

American Heart Association

Suporte Avançado de Vida em Pediatria

Teste Escrito de Auto-Avaliação Pré-Curso

Questões e Gabaritos para os Alunos

Outubro de 2008

Teste Escrito de Auto-Avaliação Pré-Curso de SAVP 2006

Identificação do Ritmo ao ECG

O objetivo da auto-avaliação de SAVP sobre a identificação dos ritmos ao ECG é testar sua capacidade de identificar ritmos que pode vir a encontrar como um profissional de saúde de SAVP. Os ritmos citados abaixo em negrito são os principais ritmos de SAVP que você deve ser capaz de identificar durante as estações de aprendizado e de testes do Curso de SAVP para Profissionais de Saúde. Se você tiver dificuldade em identificar os ritmos pediátricos ao ECG, sugerimos fortemente que empregue um tempo adicional para revisar as arritmias pediátricas básicas antes do Curso de SAVP para Profissionais de Saúde. As fontes de informação sobre a identificação de ritmos pediátricos ao ECG incluem a seção de Aspectos Básicos do ECG no site www.americanheart.org/cpr, o *Guia do Curso de SAVP* e o *Livro de SAVP para Profissionais de Saúde*.

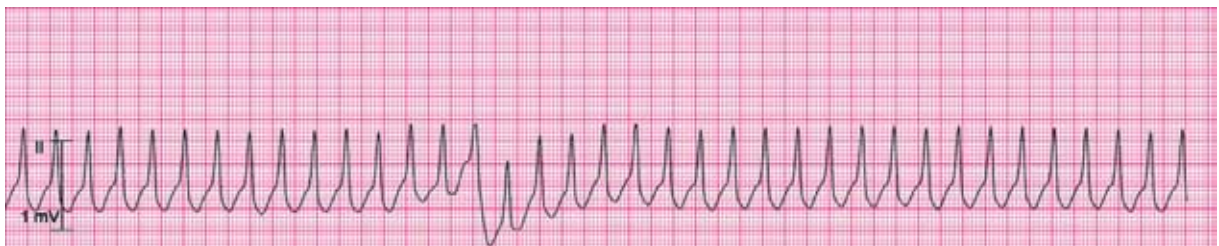
Para todas as questões, selecione apenas a melhor alternativa (isto é, ritmo) da lista de ritmos (de A a H) abaixo. Uma questão pode ter mais de uma resposta correta. Existem 3 testes de auto-avaliação: Identificação do Ritmo ao ECG, Farmacologia e Aplicação Prática.

Os Ritmos Pediátricos (A a H: principais ritmos de SAVP; I a M: ritmos não principais):

- A. **Ritmo sinusal normal**
- B. **Taquicardia sinusal**
- C. **Bradicardia sinusal**
- D. **Taquicardia supraventricular (TSV)**
- E. **Taquicardia de complexo largo; taquicardia ventricular presumida (monomórfica)**
- F. **Fibrilação ventricular (FV)**
- G. **Assistolia**
- H. **Atividade elétrica sem pulso (AESP)**

Ritmos 1 a 8: Principais Ritmos de SAVP (selecione apenas a melhor alternativa entre os ritmos A a H)

Ritmo 1 (dica clínica: frequência cardíaca 214/min)



Ritmo 2 (dicas clínicas: frequência cardíaca 44/min; sem pulso detectável)



Ritmo 3 (dicas clínicas: 8 anos de idade; frequência cardíaca 50/min)



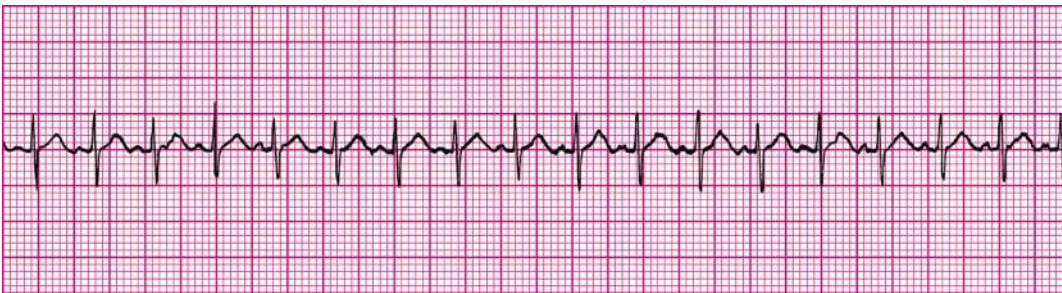
Ritmo 4 (dica clínica: sem pulso detectável)



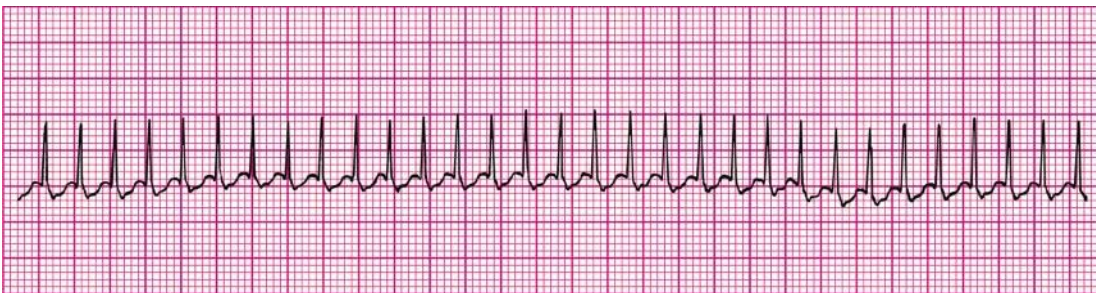
Ritmo 5 (dicas clínicas: sem frequência cardíaca compatível; sem pulso detectável)



