

01|

Menino de sete anos de idade chegou à UTI Pediátrica com quadro clínico de desconforto respiratório, com tiragem intercostal, supraesternal e subdiafragmática, com retração de fúrcula e batimento de asas, FR = 60 ipm, Sat = 70% em ar ambiente, FC = 180, pulsos finos, escala de Glasgow = 8 e diagnóstico de pneumonia comunitária com derrame pleural pequeno à direita.

Nesse caso, a conduta de suporte ventilatório mais adequada e imediata é:

- a) instalar ventilação não invasiva com objetivo de manter SatO₂ acima de 92%
- b) fazer gasometria arterial e, a partir do seu resultado, tomar as próximas condutas
- c) intubar e instalar ventilação mecânica invasiva, tomando as próximas condutas, em seguida
- d) manter o paciente em máscara de Venturi com FiO₂ = 0,50, drenar o derrame pleural e avaliar sua evolução nas duas horas seguintes

02|

Considere o caso de paciente em parada cardiorrespiratória, que não responde às manobras iniciais de ressuscitação e permanece sem pulso, com ECG evidenciando ritmo sinusal.

Nesse caso, deve-se investigar como provável fator desencadeante o seguinte quadro clínico:

- a) coma hiperosmolar
- b) pneumotórax hipertensivo
- c) acidente vascular cerebral
- d) insuficiência cardíaca congestiva

03|

Para tratamento de Taquicardia Supra-Ventricular (TSV) na criança não responsiva a manobras vagais, a primeira droga de escolha é:

- a) atropina
- b) digoxina
- c) adenosina
- d) adrenalina

04|

Uma criança de dois anos de idade que está sendo atendida na sala de medicações, logo ao início da infusão de um medicamento, tem perda da consciência, má perfusão de extremidades e cianose periférica.

Ao exame físico, feito de forma sumária, observa-se que a criança respira espontaneamente e mantém uma frequência cardíaca de 120 bpm à ausculta do precórdio. Os pulsos periféricos são de palpação muito difícil pela diminuição da amplitude. A criança está recebendo oxigênio sob máscara.

A conduta correta, nesse momento, é administrar o seguinte medicamento através da seguinte via, respectivamente:

- a) adrenalina / IV
- b) adrenalina / SC
- c) hidrocortisona / IM
- d) hidrocortisona / IV

05|

Um paciente apresentou por duas vezes reação transfusional febril não hemolítica enquanto recebia uma unidade de concentrado de hemácias. Em caso de necessidade de nova transfusão, esse paciente teria indicação de receber concentrado de hemácias:

- a) lavadas
- b) irradiadas
- c) fenotipadas
- d) leucorreduzidas

06|

Na ventilação com pressão de suporte, o respirador assiste à ventilação através da manutenção de uma pressão positiva, pré-determinada, durante a inspiração, até que o fluxo inspiratório do paciente reduza-se a um nível crítico.

Esse nível crítico corresponde, aproximadamente, ao seguinte percentual do pico de fluxo inspiratório:

- a) 10
- b) 25
- c) 40
- d) 55

07|

Diante de uma criança em cetoacidose diabética, na sexta hora de tratamento, que agora está hidratada e com diurese de 2 mL/kg/hora, tem glicemia = 90 mg/dL, pH = 7,20, HCO₃ = 10 mEq/L e K⁺ sérico = 5 mEq/L. Sabendo-se que ela estava com infusão de insulina regular intravenosa de 0,1 U/kg/hora, soro glicosado a 2,5% e potássio 20 mEq/L, a melhor conduta é:

- a) diminuir a infusão de insulina para 0,5 U/hora e retirar o potássio da hidratação venosa
- b) suspender a infusão venosa de insulina, passando-a para a via subcutânea e manter a hidratação venosa
- c) manter a infusão de insulina, aumentar a concentração do soro glicosado para 5% e manter a reposição venosa de potássio em 20 mEq/L
- d) manter a infusão de insulina, a hidratação venosa, a reposição venosa de potássio em 20 mEq/L e fazer reposição de bicarbonato de sódio a 8,4%, 1 mEq/Kg, em 2 horas

08|

Considere o caso de um paciente na UTIP com as seguintes alterações eletrocardiográficas: depressão do segmento ST, aumento da amplitude da onda U, diminuição da amplitude da onda T e alargamento do complexo QRS.

