



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SES - 2026

SES - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 21

Caso clínico para responder às questões de 19 a 21. Uma paciente de 28 anos de idade, com diagnóstico prévio de diabetes mellitus tipo 1, suspendeu insulina há dois dias por "não estar se sentindo bem". Evoluiu com poliúria, polidipsia, náuseas, dor abdominal e respiração rápida. Ao exame físico apresentou PA = 94 mmHg x 60 mmHg, FC = 124 bpm, FR = 30 irpm, SatO₂ 97%. A paciente apresentava, ainda, respiração profunda, característica de Kussmaul. Os exames de laboratório mostram: Glicemia = 480 mg/dL - Ref.: 70-99 mg/dL (jejum) pH = 7,12 - Ref.: 7,35-7,45 HCO₃⁻ = 10 mEq/L - Ref.: 22-26 mEq/L Cetonemia = 6,0 mmol/L - Ref.: <0,6 mmol/L Potássio sérico = 4,8 mEq/L - Ref.: 3,5-5,0 mEq/L Em relação ao potássio dessa paciente, assinale a alternativa que corresponde à conduta imediata adequada.

- A. Repor potássio imediatamente.
- B. Não repor agora; monitorar durante a hidratação e insulina.
- C. Suspende o tratamento até o potássio se normalizar.
- D. Administrar cálcio intravenoso.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Solicito, respeitosamente, a revisão do gabarito da questão supracitada, cujo gabarito preliminar indicou a alternativa B, quando a alternativa A representa a conduta imediata mais adequada, de acordo com a fisiopatologia da cetoacidose diabética (CAD) e com as diretrizes atuais.

A paciente apresenta quadro típico de cetoacidose diabética grave, com acidose metabólica importante (pH = 7,12; HCO₃⁻ = 10 mEq/L), hiperglicemia significativa e cetonemia elevada. Embora o potássio sérico inicial seja de 4,8 mEq/L, valor dentro do intervalo de referência, sabe-se que na CAD há déficit corporal total importante de potássio, estimado entre 3 a 5 mEq/kg, decorrente da diurese osmótica, vômitos e acidose.

O valor sérico aparentemente normal ou elevado reflete apenas um deslocamento extrace-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

lular do potássio, induzido pela acidose e pela deficiência de insulina, e não representa reservas corporais adequadas. Com o início do tratamento — especialmente hidratação e insulino-terapia — ocorre rápida entrada de potássio no meio intracelular, o que pode precipitar hipocalemia grave e arritmias potencialmente fatais, caso não haja reposição precoce.

Dessa forma, conforme recomendado por diretrizes internacionais (ADA, Endocrine Society), em pacientes com CAD e potássio sérico entre 3,3 e 5,2 mEq/L, está indicada a reposição imediata de potássio associada à hidratação, com monitorização seriada. A conduta de apenas “não repor agora e monitorar” expõe a paciente a risco evitável de hipocalemia induzida pelo tratamento.

Portanto, a alternativa A – Repor potássio imediatamente é a que melhor reflete a conduta correta e segura no manejo inicial da cetoacidose diabética, devendo o gabarito ser retificado.

Atenciosamente,





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 36

Caso clínico para responder às questões de 34 a 36. Uma paciente de 42 anos de idade, com diagnóstico prévio de doença de Graves, em uso irregular de metimazol, procurou a emergência em razão de febre alta, palpitações intensas e agitação psicomotora há 12 horas. A família relatou que o quadro se iniciou após infecção respiratória não tratada há quatro dias. Ao exame físico, apresentou PA = 146 mmHg x 62 mmHg, FC = 148 bpm, FR = 28 irpm, SatO₂ = 96% e temperatura = 39,4 °C. A paciente mostrava-se ansiosa, com sudorese intensa, tremores grossos, discurso acelerado e confusão leve. Presença de bócio difuso e exoftalmia. Ausência de crepitações pulmonares. Exames laboratoriais: TSH < 0,01 - Ref.: 0,4-4,5 µUI/mL T₄ livre = 4,5 ng/dL - Ref.: 0,8-1,8 ng/dL Bilirrubina total = 2,4 mg/dL - Ref.: até 1,2 mg/dL AST/ALT discretamente elevadas Leucócitos = 15.800/mm³ - Ref.: 4.000-11.000/mm³ Lactato = 1,8 mmol/L - Ref.: 0,5-2,0 mmol/L NT-proBNP = normal O ECG evidenciou taquicardia sinusal. Escore de Burch-Wartofsky = 65 pontos. Qual achado clínico reforça maior gravidade e pior prognóstico nesse caso?

