



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

USP-SP - 2026

USP-SP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 50

Menino de 4 anos de idade, é levado ao pronto-socorro com queixas de febre alta há 2 dias, dor de cabeça intensa, rigidez de nuca e vômitos. Seus pais relatam que ele esteve com um quadro de resfriado comum há uma semana. Ao exame físico, apresenta sinais de irritabilidade, fotofobia e sensibilidade à movimentação do pescoço. Nenhuma alteração neurológica focal foi observada. Com base no quadro, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial recomendada.

- A. Hemorragia intracraniana; realização de tomografia de crânio de emergência.
- B. Encefalite viral; administração de corticosteroides e repouso.
- C. Meningite bacteriana; início imediato de antibioticoterapia intravenosa.
- D. Meningite viral; suporte clínico e observação, com exames laboratoriais para confirmação.

Recurso:

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Criança de 4 anos com quadro clínico compatível com meningite aguda apresenta sinais e sintomas de rigidez de nuca, febre alta, fotofobia e vômitos há 2 dias, sem resultados de líquido definitivo. A ausência de alterações neurológicas focais não afasta a possibilidade de meningite bacteriana, sendo imprescindível o manejo empírico. A evolução configura-se de maneira aguda, o que é compatível com o quadro bacteriano. *Fonte: Diretrizes de Meningite Infeciosa, 2018*

Conforme extraído do livro de Pronto-Socorro do HCFMUSP, 7a edição:

"Meningite Viral

O quadro clínico varia com a idade, o estado imunológico e o agente etiológico. Manifestações comuns incluem início agudo de febre, cefaleia, náuseas, vômitos, sinais de irritação meníngea e, ocasionalmente, fotofobia. O exame físico é inespecífico. Pode haver abaula-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

mento de fontanela, exantema viral, conjuntivite ou faringite viral acompanhando o quadro.

Meningite Bacteriana

A maior parte dos pacientes apresenta febre associada a sinais e sintomas de irritação meníngea (náuseas, vômitos, irritabilidade, anorexia, cefaleia, confusão mental e rigidez de nuca). A rigidez de nuca se manifesta pela dificuldade de flexionar o pescoço ativa ou passivamente e pelos sinais de Kernig [...] e de Brudzinski [...]. Diante da suspeita de meningite bacteriana, a anamnese deve abordar histórico de infecção recente (especialmente respiratória)".

Diante do especificado, não há forma de distinguir, com base na clínica exclusivamente, entre uma meningite viral ou bacteriana. Sabendo-se da urgência do tratamento (recomenda-se iniciar antibioticoterapia intravenosa rapidamente em suspeita de meningite bacteriana. *Fonte: Diretrizes de Meningite Infecciosa, 2018*), apenas oferecer suporte e observação, conforme posto na assertiva D, mostra-se inadequado diante da potencial gravidade de um quadro bacteriano.

Pelos motivos acima expostos, solicitamos a anulação da questão, pois a assertiva C não pode ser excluída e o manejo deve considerar inicialmente a hipótese de meningite bacteriana.

Referências:

- [Sociedade Brasileira de Pediatria] — Diretrizes de Meningite Infecciosa (2ª edição), 2018
- [World Health Organization] — Meningitis Guidelines, Volume 1, 2011
- Pronto-socorro 3a ed. (Coleção Pediatria) - INSTITUTO DA CRIANÇA HOSPITAL DAS CLÍNICAS - Claudio Schvartsman; Amélia Gorete Reis; Sílvia Costa Lima Farhat. Coleção do HCFMUSP.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 52

Criança, 4 anos de idade, com histórico de febre até 40 °C há três dias, associada à mialgia e cefaleia. Ao exame físico, paciente apresenta exantema maculopapular em todo o corpo, sem petéquias. Fígado doloroso e palpável a 5 cm do rebordo costal direito. Ausculta pulmonar e cardíacas sem alterações. Prova do laço negativo. Realizado NSI reagente. Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- A. Iniciar reposição volêmica imediata com 10 mL/kg de soro fisiológico 0,9% na primeira hora.
- B. Deve-se coletar apenas hemograma e iniciar hidratação oral até obter os resultados de exames.
- C. Hemograma, transaminases e dosagem de albumina sérica são exames complementares obrigatórios.
- D. O paciente deve ser mantido internado por um período mínimo de 48 horas.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: A questão apresenta três alternativas (A, B e C) estritamente alinhadas às diretrizes de manejo da dengue com sinais de alarme, sem opção única correta. **Fonte: Dengue: diagnóstico e manejo clínico, 6ª edição (MS).**

