



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL HU Nº 43/2022**Instruções**

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 34 questões de múltipla escolha, das quais 04 referem-se a artigo científico, todas compostas da raiz da questão e cinco alternativas, e 06 questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas exclusivamente nos espaços destinados a elas. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **2h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **1h00**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua poderá ser coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

01

Uma criança de 4 anos é admitida na UTI no pós-operatório de esplenectomia após rotura esplênica causada por queda da bicicleta. Ela está entubada com COT 5 fixada em 16 cm e com acesso venoso central. Ao exame, observa-se palidez cutânea intensa, taquicárdica (FC 156 bpm), com cianose central (Sat O₂ 83%), pulsos centrais finos, pulsos periféricos indetectáveis, PA 72x48 mmHg, tempo de enchimento capilar 5 segundos. A expansibilidade torácica encontra-se reduzida à esquerda e ausculta pulmonar revela murmúrio vesicular reduzido em hemitórax esquerdo, com hipertimpanismo à percussão. O abdômen mostra-se difusamente doloroso e observam-se escoriações em região de hipocôndrio e hemitórax esquerdo. Frente ao quadro clínico apresentado, qual a principal hipótese diagnóstica e qual deve ser a conduta imediata?

- (A) Choque hipovolêmico; deve-se realizar infusão rápida de 20 ml/kg de cristaloides.
- (B) Choque hipovolêmico; deve-se realizar a infusão rápida de concentrado de hemácias.
- (C) Choque obstrutivo; deve-se realizar toracocentese imediata.
- (D) Choque obstrutivo; deve-se realizar infusão rápida de 20 ml/kg de cristaloides.
- (E) Choque secundário à hipóxia; deve-se tracionar a cânula e ventilar adequadamente.

02

Menino de 5 anos é admitido na UTI com história de 3 dias de febre, cefaleia, vômitos e letargia, com rebaixamento do nível da consciência há 12 horas. No Pronto Atendimento foi realizada coleta de LCR, que mostrou os seguintes resultados: leucócitos 10/mL; glicose 49 mg/dL; proteína 56 mg/dL. Ao exame apresenta-se sonolento, hidratado, FC 100 bpm, PA 90 x 67 mmHg. Pupilas fotorreagentes, Glasgow 9. Qual deve ser a prioridade terapêutica desse paciente?

- (A) Providenciar acesso venoso central e administrar SF 20 mL/kg em bolus.
- (B) Iniciar Aciclovir empírico.
- (C) Administrar solução salina hipertônica.
- (D) Realizar intubação traqueal para proteção de vias aéreas.
- (E) Solicitar tomografia de crânio.

03

O médico é chamado no plantão para atender um lactente de 8 meses que se encontra intubado no pós-operatório imediato de laringoplastia devido a estenose subglótica. O paciente encontrava-se bem, porém apresentou uma deterioração súbita. Ao exame clínico, apresenta palidez intensa, cianose de extremidades, pulsos periféricos não palpáveis, pulsos centrais finos, tempo de enchimento capilar 6 segundos. Sat O₂ 84%. PA 65x43 mmHg. A monitorização revela o ritmo cardíaco mostrado a seguir:



Qual a hipótese diagnóstica e conduta adequada para o caso descrito?

- (A) Taquicardia supraventricular. Deve-se realizar cardioversão sincronizada com adenosina 0,1 mg/kg.
- (B) Taquicardia sinusal. Deve-se realizar tratamento do choque com cristalóide 20 ml/kg.
- (C) Taquicardia supraventricular. Deve-se realizar cardioversão sincronizada com carga de 0,5 J/kg.
- (D) Atividade elétrica sem pulso. Deve-se iniciar compressões torácicas e administrar epinefrina.
- (E) Atividade elétrica sem pulso. Deve-se reverter as possíveis causas, como hipóxia e hipotensão.

04

Com relação à Infecção de Corrente Sanguínea Associada à Cateter, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Para cateteres de curta permanência, a superfície da derme frequentemente serve como fonte de contaminação bacteriana.
- (B) Cateteres raramente são contaminados por via hematogênica ou via instilação de soluções contaminadas.
- (C) O diagnóstico de Infecção de Corrente Sanguínea Associada à Cateter pode ser feito sem a remoção do cateter, através da coleta de culturas sanguíneas pareadas, central e periférica, e aplicação da técnica do diferencial do tempo de positividade das culturas.
- (D) Cateter infectado por espécies de *Cândida* pode ser tratado com sucesso com terapia com LOCK de antifúngico associado a antifúngico sistêmico.
- (E) Cateteres intravasculares infectados exibem um biofilme maduro formado por microrganismos com estágios variados de metabolismo e crescimento.