Nesse caso, a opção terapêutica correta é:

- a) infusão de potássio
- b) infusão de cálcio
- c) cardioversão
- d) amiodarona

09|

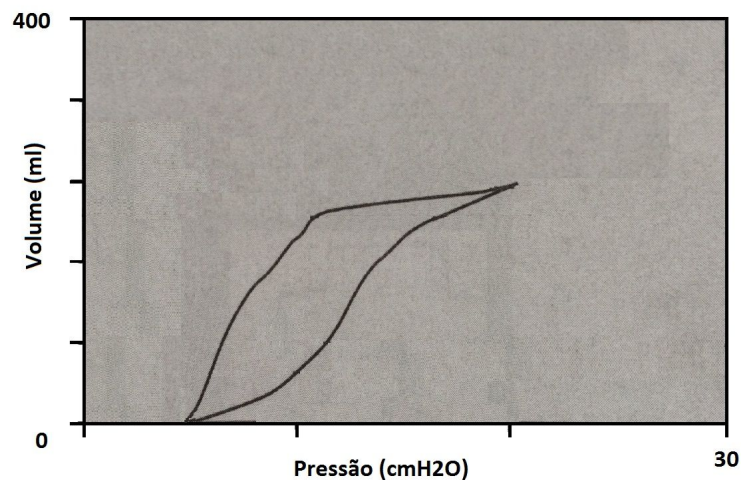
A atropina é um agente anticolinérgico que pode ser usado para o tratamento da:

- a) bradicardia decorrente de estímulo vagal
- b) assistolia que não responde à adrenalina
- c) assistolia com duração superior a 20 minutos
- d) bradicardia observada durante um episódio de hipóxia grave

10|

Paciente com cinco anos de idade, peso 22 kg, em pós-operatório imediato de ressecção de tumor cerebral, será mantido em ventilação mecânica invasiva por 24 horas para suporte. Colocado inicialmente em modo assisto-controlado por pressão com os seguintes parâmetros: PIP = 21 cmH₂O, PEEP = 5 cmH₂O, FR = 16 ipm, FiO₂ = 60%, tempo inspiratório 0,80 seg com SaO₂ = 100% e ETCO₂ = 36 mmHg.

O gráfico ventilatório apresenta a seguinte curva volume-pressão:



Para um suporte ventilatório mais adequado e seguro, o ajuste inicial a ser feito é:

- a) reduzir a FiO₂ para diminuição da hiperóxia e evitar lesão cerebral
- b) aumentar a FR para aumento do volume corrente e evitar hipercapnia
- c) reduzir a PIP para diminuição da distensão pulmonar e evitar barotrauma
- d) aumentar a PEEP para aumento da complacência pulmonar e evitar atelectasia

11|

Paciente em insuficiência respiratória permaneceu sedado com fentanil e midazolam por 12 dias. Após suspensão da ventilação e sedação, apresentou quadro de vômito, diarreia, taquipneia, febre e tremores.