Fundamentação técnica:

- Hepatomegalia >2 cm caracteriza **dengue com sinais de alarme**. *Fonte: Dengue: diagnóstico e manejo clínico, 6ª edição (MS).*
- Em dengue com sinais de alarme (Grupo C), recomenda-se a reposição volêmica 10 mL/kg de soro fisiológico a 0,9% na primeira hora. *Fonte: Dengue: diagnóstico e manejo clínico, 6ª edição (MS).*



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- São obrigatórios exames complementares de hemograma, transaminases e dosagem de albumina para monitorar evolução hepática e plasmática. *Fonte: Dengue: diagnóstico e manejo clínico, 6ª edição (MS).*
- Os pacientes do Grupo C devem permanecer em leito de internação até estabilização e atender os critérios de alta, por um período mínimo de 48 horas. *Fonte: Dengue: diagnóstico e manejo clínico, 6ª edição (MS).*

Conclusão e pedido: Diante da conformidade das alternativas A, B e C com as diretrizes nacionais, solicitamos a anulação da questão por ausência de uma alternativa exclusivamente correta.

Referências

- *Fonte: Dengue: diagnóstico e manejo clínico, 6ª edição (MS).*



@medway.residenciamedica



Medway



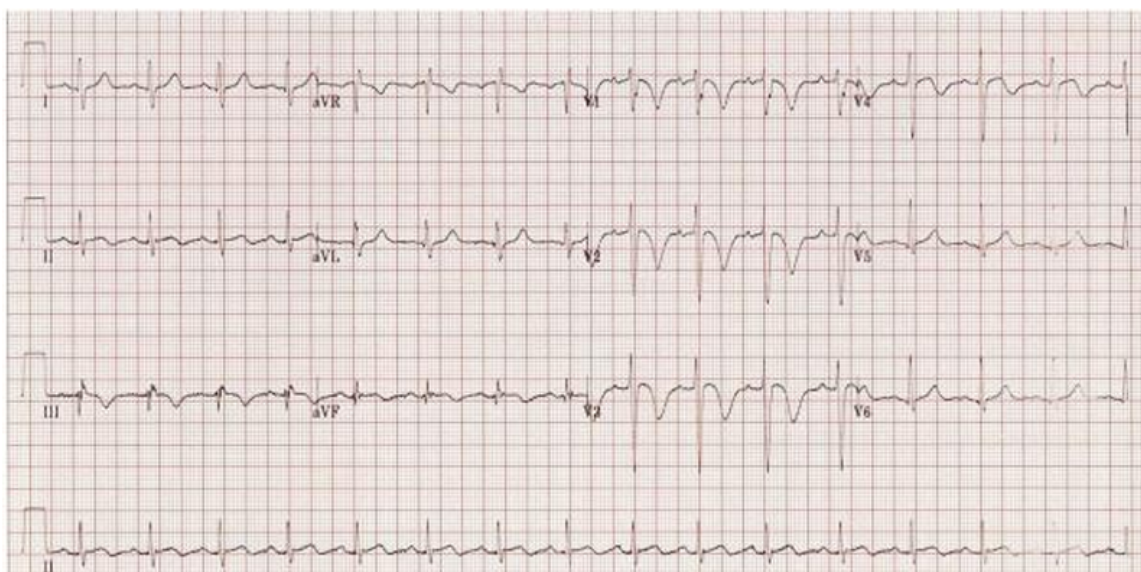
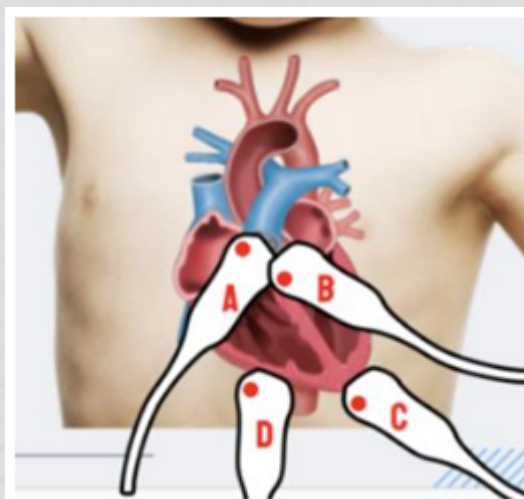
RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 60