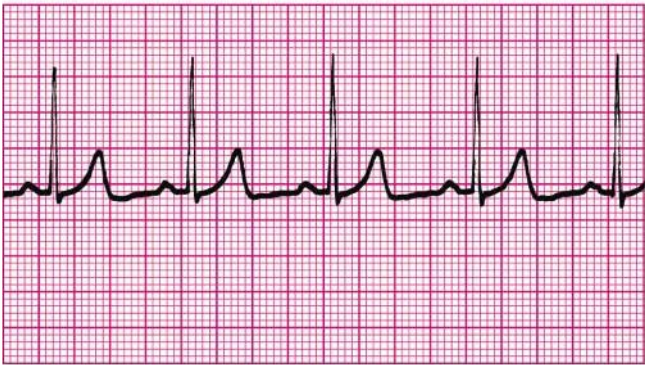
Ritmo 6 (dicas clínicas: 3 anos de idade; frequência cardíaca 188/min)



Ritmo 7 (dica clínica: frequência cardíaca 300/min)



Ritmo 8 (dicas clínicas: 8 anos de idade; frequência cardíaca 75/min)



Para informações adicionais: consulte o Capítulo 6 no Livro de SAVP para Profissionais de Saúde: Reconhecimento e Tratamento de Bradiarritmias e Taquiarritmias e o Capítulo 7: Reconhecimento e Tratamento da Parada Cardíaca.

Teste Escrito de Auto-Avaliação Pré-Curso de SAVP 2006

Farmacologia

O objetivo da Auto-Avaliação sobre Farmacologia do SAVP é testar seus conhecimentos sobre os principais medicamentos usados no Curso de SAVP para Profissionais de Saúde. Esse conhecimento farmacológico inclui as indicações, contra-indicações e os métodos de administração desses agentes. Este exercício testa sua capacidade de usar corretamente essas medicações em situações similares às que você provavelmente encontrará nas estações de aprendizado e teste do Curso de SAVP para Profissionais de Saúde. As estações têm por objetivo simular o conhecimento que você precisará para tratar crianças gravemente feridas ou doentes.

Caso esta auto-avaliação mostre que seu conhecimento de farmacologia e das indicações dessas medicações é deficiente, sugerimos fortemente que você empregue um tempo adicional para revisar a farmacologia básica das medicações de ressuscitação antes de participar do curso de SAVP. As fontes de informação sobre as medicações usadas em SAVP incluem o *site* www.americanheart.org/cpr, o *Guia do Curso de SAVP*, o *Livro de SAVP para Profissionais de Saúde* e o *Manual de Atendimento Cardiovascular de Emergência (Manual de ACE)*.

A auto-avaliação em Farmacologia consiste de 11 questões de múltipla escolha. Selecione apenas a melhor alternativa. Existem 3 testes de auto-avaliação: Identificação do Ritmo ao ECG, Farmacologia e Aplicação Prática.

1. Você é chamado para ajudar na ressuscitação de um lactente com bradicardia sintomática grave associada a angústia respiratória. A bradicardia persiste, apesar do estabelecimento de uma via aérea, de oxigenação e ventilação eficazes. Não há bloqueio cardíaco presente. Qual das seguintes é a primeira medicação que você deve administrar?

- A. Atropina
- B. Dopamina
- C. Adenosina
- D. Epinefrina

2. Qual das seguintes afirmações sobre os efeitos da epinefrina durante a tentativa de ressuscitação é verdadeira?

- A. A epinefrina reduz a resistência vascular periférica e diminui a pós-carga miocárdica, de modo que as contrações ventriculares são mais eficazes
 - B. A epinefrina melhora a pressão de perfusão da artéria coronária e estimula as contrações espontâneas quando há assistolia
 - C. A epinefrina é contra-indicada na fibrilação ventricular, pois aumenta a irritabilidade miocárdica
 - D. A epinefrina reduz o consumo de oxigênio miocárdico
-

3. **A avaliação geral de uma menina de 2 anos revela que ela está alerta, com dificuldade respiratória leve durante a inspiração, e palidez cutânea. Na avaliação primária, ela emite sons inspiratórios agudos (estridor leve) quando agitada; em outras condições, sua respiração é silenciosa. Sua SpO₂ é 92% no ar ambiente e ela tem retrações intercostais inspiratórias leves. A ausculta pulmonar revela sons de transmissão provenientes da via aérea superior, com murmúrio vesicular distal bilateralmente. Qual das seguintes é a intervenção terapêutica inicial mais adequada para esta criança?**
- A. Realizar intubação endotraqueal imediata
 - B. Administrar uma dose IV de dexametasona
 - C. Nebulizar 2,5 mg de albuterol
 - D. Administrar oxigênio suplementar umidificado, conforme tolerado, e continuar a avaliação
-
4. **Qual dos seguintes dispositivos fornece - de maneira mais confiável - uma alta concentração (90% ou mais) de oxigênio inspirado para uma criança pequena ou um pouco mais velha?**
- A. Cânula nasal com um fluxo de oxigênio de 4 l/min
 - B. Máscara de oxigênio simples com fluxo de oxigênio de 15 l/min
 - C. Máscara facial não reinalante com fluxo de oxigênio de 12 l/min
 - D. Tenda facial com um fluxo de oxigênio de 15 l/min
-
5. **Qual das afirmações a seguir sobre a administração endotraqueal de medicações é correta?**
- A. A administração endotraqueal de medicações é a via preferida de administração de medicações durante as tentativas de ressuscitação, pois resulta em níveis previsíveis da medicação e de seus efeitos
 - B. As doses endotraqueais das medicações de ressuscitação em crianças já foram bem estabelecidas e são apoiadas por evidências de ensaios clínicos
 - C. As doses de medicações intravenosas para as medicações de ressuscitação devem ser usadas, caso você administre as medicações por via IV, intra-óssea (IO) ou endotraqueal.
 - D. A administração de medicação endotraqueal é a via menos desejável para a administração de medicações, pois essa via resulta em níveis e efeitos farmacológicos imprevisíveis
-
6. **Qual das afirmações a seguir reflete de maneira mais precisa as recomendações do SAVP para o uso de sulfato de magnésio no tratamento da parada cardíaca?**
- A. O sulfato de magnésio é indicado para FV refratária a choques repetidos e amiodarona ou lidocaína
 - B. O uso rotineiro de sulfato de magnésio é indicado para TV monomórfica refratária ao choque
 - C. O sulfato de magnésio é indicado para *torsades de pointes* ou suspeita de hipomagnesemia
 - D. O sulfato de magnésio é contra-indicado para TV associada a um intervalo QT anormal durante o ritmo sinusal precedente
-

