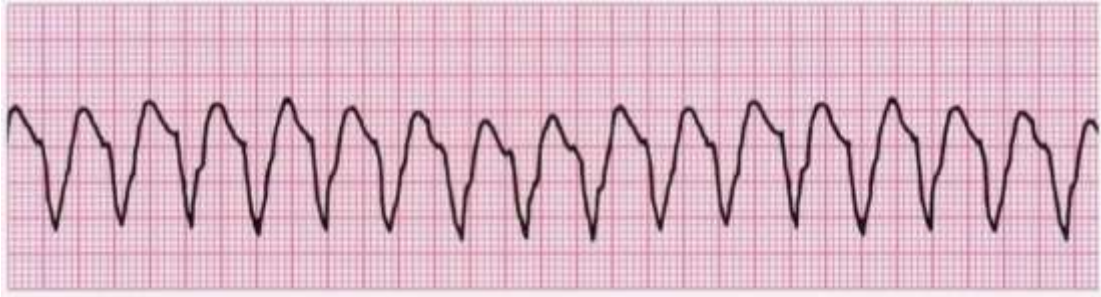


MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

01. Paciente, 1 ano e 6 meses de idade, chega à emergência com queixa de sudorese, sonolência, PA = 68 x 45 mmHg, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, com pulsos palpáveis e palpitação no tórax. Mãe relata que a criança tem “problema no coração”. Foi realizado o A, B, C, oferecido oxigênio, providenciado acesso venoso e colocado monitorização que mostrou o seguinte traçado em Derivação DII:



Qual a conduta a ser tomada agora?

- a) Fazer ataque de amiodarona na dose de 5 mg/kg e manter infusão contínua por 24 horas.
- b) Fazer ataque de amiodarona na dose de 5 mg/kg, associado a sulfato de magnésio.
- c) Fazer sedação, se possível, e em seguida fazer cardioversão elétrica com 1 joule/kg.
- d) Fazer adenosina na dose de 0,1 mg/kg, podendo repetir até 3 vezes antes de tentar cardioversão elétrica.

02. Adolescente de 13 anos de idade deu entrada, na UTI onde você trabalha, com quadro de forte dor torácica, agitação psicomotora e apresentando intenso desconforto respiratório. Ao exame físico, apresentava-se agitado, com abafamento de bulhas cardíacas e turgência jugular com diminuição do murmúrio vesicular à direita. Enquanto você verifica a pressão sanguínea, percebe uma queda de 12 mmHg da pressão sistólica e desaparecimento do pulso radial durante a inspiração. Qual a melhor hipótese diagnóstica e o tratamento para o caso?

- a) Pneumotórax; toracocentese.
- b) Tamponamento cardíaco; pericardiocentese.
- c) Derrame pleural; drenagem torácica.
- d) Pneumomediastino; pericardiocentese.

03. A resposta do organismo ao estresse cirúrgico tem por finalidade a manutenção da homeostase, mas pode acarretar efeitos fisiológicos indesejáveis. Qual das opções abaixo melhor explica os efeitos fisiopatológicos decorrentes do estresse cirúrgico que são conhecimentos necessários ao intensivista?

- a) O aumento da glicogenólise, da neoglicogênese hepática e o reduzido consumo periférico pela resistência insulínica geram hipoglicemia severa que pode acarretar em dano cerebral irreversível.
- b) A proteólise muscular, hipocalemia e aumento da lipólise são decorrentes dos efeitos da hipotermia pós-operatória e estão relacionados à insuficiência renal aguda.
- c) Os mecanismos de regulação de calor em condições limítrofes levam a depleção de reservas de glicogênio e lipídeos, causando hipertermia maligna, acidose metabólica, hipóxia e hipotensão.
- d) Os efeitos metabólicos do estresse cirúrgico podem associar-se à retenção hidrossalina, à diminuição da concentração do sódio urinário, ao aumento do sódio corpóreo total e, frequentemente, à hiponatremia dilucional.

04. Paciente do sexo masculino, 3 anos, é admitido na UTI após um procedimento cirúrgico ortopédico sob anestesia geral. Ao avaliar o paciente, observou-se taquicardia importante, rigidez muscular, cianose, hipercapnia na capnografia, hipotensão, sudorese, aumento da temperatura corporal. Há história de caso de falecimento não esperado em complicação anestésica em um membro da família. Qual o mais provável diagnóstico e tratamento?

- a) Rabdomiólise aguda; diálise peritoneal.
- b) Síndrome Neuroléptica Maligna; olanzapina.
- c) Síndrome de abstinência anestésica aguda; flumazenil.
- d) Hipertermia maligna; dantrolene.

05. A crise hipertensiva em crianças e adolescentes pode ser classificada em Urgências ou Emergências Hipertensivas. Caracteriza-se como Emergências Hipertensivas a seguinte situação:

- a) hipertensão grave de instalação aguda.
- b) hipertensão grave associada à encefalopatia.

- c) hipertensão grave no pós-operatório.
- d) hipertensão acelerada e maligna.