- A. Febre acima de 38 °C
- B. Taquicardia sinusal
- C. Ausência de crepitações pulmonares
- D. Disfunção hepática inicial

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

O gabarito preliminar indica como correta a alternativa A (febre acima de 38 °C). Contudo, ao analisar o enunciado, observa-se que a questão solicita o achado clínico que **reforça maior gravidade e pior prognóstico** no caso apresentado. Nesse contexto, a **disfunção hepática inicial**, evidenciada pela elevação da bilirrubina total e das transaminases, representa um achado de maior relevância prognóstica.

A presença de disfunção hepática em pacientes com crise tireotóxica reflete **comprometimento sistêmico e falência orgânica precoce**, estando associada a evolução clínica mais grave, maior risco de complicações e pior desfecho. Trata-se de manifestação que indica redução da capacidade de compensação do organismo frente ao estado hipermetabólico, sendo reconhecida na literatura como marcador de maior gravidade.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Por outro lado, a febre, embora indique intensa resposta sistêmica, é um achado frequente nesse cenário e, isoladamente, não traduz falência orgânica estabelecida. Assim, quando comparada à disfunção hepática documentada no caso, apresenta menor valor como indicador de pior prognóstico.

Dessa forma, a alternativa D atende de maneira mais precisa ao comando da questão, ao identificar o achado clínico que efetivamente reforça maior gravidade e pior prognóstico. Solicito, portanto, a **revisão do gabarito com a aceitação da alternativa D.**

Atenciosamente,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 44

Caso clínico para responder às questões de 43 a 45. Um paciente de 58 anos de idade, etilista crônico e portador de cirrose hepática Child-Pugh B, foi admitido no pronto-socorro após episódio súbito de hematêmese volumosa, associado a tontura e sudorese fria. A família relatou que o paciente vinha apresentando edema de membros inferiores e ascite de difícil controle nas últimas semanas. O paciente permaneceu em jejum desde a admissão. Ao exame físico, apresentou PA = 86 mmHg x 54 mmHg, FC = 122 bpm, FR = 24 irpm, SatO₂ = 94%, pele fria e mostrava-se sonolento, com abdome globoso, sem dor localizada, com ascite moderada. Exames laboratoriais imediatos: Hemoglobina = 8,2 g/dL - Ref.: 12-16 g/dL Plaquetas = 88.000/mm³ - Ref.: 150.000-400.000/mm³ INR = 1,8 - Ref.: 0,8-1,2 Bilirrubina total = 3,9 mg/dL - Ref.: até 1,2 mg/dL Creatinina = 1,3 mg/dL - Ref.: 0,6-1,3 mg/dL Lactato = 3,8 mmol/L - Ref.: 0,5 - 2,0 mmol/L Nesse caso, qual é a conduta imediata mais adequada no setor de emergência?

- A. Repor volume com ringer lactato e aguardar endoscopia.
- B. Iniciar octreotida intravenosa + antibiótico profilático.
- C. Iniciar anticoagulação profilática.
- D. Administrar apenas hemotransfusão até níveis seguros, sem outras medidas no momento.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito a **anulação da questão**, uma vez que o enunciado pergunta qual seria a **conduta imediata mais adequada no setor de emergência**, porém nenhuma das alternativas contempla de forma completa e inequívoca o manejo inicial recomendado para o quadro apresentado. O paciente é portador de cirrose hepática descompensada e apresenta hemorragia digestiva alta volumosa associada a instabilidade hemodinâmica, caracterizando uma emergência médica que exige **abordagem simultânea e multifatorial**.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

De acordo com o manejo preconizado, a conduta imediata inclui **reposicionamento volêmico com cristaloides, obtenção de acessos venosos calibrosos, monitorização hemodinâmica, transfusão sanguínea conforme estratégia restritiva, além do início precoce de droga vasoativa e antibioticoterapia profilática**, antes mesmo da realização de endoscopia digestiva alta.

