NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: PRÉ-REQUISITO

( ) MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

DATA: 14/03/2021 – 9 HORAS

QUESTÕES

1. No atendimento de um bebê de 39 semanas em sala de parto, após a realização dos passos iniciais foi indicada a ventilação com pressão positiva com balão e máscara. Qual é a FiO2 indicada nesse primeiro ciclo de ventilação?

1. 100%
2. 60%
3. 40%
4. 21%

2. Roberta levou sua filha ao ambulatório para puericultura. Relata que a sua filha apresenta desde o segundo dia de vida lesões generalizadas na pele caracterizadas por vesículas, pápulas e pústulas pequenas tendo à sua volta um halo eritematoso. Ao exame confirmaram-se as lesões e foi verificado que essas lesões não estão presentes nas palmas das mãos e plantas dos pés. Com esse quadro, qual o diagnóstico das lesões?

1. Eritema tóxico neonatal.
2. Melanose pustulosa transitória neonatal.
3. Hiperplasia sebácea.
4. Miliária.

3. Os pais de um lactente de 1 mês vêm a consulta com queixa dela estar ictérica desde a segunda semana de vida. Nasceu de parto normal, pesando 3,4kg e medindo 51 cm. Faz uso exclusivo de leite materno. Ao exame, encontramos a criança ictérica, mas bem nutrida. A conduta CORRETA seria:

1. estimular banho de sol e retorno em 1 mês para reavaliar pensando numa icterícia fisiológica.
2. Solicitar bilirrubinas totais e frações para adequada investigação.
3. Suspender o aleitamento materno e introduzir fórmula láctea de partida.
4. Solicitar ultrassonografia abdominal.

4. Marilia 2 anos está internada na enfermaria de pediatria há 1 dia com diagnóstico de Broncopneumonia. Peso entre o escore Z -2 e -3. Estatura no escore Z -2 e IMC no Escore Z < -3. Saturação de 95% em ar ambiente. No Hemograma da internação a criança apresenta leucocitose com desvio a esquerda e anemia Hemoglobina 8,5 g/dl, hipocrômica e microcítica; ferritina 58; PCR: 135. A conduta correta em relação a anemia apresentada é realizar:

1. sulfato ferroso 5mg/kg/dia dividido em 2 tomadas por tratar-se de anemia ferropriva, provavelmente de instalação crônica.
2. transfusão de concentrado de hemácias 10ml/kg em 4 horas devido a associação da anemia com quadro infeccioso pulmonar.
3. não utilização de sulfato ferroso por não ser a deficiência de ferro a causa da anemia.
4. não utilização de sulfato ferroso no momento, devido a fase de tratamento das patologias que acometem a criança

5. Segundo o Programa Nacional de Imunizações (2020) a dose inicial da vacina contra a Febre amarela deve ser aplicada em qual idade?

1. dose meses de vida.
2. nove meses de vida.
3. quatro meses de vida.
4. dois meses de vida.

6. Paciente feminino, 3 anos, internada para tratamento de Leishmaniose Visceral há 5 dias, evoluindo há 1 dia com quadro de apatia, fraqueza muscular, distensão abdominal significativa. Está em uso de Anfotericina B e vem apresentando dificuldades na alimentação via oral. Apresenta ao ECG depressão do segmento ST, arritmias ventriculares, aparecimento de onda U e achatamento da onda T. Bioquímica sérica evidenciando K = 2,4. Em relação ao distúrbio acima mencionado, assinale a alternativa correta:

1. a reposição deve ser preferencialmente realizada por via oral, visto nem sempre haver via central e a correção endovenosa é acompanhada de risco de arritmias.
2. trata-se de um distúrbio grave devendo ser prontamente corrigido de forma endovenosa, a uma velocidade de correção de 0,3 a 0,5mEq/kg/h (se acesso venoso periférico = 60mEq/L).
3. proceder a troca do medicamento em uso visto espoliação grave de potássio com adicional risco de arritmia e PCR.
4. a excreção fracionada de K evidência como uma perda renal valores < 10%.

7. Renato de 3 anos, portador de fenda palatina, foi trazido ao PAM do HU com história de ter acordado esta madrugada com choro intenso, recusa alimentar e febre moderada. Na história da doença atual a mãe citou que a criança, frequentadora de creche, vinha apresentando um quadro de IVAS na última semana, caracterizada por tosse e coriza nasal importante. Negava até então vômitos, diarreia ou febre. Ao exame apresentava Temperatura axilar de 38,9º C, roncos pulmonares bilaterais, hiperemia de orofaringe e de conduto auditivo. A membrana timpânica estava hiperemiada, sem brilho e abaulada. Feito diagnóstico de OMA pós gripal, sendo imediatamente medicado com antibiótico.