06. Paciente de 10 anos chega ao hospital com quadro de cefaleia intensa, edema generalizado e redução de diurese há 48 horas. Apresentava há duas semanas lesões pustulosas em MMI e urina avermelhada. Evolui na emergência com dispneia, taquicardia, estertores pulmonares, diminuição da perfusão periférica e oligúria. Ao chegar à UTI, foi observada Pressão Arterial (PA) de 180x110 mmHg, hepatomegalia e estase jugular. Após as medidas iniciais, qual a melhor conduta que você teria diante do caso?

- a) Iniciar furosemida e nitroprussiato de sódio com o objetivo de reduzir a PA em 10% a 15% nos primeiros minutos, e se não houver resposta ao esquema, indicar diálise.
- b) Iniciar furosemida e hidantal com objetivo de evitar convulsão por encefalopatia hipertensiva, e se não houver resposta ao esquema, associar nifedipina sublingual.
- c) Iniciar furosemida e manitol com o objetivo de evitar convulsão por encefalopatia hipertensiva, e se não houver resposta ao esquema, associar captopril oral.
- d) Iniciar furosemida e captopril com o objetivo de reduzir a PA em 25% a 30% nas primeiras duas horas, e se não houver resposta ao esquema, indicar hemodiálise.

07. Lactente com história de 5 dias de tosse, febre, dificuldade respiratória progressiva, procura atendimento. Ao exame físico: mau estado geral, cianótico, taquidispneico, pulsos finos, perfusão periférica diminuída e oligúria; ausculta pulmonar com crepitações bilaterais; ausculta cardíaca taquicárdica, abdômen com fígado a 3 cm RCD. Na região glútea, evidencia-se lesão ulcerada com secreção purulenta à inspeção. Os exames laboratoriais apresentavam hemograma com anemia e leucocitose, ureia e creatinina plasmáticas elevadas, gasometria arterial com acidose metabólica moderada e radiografia de tórax retrata infiltrado bilateral difuso. Diante do quadro, qual o possível diagnóstico e a conduta terapêutica inicial fundamental para esse paciente?

- a) Sepsis grave; estabilização hemodinâmica com reposição volêmica e iniciar drogas vasoativas.
- b) Edema agudo de pulmão; iniciar diuréticos e estabilização hemodinâmica com vasodilatadores sistêmicos.
- c) Choque séptico; estabilização hemodinâmica com reposição volêmica e drogas vasoativas, e iniciar antibiótico na primeira hora.
- d) Insuficiência Cardíaca Congestiva; estabilização hemodinâmica, iniciar dobutamina e instalar diálise peritoneal.

08. Qual a droga que está mais indicada para tratamento de paciente com choque séptico que apresenta choque frio refratário a catecolaminas, com pressão arterial normal, baixo débito cardíaco e alta resistência vascular sistêmica?

- a) Noradrenalina.
- b) Adrenalina.
- c) Milrinona.
- d) Vasopressina.

09. Adolescente de 13 anos dá entrada no hospital com história de dispneia e edema nas pernas. Segundo a mãe, a criança estava apresentando cansaço aos pequenos e médios esforços e piorou nos últimos 3 dias. Tem história de artralgia e faringoamigdalites de repetição. Ao exame, apresentava-se com sensório rebaixado, taquidispneico, ausculta pulmonar com estertores crepitantes bilaterais, ausculta cardíaca tinha ritmo regular com sopro sistólico 3+/6+ e precórdio hiperdinâmico; edema de membros inferiores com cacifo positivo, FC = 128 bpm, PA = 120x70 mmHg. Em relação ao quadro, as seguintes afirmativas abaixo estão corretas, EXCETO qual?

- a) O paciente apresenta quadro sugestivo de febre reumática aguda com insuficiência cardíaca congestiva.
- b) O quadro do paciente é sugestivo de edema agudo de pulmão secundário a disfunção cardíaca.
- c) Deve ser iniciada a administração de diuréticos e dobutamina e, se necessário, instalar suporte ventilatório mecânico.
- d) Deve ser feito ajuste volumétrico, administração de vasodilatadores sistêmicos e, se necessário, iniciar diálise.

10. Nas relações entre transporte de O_2 (TO_2) e consumo de O_2 (VO_2), pode-se afirmar.

- a) No choque séptico, os pacientes necessitam de valores reduzidos de TO_2 para manter a perfusão adequada, apresentando falha na extração de O_2 e aumento do lactato.
- b) A saturação de oxigênio venoso misto (PvO_2) é um indicador não específico do balanço entre o TO_2 e o VO_2 e é influenciada pelo débito cardíaco e concentração de hemoglobina.
- c) Na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), a relação do VO_2 com o TO_2 gera prejuízo da difusão de oxigênio, não apresentando relação com o nível de lactato sérico.
- d) A redução do TO_2 e o aumento do VO_2 resultam em manutenção do *shunt* direito-esquerdo, aumentando as taxas metabólicas e os níveis de lactato sérico.