05

Criança de cinco anos de idade com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I é levada ao Pronto Socorro com queixa de dor abdominal e vômitos há 2 dias. Dá entrada em MEG, descorada, desidratada, taquipneica, alterando períodos de sonolência e irritabilidade. PA 90x57 mmHg; FC 150; FR 39; SAT 96%; Pulsos presentes e simétricos com TEC de 3 segundos; Restante do exame segmentar sem alterações. Laboratório com gasometria com pH 7,01 e bicarbonato de 6 e glicemia capilar 400. Sobre esse caso, é correto afirmar:

- (A) Deve ser iniciada expansão com SF 0,9% 10 ml/kg imediatamente e correr aberto.
- (B) Deve ser iniciada expansão com SF 0,9% 10 ml/kg associado ao uso de Insulina Regular intravenosa na dose de 0,1 U/kg uma vez que a glicemia se encontra maior que 400 mg/Dl.
- (C) Iniciar correção da acidose metabólica, uma vez que o bicarbonato se encontra menor que 8.
- (D) Caso o paciente encontre-se hipocalêmico na admissão e com diurese, iniciar reposição de potássio no início da expansão e antes de iniciar a insulina.
- (E) Iniciar insulina contínua na dose de 0,1 U/kg/hora.

06

Lactente de 5 meses de vida, com diagnóstico de pneumonia e derrame pleural. Permaneceu intubada por 45 dias, em uso de midazolam e fentanil em doses elevadas durante todo o período. Usou antimicrobiano de amplo espectro e teve dificuldade na reintrodução alimentar. No momento também em uso de metadona e lorazepam. suspensos midazolam e fentanil hoje, extubado paciente e colocado em cateter nasal de alto fluxo. Seis horas após a extubação, paciente apresenta diarreia líquida, febre, sudorese profusa, palidez, agitação, choro inconsolável, tônus aumentado e reação exagerada ao estímulo táctil. A respeito desse quadro clínico, assinale a alternativa correta:

- (A) A primeira hipótese para essa paciente é colite pseudomembranosa.
- (B) Considerando o uso prolongado de analgosedação, a única hipótese diagnóstica é abstinência de opioides.
- (C) O quadro clínico é provavelmente secundário a Delirium e deverá ser aplicada dose de haloperidol imediatamente.
- (D) O quadro clínico deve ser associado a um novo quadro de choque séptico e deve ser iniciado antibiótico, expansão com cristalóide e droga vasoativa.
- (E) O quadro clínico pode ser atribuído a vários fatores, mas, considerando que essa criança apresenta um escore de Wat > 3, é interessante administrar uma dose de morfina com base na hipótese de síndrome de abstinência, mas não excluindo ainda outros diagnósticos como delirium.

07

Em relação à sedação e analgesia em crianças gravemente enfermas e em ventilação mecânica, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Em relação à sedação de crianças em ventilação mecânica, sugere-se o uso de alfa-2-agonistas como medicações de primeira linha, uma vez que o uso de benzodiazepínicos está associado com maior incidência de delirium.
- (B) O propofol em infusão contínua é contraindicado para sedação de crianças em ventilação mecânica, uma vez que a síndrome de infusão de propofol é uma

complicação grave em crianças, independente da dose e duração de uso.

- (C) Em pacientes gravemente enfermos e em pós-operatório, recomenda-se o uso de opioides intravenosos como primeira linha de tratamento de dor moderada a grave. Nesses pacientes, o uso adjuvante de anti-inflamatórios não hormonais também está recomendado.
- (D) A ketamina é sugerida como terapia adjuvante na sedação de crianças em ventilação mecânica, que não atingem o nível de sedação desejado com a terapia sedativa de primeira linha.
- (E) A estratégia de interrupção diária da sedação em crianças em ventilação mecânica não é sugerida, uma vez que os estudos não mostraram melhores resultados/desfechos.

08

Em relação à terapia antimicrobiana em crianças com choque séptico e disfunção orgânica associada à sepse, pode-se afirmar:

- (A) Devido ao aumento da frequência de germes multirresistentes em unidades de terapia intensiva pediátrica, sugere-se que a terapia antimicrobiana em crianças com choque séptico e disfunção orgânica associada à sepse seja iniciada tão logo seja possível, após análise adequada, até 3 horas após o reconhecimento.
- (B) Devido ao aumento da frequência de germes multirresistentes em unidades de terapia intensiva pediátrica, sugere-se que a terapia antimicrobiana em crianças com choque séptico e disfunção orgânica associada à sepse seja iniciada tão logo seja possível, após análise adequada, até 1 hora após o reconhecimento.
- (C) Se nenhum patógeno for identificado em crianças com choque séptico, recomenda-se a manutenção da terapia antimicrobiana de amplo espectro por pelo menos 14 dias, independente da apresentação clínica, local de infecção, fatores de risco do hospedeiro e evolução clínica.
- (D) Uma vez que a sepse poderá alterar a farmacocinética e a farmacodinâmica dos antimicrobianos, é recomendado que a dosagem dos antimicrobianos seja individualizada para fornecer tratamento eficaz da infecção, limitando ao mesmo tempo os efeitos adversos dos medicamentos.
- (E) Terapia antimicrobiana de amplo espectro é definida como um regime de antimicrobianos com mais de um medicamento para expandir o espectro de cobertura para incluir mais patógenos e fornecer sinergia para tratar um patógeno conhecido ou suspeito.