Assinale a alternativa correta:

1. A conduta foi correta porque a criança, embora tenha 3 anos de idade, apresentava fatores de risco para a infecção .
2. Embora tenha 3 anos, não deveria ser tratada. Poderia aguardar 48 a 72 horas de evolução para a tomada dessa conduta.
3. A criança foi vacinada (anti-haemophilus) e o antibiótico, nesse caso é desnecessário.
4. No caso apresentado o antibiótico de primeira escolha é a Cefalosporinas 3ª geração (Ceftriaxona, Cefpodoxina).

8. Em relação a pneumonia comunitária (PAC) na criança assinale a alternativa correta:

1. na ausência de sibilância uma criança de 4 anos com tosse e com frequência respiratória maior ou igual a 30 deve ser classificada como PAC.
2. até dois meses de idade os agentes etiológicos mais comuns são *Mycoplasma* e *Estreptococos pneumoniae*
3. crianças com PAC e tiragem subcostal são classificadas como portadoras de pneumonia grave pela OMS
4. o diagnóstico de PAC é laboratorial, sendo necessária a radiografia de tórax em todos os casos suspeitos para iniciar o tratamento adequado.

9. Criança de 5 anos apresentou febre, cefaleia retro-orbitária, mialgia, artralgia discreta e exantema por 3 dias. No quarto dia desapareceu a febre mas iniciou com vômitos, dor abdominal intensa e agitação. Mãe refere que ela não urina há 12 horas. Os exames laboratoriais mostram hematócrito= 42%, leucócitos= 2900 mm³ e plaquetas= 25.000/mm³. A hipótese diagnóstica é dengue. Qual a conduta preconizada de acordo com o Ministério da Saúde?

1. plano A= Hidratação Oral em domicílio e acompanhamento ambulatorial
2. plano B= Reidratação na UBS e acompanhamento ambulatorial
3. plano C= Hidratação venosa imediata e internação hospitalar
4. plano D= hidratação venosa e transfusão de plaqueta na UTI.

10. Uma criança de 5 anos deu entrada numa unidade de urgência e emergência com queixa de febre diária há dois meses, que cessa com uso de antitérmicos. Há um mês a mãe observou aumento de volume abdominal e palidez cutâneo-mucosa. De acordo com esses dados qual a primeira hipótese diagnóstica e alterações laboratoriais encontradas?

1. leishmaniose visceral; pancitopenia e hipoalbuminemia
2. leucemia linfocítica aguda; anemia, leucócitos e albumina normal
3. anemia falciforme; anemia, plaquetopenia, leucócitos e albumina normais
4. síndrome hemofagocítica; pancitopenia e albumina normal

11. Paciente de 4 anos de idade, sexo masculino, chega ao Pronto Atendimento Pediátrico, apresentando edema, inicialmente periorbitário, que evoluiu para anasarca em aproximadamente 3 dias, com ganho de aproximadamente 2kg no período (peso anterior 15kg, atual 17,3 kg). A pressão arterial se encontra no percentil 90. Nos exames laboratoriais solicitados o resultado de albumina foi de 1,5g/dl e a relação proteína/creatinina urinária de 7,8. Nega quadro semelhante anteriormente. A hipótese diagnóstica e a conduta no caso em questão é:

1. síndrome nefrítica. Benzetacil, restrição hídrica e salina.
2. síndrome nefrótica. Prednisona 60mg/m² SC diária por 4 a 6 semanas, posteriormente 40mg/m² em dias alternados, por 4 a 6 semanas e redução gradual em cerca de 6 meses
3. síndrome nefrótica. Prednisona 60mg/m² SC até negativação da proteinúria, posteriormente 40mg/m² em dias alternados, por 4 a 6 semanas e redução gradual em cerca de 6 meses
4. síndrome nefrítica. Benzetacil, restrição hídrica e salina. Prednisona 60mg/m² SC até negativação da proteinúria, posteriormente 40mg/m² em dias alternados e redução gradual em cerca de 6 meses

12. A Glomerulonefrite Difusa Aguda caracteriza-se por um processo inflamatório e imunológico que acomete todos os glomérulos em ambos os rins. Diante de um paciente de sexo masculino, 7 anos, apresentando hematúria macroscópica, edema leve e pressão arterial entre o percentil 95-99