11. Escolar de 8 anos, masculino, 30 kg, no segundo dia de pós-operatório de apendicectomia, apresenta crise convulsiva. Após o tratamento inicial, observou-se que anteriormente a criança recebeu 4000 mL de uma solução de SG 5% sem eletrólitos. Nos exames solicitados, você observa que paciente apresenta um sódio sérico de 112 mEq/L e osmolaridade sérica de 228 mOsm/kg. Qual sua melhor conduta diante desse caso?

- a) Fazer restrição hídrica, mantendo 70 a 80% da cota de hidratação, e reavaliar em 24 horas.
- b) Corrigir sódio lentamente em até 4 dias pelo risco de mielinólise pontina.
- c) Fazer correção de sódio com solução salina de NaCl a 3%, aumentando a concentração de sódio em 10 mEq/L em 24 horas.
- d) Fazer correção rápida do sódio até 125 mEq/L e subir osmolaridade sérica para 260 mOsm/kg pelo risco de novas convulsões.

12. Paciente lactente deu entrada na UTI com quadro de desidratação grave por diarreia e vômitos intensos há 24 horas. Chegam os exames solicitados na emergência e você observa que paciente apresenta um sódio sérico de 119 mEq/L. Ainda encontra-se sem diurese, pulsos finos e com perfusão lentificada. Qual a conduta mais adequada nesse momento?

- a) Fazer expansão volêmica com cristalóide 20 mL/kg em 20 minutos e repetir se necessário.
- b) Fazer expansão volêmica com albumina 1 g/kg em 2 horas e repetir se necessário.
- c) Iniciar reposição de sódio com solução hipertônica de NaCl 3%.
- d) Iniciar dopamina em dose de 5 µg/kg/min e monitorizar sinais vitais.

13. A vasopressina, também conhecida como hormônio antidiurético, é essencial para homeostase cardiovascular. Em que situações de estado de choque na pediatria pode ser considerado o uso da vasopressina?

- a) Em situações de choque frio com necessidade de ação vasodilatadora periférica e melhora de perfusão renal.
- b) Em situações de choque quente com hipotensão refratária a volume, hidrocortisona e noradrenalina.
- c) Na parada cardiorrespiratória substituindo a primeira ou a segunda dose de adrenalina.
- d) No choque cardiogênico para melhora da contratilidade cardíaca e aumento da pressão de perfusão coronariana.

14. Dentre os mecanismos que causam aumento do lactato as seguintes causas estão corretas, EXCETO qual?

- a) Hipóxia com diminuição do pH sérico.
- b) Glicólise aeróbica retardada.
- c) Disfunção tubular renal.
- d) Diminuição do *clearance* de lactato.

15. A monitorização invasiva e não invasiva, em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, é de fundamental importância para o manejo clínico e terapêutico. A respeito da monitorização hemodinâmica do paciente crítico, assinale a assertiva mais correta.

- a) A medida da Pressão Venosa Central (PVC) reflete a pós-carga e é uma importante forma de avaliação hemodinâmica do paciente.
- b) O estágio hipodinâmico do choque séptico é manifestado por um débito cardíaco reduzido e aumento da resistência vascular sistêmica.
- c) A capnografia, medindo a PCO₂ expirada, reflete a PCO₂ arterial, independente da perfusão pulmonar e de distúrbios ventilação/perfusão.
- d) A hipotensão arterial é um sinal clínico precoce da insuficiência circulatória com reflexo direto da perfusão sanguínea periférica.

16. Uma criança com bradicardia sintomática grave associada à angústia respiratória chega ao hospital e você inicia as manobras de RCP. A bradicardia persiste, apesar do estabelecimento de uma via aérea, de oxigenação e ventilação eficazes. Não há bloqueio cardíaco presente na monitorização eletrocardiográfica. Qual das seguintes é a primeira medicação que você deve administrar?

- a) Noradrenalina.
- b) Dopamina.
- c) Adrenalina.
- d) Atropina.

17. Nos quadros de Insuficiência Respiratória Aguda, tem indicação absoluta de ventilação mecânica (VM) aquele paciente com a seguinte situação:

- a) uma pO₂ inferior a 60 mmHg com uma FiO₂ acima ou igual a 0,6.
- b) apneia ou parada cardiorrespiratória.
- c) pós-operatório de grandes cirurgias.

d) hiperventilação no tratamento de hipertensão intracraniana.

18. Paciente diabética, do sexo feminino, 5 anos de idade, dá entrada no hospital com quadro, há 24 horas, de vômitos, taquidispneia, sonolência. Mãe relata que criança foi para o aniversário da prima no dia anterior, ingerindo grande quantidade de doce. Os exames iniciais mostraram glicemia de 480 mg/dL, cetonúria positiva; gasometria arterial apresentando pH = 7,20, $PCO_2 = 12$, $HCO_3 = 10$ mmol/L, K^+ sérico = 5,0 mEq/L, Na^+ sérico = 137 mEq/L. Foi indicado UTI, pelo rebaixamento sensório, e iniciado tratamento com expansão volêmica, insulioterapia IV e infusão de bicarbonato de sódio para correção da acidose. Paciente obteve melhora clínica progressiva, mas após 24 horas na UTI, paciente apresentou queda do nível de consciência, vômitos e convulsão. O que possivelmente mais contribuiu para esse desfecho?