Adolescente, 16 anos de idade, com síndrome nefrótica, comparece ao pronto atendimento com dor torácica e dispneia súbita. Ao exame físico, apresenta SpO₂ de 80%, FC de 130 bpm, PA de 80×60 mmHg, taquidispneica, sem sinais de congestão periférica. Foi realizado o eletrocardiograma apresentado a seguir: Assinale a alternativa que mostra a posição que o probe deveria ser colocado para obtenção correta da imagem por POCUS.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- A. Posição A.
- B. Posição B.
- C. Posição C.
- D. Posição D.

Recurso:

À Banca Examinadora,

A questão solicita que o candidato identifique a posição correta do probe para obtenção da imagem ecográfica apresentada anteriormente. No entanto, ainda que a imagem do PO-CUS esteja disponível no item anterior, **ela não fornece o elemento técnico fundamental para determinar a orientação exata do transdutor: a localização do index (marker) na tela - ou na imagem em si.** Assim, não conseguimos saber para qual lado está a referência a tela.

Em ecografia point-of-care, a identificação do plano de corte depende obrigatoriamente de dois referenciais simultâneos:

1. **o posicionamento anatômico do probe no tórax**, e
2. **a direção do index**, que define a rotação e portanto o eixo da imagem (longitudinal, transversal, oblíquo).

A imagem fornecida na questão anterior **não apresenta qualquer marcação visual, seta, símbolo ou indicação textual** que permita identificar para qual lado o index estava orientado no momento da aquisição. Sem essa informação, **dois planos ecocardiográficos distintos podem produzir imagens muito semelhantes**, mas correspondendo a posições diferentes dentre as alternativas A, B, C e D.

Por exemplo, a banca considerou a alternativa B como correta presumindo que o index estivesse voltado para a esquerda. Contudo, **se o index estivesse voltado para o ombro direito - possibilidade indistinguível na imagem apresentada - a posição correspondente seria outra**, alterando completamente a resposta.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Portanto, o candidato não tem como inferir, a partir da imagem dada, se o corte foi obtido com o marker dirigido para a direita, esquerda, superiormente ou inferiormente.

Em síntese, **a pergunta exige um dado que não foi disponibilizado**, tornando a alternativa considerada correta dependente de interpretação subjetiva e inviabilizando uma resolução objetiva, técnica e justa.

Diante da ausência de informação essencial para identificação inequívoca da orientação do transdutor, **solicita-se a anulação da questão**, por falha estrutural no enunciado que impede a determinação segura da alternativa correta.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 82

Considere os seguintes pacientes: I. Recém-nascido a termo, com peso de nascimento de 2.330 g, com 3 meses de vida, em aleitamento materno exclusivo. II. Recém-nascido a termo, adequado para idade gestacional, com 8 meses de vida, recebendo leite de vaca integral, 1 fruta e 2 papas salgadas por dia. III. Recém-nascido a termo, adequado para idade gestacional, com 4 meses de vida, recebendo 900 mL fórmula láctea por dia. A profilaxia de anemia ferropriva com ferro está indicada para os pacientes

- A. I e II, apenas.
- B. I e III, apenas.
- C. II e III, apenas.
- D. I, II e III.

Recurso:

Questão básica de profilaxia de anemia ferropriva em lactentes:

Breve resumo da questão:

Paciente I - RN termo, 2330 g, 3 meses, aleitamento exclusivo. Peso < 2500 g. Portanto, há indicação de ferro desde o 1º mês de vida. Tem indicação de ferro.

Paciente II - Termo, 8 meses, recebendo leite de vaca integral + papas + frutas. Leite de vaca antes de 12 meses aumenta risco de anemia. Toda criança < 1 ano em uso de LV deve receber profilaxia. Tem indicação de ferro.

Paciente III - Termo, AIG, 4 meses, recebe 900 mL/dia de fórmula láctea. Não precisa de ferro agora, independente do uso de formula, sendo indicado apenas os 6 meses de vida.