7. **Você entra em uma sala para realizar uma avaliação geral de um menino de 10 anos previamente estável, e o encontra não responsivo e apnéico. Você dá o sinal de emergência e uma ventilação com bolsa-valva-máscara é realizada com oxigênio a 100%. O monitor cardíaco revela uma taquicardia de complexo largo. O menino não tem pulso detectável. Você aplica um choque não sincronizado de 2 J/kg. A checagem do ritmo após 2 minutos de RCP revela FV. Você então aplica um choque de 4 J/kg e reinicia a RCP imediatamente, começando pelas compressões. Um membro da equipe estabeleceu o acesso IO, então você administra uma dose de epinefrina de 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição 1:10.000) por via IO, quando a RCP é reiniciada, após o segundo choque. Na próxima verificação do ritmo cardíaco, há FV persistente. Você aplica um choque de 4 J/kg e reinicia a RCP. Com base no Algoritmo de Parada Cardíaca Sem Pulso do SAVP, qual é a próxima medicação e a dose a ser administrada quando a RCP for reiniciada?**

- A. Epinefrina 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:1.000) por via IO
 - B. Atropina 0,02 mg/kg por via IO
 - C. Amiodarona 5 mg/kg por via IO
 - D. Sulfato de magnésio 25 a 50 mg/kg por via IO
-

8. **Os pais de uma menina de 1 ano telefonaram para o Serviço de Atendimento de Emergência quando foram buscar a criança na casa da babá. Os paramédicos realizam uma avaliação geral, revelando uma lactente prostrada, com respiração irregular, hematomas sobre o abdome, distensão abdominal e cianose. Inicia-se uma ventilação com bolsa-valva-máscara assistida com oxigênio a 100%. Na avaliação primária, a frequência cardíaca é 36/min, o pulso periférico não pode ser palpado e o pulso central é muito pouco palpável. A monitorização cardíaca revela bradicardia sinusal. As compressões torácicas são iniciadas a uma relação compressão-ventilação de 15:2. No serviço de emergência, a lactente é intubada e ventilada com oxigênio a 100% e o acesso IV é estabelecido. A frequência cardíaca agora é de até 150/min, mas pulso central está fraco e não há pulso periférico. A pressão arterial sistólica é 74 mmHg. Das alternativas a seguir, qual seria o tratamento mais útil para esta lactente?**

- A. Epinefrina 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:10.000) por via IV
 - B. Bolo rápido de 20 ml/kg de fluido isotônico
 - C. Atropina 0,02 mg/kg, por via IV
 - D. Cardioversão sincronizada
-

9. **Qual das seguintes afirmações sobre o cálcio é verdadeira?**

- A. A administração rotineira de cálcio não está indicada durante a parada cardíaca
 - B. A dose recomendada é 1 a 2 mg/kg de cloreto de cálcio
 - C. Cloreto de cálcio a 10% tem a mesma biodisponibilidade de cálcio elementar que o gluconato de cálcio em crianças com doenças graves
 - D. As indicações para a administração de cálcio incluem a hipercalcemia, a hipopotassemia e a hipomagnesemia
-

10. Um lactente com história de vômitos e diarreia chega de ambulância. Durante a avaliação primária, o lactente responde somente aos estímulos dolorosos. A via aérea superior está patente, a frequência respiratória é 40/min com sons respiratórios audíveis bilateralmente e está sendo administrado oxigênio a 100%. O lactente está com as extremidades frias, pulso fraco e tempo de enchimento capilar > 5 segundos. A pressão arterial do lactente é 85/65 mmHg e a concentração de glicose (medida por um teste no leito) é 30 mg/dl. Qual dos seguintes tratamentos é o mais adequado para este lactente?
- A. Estabelecer o acesso IV ou IO e administrar 20 ml/kg de G 5% em cloreto de sódio a 0,45% em bolo durante 15 minutos
 - B. Estabelecer o acesso IV ou IO e administrar 20 ml/kg de solução de *Ringer* Lactato por 60 minutos
 - C. Realizar intubação endotraqueal e administrar epinefrina 0,1 mg/kg a 1:1.000 através de um tubo endotraqueal
 - D. Estabelecer o acesso IV ou IO, administrar 20 ml/kg de cristalóide isotônico durante 10 a 20 minutos e, simultaneamente, administrar SG 25%, 2 a 4 ml/kg, em infusão separada
-
11. A avaliação geral de um menino de 9 anos com aumento no trabalho da respiração revela que o garoto está agitado e curvando-se para frente na cama, com angústia respiratória evidente. Você administra oxigênio a 100% por máscara não-reinalante. O paciente está falando em frases curtas e diz a você que tem asma, mas que está sem o inalador. Ele apresenta batimento das asas do nariz, retrações intercostais e supra-esternais graves e diminuição da movimentação do ar com tempo expiratório prolongado e sibilos. Sua SpO₂ é 92% (com a máscara não reinalante). Qual é a próxima terapia clínica a ser fornecida para este paciente?
- A. Adenosina 0,1 mg/kg
 - B. Amiodarona 5 mg/kg por via IV/IO
 - C. Albuterol por nebulização
 - D. Procainamida 15 mg/kg, por via IV/IO

Para informações adicionais: consulte o Livro de SAVP para Profissionais de Saúde e o Guia do Curso de SAVP, Parte 10: Farmacologia.