- a) O nível de PCO_2 inicial.
- b) O uso de bicarbonato de sódio para correção da acidose.
- c) A velocidade de infusão da insulina.
- d) A velocidade de infusão da expansão volêmica.

19. O oxigênio pode causar efeitos deletérios quando administrado em altas concentrações ou por um período prolongado de tempo. Dentre as alterações pulmonares podemos ter as seguintes, EXCETO qual?

- a) Diminuição da Resistência Vascular Pulmonar.
- b) Diminuição da Capacidade Vital.
- c) Aumento do *Shunt* Arteriovenoso Pulmonar.
- d) Alteração da relação ventilação/perfusão.

20. A hipercapnia permissiva é uma estratégia ventilatória que tem os seguintes objetivos, EXCETO qual?

- a) Reduzir a hiperinsuflação e minimizar o volutrauma.
- b) Melhorar a ventilação colateral e a atenuação do processo inflamatório.
- c) Aumentar do volume minuto por ajuste do volume corrente e da frequência respiratória.
- d) Permitir a elevação da $PaCO_2$, mantendo uma acidose respiratória aceitável.

21. Paciente pré-escolar, 5 anos, peso 20 kg, deu entrada na UTI com quadro de estado de mal asmático e insuficiência respiratória aguda grave. Após medidas terapêuticas iniciais e intubação orotraqueal, o médico percebeu que criança ficou mais estável hemodinamicamente, FC está em 132 bpm, PA de 100x65 mmHg, $SatO_2$ de 94%. Os parâmetros ventilatórios eram PIP = 35 mmH₂O; PEEP = 10 mmH₂O; FR = 18 mrpm; Ti = 1:3; $FiO_2 = 80\%$. A gasometria mostrava valores de $PaO_2 = 69$ mmHg; $PaCO_2 = 56$ mmHg; $SatO_2$ de 94% e pH = 7,30. O médico achou melhor aumentar a FR e a FiO_2 na VM para tentar melhorar os parâmetros gasométricos. Repentinamente, o paciente começou a apresentar queda do nível de $SatO_2$, assincronismo respiratório e hipotensão. Qual a provável intercorrência que aconteceu com o paciente?

- a) A acidose respiratória e a hipoxemia grave possivelmente descompensaram a relação ventilação-perfusão, causando um quadro de disfunção miocárdica severa com colapso circulatório.
- b) Possivelmente a oferta do volume corrente excessivo, causada pelos altos parâmetros ventilatórios e frequência respiratória elevada, provocou aumento do retorno venoso com descompensação da relação ventilação-perfusão e choque.
- c) Possivelmente os altos parâmetros ventilatórios e o aumento da frequência respiratória provocaram um aumento do alçapamento aéreo, fazendo o paciente sofrer um barotrauma.
- d) A pressão inspiratória insuficiente com alta frequência respiratória possivelmente ocasionou o colapso alveolar, descompensação da relação ventilação-perfusão e redução de áreas de trocas gasosas.

22. Paciente escolar deu entrada na UTI apresentando história anterior de estado gripal, com febre e hipoatividade há 5 dias, que evoluiu para de desconforto respiratório progressivo com queda de saturação de O_2 e piora do estado geral. A radiografia de tórax mostrava infiltrado pulmonar difuso bilateral, com área cardíaca normal e sem sinais de edema pulmonar de origem cardiogênica. Na gasometria, apresentava hipoxemia, que não respondia a oxigênio suplementar, com PaO_2 de 62 mmHg em máscara de O_2 não reinalante a 100%. Paciente foi então intubado. Qual das assertivas abaixo está incluída nas estratégias da VMI para esse paciente?

- a) Manter volume corrente em torno de 10-12 mL/kg.
- b) Manter hipoventilação controlada com PCO_2 até 70-80 mmHg.
- c) Aplicar PEEP abaixo do ponto de inflexão inferior da curva base.
- d) Manter gradiente de pressão PIP-PEEP entre 30 e 35 mmHg.

23. A escolha do método dialítico é baseada na indicação da diálise e no estado geral do paciente, quando as medidas conservadoras forem insuficientes. A terapêutica dialítica de escolha para portadores de sobrecarga salina refratária ao uso de diuréticos, mesmo na ausência de uremia é:

- a) Diálise Peritoneal.
- b) Hemodiálise Arteriovenosa.
- c) Hemofiltração Intermitente.
- d) Hemodiafiltração Contínua.

