

**CIRURGIA PEDIÁTRICA**

01. Sobre jejum pré-operatório, em procedimentos sob anestesia geral, em Cirurgia Pediátrica, podemos afirmar que:

- a) crianças menores de 6 meses de idade necessitam de 6 horas de jejum de leite materno.
- b) crianças maiores de 3 anos de idade necessitam de menos de 4 horas de jejum de líquidos claros.
- c) crianças maiores de 3 anos de idade necessitam de 6 horas de jejum de leite artificial.
- d) crianças maiores de 6 meses de idade necessitam de 6 horas de jejum de água com açúcar.

02. No sentido de reduzir infecções cirúrgicas, é importante que:

- a) em todas as cirurgias limpas, seja empregado antibiótico profilático.
- b) caso haja algum pelo ou cabelo na região a ser incisada, deve-se realizar tricotomia.
- c) caso a hemoglobina pré-operatória do paciente esteja abaixo de 9,5 g/dL, o paciente necessita ser transfundido previamente à operação.
- d) quando o cirurgião necessitar utilizar o banheiro, ele deve trocar suas roupas cirúrgicas antes de retornar à área restrita das salas para operação.

03. Qual item abaixo representa corretamente o preceito correto sobre antibioticoprofilaxia cirúrgica?

- a) Para que seja eficaz, deve ser administrada no pré ou no transoperatório.
- b) Uso de próteses ou válvulas são critérios para justificar sua adoção.
- c) Seu uso ideal é por 48 horas, no sentido de reduzir significativamente a chance de infecção de ferida operatória.
- d) Caso a operação seja realizada sob anestesia geral, a antibioticoprofilaxia deve ser empregada pelo maior risco de infecção nesses casos.

04. Constitui indicação para transfusão de plaquetas, em criança:

- a) contagem de plaquetas < 10.000/UL, sem sangramento ativo.
- b) contagem de plaquetas < 50.000/UL, sem sangramento ativo e sem previsão de ser submetida à operação.
- c) contagem de plaquetas < 100.000/UL, sem sangramento ativo e sem previsão de ser submetida à operação.
- d) contagem de plaquetas < 100.000/UL, sem sangramento ativo, mas se a paciente for ser submetida à operação.

05. Sobre uso de nutrição parenteral em Pediatria, é verdadeiro afirmar que:

- a) possui menor taxa de complicações que a nutrição enteral.
- b) em veia periférica, a concentração de glicose não deve ultrapassar 5%.
- c) o uso de cateteres centrais com inserção periférica tem sido bastante utilizado, para tal fim, em neonatos.
- d) é recomendado o uso de pomadas antibióticas no sítio de inserção de cateteres centrais, no sentido de prevenir infecções.

06. Sobre acesso vascular para hemodiálise, podemos afirmar que:

- a) infecção é a complicação mais comum.
- b) é proscrito a sua colocação nas veias jugulares internas.
- c) não é recomendado o seu implante através da técnica de Seldinger.
- d) a maioria dos cateteres utilizados são de lúmen único.

07. Lactente, nascido com capurro de 34 semanas e 2 dias, necessitou permanecer internado por 3 semanas. Em um retorno de seguimento ambulatorial, com idade pós-conceptual de 43 semanas, foi identificada hérnia inguinal bilateral. Exame pré-operatório revelou anemia com hemoglobina de 9,8 g/dL. No sentido de realizar tratamento cirúrgico da hérnia com segurança, é verdadeiro afirmar que:

- a) considerando o porte da operação a ser realizada, a criança deve ser submetida à mesma em regime ambulatorial.
- b) não há necessidade de transfusão de concentrado de hemácias, mas a internação pós-operatória é mandatória, de preferência por 24 horas.
- c) o emprego de anestesia regional com sedação deve ser preferido à da geral, pois evita o risco de apneia pós-operatória.
- d) a maior preocupação consiste em transfundir concentrado de hemácias no pré-operatório, devido à anemia associada ao histórico de prematuridade.

08. Lactente, 6 semanas de vida, encontra-se no 1º pós-operatório de piloromiotomia por acesso convencional devido à estenose hipertrófica do piloro. Apesar do bom estado geral, a criança evoluiu, após início da dieta, com vômitos de conteúdo amarelado com raios de sangue. O diagnóstico mais provável e o seu tratamento são:

- a) piloromiotomia incompleta; cirurgia.
- b) perfuração do piloro; cirurgia.

