nas últimas 4 semanas | Respostas |
|-----------------------------------------|------------|
| Sintomas diurnos > 2x por semana | Sim ou não |
| Necessidade de SABA > 2x por semana | Sim ou não |
| Qualquer despertar noturno por asma | Sim ou não |
| Limitação de atividades | Sim ou não |

E dessa forma, classificar:

| | |
|-------|-------------------------|
| ZERO | Controlada |
| 1 A 2 | Parcialmente controlada |
| 3 A 4 | Não controlada |

De acordo com essa classificação, o paciente do texto apresenta Asma Parcialmente Controlada: despertares noturnos por asma, sintomas diurnos duas vezes por semana e necessidade de uso de medicação de alívio nessas exacerbações.

O tratamento da Asma baseia-se em 5 etapas, vamos revê-las de acordo com a idade desse paciente (<6 anos de idade).



O paciente está com uma dose baixa de corticoide inalatório, qual é o próximo passo?

Passar para o STEP 3, dobrando a dose de corticoide inalatório.

Diante disso, vamos julgar as alternativas.

Observação: querido Estrategista, lembre-se de que sempre devemos checar se o paciente está fazendo a dose prescrita de tratamento, usando o medicamento de forma correta e a higiene ambiental.

Incorreta a alternativa A. O paciente tem asma parcialmente controlada.

Incorreta a alternativa B. Devemos manter a dose do corticoide

Correta a alternativa C. Como explicado acima.

Incorreta a alternativa D. O paciente tem asma parcialmente controlada.

Gabarito: alternativa C

41. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Criança de 3 anos de idade apresenta tosse ladrante, rouquidão e leve estridor inspiratório desde ontem. Afebril. Saturando 96% em ar ambiente, em bom estado geral, ativa. Das seguintes alternativas, qual é a causa mais provável?

- A) Vírus *parainfluenza*
- B) Refluxo gastroesofágico
- C) Rinovírus
- D) Metapneumovírus

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos aqui uma criança em bom estado geral, que apresenta tosse ladrante, rouquidão e estridor inspiratório. Essa combinação de sintomas deve nos levar ao diagnóstico de laringite viral (crupe). Vamos lembrá-lo?

A maioria das laringotraqueobronquites é causada por agentes virais. O vírus parainfluenza do tipo 1 é descrito na literatura atual como o mais envolvido na gênese das laringites. O crupe é a causa mais comum de obstrução das vias aéreas na infância, sendo responsável por 90% dos casos de estridor nessa faixa etária.

É frequente vermos como início do quadro sintomas comuns a várias infecções virais das vias aéreas superiores, como febre baixa, tosse discreta e coriza hialina.

Mas os sintomas que caracterizam a laringite viral e estarão descritos em conjunto na maioria dos enunciados são:

- rouquidão/disfonia;
- tosse rouca/ladrante/ou “de cachorro”.
- estridor/ruído inspiratório

A laringite viral apresenta uma classificação clínica que auxiliará na propedêutica a ser escolhida, sendo classificada como:

- Leve: não tem estridor em repouso (embora o estridor possa estar presente quando agitado ou chorando) nem retrações na parede torácica. Porém, pode apresentar tosse ladrante, grito rouco e retrações subdiafragmáticas.
- Moderada: estridor em repouso associado a retrações leves na parede torácica. Pode haver outros sintomas ou sinais de dificuldade respiratória, mas com pouca ou nenhuma agitação.
- Grave: estridor significativo em repouso, retrações graves (incluindo a retração do esterno), aparência ansiosa, agitação, palidez e cansaço.
- Insuficiência respiratória iminente: fadiga e apatia, retrações musculares marcadas, sons respiratórios diminuídos ou ausentes, rebaixamento do nível de consciência, taquicardia desproporcional à febre e cianose ou palidez.

Diferentemente de outras IVAS, o crupe apresenta resolução de sintomas em um tempo curto, sendo geralmente três dias necessários para sua resolução.

O tratamento do crupe deve ser realizado baseando-se na classificação descrita anteriormente, orientada pela presença e intensidade dos sinais e sintomas clínicos.

- Leves: administrar uma dose única de dexametasona (0,15 a 0,6 mg/kg) ou prednisona 1 mg/kg via oral.
- Moderados: deve-se minimizar o desconforto ou ansiedade do paciente, além de administrar ar ou oxigênio umidificado. Como

tratamento farmacológico, administrar uma dose única de dexametasona via oral, IM ou IV. Além disso, fazer nebulização com epinefrina racêmica ou adrenalina. Em caso de melhora dos sintomas, os pacientes devem permanecer em observação por quatro a seis horas, pelo possível risco de recidiva.

- Graves: em semelhança aos quadros moderados, devemos inicialmente minimizar a ansiedade do paciente, administrar oxigênio umidificado, dexametasona IM ou IV e fazer nebulização com epinefrina racêmica ou adrenalina.

Vamos às alternativas.

Correta a alternativa A, pois temos um quadro de laringite viral e seu principal agente etiológico é o vírus *parainfluenza*.

Incorreta a alternativa B, o RGE pode causar sintomas respiratórios crônicos, como broncoespasmo e pneumonias de repetição, mas não o quadro descrito.

Incorreta a alternativa C, o rinovírus é um agente que causa, prioritariamente, resfriados comuns.

Incorreta a alternativa D, o metapneumovírus está mais relacionado à bronquiolite e a pneumonias virais.

Gabarito: alternativa A

42. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Criança de 3 anos é levada ao PS com queixa de lesão volumosa e progressiva, há 3 dias, no pescoço. Nega outros sintomas como febre, mal-estar ou sintomas respiratórios. Ao exame físico, a massa é indolor, na linha cervical média, sem sinais flogísticos, movimenta-se com a mastigação e mede cerca de 2 cm de diâmetro.

Qual é o mais provável diagnóstico?

- A) Linfadenite
- B) Cisto tireoglosso
- C) Higroma cístico
- D) Tireoidite de Hashimoto

COMENTÁRIOS:

Olá, querido colega! Nesta questão, temos uma criança que a mãe notou um abaulamento na região cervical anterior, mas sem febre e sem nenhuma outra alteração. Foi verificada uma lesão bem delimitada de 2,0 cm na linha média que é móvel à protrusão da língua, sendo bem suspeita de uma das lesões congênitas mais frequentes da infância, o cisto tireoglosso.

Pacientes com um cisto do ducto tireoglosso geralmente apresentam uma massa na parte superior do pescoço da linha média que é cística (como o nome diz), mas essa massa geralmente não causa sintomas e pode ser um pouco sensível. Frequentemente, o paciente tem ou teve recentemente uma infecção do trato respiratório superior, mas é incerto se a infecção leva à formação de cistos ou simplesmente aumenta a probabilidade de detecção de um cisto preexistente.

O cisto pode ocorrer em qualquer lugar ao longo do trato do ducto tireoglosso, desde o forame ceco na base da língua até o nível do entalhe supraesternal, mas, na maioria dos casos, o cisto está próximo ao osso hioide, na linha média, ou logo abaixo dele, adjacente à membrana tireo-hióidea. Cistos abaixo da membrana tireo-hióidea são raros.

Geralmente, estão a 2 cm da linha mediana, mas podem ser um pouco mais laterais e, até, laterais da cartilagem tireoidiana (mais tipicamente à esquerda). O cisto típico, no entanto, mantém uma estreita relação com o hioide, a membrana tireo-hióidea ou a cartilagem tireoidiana. Classicamente, esses cistos avançam com a deglutição ou protrusão da língua, enfatizando sua estreita relação com o complexo hioide/laringe.