24. Paciente de 3 anos de idade, do sexo masculino, com 15 kg, deu entrada no hospital com quadro de vômito sanguinolento volumoso, irritabilidade importante; icterícia; hepatomegalia de 8 cm dolorosa, enchimento capilar lento, pulsos finos, pressão arterial inaudível, frequência cardíaca FC = 153 bpm, epistaxe e sangramentos no local de punção. Mãe relata que criança estava com febre, que não passava, e deu paracetamol 40 gotas de 4/4h por 3 dias. Evolui com convulsão e rebaixamento do sensório, internou-se na UTI e foram solicitados exames admissionais. A respeito do caso, as assertivas abaixo estão corretas, EXCETO qual?

- a) O tratamento inclui medidas de suporte hemodinâmico, reposição volêmica, correção da hipoglicemia e hemotransfusões.
- b) A terapêutica com vitamina K é essencial para controle da hemorragia, sendo essencial sua administração nas primeiras horas do quadro.
- c) O tratamento específico do agravante se faz com N-acetilcisteína.
- d) Deve ser administrado manitol a 20% e tionebutal para controle da hipertensão intracraniana e das convulsões.

25. A utilização de máscara laríngea tem-se tornado cada vez mais popular como uma possibilidade alternativa para o manejo da via aérea em crianças. Dentre as alternativas abaixo, está contraindicado o uso de máscara laríngea em qual seguinte situação?

- a) Traumatismo cranioencefálico.
- b) Parada cardiorrespiratória.
- c) Criança com reflexo de vômito intacto.
- d) Insuficiência respiratória.

26. O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) pode ter o insulto primário agravado pelo atendimento inadequado ao paciente. Assinale a opção que apresenta os efeitos sistêmicos relacionados com o surgimento da lesão secundária no TCE.

- a) Hipertensão, hipotermia e anemia.
- b) Hipertermia, hiperóxia e hipocapnia.
- c) Hipotensão, hipertermia e sepse.
- d) Hipotensão, hiperóxia e hipercapnia.

27. Diante de um diagnóstico de morte encefálica, a mesma deve ser comunicada aos seus responsáveis legais e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do seu Estado. Em qual alternativa abaixo, todas as situações citadas constituem-se contraindicação absoluta para doação de órgãos?

- a) Intoxicação por carbamato, HIV positivo e sepse bacteriana.
- b) Hepatite B, infecção fúngica e HIV positivo.
- c) Meningite bacteriana, hepatite A e HIV positivo.
- d) Citomegalovirose, tuberculose ativa e infecção fúngica.

28. No que se refere ao Sistema de Glasgow de Escore Prognóstico para a Doença Meningocócica em Pediatria (GMSPS), é correto afirmar.

- a) Apresenta duas variáveis laboratoriais e seis variáveis clínicas; e escores maiores que cinco significam alta mortalidade.
- b) Possui um dado laboratorial e seis parâmetros clínicos; e escores maiores ou iguais a oito traduzem elevada mortalidade.
- c) Possui dois critérios laboratoriais e cinco variáveis clínicas; e escores menores ou iguais a seis expressam maior mortalidade.
- d) É composto de três critérios laboratoriais e seis variáveis clínicas; e escores menores ou iguais a três representam alta mortalidade.

29. Na realização de uma tentativa de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) em pediatria, o fator que possivelmente será mais determinante, para uma RCP de alta qualidade, é:

- a) uma taxa de compressão torácica de 90 movimentos/minuto.
- b) possibilitar que a parede do tórax retorne ao ponto inicial entre as compressões.
- c) verificação do pulso a cada dois minutos.
- d) a profundidade da compressão de cerca de um quarto (1/4) do diâmetro anteroposterior do tórax.

30. No momento do atendimento de uma criança de cinco anos de idade com história de que há dois dias vem exibindo acentuado desconforto respiratório, observa-se que houve uma redução da frequência cardíaca de 144 batimentos/minuto para 88 batimentos/minuto e a frequência respiratória de 70 respirações/minuto para 8 respirações/minuto. Qual das seguintes opções demonstra a intervenção inicial mais apropriada para o caso?

- a) Compressões torácicas a uma frequência mínima de 100 movimentos/minuto.
- b) Ventilações de resgate a uma frequência de 6 a 12 ventilações/minuto.
- c) Ventilações de resgate a uma frequência de 12 a 20 ventilações/minuto.
- d) Ventilações de resgate e compressões torácicas na proporção de 15:2.

31. Uma criança de 9 anos de idade apresentou uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) e recebeu Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) imediata, tendo sido realizada por uma pessoa que se encontrava presente no local, inclusive com a necessidade de desfibrilação. Após três minutos, houve retorno da circulação espontânea. A criança ainda não responde e foi inserida uma via aérea avançada. Na história dessa criança, não há relato de trauma e também não há presença de sinais de choque. Para essa criança, qual a opção que apresenta o percentual de saturação de oxigênio mais adequado?

- a) 92 a 100%.
- b) 92 a 99%.
- c) 94 a 100%.
- d) 94 a 99%.