- c) gastrite; tratamento clínico.
- d) piloromotomia incompleta; tratamento clínico.

09. Na estenose hipertrófica do piloro, a criança cursa, com relativa frequência, com distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos. Entre os achados mais prováveis, podemos observar:

- a) acidúria paradoxal.
- b) alcalose respiratória.
- c) hipercloremia.
- d) hipercalemia.

10. Criança, 8 meses de vida, bem-nutrido, é admitido na unidade de emergência com cólicas, choro intenso, vômitos e evacuações sanguinolentas. Ao exame físico, há discreta distensão abdominal com alças mais localizadas à esquerda. Ao toque retal, ampola vazia, com muco e sangue. O diagnóstico e a etiologia mais prováveis são:

- a) invaginação ileo-cecocolica - idiopática.
- b) invaginação ileo-cecal - linfoma de parede intestinal.
- c) invaginação intestinal ileo-ileal - divertículo de Meckel.
- d) divertículo de Meckel - congênito.

11. A hérnia de Littré caracteriza-se por:

- a) presença de divertículo de Meckel no interior de qualquer saco herniário.
- b) presença do apêndice normal no interior de um saco herniário inguinal.
- c) presença do apêndice inflamado no interior de um saco herniário inguinal.
- d) presença do apêndice no interior de um saco herniário umbilical.

12. Sobre diagnóstico e opções terapêuticas da apendicite aguda em crianças, é CORRETO afirmar que:

- a) o sintoma de anorexia não está presente na maioria dos casos.
- b) a tomografia computadorizada de abdome é exame radiológico preferencial à ultrassonografia.
- c) o tratamento clínico com antibióticos é proscrito em crianças.
- d) o acesso por videolaparoscopia deve ser evitado em caso de suspeita de apendicite aguda não perfurada.

13. Quando um divertículo de Meckel cursa com sangramento, entende-se que:

- a) o divertículo representa a persistência completa do ducto onfalomesentérico.
- b) tal sangramento ocorre pela presença de malformações vasculares em sua mucosa.
- c) a cintilografia com tecnécio marcado é exame bastante útil para diagnóstico.
- d) usualmente se associa a intensa dor abdominal que mimetiza apendicite aguda.

14. Criança, 9 anos de idade, apresenta quadro clínico e radiológico de intussuscepção íleo-ceco-cólica. Dentre as opções abaixo, a melhor combinação de técnicas para tentar a redução da invaginação nessa criança é:

- a) redução hidrostática guiada por ultrassonografia.
- b) redução com contraste baritado orientada por radiografias seriadas.
- c) redução com ar assistida por videolaparoscopia.
- d) redução com contraste iodado monitorada por fluoroscopia.

15. Criança, 14 meses de idade, é atendida na emergência pediátrica por um ferimento cortocontuso, na região plantar do pé direito, produzido por um prego. Na sua carteira de vacinação, há registro das seguintes vacinas aplicadas: BCG e hepatite B ao nascer, pentavalente (3 doses aplicadas; última aos 6 meses de vida), meningocócica (2 doses; última aos 6 meses de vida) e tríplice viral (1 dose com 1 ano de idade). Nesse momento, a recomendação para proteção contra o tétano deve incluir:

- a) aplicação de vacina anatoxina tetânica e da globulina antitetânica.
- b) aplicação de vacina anatoxina tetânica, mas não da globulina antitetânica.
- c) aplicação da globulina antitetânica, mas não da vacina antitetânica.
- d) que não necessita de aplicação de vacina anatoxina tetânica nem da globulina antitetânica.

16. Lactente prematuro (capurro de 30 semanas), com peso ao nascer de 1300 gramas, apresentou distensão abdominal no 10º dia de vida associada a sangramento nas fezes e em resíduo gástrico. Dois dias depois, radiografia de abdome revelou pneumatose intestinal. Após suspensão de dieta oral e instituição de antibióticos endovenosos, houve resolução do quadro clínico, sem necessidade de intervenção cirúrgica. Dois meses depois, já em casa e com adequada aceitação de dieta oral, essa criança apresenta quadro de abdome agudo. A hipótese mais provável é:

- a) fístula enterovesical.
- b) estenose intestinal.
- c) intussuscepção jejuno-jejunal.
- d) obstrução por bandas de Ladd.