Teste Escrito de Auto-Avaliação Pré-Curso de SAVP 2006

Aplicação Prática

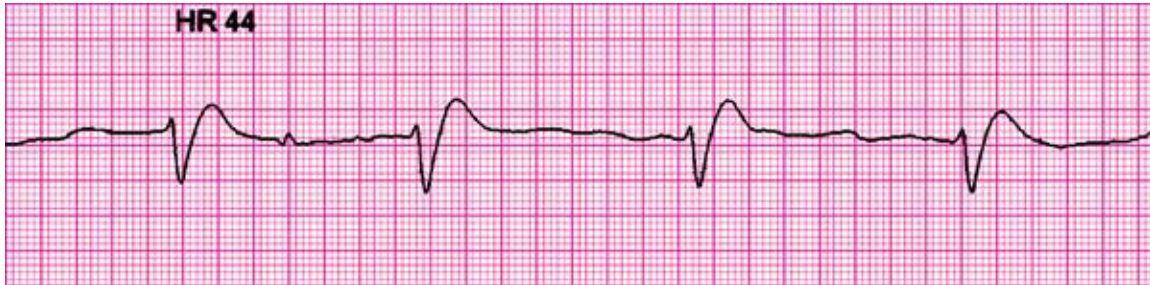
O objetivo da auto-avaliação da aplicação prática do SAVP é testar seus conhecimentos sobre a seleção do tratamento adequado com base nas informações de avaliação pediátrica fornecidas em situações de casos clínicos. Este exercício avalia especificamente sua capacidade de identificar os principais ritmos de SAVP (se apresentados), seu conhecimento das principais medicações, dos fluxogramas do SAVP e dos algoritmos para angústia/insuficiência respiratória e choque, e seu conhecimento dos algoritmos do SAVP para os distúrbios do ritmo.

Nas auto-avaliações anteriores, você praticou suas habilidades de identificação do ritmo pediátrico (Identificação do Ritmo ao ECG) e seu conhecimento sobre as principais medicações (Farmacologia). De maneira ideal, você deve demonstrar proficiência nesses assuntos antes de prosseguir com este teste.

Caso você tenha dificuldade com as questões de aplicação prática, sugerimos fortemente que você revise os principais ritmos do SAVP, as informações sobre as principais medicações, os fluxogramas e algoritmos do SAVP para angústia/insuficiência respiratória e choque, e os algoritmos do SAVP para os distúrbios do ritmo. As fontes para essa informação incluem o site www.americanheart.org/cpr (leia os Casos Práticos), o *Guia do Curso de SAVP*, o *Livro de SAVP para Profissionais de Saúde* e o *Manual de Atendimento Cardiovascular de Emergência*.

Esta auto-avaliação consiste de 19 questões de múltipla escolha. Selecione apenas a melhor resposta. Existem 3 testes de auto-avaliação: Identificação do Ritmo ao ECG, Farmacologia e Aplicação Prática.

1. Um bebê do sexo masculino, de 8 meses, é trazido para o serviço de emergência para a avaliação de diarreia grave e desidratação. Lá, a criança pára de responder e fica sem pulso. Você grita por socorro e inicia a RCP a uma taxa de compressão de 100/min e uma relação compressão-ventilação de 30:2. Um outro profissional de saúde chega e você muda para a RCP com 2 profissionais de saúde com uma relação compressão-ventilação de 15:2. O monitor cardíaco mostra o seguinte ritmo:



O lactente é intubado e ventilado com oxigênio a 100%. Um acesso IO é rapidamente estabelecido e uma dose de epinefrina é administrada. Das seguintes opções de tratamento, qual é a mais adequada para ser realizada a seguir?

- A. Desfibrilação com 2 J/kg
B. Solução fisiológica normal, 20 ml/kg por via IV rápida
C. Epinefrina em alta dose, 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:1.000) por via IO
D. Amiodarona 5 mg/kg por via IO
-
2. A avaliação geral de um bebê do sexo masculino, de 10 meses, atendido no serviço de emergência, revela um lactente pálido e letárgico, com respirações lentas. Você começa a realizar a ventilação assistida com bolsa-valva-máscara usando oxigênio a 100%. Na avaliação primária, a frequência cardíaca é 38/min, o pulso central é fraco, mas o pulso periférico não pode ser palpado, a pressão arterial é 60/40 mmHg e o tempo de enchimento capilar é de 4 segundos. Enquanto você faz sua avaliação, um colega coloca a criança no monitor cardíaco e você observa o seguinte ritmo:



O ritmo permanece inalterado, apesar da ventilação com oxigênio a 100%.

Quais são seus próximos passos de tratamento?

- A. Administrar adenosina 0,1 mg/kg por via IV/IO rápida e preparar para a cardioversão sincronizada
 - B. Iniciar as compressões torácicas e administrar epinefrina 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:1.000) por via IV/IO
 - C. Iniciar as compressões torácicas e administrar epinefrina 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:10.000) por via IV/IO
 - D. Administrar 20 ml/kg de cristalóide isotônico e epinefrina 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:10.000) por via IV/IO
-

3. **Uma criança de 3 anos, não responsiva e apnéica, é trazida para o serviço de emergência. A equipe do serviço de emergência relata que a criança tornou-se não responsiva quando eles chegaram ao hospital. A criança está recebendo RCP, inclusive ventilação com bolsa-valva-máscara, com oxigênio a 100% e compressões torácicas à frequência de 100/min. As compressões e as ventilações estão sendo coordenadas, a uma relação de 15:2. Você confirma a presença de apnéia e que a ventilação está produzindo sons respiratórios bilaterais e expansão torácica, enquanto um colega confirma a ausência de pulso. O monitor cardíaco revela o seguinte ritmo:**



Há um desfibrilador manual bifásico disponível. Você usa rapidamente o comprimento vértice-calcanhar da criança, através de uma fita de ressuscitação codificada por cores, para estimar o peso aproximado em 15 kg. Qual das seguintes terapias é a mais adequada para esta criança neste momento?