O diagnóstico é clínico, mas pode ser solicitada uma ultrassonografia para confirmação do aspecto cístico da lesão, e o tratamento é cirúrgico com ressecção do cisto em associação com a porção central do osso hioide.

Diante disso, vamos julgar as alternativas.

Incorreta a alternativa A. A linfadenite, quando é viral, geralmente, ocorre de forma bilateral, simétrica, associada à febre baixa e com pródromos gripais associados (obstrução nasal, coriza, ardência faríngea). Já quando é unilateral, a suspeita é de etiologia bacteriana, mas geralmente vem acompanhada de sinais flogísticos importantes como hiperemia, calor e dor, além de se apresentar como um “plastrão” inflamatório, não como uma lesão bem delimitada de 2,0 cm como falou o enunciado.

Correta alternativa B, como conversamos acima.

Incorreta a alternativa C. A malformação linfática macrocística, também denominada higroma cístico, é composta por coleções de grandes cistos linfáticos interconectados, revestidos por um endotélio fino. Apresenta-se ao nascimento como uma massa grande, mal delimitada, translúcida e macia, coberta por pele normal, mais comumente, localizada na região cervicofacial, axila ou na parede lateral do tórax.

Incorreta a alternativa D. Tireoidite autoimune crônica (também conhecida como tireoidite de Hashimoto ou tireoidite linfocítica crônica) é a causa mais comum de bócio em crianças nos Estados Unidos e em outras populações suficientes em iodo. Geralmente, podem se desenvolver na forma de bócio multinodular, mas que apresentam maiores dimensões (do que os 2,0 cm relatados), se desenvolvem de forma crônica com o aumento gradual da glândula e associados a sinais de sintomas de hipotireoidismo como atraso puberal e baixa estatura.

Gabarito: alternativa B

43. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Criança do sexo feminino, 5 anos de idade, em consulta de puericultura, apresenta estatura de 112 cm e média de pressão arterial de 107 x 67 mmHg. Segundo a tabela de PA da SBP, qual é a melhor conduta para esse paciente:

| Idade (anos) | Percentis da PA | Pressão Arterial Sistólica (mmHg) | | | | | | | Pressão Arterial Diastólica (mmHg) | | | | | | |
|--------------|-----------------|--------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm) | | | | | | | Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm) | | | | | | |
| | | 5% | 10% | 25% | 50% | 75% | 90% | 95% | 5% | 10% | 25% | 50% | 75% | 90% | 95% |
| 1 | Estatura (cm) | 75,4 | 76,6 | 78,6 | 80,8 | 83 | 84,9 | 86,1 | 75,4 | 76,6 | 78,6 | 80,8 | 83 | 84,9 | 86,1 |
| | P50 | 84 | 85 | 86 | 86 | 87 | 88 | 88 | 41 | 42 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 |
| | P90 | 98 | 99 | 99 | 100 | 101 | 102 | 102 | 54 | 55 | 56 | 56 | 57 | 58 | 58 |
| | P95 | 101 | 102 | 102 | 103 | 104 | 105 | 105 | 59 | 59 | 60 | 60 | 61 | 62 | 62 |
| | P95 + 12 mmHg | 113 | 114 | 114 | 115 | 116 | 117 | 117 | 71 | 71 | 72 | 72 | 73 | 74 | 74 |
| 2 | Estatura (cm) | 84,9 | 86,3 | 88,6 | 91,1 | 93,7 | 96 | 97,4 | 84,9 | 86,3 | 88,6 | 91,1 | 93,7 | 96 | 97,4 |
| | P50 | 87 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 91 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 |
| | P90 | 101 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 58 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 62 |
| | P95 | 104 | 105 | 106 | 106 | 107 | 108 | 109 | 62 | 63 | 63 | 64 | 65 | 66 | 66 |
| | P95 + 12 mmHg | 116 | 117 | 118 | 118 | 119 | 120 | 121 | 74 | 75 | 75 | 76 | 77 | 78 | 78 |
| 3 | Estatura (cm) | 91 | 92,4 | 94,9 | 97,6 | 100,5 | 103,1 | 104,6 | 91 | 92,4 | 94,9 | 97,6 | 100,5 | 103,1 | 104,6 |
| | P50 | 88 | 89 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 48 | 48 | 49 | 50 | 51 | 53 | 53 |
| | P90 | 102 | 103 | 104 | 104 | 105 | 106 | 107 | 60 | 61 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| | P95 | 106 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 110 | 64 | 65 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 |
| | P95 + 12 mmHg | 118 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 122 | 76 | 77 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 |
| 4 | Estatura (cm) | 97,2 | 98,8 | 101,4 | 104,5 | 107,6 | 110,5 | 112,2 | 97,2 | 98,8 | 101,4 | 104,5 | 107,6 | 110,5 | 112,2 |
| | P50 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 94 | 50 | 51 | 51 | 53 | 54 | 55 | 55 |
| | P90 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 108 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 67 |
| | P95 | 107 | 108 | 109 | 109 | 110 | 111 | 112 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 70 | 71 |
| | P95 + 12 mmHg | 119 | 120 | 121 | 121 | 122 | 123 | 124 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 82 | 83 |
| 5 | Estatura (cm) | 103,6 | 105,3 | 108,2 | 111,5 | 114,9 | 118,1 | 120 | 103,6 | 105,3 | 108,2 | 111,5 | 114,9 | 118,1 | 120 |
| | P50 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 52 | 52 | 53 | 55 | 56 | 57 | 57 |
| | P90 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 |
| | P95 | 108 | 109 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 73 |
| | P95 + 12 mmHg | 120 | 121 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 85 |

- Fazer orientações dietéticas e de atividade física e programar nova medida de pressão arterial em 6 meses.
- Solicitar realização de monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA) e definir conduta após o resultado.
- Realizar dosagem de ureia, creatinina, sódio, potássio, uroanálise, perfil lipídico e ultrassonografia com Doppler de rins e vias urinárias.
- Introduzir bloqueador de canal de cálcio em baixa dose e solicitar reavaliação da pressão arterial em 2 a 4 semanas.

COMENTÁRIOS:

Olá Estrategista, esta criança de 5 anos apresenta:

- estatura de 112cm
- media de medidas de pressão de 107 x 67 mmHg
- sexo feminino

Em primeiro lugar, vamos classificar a pressão aferida, lembre-se de que devemos observar a estatura e a idade da criança na tabela

fornecida:

Vemos que a pressão arterial sistólica fica entre o percentil 50 e 90 e a diastólica no percentil 90. Observe na tabela abaixo, como

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|----|
| Estatura (cm) | 103,6 | 105,3 | 108,2 | 111,5 | 114,9 | 118,1 | 120 | 103,6 | 105,3 | 108,2 | 111,5 | 114,9 | 118,1 | 120 | |
| 5 | P50 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 52 | 52 | 53 | 55 | 56 | 57 | 57 |
| | P90 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 |
| | P95 | 108 | 109 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 73 |
| | P95 + 12 mmHg | 120 | 121 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 85 |

podemos classificar a pressão arterial:

Concluimos que, de acordo com o pior valor (p90 na Pressão diastólica), podemos classificar como pressão arterial elevada.