09

Em crianças com choque séptico refratário a catecolaminas, sugere-se

- (A) o uso de hidrocortisona intravenosa se a adequada ressuscitação com fluidos e a terapia inotrópica/vasopressora não forem capazes de restaurar a estabilidade hemodinâmica.
- (B) que a hidrocortisona intravenosa pode ser utilizada ou não utilizada se a adequada ressuscitação com fluidos e a terapia inotrópica/vasopressora não forem capazes de restaurar a estabilidade hemodinâmica.
- (C) o uso de um inodilatador (milrinone) nas crianças com choque séptico refratário a catecolaminas em doses elevadas.
- (D) que a vasopressina não deve ser utilizada em crianças com choque refratário a catecolaminas, em decorrência de seus efeitos adversos.
- (E) iniciar vasopressina ou inodilatador (milrinone) somente após a avaliação objetiva do índice cardíaco e do índice de resistência vascular sistêmica.

10

Em relação à terapia anticoagulante para profilaxia de tromboembolismo em crianças gravemente enfermas, é correto afirmar:

- (A) Está indicada para todas as crianças internadas na unidade de terapia intensiva, uma vez que a imobilidade é o principal fator de risco para eventos trombóticos.
- (B) Não tem indicação, uma vez que as crianças são fisiologicamente protegidas de eventos trombóticos devido a uma capacidade reduzida de gerar trombos.
- (C) A indicação da terapia anticoagulante é baseada nos níveis de D-Dímero ($\geq 10x$ o limite superior da normalidade).
- (D) São fatores de risco para eventos trombóticos em crianças: idade (< 2 anos), presença de cateter venoso central, sepse, imobilidade, Câncer, Doença maligna, Doença renal, Anemia Falciforme, Doença autoimune, Diabetes, Síndrome Nefrótica, obesidade, uso de terapia com estrógenos, história familiar.
- (E) É indicada para crianças que apresentam dois ou mais fatores de risco para eventos trombóticos e ausência de contraindicação para terapia anticoagulante.

11

Em relação ao uso de vasopressores no choque séptico, **NÃO** se pode afirmar:

- (A) Em doses elevadas, a vasopressina pode promover vasoconstrição excessiva, aumento da pós-carga, redução do débito cardíaco, isquemia mesentérica e coronariana.
- (B) Promove aumento da resistência vascular sistêmica, da pressão arterial, do retorno venoso e do débito cardíaco.

(C) Promove diminuição da inflamação induzida pela permeabilidade capilar.

(D) Promove aumento da pressão de perfusão coronariana por meio do aumento da pressão diastólica.

(E) Vasopressores não podem ser usados em veia periférica.

12

Paciente de 5 anos e 4 meses, portador de asma, dá entrada na UTI com insuficiência respiratória. Cianótico, torporoso, gasometria arterial com hipercapnia e hipóxia sugerem intubação e ventilação mecânica. A melhor escolha de medicações para a sequência rápida de intubação nesse caso será:

- (A) Midazolam, fentanil e rocurônio.
- (B) Propofol, morfina e succinilcolina.
- (C) Midazolam, cetamina e rocurônio.
- (D) Propofol, fentanil e succinilcolina.
- (E) Etomidato, midazolam, fentanil.

13

Uma adolescente de 14 anos de idade (peso ideal de 60 kg) com pneumonia desenvolveu a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e está sendo ventilado com os seguintes parâmetros: Modo assisto/controlado, controlado a pressão com PI de 16 cm/H₂O (acima da PEEP), PEEP 14 cm H₂O, FiO₂ 50%, volume corrente de 420 ml, frequência respiratória de 35 /min. A paciente está hemodinamicamente estável com um bom débito urinário. Colhida gasometria que foi a seguinte: pH: 7,24; pCO₂: 70 mmHg, PO₂: 62 mmHg. Qual deve ser o ajuste a ser realizado no aparelho de ventilação mecânica?

- (A) Aumentar a frequência respiratória.
- (B) Aumentar a pressão inspiratória.
- (C) Aumentar a PEEP.
- (D) Não modificar os parâmetros.
- (E) Diminuir volume corrente para 3ml/kg.

14

Um menino de 5 anos de idade foi admitido em UTIP com choque séptico. Está sob ventilação mecânica com FiO₂ de 60%, PIP: 24 mmHg, PEEP: 8, FR: 18/min Colhida gasometria que foi a seguinte: pH: 7,30, PaCO₂: 40 mmHg, PaO₂: 60 mmHg, BE: -7, Sat: 95% A saturação de sangue venoso misto foi de 55% e o índice cardíaco foi de 3,5 L/min. Dosagem de hemoglobina foi de 6,8 g/dl. Qual das alternativas a seguir seria a melhor para aumentar a oferta global de oxigênio?

- (A) Aumentar a PEEP para 10 mmHg.
- (B) Transfundir com 10 ml/kg de concentrado de hemácias.
- (C) Aumentar a FiO₂ para 100%.
- (D) Iniciar noradrenalina na dose de 0,2 mcg/kg/min.
- (E) Iniciar nitroprussiato.