- A. Estabelecer um acesso IV/IO e administrar 5 mg/kg de amiodarona por via IV/IO
 - B. Estabelecer um acesso IV/IO e administrar 1 mg/kg de lidocaína por via IV/IO
 - C. Tentar a desfibrilação com a dose de 30 J e depois reiniciar a RCP começando pelas compressões torácicas
 - D. Estabelecer um acesso IV/IO e administrar 0,01 mg/kg de epinefrina (0,1 ml/kg na diluição de 1:10.000) por via IV/IO
-

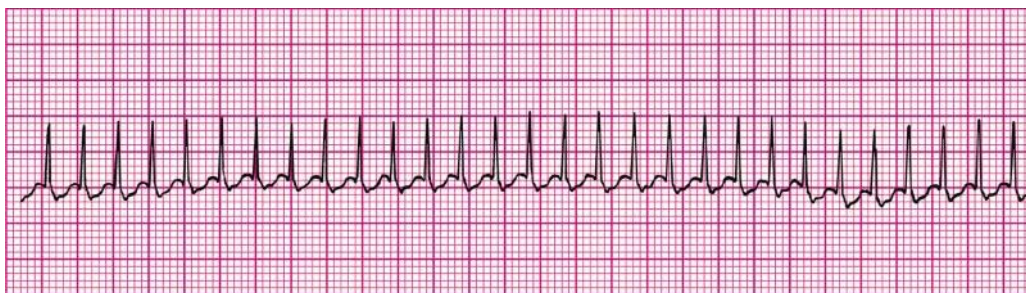
4. A avaliação geral de um garoto de 10 anos revela que ele não está responsivo. Você grita por socorro, checa a respiração, percebe que ele está apnéico e aplica 2 ventilações. Após observar que ele continua sem pulso, você inicia ciclos de compressão-ventilação a uma taxa de compressão de 100/min e uma relação compressão-ventilação de 30:2. Um colega chega e coloca a criança sob monitorização cardíaca, revelando o seguinte ritmo:



Vocês dois tentam a desfibrilação com a carga de 2 J/kg e realizam 2 minutos de RCP. O ritmo persiste, na segunda checagem do ritmo, e você tenta a desfibrilação usando 4 J/kg. Um terceiro colega estabelece o acesso IO e administra uma dose de 0,01 mg/kg de epinefrina (0,1 ml/kg na diluição de 1:10.000) durante as compressões, após o segundo choque. Caso haja persistência de FV ou TV sem pulso após 2 minutos de RCP, qual deve ser a *próxima* medicação/dose a ser administrada?

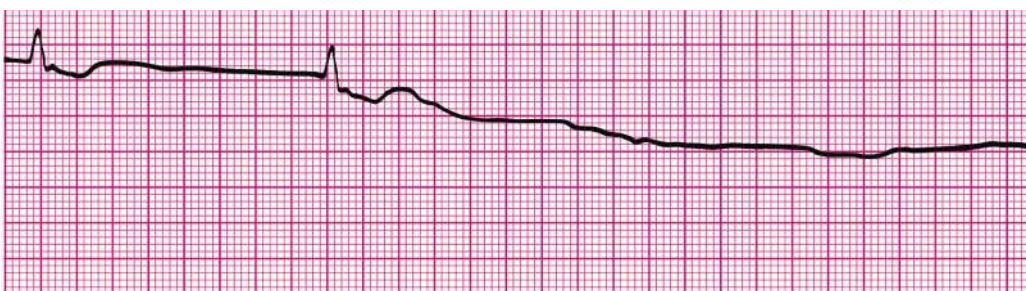
- A. Epinefrina 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:1.000) por via IV
- B. Adenosina 0,1 mg/kg, por via IV
- C. Amiodarona 5 mg/kg por via IV
- D. Atropina 0,02 mg/kg, por via IV

5. Um menino de 1 ano é trazido para o serviço de emergência, para avaliação, pois está se alimentando mal, está irritadiço e sudoréico. Na avaliação geral, ele se encontra letárgico, mas responde quando estimulado, tem dificuldade para respirar e apresenta uma coloração escura na pele. A avaliação primária revela uma frequência respiratória de 68/min, frequência cardíaca de 300/min, que não varia com a atividade ou o sono, pressão arterial de 70/45 mmHg, pulso braquial fraco e pulso radial ausente, tempo de enchimento capilar de 6 segundos, SpO₂ de 85% no ar ambiente e bons sons respiratórios bilaterais. Você administra oxigênio em alto fluxo e coloca a criança sob monitorização cardíaca. Você observa o ritmo a seguir, com pouca variabilidade da frequência cardíaca de um batimento para outro:



A avaliação secundária não revela história de cardiopatia congênita. O acesso IV já havia sido estabelecido. Qual das seguintes terapias é a mais adequada para este lactente?

- A. Agendar uma consulta com um cardiologista pediátrico, para um outro dia desta semana
 - B. Adenosina 0,1 mg/kg por via IV rápida; se não houver adenosina prontamente disponível, realizar cardioversão sincronizada
 - C. Realizar desfibrilação imediata, não aguardando o estabelecimento do acesso IV
 - D. Estabelecer o acesso IV e administrar fluido em bolo de 20 ml/kg de cristalóide isotônico
-
6. Uma criança torna-se não responsiva no serviço de emergência e não está respirando. Você fornece ventilação com oxigênio a 100%. Você não tem certeza se consegue ouvir um pulso fraco com o seguinte ritmo:



Qual é sua próxima ação?