17. Analisando a composição eletrolítica de líquidos corporais na criança, podemos afirmar que as perdas de bicarbonato e de sódio serão menores em caso de fístula:

- a) gástrica.
- b) pancreática.
- c) biliar.
- d) ileal.

18. Além da radiografia de abdome, a(s) radiografia(s) obrigatória(s) no atendimento de toda criança politraumatizada é (são):

- a) Rx Tórax.
- b) Rx Coluna Cervical e Rx Tórax.
- c) Rx Coluna Cervical.
- d) Rx Ossos Longos.

19. Assinale a alternativa CORRETA que informa dados clínicos sugestivos de lesão por abuso/maus-tratos em crianças.

- a) Intervalo curto entre o momento da lesão e a procura do atendimento médico.
- b) Fraturas de ossos longos em crianças entre 3 e 7 anos de idade.
- c) Queimadura de primeiro grau isolada e com pouca demarcação.
- d) Hemorragia retiniana.

20. Em um atendimento no setor de emergência pediátrica, você identifica, através da história clínica e do exame físico, sinais de maus-tratos em uma criança, sexo feminino, de 12 anos de idade, por familiares próximos. A conduta mais adequada a ser tomada é:

- a) conversar com os pais ou responsável legal e orientar para que eles compareçam obrigatoriamente à Delegacia de Polícia mais próxima.
- b) ligar para a Polícia para que esta conduza a criança e pais ou responsável legal ao Instituto Médico Legal para realização de exame pericial.
- c) preencher a ficha de Notificação/Investigação individual específica e notificar ao Conselho Tutelar e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade).
- d) contatar a Delegacia da Mulher mais próxima para realizar boletim de ocorrência e agendar consulta para a criança com profissional da área de Psicologia.

21. Sobre o uso da avaliação ultrassonográfica direcionada para trauma (FAST) em crianças, podemos afirmar que:

- a) sua eficácia no manejo de crianças traumatizadas é ainda incerta.
- b) avalia presença de sangue em quatro regiões intra-abdominais previamente definidas.
- c) permite a identificação de lesões parenquimatosas isoladas.
- d) é capaz de identificar pequenas quantidades de sangue intra-abdominal, o que leva à indicação mais precoce de uma laparotomia.

22. Criança, 7 anos de idade, sexo masculino, sofreu atropelamento por automóvel há meia hora. Recebera atendimento pelo SAMU no local da ocorrência, com obtenção de acessos venosos periféricos calibrosos e início de infusão de cristaloides. Na chegada à unidade de emergência terciária, encontrava-se alerta, com choro intenso por dor abdominal e em membro inferior direito. Ao exame físico, palidez (2+/4+) e perfusão periférica lentificada. Frequência cardíaca de 150 bpm; PA= 80 x 60 mmHg; FR= 60 ipm e saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente. Abdome mostrava algo distendido e doloroso difusamente, com Blumberg presente. Na coxa direita, havia lesão cortocontusa, com espículas ósseas e edema circunferencial importante da região. Tomografia computadorizada de crânio e tórax não mostraram anormalidades e tomografia computadorizada de abdome revelou laceração esplênica de 3 cm de profundidade no parênquima e 9 cm de extensão. Após infusão de 30 ml/Kg de Ringer Lactato, os sinais vitais permaneceram inalterados. Além de manter a reposição volêmica e solicitar radiografia do membro inferior direito, as condutas seguintes mais adequadas são:

- a) intubação traqueal, lavado peritoneal diagnóstico e cirurgia para fixação externa do fêmur.
- b) intubação traqueal, laparotomia exploradora e tratamento conservador do fêmur direito.
- c) máscara de oxigênio, tratamento conservador inicial para o trauma esplênico e cirurgia para fixação externa do fêmur direito.
- d) máscara de oxigênio, tratamento conservador inicial para o trauma esplênico e tratamento conservador do fêmur direito.

23. Criança, 3 anos de idade, vítima de atropelamento por moto, encontra-se inquieta e agitada e não abre os olhos ao comando verbal. Por sua vez, diante de estímulo doloroso, abre os olhos e apresenta flexão anormal de membros quando realizado estímulo doloroso. Baseado nos dados acima, o escore total da escala de coma de Glasgow dessa criança é:

- a) cinco.
- b) seis.
- c) sete.
- d) Desconhecido, pois faltam informações para completar o escore total.