15

Pré-escolar de três anos, com história de doença diarreica aguda, chega ao hospital com quadro de choque. Após receber infusão adequada de volume na primeira hora do atendimento, apresenta-se com taquicardia, boa perfusão periférica, extremidades pletóricas, enchimento capilar de 1s e hipotensão arterial refratária à infusão de adrenalina na dose de 0,2µg/kg/min. Ecocardiograma: débito cardíaco aumentado com boa função ventricular. A droga mais adequada para utilizar nesse paciente será:

- (A) Noradrenalina na dose de 0,2µg/kg/min.
- (B) Dobutamina na dose de 20µg/kg/min.
- (C) Adrenalina na dose de 0,5µg/kg/min.
- (D) Milrinona na dose de 0,5µg/kg/min.
- (E) Antiemético intravenoso.

16

Menino de 12 anos chega ao hospital com quadro de cetoacidose diabética. Ao exame: estado geral grave, obnubilado, gemente, bastante desidratado, respiração de Kussmaul, tiragem intercostal, pulmões sem ruídos adventícios, taquicárdico, abdome plano, tenso, sem visceromegalias, enchimento capilar de 4s, pulsos periféricos finos, FC 130 bpm, FR 46mm, PA 80x50 mmHg. Iniciada infusão de soro fisiológico (SF), em push de 20 ml/kg. Colhidos exames: gasometria arterial pH 7,09, pCO₂ 28 mmHg, pO₂ 70 mmHg, saturação de O₂ 92%, Bicarbonato 11 mEq/l, BE – 8 mEq/l, Glicemia 650 mg/dl, potássio 4,7 mEq/l, sódio 126mEq/l. O paciente recebeu 50ml/Kg de soro fisiológico na primeira hora e foi iniciada infusão de insulina regular 0,1U/kg/hora após 50 minutos da chegada ao hospital e o paciente continuou a receber SF. Após 4 horas, o paciente estava hidratado, mais lúcido, mas subitamente piorou o nível de consciência (Glasgow 10), foi realizada tomografia que mostrou edema cerebral difuso. Os exames colhidos neste momento mostraram: Gasometria arterial pH 7,25, pCO₂ 35 mmHg, pO₂ 80 mmHg, Saturação de O₂ 95%, Bicarbonato 17 mEq/l, Glicemia 200mg/dl, potássio 2,9mEq/l, sódio 133 mEq/l, magnésio 3 mg/dl, fósforo 3,6mg/dl, cálcio total 8,4 mg/dl. Qual a causa mais provável do edema cerebral?

- (A) Hiponatremia não corrigida.
- (B) Acidose metabólica não corrigida.
- (C) Redução rápida da glicemia.
- (D) Infusão rápida de soro fisiológico.
- (E) Hipocalemia não corrigida.

17

Paciente de 2 anos e 6 meses, Peso: 11,5kg, Estatura: 94cm; IMC:-2,14. Internado na UTI por quadro de choque séptico de foco pulmonar necessitando de suporte ventilatório invasivo e amina vasoativa (noradrenalina 0,3mgc/Kg/min). Optado por iniciar o suporte nutricional. Como se calculam as metas nutricionais para esse paciente?

- (A) Uso da fórmula da FAO/OMS, pois se dispõe do peso e comprimento do paciente.
- (B) Uso da fórmula de Holliday-Segar para fornecer mais calorias na fase aguda.
- (C) Uso da fórmula de Schofield, pois se dispõe do peso e comprimento do paciente.
- (D) Uso da fórmula de Schofield e acrescentaria 15% de fator de estresse pela sepse.
- (E) Uso da calorimetria indireta e, na sua impossibilidade, qualquer uma das opções das alternativas anteriores poderia ser usada.

18

Escolar internado na UTI há 3 dias devido à apendicite supurada e peritonite. Foi submetido à laparotomia exploradora com apendicectomia e lavagem da cavidade. Evoluiu no pós-operatório com necessidade de suporte ventilatório invasivo, ressuscitação volêmica e amina vasoativa. Atualmente em uso de norepinefrina na dose de 0,2mcg/kg/min, em processo de retirada gradual da ventilação mecânica, estável do ponto de vista infeccioso e hemodinâmico. Com relação ao suporte nutricional desse paciente, pode-se afirmar:

- (A) Está recomendado aguardar o início da nutrição enteral até suspensão de uma amina vasopressora pelos potenciais efeitos deletérios sob a circulação esplâncnica.
- (B) A nutrição parenteral complementar deve ser iniciada visando alcançar as metas calóricas e proteicas na fase aguda da doença crítica.
- (C) Está recomendado o início da nutrição enteral pela via pós-pilórica pelo risco de gastroparesia e aspiração de conteúdo gástrico.
- (D) Está recomendado o início da nutrição enteral pela via gástrica com monitorização clínica da tolerância à dieta.
- (E) Está recomendado o início da nutrição enteral e uso de um pró-cinético visando melhorar a tolerância à dieta, já que o paciente se encontra pelo menos há 72 horas em jejum.