1. devemos solicitar exames complementares para confirmação diagnóstica, como complemento sérico e ASLO, e iniciar tratamento de suporte com restrição hídrica e salina, além de realizar benzetacil
2. o diagnóstico é clínico, iniciar medidas de suporte com restrição hídrica e salina, além de realizar benzetacil
3. devemos realizar benzetacil, e iniciar tratamento com corticoterapia para a remissão do quadro clínico
4. devemos realizar exames complementares, como complemento sérico e ASLO, e iniciar corticoterapia para a remissão do quadro clínico, além de realizar benzetacil

13. Na cetoacidose diabética a reposição de fluidos e eletrólitos, associados a insulinoterapia constituem o tratamento recomendado, sendo indicado:

1. iniciar a fluidoterapia com soro glicofisiológico, 20ml/kg
2. programar tempo total de reposição de fluidos de 6 horas
3. a reposição de potássio deve ser iniciada a partir da chegada do paciente com 20 a 40mEq/L de potássio no fluido de hidratação, a menos que o paciente esteja com potássio acima de 6,5mEq/L
4. a solução endovenosa contínua de insulina regular deve ser infundida em veia diferente daquela usada para a hidratação, com velocidade de infusão de 0,05 a 0,1U/kg/hora

14. Quando suspeitar de anormalidades da Puberdade?

1. surgimento de características sexuais secundárias antes dos 8 anos nas meninas e 9 anos nos meninos
2. ausência de mamas a partir dos 12 anos ou de pelos púbicos a partir dos 13 anos no sexo feminino
3. ausência de menarca a partir dos 14 anos ou após 2 a 3 anos de surgimento da telarca
4. ausência de pelos púbicos a partir dos 13 anos ou ausência do aumento do volume testicular a partir dos 13 anos no sexo masculino

15. Com relação à infecção neonatal podemos afirmar:

1. a incidência de sepse neonatal é menor em recém-nascidos de termo, de 1 a 2 casos por 1.000 nascidos vivos, e é diretamente proporcional à idade gestacional ao nascimento.
2. o tipo de microrganismo na sepse neonatal tem se mantido ao longo do tempo, e esse dado se deve a fatores maternos, raça, idade gestacional e ausência de pré-natal.
3. a incidência de sepse pelo EGB tem diminuído em razão da profilaxia intraparto e continua muito baixa nos Estados Unidos, seja como causa de sepse precoce ou como tardia.
4. a sepse neonatal é caracterizada por precoce e tardia. Os organismos mais associados com infecção precoce são o estreptococo do grupo B (EGB*, S. agalactie*) e a *Escherichia co*li.

16. Sepse neonatal de início precoce é habitualmente ocasionada por transmissão vertical de bactérias do líquido amniótico contaminado ou durante o parto vaginal por bactérias do trato genital materno. Com relação ao seu diagnóstico, podemos afirmar que:

1. em razão da dificuldade do diagnóstico exclusivamente clínico de sepse neonatal, exames laboratoriais são utilizados no diagnóstico clínico.
2. recém-nascidos a termo, com fator de risco e assintomáticos não necessitam ser avaliados por exames laboratoriais.
3. recém-nascidos a termo sintomáticos não necessitam de avaliação clínica e laboratorialmente antes de iniciar terapia antimicrobiana
4. protocolos de diagnóstico utilizados para crianças maiores com infecção grave são adequados também para recém-nascidos.

17. Menor com quadro de opistótono, hipertonia, trismo e distúrbio do equilíbrio e movimento chega ao Pronto Atendimento com histórico de vômitos e diarreia há 2 dias, já tendo passado por avaliação médica e seguindo as recomendações medicamentosas sugeridas pelo médico anterior. Sinais vitais estáveis no momento. Qual a sua conduta frente ao quadro:

1. hidratação oral com coleta de exames laboratoriais pois trata-se provavelmente de um distúrbio eletrolítico, devendo ser corrigido por haver um quadro de perdas agudas.
2. medicação ansiolítica devido risco de distúrbios eletrolíticos envolvidos, podendo comprometer o sensório e predispor a distúrbios convulsivos.
3. tratamento com medicação anticolinérgica (biperideno) para controle das manifestações extra-piramidais, provavelmente pelo uso de metoclopramida prévio.
4. hidratação e oxigenação adequada, além das medidas de suporte devido ser um paciente grave com grande risco de deterioração do quadro, principalmente pelo comprometimento neurológico.