A questão 82 aborda a indicação de profilaxia de anemia ferropriva conforme fatores de risco. No caso 1, há indicação de iniciar a partir de 30 dias de vida, pois o bebê pesa menos de 2,5 kg e está em aleitamento materno exclusivo. No caso 2, também há indicação, já que o bebê recebe leite de vaca integral. No caso 3, não há indicação no momento: é um bebê termo, com 4 meses de vida e em uso de fórmula láctea, de modo que a profilaxia deve ser iniciada apenas aos 6 meses.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

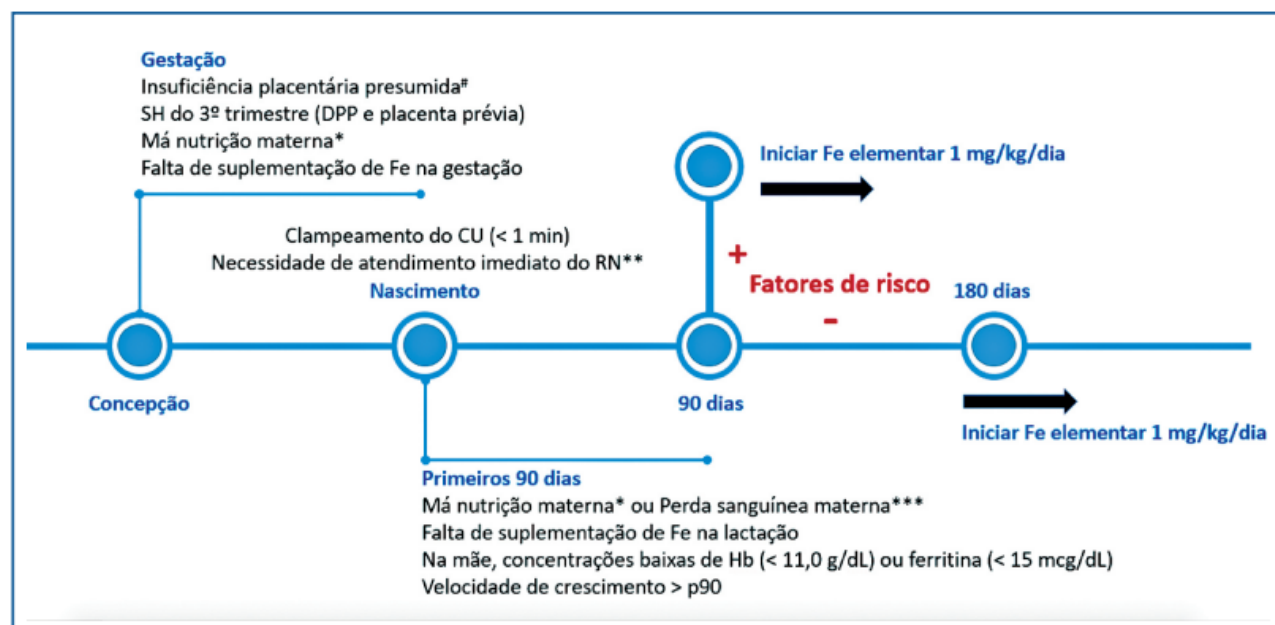
USP-SP - 2026

A banca deu como resposta letra D - afirmando que todos os bebês tem indicação de profilaxia de anemia ferropriva, poré, conforme explicado acima, entendemos que o bebê III não tem indicação de profilaxia nesse momento.

É importante conhecer as recomendações do CONSENSO SOBRE ANEMIA FERROPRIVA ATUALIZAÇÃO DESTAQUES 2021 da SBP.

Veja a figura abaixo que resume as indicações de ferro em lactentes:

Infográfico. Idade de início de suplementação de ferro medicamentoso para lactentes em amamentação exclusiva, nascidos a termo e com peso adequado ($\geq 2.500\text{g}$), de acordo com a presença ou ausência de fatores de risco.



Doença hipertensiva específica da gestação, tabagismo ou anormalidades vasculares.

* Má nutrição materna (anemia, desnutrição, obesidade, baixo consumo de alimentos-fonte de ferro).

** Na ausência de informação precisa, o clampeamento precoce e a necessidade de atendimento imediato podem ser consideradas se Apgar 1 min ≤ 5 .