19

Em relação às afirmações a seguir, assinale, respectivamente, a alternativa correta:

- I. Na intoxicação aguda por acetaminofem (paracetamol) deve-se atentar para o tratamento precoce com o antídoto n-acetil cisteína e deve ser feito antes das 72 horas do acidente para evitar a insuficiência hepática aguda.
- II. Na intoxicação digitalica deve-se atentar-se para bradicardias com baixo débito, arritmias como bloqueios A-V, bigeminismo e trigeminismo. O tratamento pode incluir a suspensão da digoxina, suporte geral, correção hidroeletrolítica principalmente do íon K⁺, uso de fenitoína para certas

arritmias e antagonismo com antídoto com anticorpo monoclonal.

III. Na intoxicação aguda grave de fenobarbital com níveis tóxicos acima do letal, além do tratamento suporte + uso do carvão ativado, deve-se indicar a alcalinização da urina e diálise.

- (A) I-Verdadeira; II-Verdadeira; III-Verdadeira.
- (B) I-Verdadeira; II-Falsa; III-Verdadeira.
- (C) I-Verdadeira; II-Falsa; III-Falsa.
- (D) I-Falsa; II-Verdadeira; III-Verdadeira.
- (E) I-Falsa; II-Verdadeira; III-Falsa.

20

Em relação às afirmações sobre bronquiolite grave internado em UTI Pediátrica, assinale a alternativa correta:

- I. O agente etiológico principal é o vírus sincicial respiratório que tem predomínio sazonal entre março e julho no hemisfério sul e tem duas variantes principais, vírus A e vírus B.
- II. O uso de Palivizumab (anticorpo monoclonal específico) durante os 5 meses no período da maior sazonalidade do vírus sincicial geralmente é recomendado pela Academia Americana de Pediatria para pacientes prematuros específicos, cardiopatas com comprometimento hemodinâmico e pneumopatas crônicos (por exemplo, broncodisplasia pulmonar) no primeiro ano de vida, podendo ser repetido no segundo ano de vida em casos específicos.
- III. Outros agentes etiológicos a serem considerados principalmente no período de menor sazonalidade do vírus respiratório incluiriam o metapneumovírus, adenovírus, parainfluenza 1, parainfluenza 2, parainfluenza 2, bocavírus e rinovírus.

- (A) I-Falsa; II-Falsa; III-Falsa.
- (B) I-Falsa; II-Falsa; III- Verdadeira.
- (C) I-Falsa; II-Verdadeira; III-Verdadeira.
- (D) I-Verdadeira; II-Verdadeira; III-Falsa.
- (E) I-Verdadeira; II-Verdadeira; III-Verdadeira.

21

Uma menina de 4 anos, moradora de um sítio, dormiu de tarde no colchonete no chão da varanda desse sítio e acordou chorando com ferida em MID. Os pais chegaram com a paciente ao hospital com 2,5 horas de evolução com quadro típico de acidente por animal peçonhento descritas a seguir:

- I. Lesão extremamente edemaciada e inflamada em MID, dor importante, choque, hipotensão arterial sistêmica, sangramento no local da ferida persistente evoluindo para coagulopatia e sangramento profuso sistêmico (TGI e urinário). A lesão local evoluiu para necessidade de fasciotomia por síndrome compartimental.
- II. Lesão discreta hiperemia com dor local importante com pouco edema, vômitos repetidos, palidez sistêmica, taquicardia de 180 mantida e taquiarritmias

frequentes. Chegou ao hospital com desconforto respiratório importante indo à ventilação mecânica por SDRA (síndrome do desconforto respiratório adulto) com hipotransparência total de ambos hemitórax. Evoluiu com hipotensão não responsiva a drogas vasoativas.

III. Lesão local moderada a discreta em termos inflamatórios com dor local discreta evoluindo rapidamente para urina escura e diminuição extrema de diurese, vindo a paciente necessitar de diálise por grave insuficiência renal sem hipotensão arterial. Notou-se que tinha uma alteração ocular com pálpebras semi-cerradas (ptose palpebral bilateral) e uma diminuição do nível de consciência à entrada.

Foi feito tratamento de suporte emergencial para as situações descritas. O tratamento específico deve ser respectivamente:

- (A) Soro anticrotático, soro antibotrópico e soro antiaracnídeo.
- (B) Soro anticrotático, soro antiescorpiônico e soro antilaquético.
- (C) Soro antibotrópico, soro antiaracnídeo e soro antilaquético.
- (D) Soro antibotrópico, soro antiescorpiônico e soro anticrotático.
- (E) Soro antiaracnídeo, soro antilaquético e soro anticrotático.

22

Em relação à bronquiolite grave internado em UTI Pediátrica, assinale a alternativa que apresenta o tratamento que tem maior evidência científica de eficácia:

- (A) Suporte de oxigênio.
- (B) Nebulização com beta-2 agonista.
- (C) Prescrição de antibiótico, por exemplo, penicilínico ou macrolídeo.
- (D) Nebulização com adrenalina.
- (E) Prescrição de corticosteroides.