Entretanto, a alternativa A limita-se à reposição volêmica e propõe aguardar endoscopia, omitindo medidas fundamentais como droga vasoativa e antibiótico, configurando conduta incompleta e inadequada. A alternativa B, por sua vez, embora cite corretamente o uso de octreotida intravenosa e antibiótico profilático, **não menciona a reposição volêmica**, que é etapa essencial e inseparável do atendimento inicial de um paciente em choque hemorrágico, especialmente diante de sinais claros de hipoperfusão, como hipotensão arterial, taquicardia e lactato elevado.

As alternativas C e D são claramente incorretas, pois indicam condutas contraindicadas ou insuficientes frente a sangramento ativo e instabilidade hemodinâmica. Assim, observa-se que nenhuma alternativa apresenta de forma adequada e completa a conduta imediata esperada, havendo **inconsistência entre o enunciado e as opções de resposta**.

Atenciosamente,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 76

Acerca da pancreatite aguda, segundo as diretrizes atuais, assinale a alternativa correta.

- A. A dosagem sérica de amilase deve ser preferida à de lipase para diagnóstico, por apresentar maior especificidade e permanecer elevada por período mais prolongado.
- B. A antibioticoterapia profilática está recomendada rotineiramente em casos de necrose pancreática estéril, pois reduz a progressão para necrose infectada.
- C. A hipoperfusão inicial na pancreatite não decorre de vasodilatação pancreática isolada, mas sim de terceiro espaço, vasoplegia sistêmica e aumento da permeabilidade capilar. A solução preferencial é Ringer lactato, por reduzir acidose metabólica e disfunção endotelial, com evidência superior ao SF 0,9%.
- D. A tomografia computadorizada contrastada não deve ser realizada rotineiramente nas primeiras 48–72 horas, pois pode não identificar adequadamente áreas de necrose, e não altera a conduta inicial, que é predominantemente clínica. É reservada a casos com dúvida diagnóstica, piora inexplicada ou suspeita de complicações.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

As alternativas **C** e **D** estão corretas e alinhadas às **principais diretrizes atuais de pancreatite aguda**, motivo pelo qual se solicita a ampliação do gabarito. A alternativa **C** descreve adequadamente a fisiopatologia da hipoperfusão inicial, que não se limita a vasodilatação pancreática isolada, mas envolve **terceiro espaço, vasoplegia sistêmica e aumento da permeabilidade capilar**, levando à hipovolemia relativa. Nesse contexto, as diretrizes recomendam **ressuscitação volêmica precoce com Ringer lactato**, por sua associação a menor acidose metabólica, menor resposta inflamatória sistêmica e possível redução de complicações quando comparado ao soro fisiológico 0,9%, sendo considerada a solução cristalóide preferencial no manejo inicial.

A alternativa **D** também está correta ao afirmar que a **tomografia computadorizada contrastada não deve ser realizada rotineiramente nas primeiras 48-72 horas**, pois pode não identificar adequadamente áreas de necrose nesse período inicial e **não modifica a conduta inicial**, que é essencialmente clínica (hidratação, analgesia e suporte). As diretrizes são claras ao reservar a TC para **dúvida diagnóstica, piora clínica inexplicada** ou **suspeita**



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES - 2026

de complicações locais ou sistêmicas, o que torna a assertiva plenamente compatível com a prática baseada em evidências. Assim, ambas as alternativas (**C e D**) refletem recomendações contemporâneas e corretas, justificando a ampliação do gabarito.

Referências:

- Banks PA et al. *Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions*. **Gut**. 2013.
- Tenner S et al. *American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis*. **Am J Gastroenterol**. 2013 (atualizações mantêm as mesmas recomendações centrais).
- Crockett SD et al. *ACG Clinical Guideline: Management of Acute Pancreatitis*. **Am J Gastroenterol**. 2018.
- Working Group IAP/APA. *IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis*. **Pancreatology**. 2013.