*** Perda sanguínea materna (sangramento uterino disfuncional ou perda sanguínea secundária a doenças);

SH: Síndrome Hemorrágica; DPP: Descolamento Prematuro de Placenta; CU: Cordão Umbilical.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

USP-SP - 2026

Referência:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23172c-Diretrizes-Consenso_sobre_Anemia_Ferropriva.pdf



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 99

Paciente de 13 anos de idade, com histórico de diabetes melito tipo 1 de difícil controle, comparece ao pronto atendimento com queixas de náuseas e vômitos há 3 dias, além de hálito cetônico. Ao exame físico, MEG, Glasgow 14 (confusa), taquipneia com FR de 42 irpm, SpO₂ de 100% em ar ambiente, desidratação grave, pulsos periféricos filiformes, PA de 90×60 mmHg, FC de 140 bpm. Restante do exame físico sem alterações relevantes. Referiu ausência de diurese nas últimas horas. Diante do quadro, foi realizada expansão volêmica com 800 mL de SF 0,9% em 30 minutos e solicitados exames laboratoriais. • Exames laboratoriais: pH: < 6,8 pCO₂: 22 mmHg HCO₃: indetectável BE: não mensurável Glicemia: 500 mg/dL Na⁺: 6,4 mEq/L K⁺: 137 mEq/L Cl: 116 mEq/L Ca²⁺: 4,86 mg/dL Lactato: 23 mg/dL Cetonúria: 3 +++ USG de pulmão: linhas A bilateralmente (sem sinais de congestão pulmonar). USG de coração: hipocontratilidade ventricular difusa e veia cava inferior colabada. Considerando os dados clínicos, laboratoriais e de imagem, qual é a melhor conduta a ser instituída neste momento?

- A. Intubação orotraqueal.
- B. Bicarbonato de sódio EV.
- C. Insulina NPH E.
- D. Soro fisiológico 0,9% 800 mL com 8 mL de KCl 9,1% EV.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Resumo da atividade: Anulação

Síntese técnica do problema: Há evidente erro de digitação nos eletrólitos do enunciado (Na⁺ 6,4 mEq/L e K⁺ 137 mEq/L), valores incompatíveis com parâmetros fisiológicos normais, o que compromete a avaliação e a escolha da conduta terapêutica. Fonte: Pediatria - Pronto Socorro (ICr-FMUSP), 2024.

Fundamentação técnica:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- **Valores fisiológicos normais:** o *sódio plasmático* varia entre 135–145 mEq/L e o *potássio sérico* entre 3,5–5,0 mEq/L, tornando inviáveis os dados reportados para cálculo de reposição eletrolítica e manejo clínico. Fonte: Pediatria - Pronto Socorro (ICr-FMUSP), 2024.
- **Ambiguidade diagnóstica e terapêutica:** dados laboratoriais errôneos inviabilizam a aplicação de algoritmos seguros de correção de volume e eletrólitos na *cetoacidose diabética*, essencial para garantir segurança do paciente. Fonte: ISPAD, 2022.
- **Necessidade de precisão:** a clareza e exatidão dos valores laboratoriais são pré-requisitos para protocolos de emergência em endocrinologia, assegurando eficácia das intervenções. Fonte: ISPAD, 2022.

Conclusão: diante do equívoco tipográfico que pode comprometer a interpretação clínica, solicitamos a **anulação** da questão.

Referências:

- Pediatria - Pronto Socorro (ICr-FMUSP), 2024
- ISPAD, 2022



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 108

Adolescente, 14 anos de idade, previamente hígido, é levado pela mãe ao pronto-socorro com quadro de 5 dias de febre intermitente, dor abdominal, vômitos e astenia. A mãe relata que o paciente teve uma infecção respiratória com coriza e tosse, há cerca de 4 semanas, sendo diagnosticado com COVID-19 após painel viral respiratório positivo para SARS-CoV-2, colhido em outro serviço. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, hipoativo, hipocorado (3+/4+), hidratado, acianótico, anictérico e febril, com temperatura de 39 °C. FC de 135 bpm, PA de 82×48 mmHg, FR de 22 irpm e SpO2 de 92% em ar ambiente. Eritema cutâneo localizado em tronco e membros superiores, sem descamação. Ausculta pulmonar com a presença de estertores crepitantes difusos, redução de murmúrios nos 2/3 inferiores de ambos os hemitórax. Ausculta cardíaca com bulhas hipofonéticas, sem sopros. Pulsos periféricos reduzidos, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 4 s. Abdome doloroso difusamente, sem sinais de peritonismo, sem visceromegalias. Foram colhidos exames laboratoriais complementares e realizado o eletrocardiograma, visualizados a seguir: Devido à instabilidade hemodinâmica e piora respiratória após administração de soro fisiológico 20 mL/kg como expansão, o paciente foi transferido à UTI. Considerando as diferentes drogas vasoativas potencialmente utilizadas para o paciente apresentado, assinale a alternativa correta.

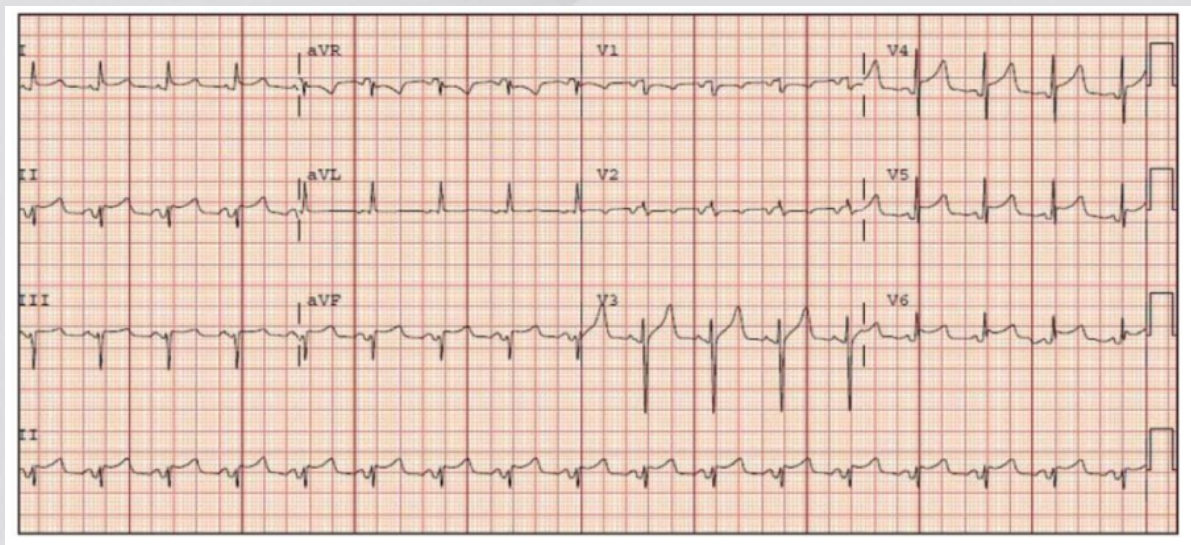
Exame:	Resultado:	Valor de Referência:
Leucograma	18.850/mm ³	4.500 – 11.000/mm ³
Linfócitos	430/mm ³	1.000 – 3.200/mm ³
Plaquetas	156.000/mm ³	150.000 – 450.000/mm ³
PCR	240 mg/dL	0 – 10 mg/dL
Ferritina	1.100 ng/dL	40 – 200 ng/dL
D-dímero	980 ng/dL	< 500 ng/dL
Troponina	4,5 ng/dL	< 0,04 ng/dL
BNP	748 pg/mL	< 100 pg/mL





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026



- A. A dobutamina atua por meio de antagonismo não seletivo a receptores beta-adrenérgicos miocárdicos. Aumenta a contratilidade, porém leva ao aumento do consumo de oxigênio pelos cardiomiócitos e pode promover taquiarritmias.
- B. O milrinone atua como um indutor de fosfodiesterase-5, uma ação similar a drogas como o sildenafil. Promove aumento da resistência vascular pulmonar, melhora da contratilidade miocárdica e vasodilatação sistêmica.
- C. A noradrenalina atua em receptores alfa-adrenérgicos vasculares, promovendo vasoconstrição. Não apresenta efeitos de aumento de frequência cardíaca, não leva ao aumento de consumo energético miocárdico e pode melhorar o retorno venoso sistêmico.
- D. A adrenalina possui ação agonista, tanto beta quanto alfa adrenérgica, sendo que sua ação, preferencial nesses receptores, depende da dose utilizada. Em doses baixas, apresenta efeitos alfa-adrenérgicos preponderantes, produzindo vasoconstrição sistêmica.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação da questão

À Banca Examinadora,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Síntese técnica do problema: a questão aborda aspectos quanto ao funcionamento de diversas drogas vasoativas. Compreendemos que não possuímos uma resposta completamente adequada dentre as opções fornecidas.