23

Em relação às drogas vasoativas, podemos afirmar:

- (A) Milrinone é um inibidor da fosfodiesterase.
- (B) Milrinone tem ação nos receptores adrenérgicos.
- (C) Milrinone não tem efeito vasodilatador periférico.
- (D) Dopamina tem efeito vasodilatador pulmonar.
- (E) Epinefrina é contraindicada nos casos de hipertensão pulmonar.

24

Em relação à CETOACIDOSE DIABÉTICA, é correto afirmar segundo as recomendações dos guidelines da ISPPA (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*):

- (A) Pode ser classificada em leve, moderada e grave. A definição de caso grave é quando há pH abaixo de 7,2 e bicarbonato abaixo de 10 mmol/L.
- (B) A correção de insulina deve preceder à correção volêmica.
- (C) Em acidose grave na cetoacidose, é recomendado como primeira conduta a correção de bicarbonato para 15 mmol/L.
- (D) Nos casos graves de cetoacidose, a correção de K⁺ intravenoso é recomendada independente da dosagem sérica, exceto se houver falência renal instituída.
- (E) O uso de insulina contínua não é recomendado nos casos graves.

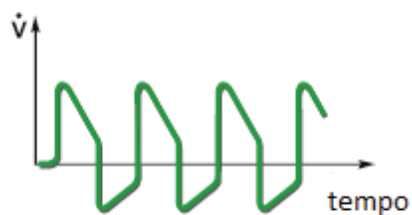
25

Em relação aos escores de mortalidade em UTI Pediátrica, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) O escore PRISM II (*Pediatric Risk of Mortality*) foi elaborado por Pollack para prever mortalidade em UTI pediátrica e usa numerosas variáveis clínicas e laboratoriais derivados do APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*).
- (B) O cálculo da mortalidade predita pelo PRISM para o mesmo valor de PRISM é sempre menor nos pacientes cirúrgicos em relação aos pacientes clínicos.
- (C) O PIM (*Pediatric Index of Mortality*) pode ser calculado na primeira hora do paciente e requer apenas um exame laboratorial e dados clínicos.
- (D) O PRISM IV atualizou o escore PRISM II e PRISM III. Pode-se facilmente calcular o PRISM IV pela fórmula publicada no artigo ou por calculadoras on-line disponíveis pela internet.
- (E) O uso da relação mortalidade observada sobre mortalidade predita (SMR: *standardized mortality ratio*) pode ser útil para comparar UTIP de diferentes gravidades ou a mesma UTIP ao longo do tempo. Valores de SMR menores que 1 indicam que a UTIP consegue ter uma mortalidade menor que a predita pelo escore de mortalidade, indicando possível qualidade.

26

Na curva fluxo /tempo a seguir, a alteração é característica de:



- (A) Escape.
- (B) *Overshooting*.
- (C) Água no circuito.
- (D) Auto- PEEP.
- (E) Aumento de complacência pulmonar.

27

Um lactente que apresenta uma complacência pulmonar de 0,012 e resistência de 30 em unidades padrão apresenta uma constante de tempo de:

- (A) 0,12 s
- (B) 0,36 s
- (C) 0,45 s
- (D) 0,25 s
- (E) 0,55 s

28

Uma criança de 8 anos de idade com antecedente de epilepsia, internada na UTIP para tratamento de pneumonia, evoluiu com de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Realizada uma dose de Midazolam 0,2mg/kg. Após 30 segundos da administração da droga, a crise convulsiva cessou, porém, a criança passou a apresentar respiração irregular, com baixa amplitude e frequência respiratórias. Fez-se, então, o reposicionamento da cabeça da criança, mantendo via aérea aberta e patente e iniciada ventilação com pressão positiva com bolsa-valva-máscara com FiO₂ 100%. Ao se verificar o monitor cardíaco, observou-se o ritmo apresentado a seguir, a despeito de oxigenação adequada por, aproximadamente, 1 minuto.



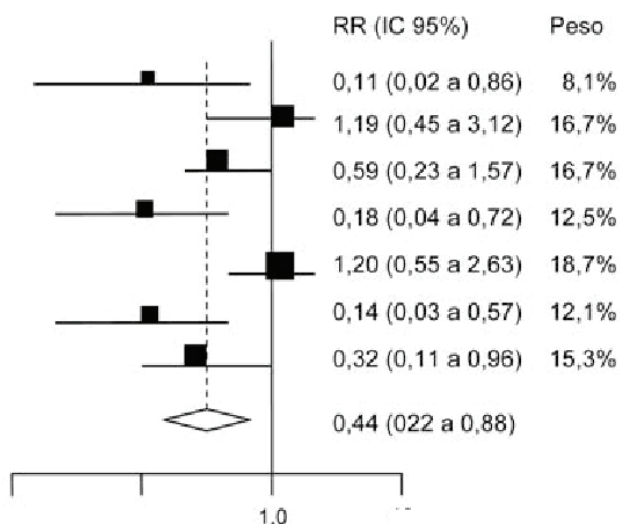
Qual intervenção imediata deve ser realizada nesse paciente?

- (A) Proceder a IOT (intubação orotraqueal) utilizando o rocurônio como bloqueador neuromuscular.
- (B) Realizar uma dose de flumazenil para reverter a bradipneia secundária ao uso do benzodiazepínico.