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) pneumonia ligada à ventilação mecânica
- b) síndrome de abstinência
- c) choque séptico
- d) gastroenterite

12|

Na ventilação mecânica convencional, os parâmetros iniciais de ventilação em pacientes com doenças obstrutivas de vias aéreas inferiores teriam como objetivo:

- a) manter o PIP alto para vencer a resistência, $P_{plateau}$ 30-35, tempo inspiratório e expiratório altos em função da constante de tempo curta e FR elevada
- b) elevar PIP devido à baixa complacência, aceitando hipercapnia e hipoxemia moderada, elevar a PEEP para aumentar a capacidade residual funcional
- c) reverter hipoxemia, manter tempo inspiratório curto, tempo expiratório longo em razão de constantes de tempo curtas e aumentar a FR para eliminar o CO_2
- d) distribuir a ventilação nas áreas não obstruídas com menor resistência e também as obstruídas e mal ventiladas com maior resistência e maior constante de tempo, reverter hipoxemia e tolerar $PaCO_2$ elevado

13|

O uso da adrenalina na criança com ausência de pulso se justifica após a imediata verificação de:

- a) bradicardia vagal
- b) FC inferior a 60 bpm
- c) taquicardia ventricular
- d) ausência de movimentos respiratórios associados

14|

Paciente com choque séptico, três anos de idade, internado na UTI, apresenta sangramento importante pelo tubo orotraqueal, nasal, trato gastrointestinal e em locais de punção venosa. Pensa-se em coagulação intravascular disseminada, que pode ser encontrada nesses pacientes.

Confirmada a hipótese, os exames de laboratório apresentariam os seguintes padrões:

- a) diminuição do PDF, aumento do fibrinogênio, prolongamento do TP e PTT
- b) trombocitopenia, diminuição do PTT e prolongamento do TP, aumento D-dímero
- c) aumento do PTT e TP, aumento das plaquetas, aumento do fibrinogênio e do PDF
- d) trombocitopenia, aumento do PDF, prolongamento do TP e PTT, diminuição do fibrinogênio

15|

A hiperleucocitose é uma emergência médica. Os órgãos mais afetados nessa situação são:

- a) cérebro e pulmão
- b) fígado e cérebro
- c) coração e rins
- d) rins e pulmão

16|

O edema cerebral é sempre uma complicação temida na cetoacidose diabética (C.A.D.) infantil, podendo ser prevenido através de:

- a) reposição intravenosa rápida de fluidos para corrigir o choque
- b) terapêutica insulínica para queda da glicemia quando superior a 100 mg/dl/h
- c) reposição de glicose intravenosa assim que a glicemia atingir 250 a 300 mg/dl
- d) uso do bicarbonato de sódio sempre que o bicarbonato sérico estiver inferior a 15 mEq/l

17|

Na Síndrome de Realimentação do Desnutrido observam-se as seguintes alterações no metabolismo do paciente:

- a) hipoglicemia, hiponatremia e hipocalcemia
- b) hipofosfatemia, hipercalemia e hipocalcemia
- c) hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipocalcemia
- d) hipomagnesemia, hiperpotassemia e hipoglicemia

18|

Os quatro principais conceitos bioéticos para a prática da Medicina Intensiva são:

- a) competência, prudência, perícia, e justiça
- b) autonomia, justiça, competência e perícia
- c) beneficência, não maleficência, perícia, e prudência
- d) beneficência, não maleficência, autonomia e justiça

19|

É internado na UTI Pediátrica um paciente com um quadro de choque séptico refratário a volume e a inotrópicos no atendimento da 1ª hora feito na Emergência. É mantido o tratamento com volume e inotrópicos e tomadas medidas para melhor monitoramento do paciente. Punciona-se um acesso venoso central através do qual se observa a saturação venosa central de oxigênio e instala-se um cateter para avaliação da pressão arterial média de forma contínua. As avaliações mostram que o paciente mantém um débito cardíaco inadequado. Apesar de não haver doença pulmonar, o paciente mantém-se taquipneico e o médico opta pela sedação, intubação orotraqueal e ventilação mecânica controlada. Após o início da ventilação mecânica, é observada nítida melhora do débito cardíaco do paciente.