- A. Começar as compressões torácicas de alta qualidade associadas com ventilação
 - B. Solicitar um marca-passo transcutâneo
 - C. Iniciar um acesso IV e administrar atropina 0,01 mg/kg por via IV
 - D. Iniciar um acesso IV e administrar epinefrina 0,01 mg/kg IV (0,1 ml/kg na diluição de 1:10.000)
-

7. Você está se preparando para usar um desfibrilador manual e pás pediátricas. Quando é mais adequado usar as pás de tamanho “pediátrico” para a aplicação de choque?

- A. Para tentar a cardioversão sincronizada, mas não a desfibrilação
 - B. Se o peso do paciente for < aproximadamente 25 kg ou se ele tiver < 8 anos
 - C. Se o peso do paciente for < aproximadamente 10 kg ou se ele tiver < 1 ano
 - D. Sempre que você puder comprimir o tórax da vítima usando somente o calcanhar de uma mão
-

8. Um garoto de 7 anos de idade é encontrado não responsivo, apnéico e sem pulso. A RCP está sendo realizada. A criança está intubada e o acesso vascular é estabelecido. A monitorização por ECG revela um ritmo organizado, mas uma checagem do pulso não revela pulso palpável. Ventilações e compressões eficazes são reiniciadas e uma dose inicial de epinefrina IV é administrada. Qual das seguintes terapias deveria ser realizada em seguida?

- A. Tentar identificar e tratar as causas reversíveis (usando a regra mnemônica dos Hs e dos Ts)
 - B. Tentar a desfibrilação com carga de 4 J/kg
 - C. Administrar epinefrina 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:1.000) por via IV
 - D. Realizar a cardioversão sincronizada com carga de 1 J/kg
-

9. Você está avaliando uma menina de 6 anos, irritável e cuja pele está com cor mosqueada. Na avaliação primária, ela está febril (temperatura de 40°C), suas extremidades estão frias (apesar da temperatura ambiente aquecida na sala), e o tempo de enchimento capilar é de 5 segundos. O pulso periférico está ausente e o pulso central está fraco. A frequência cardíaca é 180/min, a frequência respiratória é 45/min e a pressão arterial é 98/56 mmHg. Qual das seguintes alternativas descreve com mais precisão a classificação das condições desta criança usando a terminologia ensinada no Curso de SAVP para Profissionais de Saúde?

- A. Choque hipotensivo associado a perfusão tecidual inadequada
 - B. Choque hipotensivo associado a perfusão tecidual inadequada e hipotensão significativa
 - C. Choque compensado que não requer intervenção
 - D. Choque compensado associado a taquicardia e perfusão tecidual inadequada
-

10. Um garoto de 8 anos foi atropelado por um carro. Ele chega ao serviço de emergência alerta, ansioso e com angústia respiratória. Sua coluna cervical está imobilizada e ele está recebendo um fluxo de 10 l/min de oxigênio a 100% por máscara facial não reinhalante. A avaliação primária revela frequência respiratória de 60/min, frequência cardíaca de 150/min, pressão arterial sistólica de 70 mmHg e SpO₂ de 84% com oxigênio suplementar. Os sons respiratórios estão ausentes no lado direito do tórax e a traquéia está desviada para a esquerda. Ele apresenta pulso central fraco e ausência de pulso periférico. Qual das seguintes é a intervenção imediata mais adequada para esta criança?
- A. Realizar intubação endotraqueal e solicitar uma radiografia de tórax imediatamente
 - B. Fornecer ventilação com bolsa-valva-máscara e solicitar uma radiografia de tórax imediatamente
 - C. Estabelecer acesso IV e administrar um fluido em bolo de 20 ml/kg de solução fisiológica normal
 - D. Realizar descompressão com agulha no lado direito do tórax e ventilação assistida com uma bolsa e máscara, se necessário
-
11. Uma criança de 18 meses se apresenta com uma história de 1 semana de tosse e nariz escorrendo. Você realiza uma avaliação geral, que revela uma criança pequena que responde somente a estímulos dolorosos, com respirações lentas e cianose difusa. Você inicia uma avaliação primária e detecta uma frequência respiratória caindo de 65/min para 10/min, retrações intercostais inspiratórias graves, frequência cardíaca de 160/min, SpO₂ de 65% ao ar ambiente e tempo de enchimento capilar < 2 segundos. Qual das seguintes alternativas é o tratamento imediato mais adequado para esta criança pequena?
- A. Estabelecer um acesso vascular e administrar um bolo de 20 ml/kg de cristalóide isotônico
 - B. Fazer a abertura da via aérea e fornecer ventilação com pressão positiva usando oxigênio a 100% e bolsa-valva-máscara
 - C. Administrar oxigênio a 100% por máscara facial, estabelecer um acesso vascular e obter uma radiografia de tórax o quanto antes
 - D. Administrar oxigênio a 100% por máscara facial, obter uma gasometria arterial e estabelecer um acesso vascular
-
12. Você está supervisionando um outro profissional de saúde que está introduzindo uma agulha intra-óssea (IO) na tíbia de um lactente. Qual dos seguintes sinais você deve dizer ao profissional que melhor indica uma inserção bem sucedida de uma agulha na cavidade da medula óssea?
- A. O fluxo de sangue pulsátil estará presente no canhão da agulha
 - B. Os fluidos podem ser administrados livremente, sem inchaço local do tecido mole
 - C. Você é incapaz de aspirar sangue através da agulha
 - D. Uma vez inserida, a haste da agulha se move facilmente em todas as direções no interior do osso
-