CRIANÇAS DE 1 A 13 ANOS DE IDADE

Normotensão:

PA < P90 para sexo, idade e altura

Pressão arterial elevada:

PA ≥ P90 e < P95 para sexo, idade e altura ou PA 120/80 mmHg mas < P95 (o que for menor)

Hipertensão estágio 1:

PA ≥ P95 para sexo, idade e altura até < P95 + 12 mmHg ou PA entre 130/80 o até 139/89 (o que for menor)

Hipertensão estágio 2:

PA ≥ 95 + 12 mmHg para sexo idade ou altura ou PA ≥ entre 140/90 (o que for menor)

A terapêutica inicial, na maioria dos casos, é não medicamentosa, com foco na perda de peso, prática de atividade física e intervenção na dieta. Mesmo naqueles em que o tratamento medicamentoso é iniciado, preconiza-se a manutenção das recomendações, visando mudanças do estilo de vida.

A redução de peso apresenta bons resultados no tratamento da criança hipertensa obesa. A intervenção na dieta deve incluir a restrição

do consumo de sódio, calorias e gorduras. É recomendada a dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), que se baseia em:

- Diminuição da ingestão do sal, das gorduras saturadas, colesterol e gorduras totais;
- Redução da ingestão de carnes vermelhas, açúcares, bebidas ricas em açúcar, leite e derivados;
- Aumento da oferta de potássio, magnésio, cálcio, proteínas e fibras;
- Estímulo ao consumo de frutas, verduras, grãos, peixe, aves e castanhas.
- A atividade física deve ser sempre recomendada, independentemente de o paciente ter sobrepeso ou obesidade.
- O tratamento medicamentoso está indicado na faixa etária pediátrica nas seguintes situações:
- Quando houver falha ao tratamento não medicamentoso;
- Hipertensão sintomática: cefaleia, tontura, palpitações, dispneia, entre outros;
- Hipertensão secundária (tratar a causa também);
- Presença de lesão de órgão-alvo;
- HAS estágio 2 sem fator modificável identificado;
- HAS em paciente com doença crônica (inclusive renal crônica) e
- HAS em paciente com diabetes mellitus tipo 1 ou 2.

Vamos julgar as alternativas

Correta a alternativa A, as medidas comportamentais são o primeiro passo para o tratamento da pressão arterial elevada.

Incorreta a alternativa B, a medida ambulatorial da pressão arterial, conhecida como MAPA, é uma excelente ferramenta para conduzir o tratamento e confirmar o diagnóstico de HAS. A MAPA avalia a PA por 24 horas, no ambiente da criança e durante a realização de suas tarefas diárias habituais. As principais recomendações para realizar MAPA em crianças e adolescentes são:

- Crianças e adolescentes com PA elevada, ao menos, por um ano; ou
- Crianças e adolescentes com hipertensão arterial estágio 1 em três consultas.

O MAPA deve ser considerado nos casos de hipertensão secundária, doença renal crônica, diabetes melito, apneia obstrutiva do sono, obesidade, pós-operatório de coarctação de aorta, crianças com antecedente de prematuridade, submetidas a transplante de órgãos sólidos e na hipertensão arterial refratária.

A criança do enunciado não se enquadra nesses critérios.

Incorreta a alternativa C, a investigação da origem da pressão arterial deve se basear em uma anamnese detalhada e no exame físico completo. Alguns exames podem ser considerados, tais como:

- Urina tipo 1 e urocultura;
- Bioquímica, incluindo eletrólitos, ureia e creatinina, perfil lipídico (em jejum ou não), ácido úrico, hemograma completo;
- Imagem: ultrassonografia renal em menores de 6 anos ou naqueles que tiverem urina 1 ou função renal alteradas.

Assim, entre as opções de exames citadas, a ultrassonografia com Doppler não é preconizada no início do tratamento para todos os pacientes.

Incorreta a alternativa D, a criança não tem indicação de tratamento medicamentoso, seguimos com as medidas não farmacológicas.

Gabarito: alternativa A

44. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Com relação à obesidade infantil, julgue as afirmativas abaixo.

- I. A obesidade infantil já é considerada uma pandemia.
- II. A obesidade acontece por uma interação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais.
- III. O excesso do uso de telas pode contribuir para a obesidade infantil.
- IV. Medidas preventivas são pouco válidas para o combate à obesidade.

Estão corretas as afirmativas:

- A) I, II, IV
- B) I, III, IV
- C) II, III e IV
- D) I, II, III

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista!! Vamos conversar sobre obesidade?

A obesidade infantil se relaciona a várias complicações potencialmente graves, que podem ter início durante a infância e que evoluem para a vida adulta.

Os dois principais pilares da obesidade na infância são:

- padrão alimentar inadequado;
- sedentarismo.

O diagnóstico da obesidade depende primordialmente do índice de massa corpórea e pode ser dado de acordo com o quadro abaixo:

| Percentil | Score-z | 0 a 5 anos incompletos | 5 a 20 anos incompletos |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|
| < Percentil 0,1 | < Score-z -3 | Magreza acentuada | Magreza acentuada |
| ≥ Percentil 0,1 e < 3 | ≥ Score-z -3 e ≤ Score-z -2 | Magreza | Magreza |
| ≥ Percentil 3 e ≤ 85 | ≥ Score-z -2 e ≤ +1 | Eutrofia | Eutrofia |
| > Percentil 85 e ≤ 97 | > Score-z +1 e ≤ +2 | Risco de sobrepeso | Sobrepeso |
| > Percentil 97 e ≤ 99,9 | > Score-z +2 e ≤ +3 | Sobrepeso | Obesidade |
| > Percentil 99,9 | > Score-z +3 | Obesidade | Obesidade grave |

A primeira abordagem de crianças com obesidade tem como objetivo mudanças comportamentais, como a adequação de dieta e estímulo à prática de atividades físicas.

A obesidade pode ser classificada em:

Obesidade Central (Androide)

- Localização da gordura: principalmente na região abdominal, cintura e tronco.
- Forma do corpo: "maçã".
- Causas: geralmente, associada a fatores hormonais masculinos, sedentarismo e alimentação rica em gordura saturada e açúcar.
- Riscos à saúde: maior risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensão, apneia do sono e alguns tipos de câncer.

Obesidade Periférica (Ginecoide)

- Localização da gordura: principalmente nos quadris, coxas e nádegas.
- Forma do corpo: "pera".
- Causas: mais comum em mulheres, especialmente após a menopausa.
- Riscos à saúde: menor risco de doenças cardiovasculares comparada à obesidade central, mas pode causar problemas circulatórios e ósseos.

Além disso, é muito importante que investiguemos as principais comorbidades associadas, veja:



O tratamento dietético deve incluir uma dieta balanceada, equilibrada em macro e micronutrientes. Os limites de cada criança devem ser respeitados, considerando-se a ansiedade que envolve esse tipo de abordagem. Além disso, o engajamento familiar é fundamental para o sucesso do tratamento.

Vamos analisar cada afirmativa

- I. **CORRETA.** A obesidade infantil tem sido classificada como uma pandemia pela OMS devido ao aumento significativo do sua prevalência em diversas partes do mundo, afetando a saúde e o bem-estar de milhões de crianças. Em 2019, dados nacionais mostraram que 3 a cada 10 crianças de 5 a 9 anos estão acima do peso em nosso país. **CORRETA.** A obesidade exógena consiste em um distúrbio do metabolismo energético que ocasiona um acúmulo de gordura corporal, causado pelo desequilíbrio entre a quantidade de energia ingerida pela alimentação e o gasto energético, por um tempo prolongado. Sua ocorrência depende da ação conjunta de fatores ambientais, genéticos e comportamentais. **CORRETA.** Quanto maior o tempo gasto com telas, menor o tempo gasto com brincadeiras e exercícios fora dos dispositivos eletrônicos e maior o sedentarismo. **INCORRETA.** Medidas preventivas são extremamente importantes para o controle da obesidade.

Gabarito: alternativa D

45. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Quanto à rinite, assinale a alternativa correta.