Nesse caso, a ventilação mecânica contribuiu para a melhora do débito cardíaco da seguinte forma:

- a) diminuiu a necessidade de um maior fluxo sanguíneo pulmonar, permitindo a redistribuição desse volume de sangue e aumentando o débito cardíaco
- b) diminuiu o retorno venoso para o lado direito do coração, evitando que a circulação pulmonar ficasse sobrecarregada e que houvesse sobrecarga na circulação sistêmica
- c) diminuiu o recrutamento alveolar, mesmo não havendo pneumonia e, dessa forma, permitiu melhor funcionamento do miocárdio, que terá uma força de contração sistólica mais eficaz
- d) aumentou o retorno venoso para o lado direito do coração, permitindo que débitos progressivamente maiores fossem observados na circulação pulmonar e, conseqüentemente, na circulação sistêmica

20|

Criança com seis anos de idade, vítima de atropelamento, apresenta TCE e foi admitida na emergência com pontuação na escala de Glasgow de 7. Não foi verificada nenhuma outra lesão. A PA era 130x80 mmHg, respirava espontaneamente com saturação arterial de oxigênio 97%.

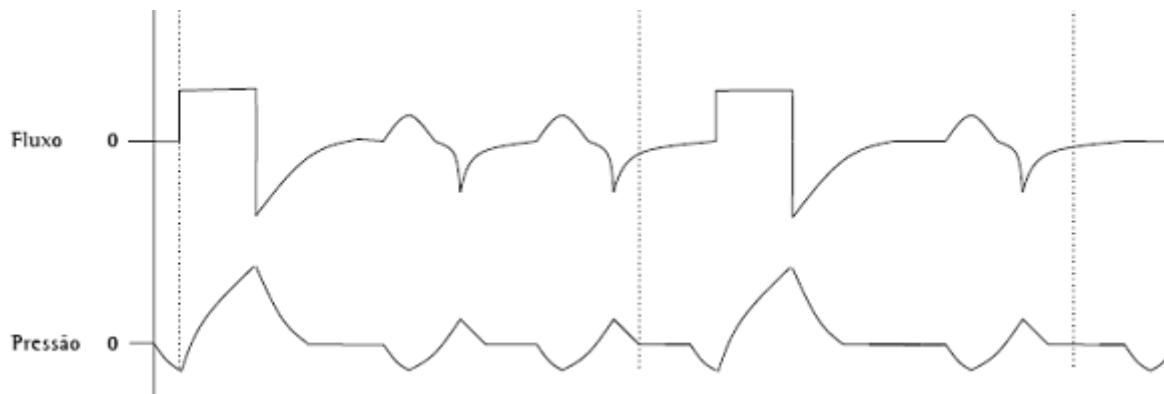
Nesse momento, está indicada a seguinte medida:

- a) sedação com quetamina
- b) intubação traqueal e ventilação mecânica
- c) administração de anti-hipertensivos sistêmicos
- d) restrição hídrica de 50%-60% das necessidades basais

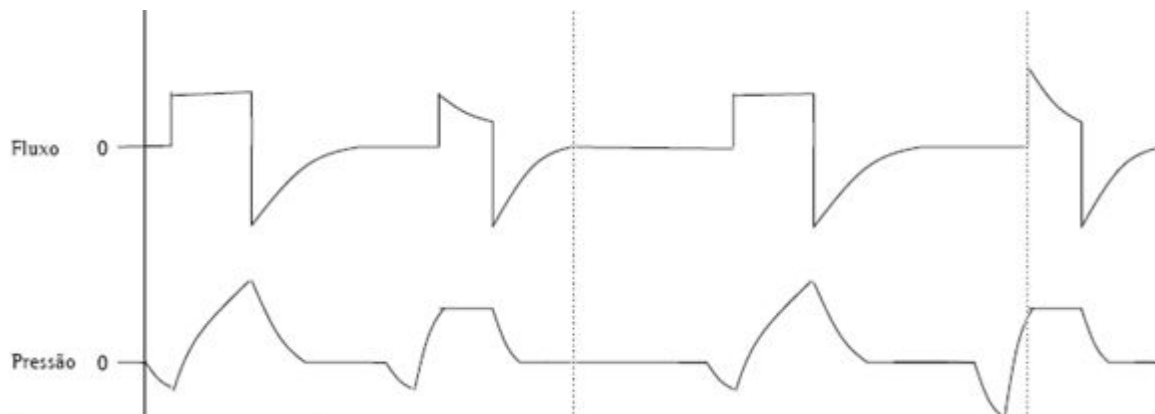
21|

Observe os gráficos de curvas de fluxo X tempo e pressão X tempo, abaixo, e assinale a opção que indica o modo de ventilação correspondente à numeração de cada gráfico:

1.



2.



- a) 1. Ventilação mandatória intermitente (VMI)
2. Pressão de suporte (P. sup)
- b) 1. Ventilação mandatória intermitente (VMI)
2. Ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV)
- c) 1. Ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV) + Pressão de suporte (P. sup)
2. Ventilação mandatória intermitente (VMI)
- d) 1. Ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV)
2. Ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV) + Pressão de suporte (P. sup)

22|

O uso da furosemida na insuficiência renal se justifica com a seguinte finalidade:

- a) tratar a congestão circulatória
- b) aumentar a filtração glomerular
- c) prevenir a nefrotoxicidade tubular
- d) impedir a progressão para necrose tubular aguda

23|

Uma criança de 1 ano e 3 meses tem uma cardiopatia congênita cianótica conhecida como Tetralogia de Fallot. Segundo sua mãe, ele aguarda por uma cirurgia para correção definitiva do problema. Hoje, veio à Emergência porque está muito dispneico e, segundo a mãe, está muito mais cianótico do que de costume. O exame físico é difícil, pois ele está bastante irritado. Trata-se de uma crise hipóxica grave. O tratamento com oxigênio, posição genu-peitoral e morfina não leva ao resultado esperado, e o paciente permanece em crise hipercrianótica.

Dentre as condutas abaixo relacionadas, a de melhor escolha, nesse caso, é:

- a) diazepam via IV
- b) propranolol via IV
- c) nebulização com β_2 adrenérgico
- d) nebulização com brometo de ipratrópio

24|

Paciente de dois anos de idade com leucemia linfoblástica aguda encontra-se com febre. O responsável refere início do quadro há 24 horas, com coriza, tosse, náuseas e inapetência. O exame físico não apresenta nenhuma alteração além de uma mucosite oral. O hemograma pela urgência mostra neutropenia.

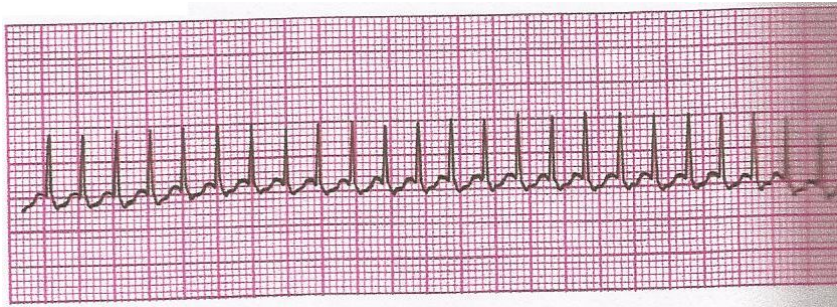
No quadro exposto, os dois fatores que levam à classificação dessa neutropenia febril como alto risco são:

- a) leucemia e duração do quadro
- b) duração do quadro e idade
- c) leucemia e mucosite
- d) idade e mucosite

25|

Lactente com miocardiopatia apresenta abruptamente irritabilidade, com período de sonolência, palidez cutânea, taquipneia com aumento do esforço respiratório, estertoração em bases pulmonares, FC = 260 bat/min, PAS = 60 mmHg, pulsos periféricos fracos e extremidades frias. É transferido para UTI com oxigênio e com dificuldade de acesso venoso disponível.