- (C) Iniciar reanimação cardiopulmonar e administrar epinefrina na dose de 0,01mg/kg.
- (D) Manter a ventilação com pressão positiva e realizar atropina na dose de 0,02mg/kg.
- (E) Administrar fenobarbital intravenoso.

29

Em relação às afirmações de meta-análise e com base na figura, a afirmação **INCORRETA** é:



- (A) Meta-análise refere-se ao uso de técnicas estatísticas em uma revisão sistemática para integrar os resultados dos estudos incluídos.
- (B) Uma boa meta-análise depende de uma boa seleção dos artigos de trabalhos randomizados controlados. Para minimizar erros, são necessários, no mínimo, dois avaliadores e medir o coeficiente de concordância kappa.
- (C) A base Cochrane é uma base de revisão sistemática e tem várias meta-análises publicadas. A recomendação PRISMA consiste de lista de checagem para melhorar o relato de revisões sistemáticas e meta-análises.
- (D) Na figura, a meta-análise consiste de 6 trabalhos publicados e seus respectivos riscos relativos e sua contribuição no número de pacientes de forma percentual.
- (E) Na figura, a meta-análise não conseguiu demonstrar superioridade estatística do tratamento estudado sobre tratamento padrão.

30

Em relação ao tratamento da síndrome do desconforto respiratório agudo pediátrico (PARDS), pode-se afirmar:

- (A) O uso de Óxido Nítrico inalatório não se relaciona à redução de mortalidade, não sendo recomendada na PARDS.
- (B) Manobras de recrutamento alveolar não têm segurança comprovada em crianças e devem, portanto, ser evitadas.
- (C) A cânula nasal de alto fluxo é capaz de fornecer uma pressão positiva contínua nas vias aéreas e por isso

pode ser utilizada no suporte ventilatório de pacientes com PARDS leve.

- (D) A hipoxemia moderada (Sat O₂ 88-92%) pode ser tolerada em pacientes com PARDS grave para permitir o uso de estratégias de ventilação protetora.
- (E) É possível utilizar volumes correntes acima de 9 ml/kg, contanto que a pressão de platô seja mantida.

RESUMO DE ARTIGO PARA AS QUESTÕES DE 31 A 34.

BACKGROUND

Evidence regarding the appropriate duration of treatment with antibiotic agents in children with pneumonia in low-resource settings in Africa is lacking.

METHODS

We conducted a double-blind, randomized, controlled, noninferiority trial in Lilongwe, Malawi, to determine whether treatment with amoxicillin for 3 days is less effective than treatment for 5 days in children with chest-indrawing pneumonia (cough lasting <14 days or difficulty breathing, along with visible indrawing of the chest wall with or without fast breathing for age). Children not infected with human immunodeficiency virus (HIV) who were 2 to 59 months of age and had chestindrawing pneumonia were randomly assigned to receive amoxicillin twice daily for either 3 days or 5 days. Children were followed for 14 days. The primary outcome was treatment failure by day 6; noninferiority of the 3-day regimen to the 5-day regimen would be shown if the percentage of children with treatment failure in the 3-day group was no more than 1.5 times that in the 5-day group. Prespecified secondary analyses included assessment of treatment failure or relapse by day 14.

RESULTS

From March 29, 2016, to April 1, 2019, a total of 3000 children underwent randomization: 1497 children were assigned to the 3-day group, and 1503 to the 5-day group. Among children with day 6 data available, treatment failure had occurred in 5.9% in the 3-day group (85 of 1442 children) and in 5.2% (75 of 1456) in the 5-day group (adjusted difference, 0.7 percentage points; 95% confidence interval [CI], -0.9 to 2.4) — a result that satisfied the criterion for noninferiority of the 3-day regimen to the 5-day regimen. Among children with day 14 data available, 176 of 1411 children (12.5%) in the 3-day group and 154 of 1429 (10.8%) in the 5-day group had had treatment failure by day 6 or relapse by day 14 (between group difference, 1.7 percentage points; 95% CI, -0.7 to 4.1). The percentage of children with serious adverse events was similar in the two groups (9.8% in the 3-day group and 8.8% in the 5-day group).

CONCLUSIONS

In HIV-uninfected Malawian children, treatment with amoxicillin for chest-indrawing pneumonia for 3 days was noninferior to treatment for 5 days. (Funded by the Bill and Melinda Gates Foundation; ClinicalTrials.gov number, NCT02678195.)