32. Em relação ao traumatismo raquimedular na faixa etária pediátrica, é correto afirmar.

- a) Fraturas abaixo do nível de C4 são as mais frequentes em crianças menores de oito anos.
- b) A chamada SCIWORA (lesão medular sem anormalidades radiográficas) é menos comum que em adultos.
- c) Existem fortes evidências para a indicação da metilprednisolona em crianças com suspeita de lesão medular.
- d) A Síndrome de Down é uma condição predisponente para o traumatismo raquimedular.

33. Em relação ao atendimento de crianças vítimas de queimaduras, qual a opção abaixo em que todas as situações são indicativas de internação em Unidade de Terapia Intensiva?

- a) Lesão inalatória, 35% ou mais de queimaduras de segundo grau e traumatismos concomitantes.
- b) Queimaduras elétricas, 10% ou mais de queimaduras de terceiro grau e doenças associadas.
- c) Queimaduras químicas, 15% ou mais de queimaduras de terceiro grau e lesão inalatória.
- d) Queimaduras elétricas, 20% ou mais de queimaduras de segundo grau e presença de fraturas.

34. Criança de 4 anos foi admitida na Unidade de Terapia Intensiva com diagnóstico de estado de mal epilético. Para esse caso, a sequência de medidas mais adequadas a serem adotadas, nos primeiros dez minutos de atendimento, está mais bem descrita em qual alternativa?

- a) Intubar a criança, iniciar ventilação mecânica e administrar por via endovenosa fenitoína e lorazepam.
- b) Estabelecer permeabilidade das vias aéreas, fornecer oxigenação, corrigir hipoglicemia e administrar fenobarbital endovenoso.
- c) Assegurar permeabilidade das vias aéreas, prover oxigenação adequada, estabelecer acesso venoso e administrar por via endovenosa midazolam 0,02 mg por quilo de peso.
- d) Posicionar a cabeça, aspirar secreção das vias aéreas, monitorização cardíaca e da saturação de oxigênio, fazer hemoglicoteste, corrigir hipoglicemia e administrar lentamente, por via endovenosa, diazepam 0,5 mg por quilo de peso.

35. Criança de 10 anos de idade encontra-se na Unidade de Terapia Intensiva, em uso de sedação e analgesia e sob ventilação mecânica. Foi submetida à traqueostomia há cinco dias, sem relato de intercorrências durante o procedimento. Evoluindo com estabilidade hemodinâmica e respiratória. Subitamente, passou a apresentar agitação, palidez e queda da saturação de oxigênio. A causa mais provável é:

- a) sedação e analgesia inadequadas.
- b) obstrução do traqueóstomo.
- c) hemorragia pulmonar.
- d) hemopneumotórax.

36. Em relação à prevenção e ao tratamento do tromboembolismo em pediatria, é correto afirmar.

- a) Menores de um ano apresentam o nível de antitrombina III mais elevado, volume de distribuição maior e *clearance* mais reduzido.

- b) A vantagem do uso de heparina relaciona-se à meia-vida curta e a farmacocinética varia com a idade.
- c) A protamina reverte o efeito da heparina na dose de 0,25 a 1 mg por 100U de heparina recebida até 4 horas antes.
- d) A enoxaparina tem sua atividade anticoagulante baseada na inibição do fator IX.

37. Criança de 8 anos de idade politraumatizada, apresentando traumatismo cranioencefálico e facial, com escore de 7 na Escala de Coma de Glasgow. Em relação à intubação dessa criança, é correto afirmar.

- a) A via de eleição deverá ser orotraqueal, com imobilização da coluna cervical, e a succinilcolina é o bloqueador neuromuscular de escolha.
- b) A via de eleição deverá ser a nasotraqueal, mantendo-se a imobilização da coluna cervical, e deve-se utilizar a succinilcolina como bloqueador neuromuscular.
- c) A via de eleição é orotraqueal, deve haver a permanência do colar cervical e a administração de lidocaína como pré-medicação.
- d) A via de eleição é nasotraqueal, deve-se manter a imobilização cervical, utilizar atropina como pré-medicação e rocurônio como bloqueador neuromuscular.

38. Criança de 7 anos de idade, passageira de um veículo que sofreu colisão, foi admitida na Unidade de Terapia Intensiva proveniente do centro cirúrgico, chegando intubada, com acesso venoso central e um cateter no sistema ventricular para monitorização de pressão intracraniana (PIC). O achado da tomografia de crânio era lesão difusa tipo III (*brain swelling*). No momento da admissão, foram adotadas medidas como: cabeceira do leito elevada a 30 graus, cabeça em posição neutra, administrado fenitoina endovenosa na dose de ataque de 20 mg/kg, sedação e analgesia adequadas. Após dez minutos da admissão, a leitura da PIC persistia em 30 mmHg. Qual a alternativa abaixo é mais apropriada para assegurar o atendimento adequado a esse caso?