- A) Os corticoides tópicos nasais são importantes para o tratamento das rinites mais graves, mas não podem ser usados por mais de três semanas devido a seus efeitos colaterais.
- B) O tratamento da inflamação nasal da rinite alérgica pode reduzir o broncoespasmo e as consultas a prontos-socorros relacionadas à asma.
- C) A doença não provoca alteração no sono e, quando isso ocorre, deve-se buscar diagnósticos diferenciais.
- D) O diagnóstico é feito na concordância entre história típica de sintomas e exames complementares que comprovem a participação da IgA no processo.

COMENTÁRIOS:

Olá, querido colega! Para relembrar: a rinite alérgica é uma inflamação da mucosa da cavidade nasal mediada por IgE (isso é importante pois existem outras rinites com os mesmos sintomas, mas são não alérgicas) e que possui o quadro clínico característico de obstrução nasal, espirros, prurido e coriza.

Veja a classificação:



Com relação à duração dos sintomas, **4 é o número mágico**, fique atento!

O diagnóstico da rinite alérgica é realizado clinicamente através da identificação de história pessoal e familiar associada aos sinais e sintomas clínicos desencadeados após contato com os alérgenos.

Os exames complementares são importantes para diferenciar os alérgenos, mas não são fundamentais para o diagnóstico.

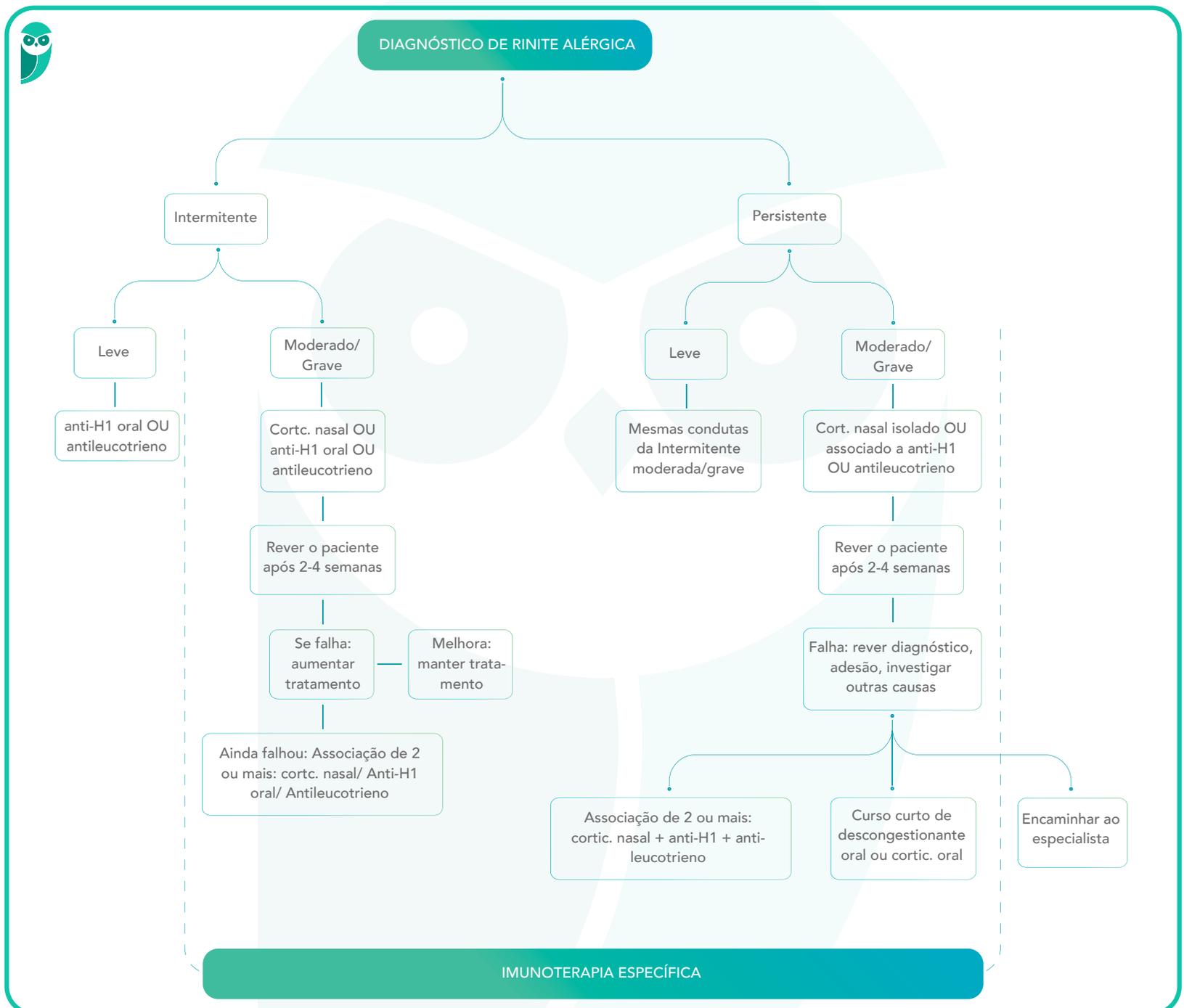
A realização do *prick test* (punctura) pode auxiliar nesse diagnóstico.

Também pode ser feita a determinação dos níveis séricos de IgE específicos para os principais aeroalérgenos.

Essa avaliação não sofre influência da utilização de medicação e pode complementar o *prick test* na busca entre os alérgenos preponderantes em cada paciente.

Uma das grandes importâncias de entendermos o quadro clínico e identificarmos a classificação é para chegarmos aqui: como resolver o problema?

Baseando-nos nos critérios apresentados acima, devemos proceder conforme o seguinte *guideline*:



O maestro do tratamento é o **corticoide tópico nasal**, porém os casos intermitentes leves podem ser manejados sem ele. Vamos julgar as alternativas.

Incorreta a alternativa A, os corticoides tópicos nasais (ou *sprays*) podem e devem ser utilizados de forma isolada ou em conjunto com medicações orais nos casos de rinites persistentes ou graves, além disso possuem grande segurança para uso prolongado pela sua baixa biodisponibilidade sistêmica e grande potência de efeitos locais.

Correta a alternativa B, há alguns anos, verificou-se uma associação entre os processos alérgicos que ocorriam em todo o trato respiratório por meio da fisiopatologia comum entre eles. Essa associação permite uma resposta inflamatória em uma localização distal a que recebeu o contato com o alérgeno. Com essa constatação, desenvolveu-se a teoria das vias aéreas unidas, deixando todas as manifestações alérgicas

respiratórias como uma “mesma doença”. Por essa teoria, é possível a exacerbação de sintomas nasais através do acometimento de outros sítios das vias respiratórias pelos alérgenos, explicando a associação entre rinite alérgica e asma.

Incorreta a alternativa C, a rinite alérgica pode sim causar alteração no sono por levar à hipertrofia dos cornetos inferiores. Essa hipertrofia causa obstrução nasal, que pode propiciar o ronco e eventualmente apneia do sono principalmente em crianças.

Incorreta a alternativa D, o diagnóstico é puramente clínico, baseado nos sinais e sintomas característicos associados a uma piora quando em contato com os aeroalérgenos. Os exames laboratoriais auxiliam a identificar os agentes e a quantificar o grau de sensibilidade. Porém, a imunoglobulina envolvida na rinite alérgica é o IgE, não o IgA.

Gabarito: alternativa B

46. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Com relação à dermatite atópica, julgue os itens a seguir.