18. Menor com quadro de opistótono, hipertonia, trismo e distúrbio do equilíbrio e movimento chega ao Pronto Atendimento com histórico de vômitos e diarreia há 2 dias, já tendo passado por avaliação médica e seguindo as recomendações medicamentosas sugeridas pelo médico anterior. Sinais vitais estáveis no momento. Qual a sua conduta frente ao quadro:

1. hidratação oral com coleta de exames laboratoriais pois trata-se provavelmente de um distúrbio eletrolítico, devendo ser corrigido por haver um quadro de perdas agudas.
2. medicação ansiolítica devido risco de distúrbios eletrolíticos envolvidos, podendo comprometer o sensório e predispor a distúrbios convulsivos.
3. tratamento com medicação anticolinérgica (biperideno) para controle das manifestações extra-piramidais, provavelmente pelo uso de metoclopramida prévio.
4. hidratação e oxigenação adequada, além das medidas de suporte devido ser um paciente grave com grande risco de deterioração do quadro, principalmente pelo comprometimento neurológico.

19. Menor masculino, 6 anos de idade, previamente hígido, procura o Pronto Atendimento Pediátrico com quadro de vômitos e diarreia, abundantes, há 1 dia, com dificuldade de reidratação com líquidos orais, evoluindo com oligúria, febre e prostração. Sinais vitais adequados para a idade no momento. Recebe 3 expansões de 20ml/kg de cristaloide a cada 20 minutos com persistência do comprometimento do pulso periférico e tempo de enchimento capilar (4 segundos). Podemos definir que o mesmo encontra-se em Disfunção Cardiovascular caso haja:

1. necessidade de início de drogas cardiotônicas em doses altas (dobutamina > 10mcg/kg/min ou milrinona > 0,5mcg/kg/min) para manutenção da frequência cardíaca e normalização portanto do débito cardíaco.
2. necessidade de correção de bicarbonato devido comprometimento metabólico severo (BE > 10mEq/L e hiperlactatemia > 4mEq/L).
3. manutenção do comprometimento circulatório, com tempo de enchimento capilar de 4 segundos, associado ao comprometimento neurológico, com torpor e sonolência, com evidências de hipotensão.
4. ocorrência de hipotensão arterial (abaixo do percentil 5 para a idade) ou manutenção dos sinais de comprometimento circulatório (oligúria abaixo de 0,5ml/kg/h, tempo de enchimento capilar superior a 5 segundos, gradiente de temperatura corporal > 3°C).

20.. Marcos, 12 anos há 24hrs iniciou quadro infeccioso associado à cefaléia holocraniana pulsátil e 2 episódios de vômitos em jato. Ao exame: REG, febril e apresentando petéquias no corpo (pele e mucosa) com sufusões hemorrágicas. Rigidez de nuca presente, sem outros achados no exame físico e neurológico. Frente a este quadro foi realizado uma Tomografia de crânio que não mostrou alterações. LCR Leucócitos 1000, polimorfo nucleares (70%), glicorraquia de 60mg% e glicemia de 230, Proteínas 100 e GRAM com cocos gram-negativos. Considerando o quadro clínico e exames complementares é correto afirmar quanto ao diagnóstico e tratamento.

1. trata-se de uma meningite bacteriana, cujo agente etiológico é o *S. Pneumoniae* e o antibiótico de escolha é a Penicilina Cristalina, sendo como complicação possível o surgimento de um comprometimento hemodinâmico.
2. trata-se de uma meningite bacteriana, cujo agente etiológico é a *Neisseria meningitides* e o antibiótico de primeira escolha é a Penicilina G Cristalina e como alternativa o ceftriaxona e como complicação pode surgir falência da glândula adrenal por necrose ou hemorragia.
3. trata-se de uma meningite bacteriana cujo agente etiológico é o *H. Influenza* e o antibiótico de primeira escolha é o ceftriaxona e a alternativa é o clorafenicol, sendo que surdez é complicação possível de ocorrer na evolução.
4. trata-se de uma meningite bacteriana, cujo agente etiológico é o *S. Pneumoniae* e o antibiótico de escolha é o Ceftriaxona, sendo que uma complicação hemodinâmica conhecida como Síndrome de WATERHOUSE-FRIDERICHSEN pode estar associada.