- a) Abrir o sistema de drenagem liquórica por 5 minutos, ajustar parâmetros da ventilação para manter PaCO₂ entre 30 e 40 mmHg, administrar solução salina hipertônica a 3% na dose de 6,5 a 10 mL/kg em 4 horas, manter sódio sérico entre 140 a 160 mEq/L e sedação e analgesia adequadas.
- b) Abrir o sistema de drenagem liquórica por 10 minutos, ajustar parâmetros da ventilação para manter PaCO₂ menor que 35 mmHg, administrar solução salina hipertônica a 3% na dose de 6,5 a 10 mL/kg em 2 horas, manter sódio sérico entre 145 a 160 mEq/L e sedação e analgesia adequadas.
- c) Abrir o sistema de drenagem liquórica por 1 minuto, ajustar parâmetros da ventilação para manter PaCO₂ entre 35 e 40 mmHg, administrar solução salina hipertônica a 3% na dose de 6,5 a 10 mL/kg em 2 horas, manter sódio sérico entre 145 a 150 mEq/L.
- d) Abrir o sistema de drenagem liquórica por 5 minutos, ajustar parâmetros da ventilação para manter PaCO₂ entre 30 e 40 mmHg, administrar solução salina hipertônica a 3% na dose de 6,5 a 10 mL/kg em 6 horas, manter sódio sérico entre 145 a 155 mEq/L e sedação e analgesia adequadas.

39. Qual a alternativa cujos itens apresentados são todas causas reversíveis de Parada Cardiorrespiratória (PCR) em pediatria?

- a) Hipovolemia, pneumotórax, hipotermia, acidose e hipercalemia.
- b) Hipotermia, acidose, hipervolemia, hipoglicemia e toxinas.
- c) Hipercalemia, hipóxia, hipoglicemia, hiperglicemia e hipertermia.
- d) Hipóxia, hipocalemia, hipervolemia, hipotermia e toxinas.

40. Em relação ao cateterismo venoso central, é correto afirmar.

- a) As trombozes de veia ilíacas ou cava inferior, consequentes ao uso do cateter por tempo prolongado, são frequentemente sintomáticas com edema dos membros inferiores.
- b) O acesso femoral não possui contraindicação nos casos de pacientes politraumatizados.
- c) A punção de veias profundas deve ser evitada em crianças com peso inferior a 3 kg, contagem de plaquetas inferior a 50.000/mm³ e tumores torácicos.
- d) Nos casos de trauma, a presença de pneumotórax unilateral drenado deve-se direcionar a punção de subclávia ou jugular interna para o lado contralateral.

41. São complicações possíveis nos casos de pericardiocentese:

- a) bradicardia, hipertensão arterial, punção acidental do fígado, pneumopericárdio e pneumotórax.
- b) hipotensão arterial, náuseas, vômitos, bradicardia e sialorreia.
- c) taquicardia, pneumoperitônio, punção acidental do baço, lesão ventricular e pneumotórax.
- d) hipotensão, taquicardia, punção acidental do pulmão, lesão atrial e pneumopericárdio.

42. No que se refere à transfusão de hemocomponentes, é verdadeiro afirmar.

- a) Crianças com cardiopatia cianótica estável devem receber concentrado de hemácias baseado no limiar da concentração de hemoglobina de 7 g/dL.
- b) Indicar concentrado de hemácias para crianças em choque séptico hemodinamicamente instáveis, se a SCvO₂ for inferior a 85% apesar da reposição de fluidos e de uso de inotrópicos e em ventilação mecânica.
- c) Em pacientes com choque hemorrágico, a transfusão de concentrado de hemácias é mandatória, usando sempre como base a concentração de hemoglobina.
- d) Uma unidade de concentrado de hemácias apresenta um hematócrito que varia entre 50 a 70%, sendo infundida na dose de 10 a 15 mL/kg de peso, aumentaria o nível de hemoglobina de 2 a 2,5 g/dL.

43. A Síndrome de Guillain-Barré é uma patologia desmielinizante, sua instalação pode ser aguda ou subaguda. Em relação a essa patologia, também é correto afirmar.

- a) Nível de proteinorraquia maior que 600 mg/dL, na primeira semana da doença, constitui-se um fator de risco para a falência respiratória.
- b) Sua evolução obedece a um caráter trifásico: início e progressão dos sintomas de forma simétrica e ascendente, seguida por uma fase de melhora e por último uma fase de platô.
- c) Sinais de envolvimento dos pares cranianos não representam fatores de risco para evolução insatisfatória do componente respiratório.
- d) A síndrome de Guillain-Barré pode ser desencadeada pelo citomegalovírus, vírus de Epstein Barr, traumas, intoxicações exógenas e sarampo.

44. Uma adolescente de 12 anos de idade foi admitida em coma na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A mãe relata que a adolescente estava assintomática até a noite anterior e pela manhã não conseguiu despertá-la. Ela não respondia e em sua cama havia sinais de vômitos com resíduos alimentares e também presença de urina. Refere também que a respiração dela era ruidosa. Ao ser examinada na UTI, detectou-se que a adolescente estava em coma com escore de 9 na Escala de coma de Glasgow, pupilas mióticas, frequência cardíaca de 55 batimentos/minuto, abundante secreção em vias aéreas e dificuldade respiratória. Foram estabelecidos os cuidados iniciais e solicitados os exames complementares para esclarecimento diagnóstico. Qual a hipótese diagnóstica mais provável para esse quadro?