- A) Não é importante para o diagnóstico a presença de história pessoal e/ou familiar de atopia e xerose com prurido cutâneo.
- B) A presença de IgE específica para alimentos reflete relação causal, e a dieta de exclusão deve ser orientada com base nos resultados laboratoriais positivos.
- C) A pulsoterapia com corticosteroides está indicada em casos que existe associação com outras condições atópicas (rinite, asma).
- D) Imunossupressores sistêmicos (ciclosporina, metotrexato) podem ser considerados em casos refratários ao tratamento tópico.

COMENTÁRIOS:

Olá, querido colega, vamos falar de dermatite atópica (DA)?

A dermatite atópica é a dermatose inflamatória crônica mais comum da infância.

A patogênese da DA depende de fatores genéticos e ambientais. Uma história familiar positiva de atopia, por exemplo, carrega um importante risco de desenvolvimento da dermatose. Frequentemente, é acompanhada de outros estigmas atópicos como asma e rinite. A DA costuma acometer mais bebês e crianças mais novas, enquanto a asma e a rinite acometem crianças mais velhas. Essa sequência, dependendo da idade da criança, é conhecida como “marcha atópica”.

A DA é, por definição, uma doença eczematosa, pruriginosa e crônica. As manifestações clínicas variam de acordo com a idade do paciente. Geralmente, três fases são identificadas:

1. dermatite atópica infantil (três meses aos dois anos) - grupo mais comum.
2. dermatite atópica pré-puberal (três anos aos 12 anos).
3. dermatite atópica da adolescência e do adulto (maior de 12 anos).

As lesões da DA modificam-se de acordo com os subgrupos. Nos pacientes lactentes, as lesões ocorrem principalmente na face (poupando a região central - nariz e boca), no couro cabeludo, no tronco e na região extensora dos membros (poupando a região coberta pelas fraldas). Já na fase pré-puberal, os locais mais acometidos são as dobras, principalmente fossas poplíteas e cubitais. Na fase adulta, essa distribuição permanece, porém as lesões assumem um caráter mais liquenificado indicando a cronicidade do quadro.



Distribuição da DA por idade



Lactente

3 meses - 2 anos
Face (bochecha)
Couro caberulo, orelhas
Face extensora dos membros

Pré-puberal

2 anos - 12 anos
Face (bochecha)
Face flexora dos membros

Puberal/Adulta

A partir dos 12 anos
Face flexora dos membros
(mais liquenificação)
Mãos, dorso dos pés

O diagnóstico de DA é clínico, não sendo necessário nenhum exame adicional.

O tratamento envolve medidas comportamentais e farmacológicas. As medidas comportamentais envolvem banhos frios e rápidos, pouco uso de sabonetes, prevenção de contato com alérgenos e apoio psicológico.

Uma das principais medidas farmacológicas é o uso de emolientes (hidratantes). Esses pacientes precisam receber hidratação intensa para melhorar a barreira cutânea. Os corticoides tópicos são a droga de escolha, geralmente de média potência.

Os pacientes com DA grave podem necessitar de tratamento sistêmico. Metotrexato e ciclosporina são as drogas mais utilizadas.

Vamos analisar as alternativas?

Incorreta a alternativa A. A história pessoal e/ou familiar de atopia são frequentes no histórico dos pacientes. A doença traz xerose cutânea associada a prurido intenso.

Incorreta a alternativa B. A presença de IgE específica indica apenas sensibilização e não alergia, portanto a dieta de exclusão está indicada apenas na presença de sintomas, não com base nos resultados laboratoriais.

Incorreta a alternativa C. Os corticosteroides sistêmicos devem ser evitados em virtude da possibilidade de efeito rebote após a suspensão e dos efeitos colaterais, devendo ser utilizados somente nas exacerbações com lesões disseminadas, por curtos períodos, não em dose de pulsoterapia.

Correta a alternativa D. Casos refratários ou graves de dermatite atópica podem ser tratados com imunossuppressores sistêmicos.

Gabarito: alternativa D

47. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Com relação à enurese, assinale a alternativa incorreta.

- A) Componentes psicossociais e de dinâmicas familiares, assim como a condução do desfralde, estão comumente associados à enurese e à encoprese.
- B) A enurese monossintomática raramente está associada a anormalidades orgânicas subjacentes significativas.
- C) A enurese polissintomática é mais comum do que a monossintomática.
- D) Os meninos de até dez anos de idade são um grupo de risco para a enurese.

COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista, a enurese noturna é o ato de apresentar diurese durante o período noturno (enquanto o paciente dorme), na idade em que o controle esfinteriano já está presente (5 anos de idade). Considera-se uma frequência mínima de um episódio mensal de enurese noturna, apesar de essa periodicidade variar de acordo com literaturas médicas diversas.

A classificação da enurese é subdividida em primária ou secundária, de acordo com sua evolução, e monossintomática ou polissintomática, considerando-se os sintomas apresentados.

Primária:

Leva em conta que a criança NUNCA apresentou continência noturna. Consideramos continência um período de controle miccional de pelo menos 6 meses. Representa a maioria dos casos, com cerca de 75 a 95% dos acometidos. Considera-se que a causa seja um atraso na maturação neurológica.

Secundária:

Relativa à criança que teve controle miccional por um período de 6 meses e passa a apresentar episódios de enurese. Corresponde a 10 a 20% dos casos. A enurese secundária pode ser atribuída ao estresse ou a fatores psicológicos.

- **Simples ou monossintomática:**

Ocorre quando a enurese não se associa a sintomas miccionais ou vesicais diurnos nem a anomalias do trato urinário ou neurológicas. Geralmente, o exame de urina é normal e não há história de infecção do trato urinário. Corresponde a 70 a 90% dos enuréticos. Nesses casos, pode-se encontrar história familiar de enurese noturna.

- **Polissintomática ou não monossintomática:**

Acontece quando sintomas diurnos como micção frequente, polaciúria, urgência miccional e jato urinário fraco estão associados. Podemos, ainda, encontrar outros sintomas associados, tais como obstipação intestinal, infecção do trato urinário e encoprese. Devemos nos atentar ao exame neurológico do paciente, uma vez que podemos encontrar pequenas anormalidades. Além disso, é necessária a avaliação cuidadosa do trato urinário baixo, procurando, principalmente, a presença de alterações estruturais. Acomete menos pacientes e o tratamento é mais suscetível a recidivas.

Segundo a Academia Americana de Pediatra, a investigação diagnóstica da enurese noturna deve ser pautada em anamnese detalhada, exame físico cuidadoso e avaliação laboratorial com a realização de um exame de urina 1 com urocultura. O restante dos exames deverá ser pautado nos achados clínicos.

O enunciado pede a Incorreta, vamos julgar as alternativas?

Correta a alternativa A. O desfralde precoce, quando a criança não está preparada para isso é uma das principais causas de enurese e de encoprese.

Correta a alternativa B. É monossintomática quando a única manifestação é a perda involuntária de urina durante o sono. Geralmente, não há anomalias neurológicas ou do trato urinário e corresponde a 70 a 90% dos enuréticos.

Incorreta a alternativa C. Portanto, é a resposta da questão. A enurese monossintomática é mais comum do que a polissintomática.

Correta a alternativa D. Crianças de classes socioeconômicas mais baixas e com casos na família consistem em outros grupos de risco.

Gabarito: alternativa C

48. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Uma criança de 6 meses é levada a consulta de puericultura para ser orientada quanto à introdução alimentar. Que alimentos são considerados potencialmente alergênicos a esse lactente?