24. Criança, 12 anos de idade, do sexo masculino, é trazida à unidade de emergência pelo SAMU após acidente envolvendo colisão entre carro e moto. Paciente estava na moto e não usava capacete. À admissão, criança apresentava-se: hipocorada (2+/4+), com FR: 41 irpm, saturação de O<sub>2</sub>: 93% em ar ambiente, PA: 98 x 62 mmHg, FC: 120 bpm, pulsos palpáveis, com redução do murmúrio vesicular em ½ superior do hemitórax direito. Presença de imobilização cervical. Escala de coma de Glasgow: 7. Baseado na avaliação inicial desse paciente, o primeiro procedimento a ser realizado é:

- a) intubação orotraqueal.
- b) drenagem torácica à direita.
- c) acesso venoso central.
- d) punção intraóssea.

25. Criança, 12 anos de idade, 40 Kg, foi resgatada do 4º andar de um prédio, duas horas após um incêndio no seu apartamento. À admissão na unidade de emergência, ela apresentava-se confusa, com fala rouca, queimaduras de primeiro grau em 10% de sua superfície corporal, e de segundo e terceiro graus em 40% de sua superfície corporal, incluindo face e algumas circunferenciais em região cervical. A primeira preocupação na abordagem dessa criança é:

- a) obter dois acessos venosos periféricos de grosso calibre.
- b) lavar copiosamente as áreas queimadas com água corrente.
- c) prover via área definitiva.
- d) proceder analgesia por via intramuscular.

26. Ainda sobre a criança da situação da questão anterior, com base na fórmula de Parkland, a hidratação inicial a ser realizada para ela deve contemplar:

- a) 2.000 ml de Ringer Lactato nas próximas 8 horas.
- b) 6.400 ml de Ringer Lactato nas próximas 12 horas.
- c) 4.000 ml de Ringer Lactato nas próximas 24 horas.
- d) 1.600 ml de Ringer Lactato nas próximas 6 horas.

27. Criança de 8 anos de idade é admitida em unidade de emergência, com relato de dor abdominal e vômitos progressivos nos últimos 3 dias. Os pais informam que ela sofrera queda de bicicleta no dia anterior ao início das queixas. Ao exame físico abdominal, observa-se uma contusão na região epigástrica compatível com lesão por guidão de bicicleta, distensão abdominal discreta e dor à palpação profunda do epigástrio, sem sinais de peritonite. Exame radiológico demonstra alças intestinais dilatadas no andar superior do abdome e ausência de pneumoperitônio. Ultrassonografia, por sua vez, revela presença de lesão na região de duodeno/cabeça de pâncreas que é corroborada por tomografia computadorizada. Por fim, foi realizada seriografia gastroduodenal que revelou obstrução alta completa em região de segunda e terceira porção duodenal. Considerando a hipótese mais provável a explicar a lesão dessa criança, o tratamento mais adequado é:

- a) dieta por sonda nasoenteral + observação clínica.
- b) nutrição parenteral + observação clínica.
- c) duodeno-duodenostomia + dieta enteral por sonda transanastomótica.
- d) duodenopancreatectomia + nutrição parenteral.

28. Lactente, 3 meses de vida, encontra-se intubado, em ventilação mecânica, no 5º dia pós-operatório de rafia de extensa laceração hepática. No intuito de reavaliação da lesão, a criança é transportada ao setor de radiologia para ser realizada tomografia computadorizada de abdome. Logo após a realização do exame, já com a criança sendo retirada do setor de radiologia, a oximetria de pulso começa a alarmar por queda progressiva e significativa da saturação. Entre as causas possíveis para explicar esse quadro de hipoxemia aguda, a menos provável é:

- a) pneumotórax.
- b) deslocamento do tubo orotraqueal.
- c) ressangramento agudo da lesão hepática.
- d) obstrução do tubo orotraqueal por rolha.

29. Sobre dispositivos e acessos para abordagem de via aérea em paciente politraumatizado, baseado nos preceitos mais atuais sobre Suporte Avançado de Vida no Trauma, podemos afirmar que:

- a) é sugerido o uso de tubos endotraqueais com balão (“cuff”) para todas as crianças, com exceção para lactentes abaixo de 1 ano de idade.
- b) a máscara laríngea é alternativa a ser considerada para prover via aérea definitiva em situações em que a intubação orotraqueal é difícil.
- c) a videolaringoscopia não possui importância no manejo de via aérea no trauma por exigir qualificação técnica específica e devido ao seu alto custo.
- d) a cricotireoidostomia por punção só deve ser realizada em crianças a partir de 12 anos de idade.