Ginsburg, A.-S., Mvalo, T., Nkwopara, E., McCollum, E. D., Phiri, M., Schmicker, R., Hwang, J., Ndamala, C. B., Phiri, A., Lufesi, N., & May, S. (2020). Amoxicillin for 3 or 5 Days for Chest-Indrawing Pneumonia in Malawian Children. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 13–23. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1912400>

31

Em relação ao desenho do estudo, pode-se afirmar que se trata de:

- (A) Ensaio clínico
- (B) Estudo de coorte
- (C) Caso-controle
- (D) Estudo observacional transversal
- (E) Estudo ecológico

32

Em relação à metodologia desse estudo, pode-se afirmar:

- (A) É um estudo que define pneumonia baseado em critérios radiológicos.
- (B) É um estudo que define como desfecho primário a falha de tratamento no final do seguimento de 14 dias.
- (C) É um estudo de não-inferioridade com objetivo de determinar que 3 dias de tratamento não é menos eficaz 5 dias de tratamento.
- (D) O corte de 1,5 vezes de diferença entre os grupos é o corte padrão adotado em pesquisas científicas
- (E) O corte de 1,5 vezes de diferença entre os grupos significa 150% a mais de falha de tratamento no grupo de 3 dias comparado ao de 5 dias.

33

Em relação aos resultados apresentados, pode-se afirmar:

- (A) Houve falhas na randomização dos dois grupos, com maior número de indivíduos no grupo de 5 dias de tratamento.
- (B) Os resultados de não-inferioridade mantiveram-se constantes após 14 dias de seguimento.
- (C) O resultado comparativo entre os grupos no dia 6 estava dentro da margem de não-inferioridade para tratamento curto.
- (D) Os número de eventos adversos graves do grupo de tratamento de 5 dias foi maior do que o de 3 dias.
- (E) Os intervalos de confiança demonstram significância estatística da diferença entre os grupos na avaliação com 6 dias e 14 dias após tratamento.

34

Com base no resumo do artigo, pode-se afirmar sobre a prática clínica:

- (A) As pneumonias bacterianas podem ser tratadas ambulatorialmente com 3 dias de amoxicilina.
- (B) A sorologia para excluir HIV deve ser realizada antes de fazer o tratamento curto.
- (C) Preconiza-se reavaliar o tratamento de pneumonia no sexto e décimo quarto dia.
- (D) Eventos adversos graves são frequentes no uso de amoxicilina.
- (E) Trata-se de um estudo que pode ter envolvido um grande número de lactentes com bronquiolite viral.

RESPONDA AS QUESTÕES 35 A 40 (DISSERTATIVAS) COM BASE NO SEGUINTE CASO:

BA, sexo masculino, 6 anos, natural e procedente de São Paulo.

QD: Febre + tosse há 5 dias e cansaço há 1 dia.

HMA: Segundo a mãe, a criança vinha bem até há 5 dias quando iniciou quadro de febre (38,6°C), coriza e tosse seca. Vinha em uso de sintomáticos e inalação. Há um dia houve piora da tosse acompanhada de cansaço progressivo. Refere inapetência e vômitos (2-3 vezes ao dia no início do quadro).

Chega ao Pronto Socorro em desconforto respiratório moderado (tiragem intercostal e subdiafragmática), com cianose de extremidades, má perfusão periférica e sonolento.

Levado à sala de emergência, instalado acesso venoso periférico, iniciada oxigenioterapia, expansão com ringer lactato (20ml/kg), uma dose de amoxicilina-clavulanato e solicitada vaga na UTI.

Antecedentes Patológicos: Criança nasceu de parto normal sem intercorrências. Nega patologias anteriores. Vacinação em dia (não trouxe a carteira).

Antecedentes Familiares: Mãe de 28 anos, sadia e não fumante. Pai de 32 anos, sadio e não fumante. Não tem irmãos.

Ao Exame Físico na UTI:

Estado Geral comprometido, descorado, desidratado, taquidispneico, acianótico, anictérico, febril.

FC = 140bpm; FR = 48; T= 38,7°C, PA = 80 x 42(M=55), Sat.O₂ (com venturi 50%) = 92%.

Orofaringe: sem alterações.

Otoscopia: sem alterações.

Sistema Nervoso: criança irritada à manipulação, chorosa ao manuseio, desperta, pupilas isocóricas e fotorreagentes (Reação Pupilar=0), Glasgow:13 (Resposta Motora=5, Resposta Verbal=4, Abertura Ocular=4), sem sinais de irritação meníngea.

Aparelho cardiovascular: Bulhas rítmicas normofonéticas, taquicárdicas sem sopros.

Aparelho respiratório: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo com estertores crepitantes finos em ambos os pulmões.

Aparelho gastrointestinal: abdome globoso, flácido, com fígado a 3 cm do RCD e Baço não palpável. RHA diminuídos.

Membros: Pulsos periféricos finos, centrais palpáveis, com enchimento capilar de 4 segundos, extremidades frias, cianose ungueal. Sem edemas.

Pele: sem alterações.

Exames do Pronto Socorro:

RX de Tórax: Infiltrado alvéolo-intersticial bilateral com velamento da base esquerda.

USG Tórax: presença de linhas B difusamente e imagem sugestiva de derrame pleural de moderado volume a esquerda

Hemograma: Hb = 9g/dl; Ht=26% Plaquetas=123.000

Leucócitos = 23.000 (Bt=22 / Seg=48 / Eo=0 / Li=28 / Mo=2)

Gasometria arterial (Ventuti 50%) = pH: 7,21 / PO₂: 74 / PCO₂: 48 / BIC: 14 / SatO₂ = 93%

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