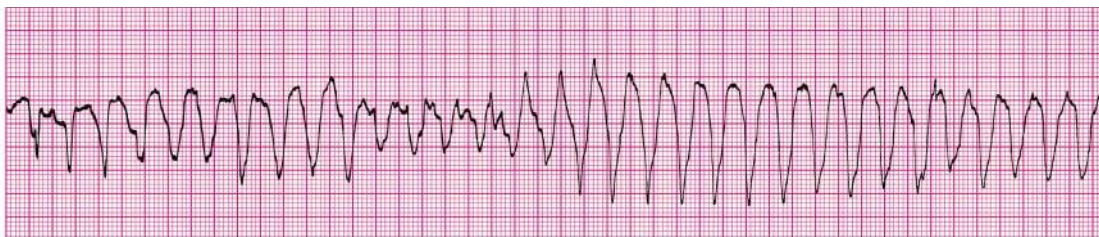
13. Uma criança de 3 anos, pálida e prostrada, com história de diarreia, é trazida para o hospital. A avaliação primária revela frequência respiratória de 45/min, com sons respiratórios audíveis bilateralmente. A frequência cardíaca é 150/min, a pressão arterial é 90/64 mmHg e a SpO₂ é de 92% ao ar ambiente. O tempo de enchimento capilar é de 5 segundos e o pulso periférico é fraco. Após aplicar uma máscara facial não reinalante na criança (fluxo de 10 l/min) com oxigênio a 100% e obter acesso vascular, qual dos seguintes é o tratamento imediato mais adequado para esta criança?

- A. Obter uma radiografia de tórax
- B. Iniciar a infusão de manutenção com cristalóide
- C. Administrar um bolo de 20 ml/kg de cristalóide isotônico
- D. Administrar uma infusão de dopamina a 2 a 5 µg/kg por minuto

14. Você acaba de ajudar na intubação endotraqueal eletiva de uma criança com insuficiência respiratória e ritmo de perfusão adequada. Qual das seguintes alternativas proporciona avaliação imediata e mais confiável sobre o correto posicionamento do tubo endotraqueal nesta criança?

- A. A ausência de sons respiratórios audíveis sobre o abdome durante a ventilação com pressão positiva
- B. Ausculta dos sons respiratórios sobre a porção lateral do tórax bilateralmente, mais presença de vapores no tubo endotraqueal
- C. Confirmação das tensões adequadas de oxigênio e de dióxido de carbono na análise da gasometria arterial
- D. Avaliação clínica dos sons respiratórios bilaterais adequados e expansão torácica associados à presença de CO₂ expirado no dispositivo de detecção colorimétrica, após a aplicação de 6 ventilações com pressão positiva

15. Um menino de 4 anos está em parada cardíaca sem pulso na unidade de terapia intensiva pediátrica. O tratamento de emergência está sendo realizado. Como médico de plantão, você revê rapidamente a ficha do paciente e observa que seu intervalo QT basal corrigido em um ECG de 12 derivações é prolongado. Uma olhada para o monitor revela episódios recorrentes do seguinte ritmo:



O menino recebeu uma dose de 0,01 mg/kg de epinefrina (0,1 ml/kg na diluição de 1:10.000), mas continua a demonstrar o ritmo ilustrado acima. Se esse ritmo persistir na próxima verificação do ritmo cardíaco, que medicação será mais adequado administrar?

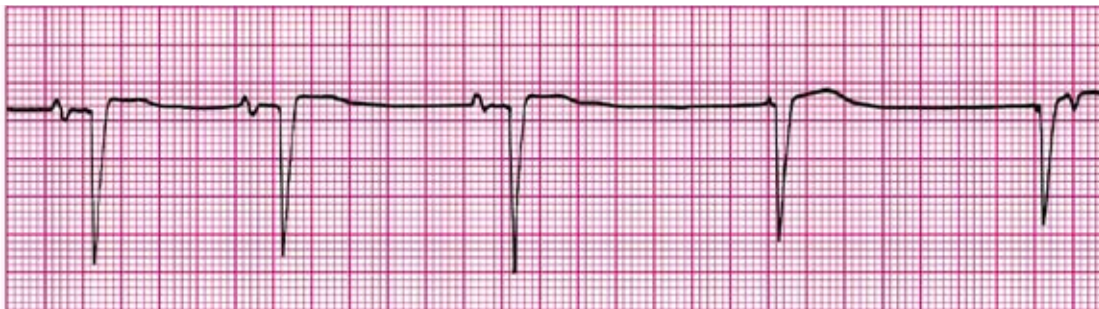
- A. Adenosina 0,1 mg/kg, por via IV
 - B. Epinefrina 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:10.000) por via IV
 - C. Lidocaína 1 mg/kg por via IV
 - D. Sulfato de magnésio 50 mg/kg por via IV
-

16. **Você está participando de uma intubação eletiva de uma criança de 4 anos com insuficiência respiratória. Você deve selecionar o tamanho adequado de um tubo endotraqueal sem *cuff*. Você não tem uma fita de ressuscitação codificada por cores, para estimar o tamanho correto do tubo endotraqueal. Qual das alternativas a seguir apresenta o tamanho estimado mais adequado de tubo endotraqueal sem *cuff* para uma criança média de 4 anos?**

- A. Tubo de 3 mm
 - B. Tubo de 4 mm
 - C. Tubo de 5 mm
 - D. Tubo de 6 mm
-

17. **Você está tomando conta de uma criança de 3 anos que está vomitando e com diarreia. Você estabeleceu um acesso IV. Ao colocar uma sonda orogástrica, a criança começa a ter náuseas e continua a ter ânsia de vômitos após a colocação. A cor da criança deteriorou; o pulso está palpável, mas fraco, e a criança agora está letárgica. A frequência cardíaca é variável (variando de 44/min até 62/min). Você começa a aplicar a ventilação com bolsa-valva-máscara com oxigênio a 100%. Quando a frequência cardíaca não melhora, você inicia as compressões torácicas.**

O monitor cardíaco revela o seguinte ritmo:



Qual das opções abaixo é a terapia *mais* adequada a ser considerada em seguida?