- a) Meningoencefalite viral.
- b) Intoxicação exógena.
- c) Traumatismo cranioencefálico, possivelmente lesão difusa tipo I.
- d) Acidente Vascular Cerebral hemorrágico.

45. A sistematização do uso racional de antimicrobianos, na Unidade de Terapia Intensiva, inicia-se pela abordagem adequada da febre. No que se refere a esse aspecto, é correto afirmar.

- a) Em pacientes politraumatizados, a febre nas primeiras 48 horas é mais frequentemente de origem inflamatória e não infecciosa.
- b) Nos procedimentos cirúrgicos realizados dentro dos padrões técnicos adequados, a infecção como causa de febre deverá ser considerada a partir de 72 horas.
- c) O uso de anticonvulsivantes, como a carbamazepina, e antibióticos, como os aminoglicosídeos, podem desencadear febre.
- d) Para pacientes com Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), o surgimento ou persistência da febre, como critério isolado, caracteriza a necessidade de introdução ou mudança de terapia antimicrobiana.

46. Uma criança de 2 anos de idade, internada na UTI há 5 dias com diagnóstico de traumatismo cranioencefálico, tem registrado em seu prontuário uma hipótese diagnóstica de Síndrome Perdedora de Sal (SPS). Quais os achados que determinam essa condição patológica?

- a) Sinais de hipervolemia, diurese menor que 1 mL/kg/hora, sódio sérico menor que 130 mEq/L e sódio urinário maior que 20 mEq/L.
- b) Sinais de hipervolemia, diurese maior que 5 mL/kg/hora, sódio sérico maior que 150 mEq/L e sódio urinário maior que 20 mEq/L.
- c) Sinais de hipovolemia, diurese maior que 4 mL/kg/hora, sódio sérico menor que 130 mEq/L e sódio urinário maior que 20 mEq/L.
- d) Sinais de hipovolemia, diurese menor que 1 mL/kg/hora, sódio sérico menor que 130 mEq/L e sódio urinário maior que 20 mEq/L.

47. No atendimento da criança politraumatizada, deve-se identificar as lesões torácicas rapidamente fatais. Assinale a opção em que todas as situações se enquadram nessa classificação.

- a) Tamponamento cardíaco, lesão de brônquio principal e hemotórax.
- b) Hemotórax maciço, lesão de traqueia e lesão de brônquio principal.
- c) Pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco e afundamento torácico.
- d) Pneumotórax aberto, afundamento torácico e hérnia diafragmática traumática.

48. Criança de 10 anos de idade, admitida na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica, com quadro de queimaduras por líquidos escaldantes. Apresentando 48% de superfície corporal queimada, incluindo queimaduras de segundo e terceiro grau. Nesse caso, qual a melhor alternativa de ressuscitação fluidica a ser empregada?

- a) Fórmula de Parkland que utiliza apenas cristaloides e a metade do volume calculado para as primeiras 24 horas deve ser infundido nas primeiras 8 horas a partir do momento da admissão.
- b) Fórmula de Evans, que adiciona plasma como fonte de coloides nas primeiras 48 horas.
- c) Fórmula de Broke, que associa Ringer Lactato e glicose a 5%, sendo que metade do volume calculado deve ser administrado nas primeiras 12 horas após a lesão.
- d) Fórmula de Carvajal, que compreende uma solução composta de Ringer Lactato, glicose a 5% e albumina, sendo que metade do volume calculado para as primeiras 24 horas deve ser infundido nas primeiras 8 horas pós-queimadura.

49. Quando da realização dos exames para diagnóstico de morte encefálica, devem ser excluídos fatores tratáveis e reversíveis, entre os quais se incluem:

- a) hipotensão, hipóxia e hipernatremia.
- b) hiperóxia, hipotensão e hiponatremia.
- c) hipoglicemia, hiperóxia e hipernatremia.
- d) hipertensão, hipernatremia e hipoglicemia.

50. Adolescente de 13 anos internado na Unidade de Terapia Intensiva com diagnóstico de politraumatismo por evento relacionado à colisão de motocicleta com automóvel. Evoluiu durante o internamento com suspeita de coagulação intravascular disseminada. Para a confirmação desse diagnóstico, espera-se encontrar os seguintes achados laboratoriais:

- a) plaquetas menores que 100.000/mm³, TP prolongado e TPP normal, fibrinogênio normal e D-dímeros diminuídos.
- b) plaquetas menores que 100.000/mm³, TP e TPP prolongados, fibrinogênio diminuído e D-dímeros aumentados.
- c) plaquetas menores que 100.000/mm³, TP normal e TPP prolongado, fibrinogênio diminuído e D-dímeros normais.
- d) plaquetas menores que 100.000/mm³, TP e TPP prolongados, fibrinogênio diminuído e D-dímeros normais.