

GABARITO

PROVA DISCURSIVA

R3 - PEDIATRIA (514 e 515)

QUESTÃO 01:

A principal manifestação clínica (quase universal) é o edema (de início insidioso, mole e frio), que pode evoluir para anasarca. Adinamia, astenia, taquidispneia (em decorrência de derrame pleural e/ou ascite). Hepatomegalia também pode ser encontrada. Pode haver hipertensão.

Dor abdominal pela doença, ou como complicação (peritonite bacteriana espontânea), e diarreia.

Outros achados: câibras, parestesias, cefaleia, convulsões, náuseas, vômitos (decorrentes de distúrbios eletrolíticos ou uremia).

QUESTÃO 02:

Proteinúria maior que 50mg/kg/dia, ou 40mg/m²/h, ou > 3+ de proteínas no EAS, ou > 2mg/mg em amostra isolada de urina (spot urinário);

Hipoalbuminemia (geralmente abaixo de 2,5g/dL);

Colesterol, triglicerídeos e lipoproteínas elevados;

Hematúria em cerca de 25% dos casos;

Cilindrúria;

Elevação da fração alfa-2 na eletroforese de proteínas;

Imunoglobulinas IgG e IgA baixas;

Elevação de ureia e creatinina;

Distúrbios eletrolíticos (hipocalcemia, hipocalemia, hiponatremia).

Indicações de biópsia: pacientes com idade menos de 1 ano ou mais de 10 anos; hematúria macroscópica ou microscópica permanente; hipertensão arterial severa; disfunção renal; hipocomplementenemia; sintomas extrarrenais (rash, púrpura); síndrome nefrótica corticorresistente; avaliação de potencial nefrotoxicidade dos inibidores de calcineurina.

QUESTÃO 3:

Para induzir a remissão da doença, utilizar prednisona (60mg/m², ou 2mg/kg/dia; máximo de 60mg/dia), durante quatro a seis semanas, com redução gradativa posteriormente, completando oito a 12 semanas de tempo total de corticoide.

Nos pacientes que apresentam recidivas frequentes e que são corticodependentes, pode-se usar outros imunossupressores, como ciclofosfamida, ciclosporina, tacrolimo, micofenolato de mofetila, rituximabe.

Diuréticos devem ser evitados de forma geral, devido à redução do volume sanguíneo efetivo desses pacientes. Se não houver hipovolemia, na presença de edema significativo, pode-se usar diuréticos (pacientes em anasarca, com edema de bolsa escrotal, derrame pleural, insuficiência cardíaca), como a hidroclorotiazida, a espironolactona e a furosemida. Em alguns casos, está indicada a albumina a 20% (0,5 – 1 g/Kg/dia), associada à furosemida.

GABARITO

PROVA DISCURSIVA

R3 - PEDIATRIA (514 e 515)

Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e/ou bloqueadores do receptor da angiotensina estão indicados no controle da proteinúria.

Estatinas em alguns casos de hiperlipidemia persistente.

QUESTÃO 4:

Anorexia nervosa - subtipos restritivo e purgativo, e Bulimia Nervosa.

QUESTÃO 5:

- Peso corporal inferior a 80% do peso ideal para idade e sexo;
- instabilidade hemodinâmica: PA < 80x50mmHg ou queda > 10mmHg em ortostatismo, FC < 50bpm em repouso ou aumento >25bpm em ortostatismo;
- hipotermia < 36,1 °C;
- comprometimento agudo do estado mental;
- desidratação grave;
- distúrbios hidroeletrólíticos.

QUESTÃO 6:

Diagnóstico: choque séptico secundário à infecção musculoesquelética profunda (como artrite séptica ou piomiosite) após trauma fechado.

Agente etiológico mais provável: *Staphylococcus aureus* (incluindo MRSA).

QUESTÃO 7:

Sinais clínicos:

febre (39,5°C); prostração e vômitos (alterações do nível de consciência e baixo débito cardíaco); hipotensão (PA = 84x48mmHg); taquicardia e extremidades frias; enchimento capilar lento

Sinais laboratoriais:

Leucocitose com desvio à esquerda; PCR elevada; lactato aumentado; acidose metabólica; hemocultura positiva.

QUESTÃO 8:

- Antibiótico empírico: oxacilina + clindamicina e vancomicina. – Cobertura para *Staphylococcus aureus* (MRSA).
- Volume: cristalóide 20mL/kg em bolus (até 60mL/Kg) – reverter hipoperfusão.
- Amina vasoativa: adrenalina, se refratário a volume, na dose de 0,05 a 0,3mcg/kg/min.
- Imagem: USG ou RM para definir o foco infeccioso.
- Cirurgia: drenagem cirúrgica se coleção – controle de foco.

GABARITO

PROVA DISCURSIVA

R3 - PEDIATRIA (514 e 515)

- Internação em UTI e monitorização contínua.

QUESTÃO 9:

A icterícia fisiológica do recém-nascido a termo tem início após 24 a 36 horas de vida.

O exame físico do recém-nascido, com exceção da icterícia, é normal.

A bilirrubina sérica, em geral, não ultrapassa 12mg/dL, e o predomínio é de sua fração indireta ou não conjugada, e atinge seu pico em torno do terceiro dia de vida.

QUESTÃO 10:

A icterícia fisiológica do recém-nascido a termo acontece devido à:

- maior produção de bilirrubina secundária;
- maior massa eritrocitária;
- menor sobrevivência das hemácias;
- maior eritropoiese ineficaz;
- menor captação, conjugação e excreção de bilirrubina devido à imaturidade hepática nas primeiras semanas de vida;
- sobrecarga de bilirrubina ao hepatócito pelo aumento da circulação entero-hepática.