Baseado na clínica e no ECG abaixo, assinale o diagnóstico dessa situação e a medida a ser adotada:



- a) flutter atrial / desfibrilação
- b) taquicardia supra-ventricular / cardioversão sincronizada
- c) taquicardia ventricular com pulso / cardioversão sincronizada
- d) taquicardia sinusal / tratamento da insuficiência cardíaca congestiva

26|

Paciente de oito anos de idade, 28 kg, com febre há quatro dias, apresenta cefaleia, prostração, dor retro-orbitária, em período epidêmico de dengue. Retorna a emergência, apresentando-se lúcido, com dor abdominal intensa, FC = 100 bat/min, PA = 92x60 mmHg, hematócrito = 46%, plaquetas = 40.000 U, pulsos presentes, prova do laço positiva e derrame pleural à direita.

A classificação de risco desse paciente e a forma inicial do tratamento são, respectivamente:

- a) Grupo C / SF 0,9% 20 ml/kg/2 horas até 03 vezes; ocorrendo a elevação do HT, deve-se iniciar fase de manutenção mais albumina 5%
- b) Grupo D / SF 0,9% 20 ml/kg/30 min até 03 vezes; ocorrendo a queda do HT, deve-se iniciar fase de manutenção sem reposição, pelo risco de hiper-hidratação
- c) Grupo D / SF 0,9% 20 ml/kg/20 min até 03 vezes; ocorrendo a queda do HT em paciente estável, deve-se iniciar concentrado de hemácias e manter fase de manutenção (1500 ml/24 horas) e reposição (750 ml/24 horas)
- d) Grupo C / SF 0,9% 20 ml/kg/hora até 03 vezes; ocorrendo a queda do HT, sinais vitais e diurese normais, deve-se iniciar etapa de manutenção (1660 ml/24 horas) mais reposição de perdas com soro fisiológico (830 ml/24 horas)

27|

Uma criança de 1 ano e 9 meses, após uma diarreia sanguinolenta, desenvolveu um quadro de anasarca, hipertensão arterial, anemia e trombocitopenia. Os exames complementares mostram elevação das escórias (U = 98; Cr = 2,1). Foi diagnosticada síndrome hemolítico-urêmica e indicada diálise, pois o paciente permanece anúrico, hipertenso e com o nível sérico de potássio elevado (K = 6,5), mesmo após uma infusão de bicarbonato de sódio. Enquanto o paciente aguarda a instalação da diálise, a equipe médica decidiu por outra conduta que ajudará a reduzir o nível sérico de potássio.

A conduta indicada para essa situação é a administração IV de:

- a) anfotericina B
- b) gluconato de cálcio
- c) sulfato de magnésio
- d) glicoinsulinoaterapia

28|

Na ventilação assistida, as variáveis de pressão e do fluxo realizados pelo paciente que podem determinar o disparo do respirador são, respectivamente:

- a) negativa / positivo
- b) positiva / positivo
- c) positiva / negativo
- d) negativa / negativo

29|

Lactente de quatro meses de idade é levada ao Pronto Socorro com história de diarreia, com presença de sangue nas fezes. Encontra-se extremamente irritada e com visível distensão abdominal. Ao exame do abdome, nota-se massa palpável em quadrante inferior direito; muita dor à palpação; peristalse aumentada. Numa troca de fraldas, após uma evacuação, é observado o aspecto das fezes semelhante a uma geleia vermelha.

O provável diagnóstico e a conduta inicial são, respectivamente:

- a) enterocolite necrotizante / realizar laparotomia exploradora
- b) gastroenterite bacteriana / uso de ácido nalidíxico
- c) invaginação intestinal / realizar enema baritado
- d) amebíase / uso de secnidazol

30|

No caso de morte encefálica, **não** é impedimento para abertura de protocolo a seguinte situação:

- a) hipotermia
- b) sinais de reatividade inframedular
- c) uso de sedação em infusão contínua
- d) uso de anticonvulsivantes nas últimas 24 horas