- A) Ovo, peixe e amendoim somente podem ser ofertados após a criança completar 10 meses de vida.
- B) Ovo, peixe, amendoim, castanha e glúten podem ser ofertados a partir do 6º mês de vida mesmo se a criança tiver história familiar de atopia.
- C) Castanha e glúten somente podem ser ofertados após a criança completar 12 meses de vida.
- D) Ovo, peixe, amendoim, castanha e glúten podem ser ofertados a partir do 6º mês de vida somente se a criança não tiver história familiar de atopia.

COMENTÁRIOS:

Olá, querido Estrategista, questão sobre introdução alimentar.

No primeiro ano de vida, a alimentação do bebê deve ser de leite materno exclusivo até os 6 meses, seguido de introdução alimentar mais leite materno a partir dessa idade. O leite materno deve ser mantido, no mínimo, até os 2 anos.

A alimentação das crianças deve ser sempre saudável. Vamos resumir os principais pontos a serem considerados e que são bastante cobrados em provas:

Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até os 2 anos de idade.

Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.

Não há regras para iniciar com o doce (frutas) ou salgado. Porém, o lactente tende a ter uma preferência pelo doce, por isso geralmente iniciamos por ele.

As frutas devem ser oferecidas, *in natura*, ou seja, puras. Elas devem ser raspadas, amassadas ou picadas e oferecidas na colher. Os sucos, inclusive os naturais, devem ser evitados, pois a não ingestão de fibras e a ingestão de calorias predispõe à obesidade. Nenhuma fruta é contraindicada.

A papa salgada hoje é chamada de papa de misturas múltiplas. Essa mudança de nome ocorreu para lembrarmos que o sal não deve ser utilizado no preparo das refeições, apenas temperos naturais.

A comida não deve ser triturada no liquidificador nem passada na peneira. Ela deve ser cozida e amassada. A carne não deve ser retirada, ela deve ser picada ou desfiada.

O ovo pode e deve ser oferecido. Não há indicação de adiar sua introdução nem de excluir a gema.

Alimentos potencialmente alergênicos devem ser iniciados já na introdução alimentar. Retardar sua oferta aumenta a chance de alergia futura.

No primeiro ano de vida, não está recomendado o consumo de mel. Nessa faixa etária, os esporos do *Clostridium botulinum* são capazes de produzir toxinas na luz intestinal e podem causar o botulismo.

A consistência dos alimentos deve aumentar gradativamente, aos 12 meses, é recomendado que a alimentação da criança seja a mesma da família.

A alimentação deve respeitar a fome da criança, porém é recomendado que seja oferecida, no mínimo, em intervalos regulares, de acordo com os horários de refeição da família.

Dito isso, a alternativa correta é a que traz que os alimentos potencialmente alergênicos devem ser dados já aos 6 meses, independentemente da história familiar de atopia.

Incorreta a alternativa A, podem ser ofertados já aos 6 meses.

Correta a alternativa B.

Incorreta a alternativa C, podem ser ofertados já aos 6 meses.

Incorreta a alternativa D, podem ser ofertados já aos 6 meses, mesmo com história familiar de atopia.

Gabarito: alternativa B

49. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Criança de 5 anos comparece a atendimento acompanhada de sua mãe que relata que ela apresentou quadro autolimitado de rinofaringite há 9 dias. Há 1 dia, o paciente está apresentando petéquias e equimoses não pruriginosas em extremidades inferiores e em região glútea associadas à artralgia e à limitação de movimento em joelhos e tornozelos, além de dor abdominal periumbilical intermitente. Aferida sua pressão arterial, sem alterações. Exames complementares, hemograma completo, parasitológico de fezes, coagulograma, ureia e creatinina normais. Apresenta ASLO negativo e seu resultado de urina de rotina mostra hematúria +, proteinúria +, sem piúria.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Glomerulonefrite pós-estreptocócica
- B) Síndrome hemolítico-urêmica
- C) Lúpus eritematoso sistêmico
- D) Vasculite por IgA

COMENTÁRIOS:

Olá Estrategista, o enunciado desta questão apresenta uma criança que teve uma infecção de vias aéreas superiores prévia e evoluiu com:

- lesões purpúricas em membros inferiores
- comprometimento articular
- dor abdominal
- hematúria e proteinúria
- hemograma sem plaquetopenia

Esses dados são muito sugestivos da Vasculite por IgA.

A vasculite por IgA, ou púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), é a principal causa de vasculite sistêmica de pequenos vasos em crianças, sendo que 90% dos casos ocorrem em crianças menores de 10 anos, com predomínio do sexo masculino.

Caracteriza-se por ser uma doença autolimitada, que respeita a sazonalidade e cujas principais manifestações são:

- Púrpura palpável sem plaquetopenia ou coagulopatia
- Artrite ou artralgia
- Dor abdominal
- Doença Renal

As Infecções de vias aéreas superiores (IVAS) precedem a PHS em 50% dos casos. Agentes como *Streptococo* beta-hemolítico do grupo A (EBGA), *Mycoplasma sp*, adenovírus e herpes vírus já foram descritos precedendo quadros de PHS em crianças. Outros fatores desencadeantes são: medicamentos, picadas de insetos, vacinas entre outros.

Na PHS, imunocomplexos de IgA são depositados em pequenos vasos, ocasionando uma resposta inflamatória que favorece o surgimento de petéquias e púrpuras. Outras manifestações podem ser encontradas como a vasculite intestinal, renal e a artrite.

O achado histopatológico da PHS é de uma vasculite leucocitoclástica de pequenos vasos com deposição de imunocomplexos constituídos, principalmente, por IgA. A biópsia de pele mostra o envolvimento de veias de pequeno calibre com infiltrado de neutrófilos e monócitos e a imunofluorescência apresenta depósitos de IgA, fração C3 do complemento e depósito de fibrina.

Observe os critérios diagnósticos:

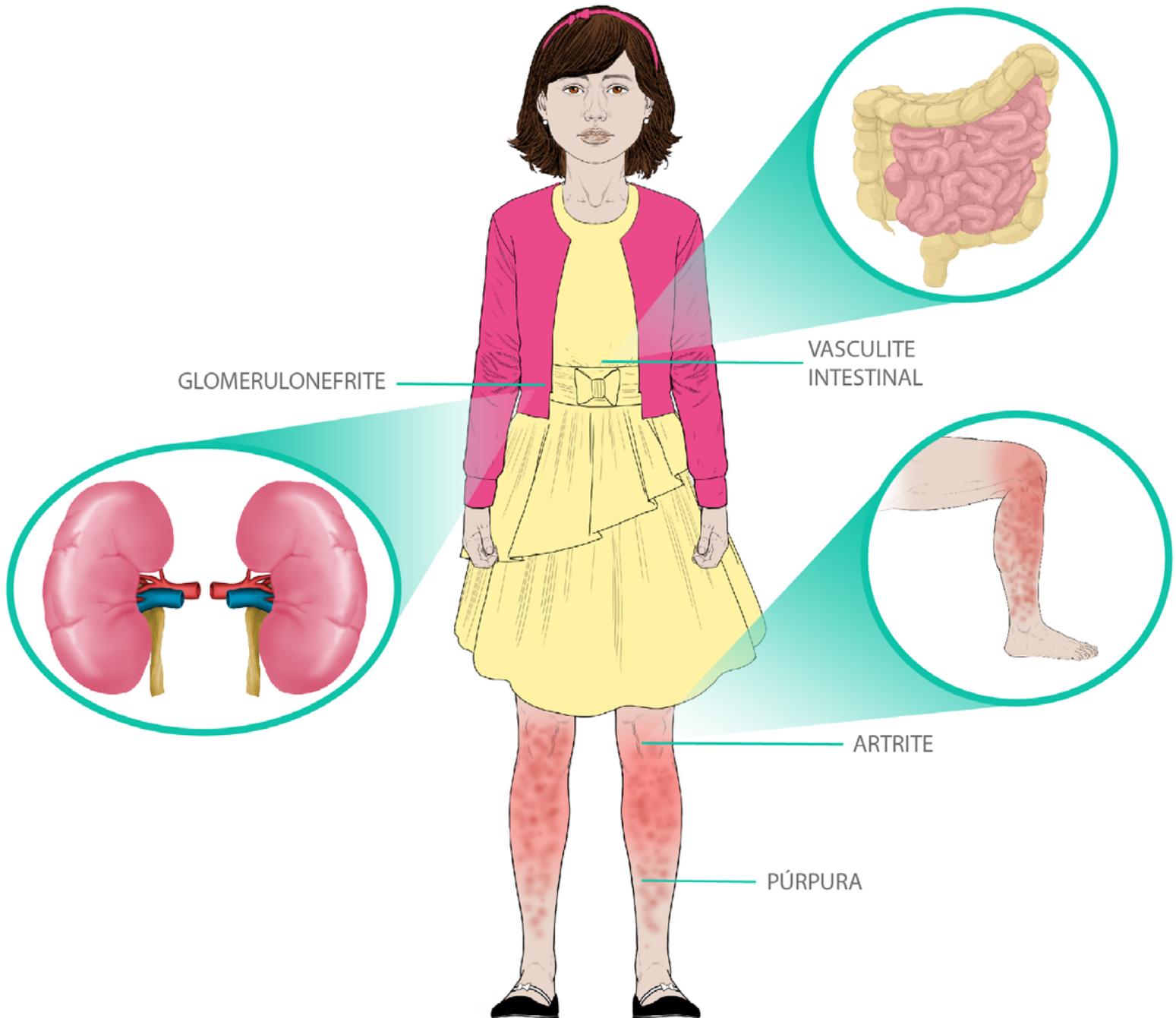
Púrpura palpável (sem trombocitopenia ou coagulopatia) com predominância em membros inferiores (CRITÉRIO OBRIGATÓRIO), mais um dos seguintes:

- Dor abdominal (difusa de início agudo)
- Artrite ou artralgia de início agudo
- Envolvimento renal (proteinúria ou hematúria)
- Vasculite leucocitoclástica ou glomerulonefrite proliferativa com deposição predominante de IgA

Observe:



PÚRPURA DE HENOCH-SHÖNLEIN



O tratamento é de suporte com analgésicos comuns e anti-inflamatórios não hormonais (AINE), que são indicados para o controle da dor leve a moderada, desde que não haja comprometimento renal ou sangramento gastrointestinal.

Em caso de dor abdominal severa, os glicocorticoides como a prednisona são indicados. Embora essa abordagem melhore o processo inflamatório, ela não é capaz de prevenir complicações da doença.

Vamos julgar as alternativas.

Incorreta a alternativa A, na glomerulonefrite pós-estreptocócica, há uma infecção prévia pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, que pode ser de pele ou de garganta, e a criança evolui com edema, hematúria e hipertensão, podendo apresentar alterações nos níveis de ureia e creatinina. Essa criança não teve hipertensão, além disso não se espera encontrar dor articular, manifestações cutâneas e dor abdominal na glomerulonefrite pós-estreptocócica.

Incorreta a alternativa B, na síndrome hemolítico-urêmica típica, a criança apresenta uma infecção intestinal causada pela *E. coli* O157:H7 e evolui com comprometimento da função renal, anemia hemolítica microangiopática e plaquetopenia. O hemograma dessa criança está normal, sem comprometimento da função renal.

Incorreta a alternativa C, o lúpus eritematoso é uma condição rara em crianças e não apresenta o caráter agudo observado nesse caso, além disso as lesões de pele costumam acometer a face, não são localizadas em membros inferiores.

Correta a alternativa D, diante dos dados apresentados, este é o diagnóstico mais provável.

Gabarito: alternativa D

50. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Lígia Modelli) Com relação à acne, julgue os itens:

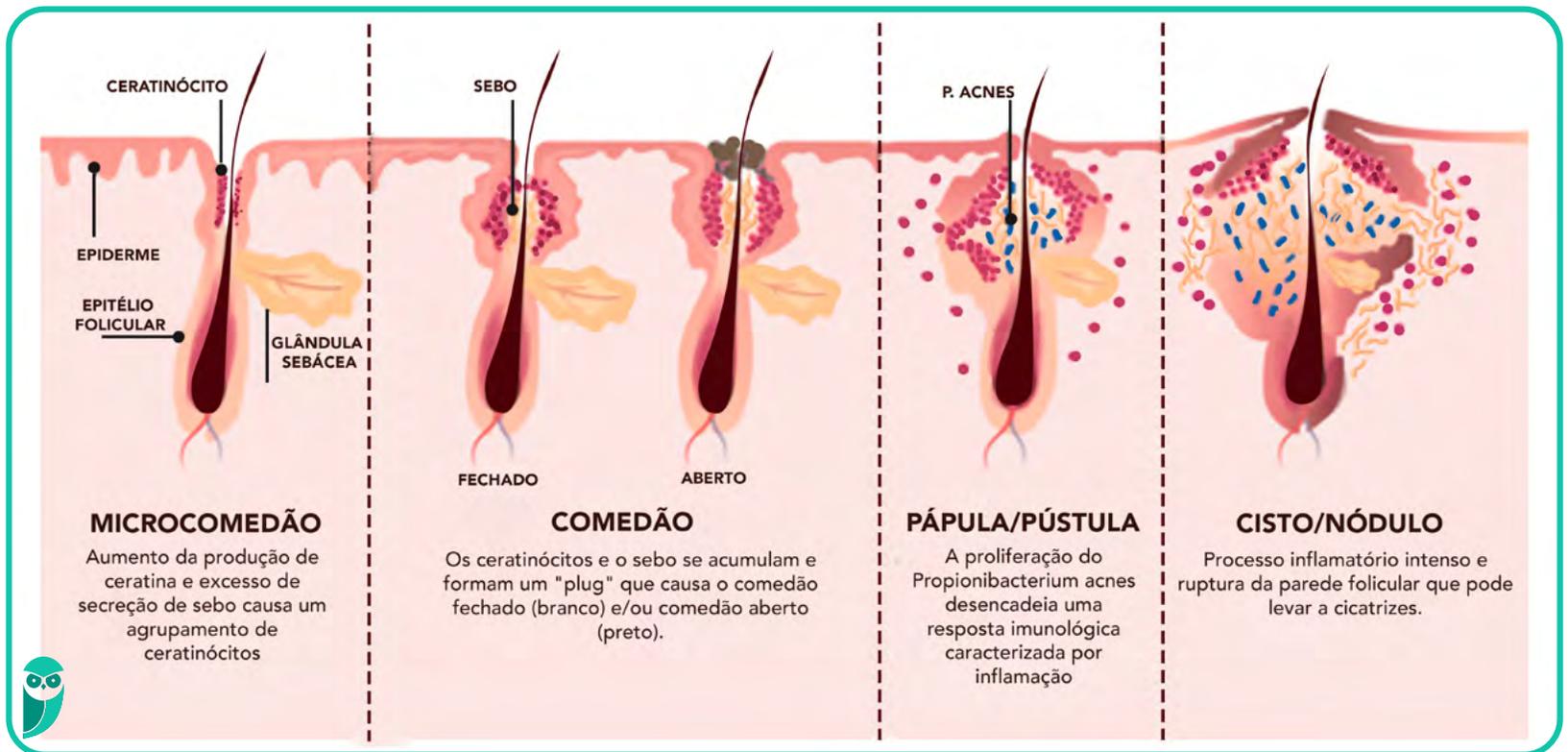
- A) A acne do adolescente tem componentes hereditário, hormonal e emocional.
- B) Na acne grau I, o tratamento de escolha é tópico, com o uso de retinoides.
- C) O peróxido de benzoíla provoca ressecamento da pele e mucosa e dores musculares.
- D) A exposição ao sol contribui para a melhora do tratamento.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, vamos falar de acne?