30. Sobre o uso do acesso intraósseo para reposição volêmica inicial de emergência no trauma pediátrico, é CORRETO afirmar que:

- a) deve ser considerada em lactentes, após insucesso em obter acesso venoso profundo por dissecação.
- b) o local preferencial para punção intraóssea é no segmento distal do fêmur.
- c) só deve ser realizada em lactentes.
- d) a punção só deve ser realizada proximalmente a fraturas.

31. No sentido de reconhecer e tratar de modo precoce e adequado o choque hipovolêmico por trauma na faixa etária pediátrica, é importante e VERDADEIRO afirmar que:

- a) o valor normal da pressão arterial diastólica na criança é 1/3 da sistólica.
- b) deve-se descartar primeiramente a dor como fator etiológico de taquicardia, evitando infusão de cristaloides em volume desnecessário.
- c) queda do valor da pressão arterial sistólica só ocorre se as perdas sanguíneas forem iguais ou superiores a 30% do volume sanguíneo da criança.
- d) em caso de hipotensão em lactentes, a substituição da taquicardia por bradicardia é sinal de reposição volêmica bem-sucedida.

32. Analisando os passos de uma intubação de sequência rápida em Pediatria, é CORRETO afirmar que:

- a) a dose de midazolam para sedação em crianças independe de sua situação volêmica.
- b) o etomidato é o bloqueador neuromuscular mais seguro para uso em Pediatria.
- c) logo após a paralisia pelo uso de um bloqueador neuromuscular, a cricoide deve ser pressionada para evitar aspiração do conteúdo gástrico.
- d) a atropina reduz a resposta vagal, mas também resseca as secreções orais, facilitando visualização das referências para a intubação.

33. Adolescente, 14 anos, vítima de trauma perineal após manobras com *skate*, apresenta lesão em uretra membranosa. Respectivamente, a melhor forma de diagnóstico e o melhor tratamento dessa lesão são:

- a) uretrocistografia retrógrada e cistostomia imediata com correção cirúrgica definitiva após 2-3 meses.
- b) uretrocistografia retrógrada e sondagem vesical por 7 dias, seguida de correção cirúrgica definitiva.
- c) tomografia computadorizada e cirurgia aberta imediata seguida de sondagem vesical por 2-3 semanas.
- d) ressonância nuclear magnética e cirurgia aberta imediata seguida de sondagem vesical por 2-3 semanas.

34. A “tríade de Beck”, considerada patognomônica do tamponamento pericárdico, é caracterizada por:

- a) redução da pressão venosa central, choque, abafamento de bulhas cardíacas.
- b) estase jugular, hipotensão arterial, abafamento de bulhas cardíacas.
- c) elevação da pressão venosa central, aumento da pressão arterial, sopro sistólico.
- d) estase jugular, choque, sopro sistólico.

35. Criança, 4 anos de idade, vítima de atropelamento, foi admitida no setor de emergência com taquicardia e hipotensão. Ultrassonografia relevou lesão esplênica e quantidade mínima de sangue intra-abdominal. Radiografia do abdome demonstra um pneumoperitônio laminar. Após infusão de cristaloides, houve normalização da pressão arterial, sem necessidade de transfusão de hemoderivados. A próxima conduta para essa criança é:

- a) punção abdominal guiada por ultrassonografia.
- b) lavagem peritoneal diagnóstica.
- c) tomografia de abdome.
- d) laparotomia exploradora.

36. Sobre o papel da tomografia computadorizada na avaliação de crianças com urgências potencialmente cirúrgicas, podemos afirmar que:

- a) possibilita diagnóstico precoce de invaginação intestinal clássica.  
b) permite que a avaliação inicial formal em situação de trauma pediátrico seja dispensada.  
c) sua realização prescinde de maior preocupação com redução de dose de radiação comparado a adultos.  
d) possui sensibilidade e especificidade acima de 90% para diagnóstico de apendicite aguda, quando realizada com contraste venoso e/ou retal.
37. Em neonatos com enterocolite necrotizante, qual dentre os seguintes achados constitui-se principal alerta para potencial necessidade de tratamento cirúrgico?
- a) Distensão de alças intestinais.  
b) Choque séptico.  
c) Plastrão abdominal.  
d) Plaquetopenia.
38. Recém-nascido, do sexo masculino, nasceu com capurro de 37 semanas e peso de 2500 gramas. Ao exame físico, observa-se imperfuração anal. A conduta correta deve ser:
- a) proceder abaixamento endoanal.  
b) aguardar um período de 24 horas após o nascimento.  
c) indicar colostomia em dupla boca, em caráter de urgência.  
d) solicitar ultrassonografia para descartar fístula para o sistema urinário.
39. Dentre as opções abaixo, a causa mais comum de sangramento digestivo em crianças acima de 3 anos de idade é:
- a) diarreia infecciosa.  
b) volvo de intestino médio.  
c) invaginação íleo-ileal.  
d) enterocolite necrosante.
40. Constitui-se uma emergência cirúrgica em Pediatria:
- a) estenose hipertrófica do piloro.  
b) apendicite aguda perfurada com sepse.  
c) obstrução intestinal por brida pós-operatória.  
d) nenhuma das respostas anteriores.
41. Durante a abordagem sistemática à criança gravemente doente ou ferida, são realizadas medidas simples e intervenções avançadas para preservar a via aérea patente. Assinale o item que constitui uma medida simples para preservação de via aérea.
- a) Inserção de via aérea com máscara laríngea.  
b) Remoção de corpo estranho.  
c) Utilização de via aérea nasofaríngea ou orofaríngea.  
d) Ventilação não invasiva.
42. A taquipneia silenciosa pode ser causada por diversos fatores, exceto:
- a) dor.  
b) bronquiolite.  
c) transposição das grandes artérias.  
d) anemia grave.
43. Uma criança de 3 anos que apresenta abertura ocular em resposta à dor, palavras inapropriadas e movimento de flexão ao estímulo doloroso, recebe qual pontuação na escala de coma de Glasgow?
- a) 6.  
b) 7.  
c) 5.  
d) 8.
44. Assinale abaixo aquela que NÃO constitui causa de desequilíbrio entre ventilação e perfusão (V/Q).
- a) Atelectasia.  
b) Edema pulmonar.  
c) Asma.  
d) Corpo estranho.

45. Paciente de 6 anos, apresentando taquipneia silenciosa, taquicardia, pressão arterial sistólica adequada, pulsos periféricos fracos, pulsos centrais normais, preenchimento capilar retardado, pele fria e pálida e oligúria, possui achados compatíveis com choque do tipo:

- a) cardiogênico.
- b) obstrutivo.
- c) hipovolêmico.
- d) anafilático.

46. Assinale o item que contém drogas que podem ser administradas por via endotraqueal.

- a) Lidocaína, naloxone, epinefrina e amiodarona.
- b) Lidocaína, atropina, naloxone e vasopressina.
- c) Lidocaína, atropina, epinefrina e amiodarona.
- d) Lidocaína, atropina, norepinefrina e vasopressina.

47. Criança, 10 anos de idade, com história de palpitações, falta de ar e tontura, é levada à Unidade de Pronto Atendimento. Não há relato de febre ou sinal de infecção. Apresenta pulsos palpáveis e saturação de oxigênio de 100% em ar ambiente. Durante a avaliação é realizado um eletrocardiograma que apresenta o traçado abaixo.



Qual a arritmia evidenciada?

- a) Taquicardia ventricular monofásica.
- b) Torsades de Pointes.
- c) Fibrilação ventricular.
- d) Taquicardia supraventricular.

48. Ainda sobre a criança da questão anterior, após ela ter sido colocada em oxigenioterapia, a terapêutica inicial a ser considerada nesse quadro será:

- a) desfibrilação.
- b) cardioversão.
- c) manobras vagais.
- d) atropina.

49. A cardioversão sincronizada é indicada para:

- a) TSV, flutter atrial/auricular, TV com pulso palpável.
- b) TSV, flutter atrial/auricular, TV sem pulso palpável.
- c) fibrilação ventricular, TSV, flutter atrial/auricular.
- d) fibrilação ventricular, flutter atrial/auricular, TV sem pulso palpável.

50. Uma criança de 8 anos, pesando 26 kg, apresentando flutter atrial deverá receber cardioversão sincronizada com qual carga inicial?

- a) 52 J.
- b) 13-26 J.
- c) 26-52 J.
- d) 104 J.