21. Mariana 10 anos, deu entrada ao PS com história de crise tônico-clônica generalizada há cerca de 10 minutos. Paciente já apresenta uma Encefalopatia epiléptica prévia e está em uso de ácido valpróico 50mgkg/dia. Está afebril e sem história de infecção. Frente à hipótese diagnosticado e tratamento podemos afirmar:

1. a paciente apresenta estado de mal epiléptico refratário e está indicado como mediação de primeira escolha o midazolam 0,3mg kg/dose (EV) e Fenitoína 20mg/kg/dose.
2. a paciente apresenta estado de mal iminente e está indicado com medicação de primeira escolha o midazolam 0,3mgkg/dose (EV) seguido pelo uso da Fenitoína 20mg/kg/dose EV diluído em soro fisiológico.
3. a paciente apresenta estado de mal epiléptico e está indicado como medicação de primeira escolha o fenobarbital sódico 20mg kg dose EV.
4. a paciente apresenta estado de mal iminente e está indicado como primeira opção terapêutica o uso do Diazepam na dose 0,3mg kg dose seguido pela Fenitoína na dose de 20mg kg/EV diluído em soro glicosado

22. No atendimento de um recém-nascido pré-termo de 26 semanas em sala de parto foi realizada a ventilação com pressão positiva com ventilador manual mecânico e máscara. Ao final de trinta segundos de ventilação o bebê apresentava uma frequência cardíaca de 50 batimentos por minuto e permaneceu em apnéia. Não havendo falha técnica na execução da ventilação, qual o próximo passo a ser realizado?

1. intubação traqueal e iniciar a massagem cardíaca coordenada com a ventilação em ar ambiente, na relação de três massagens para uma ventilação.
2. manter a ventillação com balão auto-inflável e máscara, com concentração de oxigênio de 100%, na frequência de 40 a 60 ventilações por minuto
3. intubação traqueal e iniciar a massagem cardíaca coordenada com a ventilação com oxigênio a 100%, na relação de três massagens para uma ventilação.
4. manter a ventilação com ventilador manual mecânico e máscara, com concentração de oxigênio de 100%, na frequência de 40 a 60 ventilações por minuto, e massagem cardíaca simultânea.

23. Em sala de parto o pediatra avalia a vitalidade de um bebê que acaba de nascer. Assinale a alternativa correta em relação a avaliação da vitalidade desse recém-nascido:

1. a presença de cianose em extremidades e mucosas no momento do nascimento indica hipoxemia e um bebê não vigoroso
2. o índice de APGAR do primeiro minuto de vida é o parâmetro a ser avaliado para definir a necessidade de reanimação desse bebê
3. a presença de respiração com ritmo regular ao nascimento é um parâmetro indicativo de boa vitalidade desse bebê
4. a avaliação do tônus muscular desse bebê não é um parâmetro que auxilia na vitalidades desse bebê logo após o seu nascimento.

24. Assinale a alternativa CORRETA em relação aos componentes do leite humano:

1. A Lisozima é um quelante natural do ferro, impedindo a sua utilização pelas bactérias patogênicas no intestino.
2. O colostro apresenta menor concentração de imunoglobulinas e menor quantidade de macrófagos em relação ao leite maduro.
3. A Taurina é um aminoácido essencial presente no leite humano, sendo necessária para o desenvolvimento da retina.
4. A Lactoferrina presente no leite humano é uma proteína carreadora e facilitadora da absorção do cálcio na mucosa intestinal

25. Recém-nascido de termo, gestação de 39 semanas e 5 dias, está no terceiro dia de vida e apresentando icterícia. Encontra-se em aleitamento materno exclusivo, apresentando uma perda de peso de 11% em relação ao seu peso ao nascer. Os exames laboratoriais mostram BT= 15 mg%, BI=14,3mg%, BD=0,7mg%, sódio sérico de 153mEq/l, Hemoglobina= 16g/dl, Reticulócitos =1,3%, leucócitos totais 10300, Plaquetas= 350000, Bastonetes= 5%, Segmentados= 38%, Linfócitos= 38%, Monócitos= 10%, Eosinófilos= 5%, Basófilos= 2% tipagem sanguínea O negativo e a materna O positivo. O exame físico está normal, o bebê é voraz e suga o seio materno com frequência. Qual a provável causa dessa icterícia?

1. icterícia fisiológica do recém-nascido de termo.
2. circulação êntero-hepática aumentada de bilirrubina.
3. icterícia hemolítica por incompatibilidade Rh.
4. icterícia benigna do leite materno.