Os principais fatores implicados na fisiopatologia da acne são:

- Hiperqueratinização folicular
- Hipersecreção sebácea
- Colonização microbiana do *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*)
- Ativação de processo inflamatório



O processo inicial é a formação do microcomedão. Há hiperproliferação e descamação reduzida dos ceratinócitos associadas a um aumento da atividade das glândulas sebáceas. O acúmulo de sebo e ceratinócitos forma um "plug" córneo no ducto folicular e há o desenvolvimento dos comedões (abertos e fechados).

As glândulas sebáceas são ativadas pela ação dos andrógenos. Altas taxas de secreção sebácea podem estar relacionadas à gravidade da acne. O *P. acnes* dá origem à inflamação. Há liberação de citocinas e quimiotaxia de neutrófilos (formando as pápulas e pústulas). A inflamação pode atingir um grau tão importante que há ruptura da parede folicular. Isso leva à formação dos nódulos e cistos (acne nódulo-cística).

Temos os seguintes graus de acne:

| Grau da acne | Descrição clínica |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acne comedoniana (grau I) | A predominância das lesões é de comedões abertos e fechados. Geralmente se inicia pelo nariz, fronte e mento. |
| Acne papulopustulosa (grau II) | Há predominância das lesões inflamatórias, pápulas e pústulas, podendo haver comedões. |
| Acne nodulocística (grau III) | Há comedões, pápulas, pústulas e nódulos. Esses nódulos são formados a partir da ruptura folicular, com intensa reação inflamatória. |
| Acne conglobata (grau IV) | Além dos nódulos em grande número, há a formação de abscessos e fístulas. Tem maior incidência em homens. |
| Acne fulminante (grau V) | Esse tipo é muito raro. Pode haver a necrose das lesões cutâneas acompanhada de sintomas sistêmicos como febre, leucocitose, poliartralgia e lesões ósseas. |

E, agora, veja como realizamos os tratamentos de acordo com cada grau.

| Grau da acne | Tratamento |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acne grau I e II | Retinoide tópico isolado; peróxido de benzoíla (PB) isolado; associação de retinoide + PB. Em casos extensos, pode ser administrado antibiótico por via oral. |
| Acne grau III, IV | Terapia sistêmica + tópica. Antibiótico por via sistêmica + retinoide tópico; isotretinoína. |
| Acne grau V | Prednisona. Introduzir isotretinoína após controle da inflamação sistêmica. |

Diante do exposto, vamos julgar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Há um componente hereditário, de tal forma que filhos de pais que tiveram acne apresentam maior risco de desenvolver acne. Porém, não há relação entre fatores emocionais e a acne.

Correta a alternativa B. Conforme explicado acima.

Incorreta a alternativa C. O peróxido de benzoíla pode levar à leve irritação da pele e manchar as roupas. Porém, não causa dores musculares.

Incorreta a alternativa D. A exposição ao sol não contribui para melhora do tratamento da acne. Inclusive, se for excessiva, pode exacerbar um quadro de acne.

Gabarito: alternativa B



[VEJA O RANKING](#)



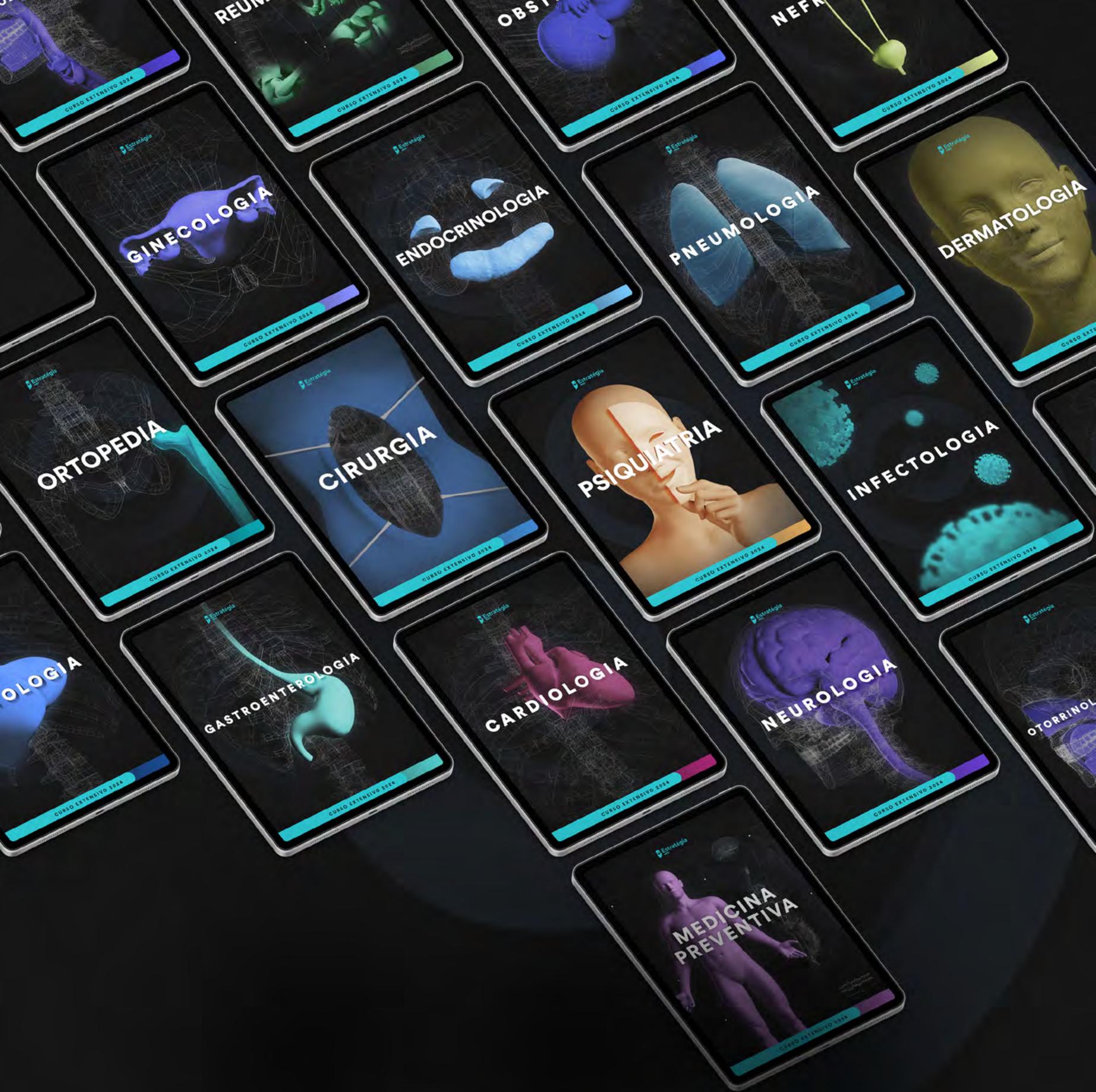
 [Estratégia MED](#)

 [@estrategiamed](#)

 [@estrategiamed](#)

 [t.me/estrategiamed](#)

 [/estrategiamed](#)



med.estrategia.com