- A. Epinefrina 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg na diluição de 1:1.000) por via IV
 - B. Atropina 0,02 mg/kg, por via IV
 - C. Tentar a cardioversão sincronizada na dose de 0,5 J/kg
 - D. Consultar um cardiologista para a colocação de marca-passo transcutâneo
-

18. Você está transportando um paciente de 6 anos com intubação endotraqueal, que está recebendo ventilação mecânica com pressão positiva. A criança começa a mexer a cabeça e subitamente torna-se cianótica e bradicárdica. A SpO_2 é 65% com bom sinal de pulso. Você remove a criança do circuito de ventilação mecânica e faz a ventilação manual com bolsa através do tubo endotraqueal. Durante a ventilação manual com oxigênio a 100%, a cor da criança e a frequência cardíaca melhoram levemente e sua pressão arterial continua adequada. Os sons respiratórios e a expansão torácica estão presentes e são adequados no lado direito, mas estão continuamente diminuindo no lado esquerdo. A traquéia não está desviada e as veias do pescoço não estão distendidas. Um cateter de aspiração passa facilmente além da ponta do tubo endotraqueal. Qual das seguintes alternativas apresenta a causa mais provável para a deterioração aguda dessa criança?
- A. Deslocamento do tubo endotraqueal para o brônquio fonte direito
 - B. Obstrução do tubo endotraqueal
 - C. Pneumotórax hipertensivo no lado direito
 - D. Falha do equipamento
-
19. Um menino de 3 anos se apresenta com traumatismo multissistêmico. A criança era passageira de um carro e não estava usando cinto de segurança em um acidente automotivo. Na avaliação primária, ele não responde aos estímulos vocais e dolorosos. Sua frequência respiratória é $< 6/\text{min}$, a frequência cardíaca é de $170/\text{min}$, a pressão arterial sistólica é 60 mmHg , o tempo de enchimento capilar é de 5 segundos e o SpO_2 é 75% ao ar ambiente. Qual das seguintes alternativas resume com mais precisão as primeiras ações que você deve realizar para dar assistência para esta criança?
- A. Fornecer oxigênio a 100% por máscara simples, estabilizar a coluna cervical, estabelecer um acesso vascular e fornecer fluidos de manutenção por via IV
 - B. Fornecer oxigênio a 100% por máscara simples e realizar uma pesquisa da cabeça aos pés, para identificar a extensão de todas as lesões, iniciar uma infusão de epinefrina e titular para manter a pressão arterial sistólica em, pelo menos, 76 mmHg
 - C. Estabelecer um acesso vascular imediato, administrar 20 ml/kg de cristalóide isotônico e reavaliar o paciente. Se a perfusão sistêmica da criança não melhorar, administrar 10 a 20 ml/kg de concentrado de hemácias
 - D. Abrir a via aérea (técnica de elevação da mandíbula) enquanto estabiliza a coluna cervical, administrar ventilação com pressão positiva com oxigênio a 100% e estabelecer um acesso IV/IO imediato

Para informações adicionais: consulte o Livro de SAVP para Profissionais de Saúde, Capítulo 3: Reconhecimento da Insuficiência/Angústia Respiratória, Capítulo 4: Tratamento da Angústia/Insuficiência Respiratória, Capítulo 5: Tratamento do Choque; Capítulo 6: Reconhecimento e Tratamento de Bradarritmias e Taquiarritmias; Capítulo 7: Reconhecimento e Tratamento da Parada Cardíaca; Capítulo 9: Farmacologia; e o Guia do Curso de SAVP, Parte 6: Parada Cardíaca, Parte 7: Bradarritmias e Taquiarritmias e Parte 10: Farmacologia.

Teste Escrito de Auto-Avaliação Pré-Curso de SAVP 2006

Folha de Respostas do Teste de Identificação do Ritmo ao ECG

Ritmos Pediátricos (principais ritmos do SAVP A a H)

- A. Ritmo sinusal normal
- B. Taquicardia sinusal
- C. Bradicardia sinusal
- D. Taquicardia supraventricular (TSV)
- E. Taquicardia com complexo alargado; taquicardia ventricular presumida (monomórfica)
- F. Fibrilação ventricular (FV)
- G. Assistolia
- H. Atividade Elétrica sem Pulso (AESP)

1.	A	B	C	D	●	F	G	H
2.	A	B	C	D	E	F	G	●
3.	A	B	●	D	E	F	G	H
4.	A	B	C	D	E	F	●	H
5.	A	B	C	D	E	●	G	H
6.	A	●	C	D	E	F	G	H
7.	A	B	C	●	E	F	G	H
8.	●	B	C	D	E	F	G	H

Folha de Respostas do Teste de Farmacologia

PERGUNTA	Resposta			
1.	A	B	C	●
2.	A	●	C	D
3.	A	B	C	●
4.	A	B	●	D
5.	A	B	C	●
6.	A	B	●	D
7.	A	B	●	D
8.	A	●	C	D
9.	●	B	C	D
10.	A	B	C	●
11.	A	B	●	D

Folha de Respostas do Teste de Aplicação Prática

PERGUNTA	Resposta			
1.	A	<input checked="" type="radio"/>	C	D
2.	A	B	<input checked="" type="radio"/>	D
3.	A	B	<input checked="" type="radio"/>	D
4.	A	B	<input checked="" type="radio"/>	D
5.	A	<input checked="" type="radio"/>	C	D
6.	<input checked="" type="radio"/>	B	C	D
7.	A	B	<input checked="" type="radio"/>	D
8.	<input checked="" type="radio"/>	B	C	D
9.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/>
10.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/>
11.	A	<input checked="" type="radio"/>	C	D
12.	A	<input checked="" type="radio"/>	C	D
13.	A	B	<input checked="" type="radio"/>	D
14.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/>
15.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/>
16.	A	B	<input checked="" type="radio"/>	D
17.	A	<input checked="" type="radio"/>	C	D
18.	<input checked="" type="radio"/>	B	C	D
19.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/>