- **Alternativa A: A dobutamina** não é antagonista; ela é um **agonista** seletivo de receptores **beta-1** adrenérgicos. O restante da frase descreve perfeitamente a dobutamina. Ao estimular os receptores beta-1, ela aumenta a força de contração (inotropismo positivo) e a frequência cardíaca (cronotropismo).
- **Alternativa B: O milrinone** é um inibidor da **fosfodiesterase-3 (PDE-3)**, e não da PDE-5 (o sildenafil/Viagra atua na PDE-5). Ele não aumenta a resistência vascular pulmonar; pelo contrário, ele **reduz**. O milrinone é um "inodilatador" (inotrópico + vasodilatador). Ele aumenta a contratilidade cardíaca e diminui a resistência vascular sistêmica e pulmonar, facilitando o esvaziamento do coração.
- **Alternativa C: A noradrenalina** atua predominantemente em receptores **α_1** , promovendo eficácia vasoconstritora e aumento do retorno venoso. No entanto, também possui ação **β_1 residual discreta**. Dizer que "não apresenta efeitos de aumento de frequência" ou "não leva ao aumento de consumo energético" é impreciso, uma vez que a ativação **β_1** acarreta em aumento da frequência cardíaca (efeito cronotrópico positivo) e aumento da força de contração do músculo cardíaco (efeito inotrópico positivo), o que pode aumentar o débito cardíaco, porém de forma modesta.
- **Alternativa D: A adrenalina** é dose-dependente, mas a alternativa inverteu a lógica: Em **doses baixas**, temos predomínio **Beta** (aumento de frequência e contratilidade + vasodilatação leve periférica). Em **doses altas**, temos predomínio **Alfa** (vasoconstrição potente). A alternativa afirma que doses baixas causam vasoconstrição (efeito alfa), o que é incorreto.
- **Conclusão:** Diante do exposto, solicitamos anulação da questão considerando nenhuma opção contemplar por completo os mecanismos de funcionamento de cada medicação.

Referências

- Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in adult patients in sepsis. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 1999;27(3):639.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- Use of vasopressors and inotropes. Uptodate 2025: https://www.uptodate.com/contents/use-of-vasopressors-and-inotropes?search=norepinefrina&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 111

Recém-nascido com 31 semanas de idade gestacional, apresentou asfixia ao nascimento, mas evoluiu com boa recuperação. Peso ao nascimento de 1.100 g. Estava bem até o 11º dia de vida, quando apresentou distensão abdominal, letargia e diarreia sanguinolenta. Radiografia de abdome mostrava imagem de edema de alças. Deve-se prescrever para este recém-nascido:

- A. Leite humano por sonda orogástrica.
- B. Hidrolisado protéico por sonda orogástrica.
- C. Jejum com soro de manutenção.
- D. Nutrição parenteral plena.

Recurso:

Solicito revisão da alternativa considerada correta na questão 111, referente à conduta em recém-nascido prematuro com quadro clínico compatível com enterocolite necrosante.

A questão descreve um RN de 31 semanas, 1.100 g, que no 11º dia evolui com distensão abdominal, letargia, diarreia sanguinolenta e radiografia com edema de alças, achados compatíveis com enterocolite necrosante em evolução.

Nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e nos principais manuais de Neonatologia (Cloherty, Fanaroff & Martin, Nelson), está descrito que a primeira conduta imediata diante da suspeita ou confirmação de NEC é a suspensão completa da dieta (jejum – NPO), associada à passagem de sonda e suporte clínico.

A alternativa C (“Jejum com soro de manutenção”) descreve exatamente a conduta inicial obrigatória no manejo da NEC nas primeiras horas, antes da instituição de nutrição parenteral plena, além de ser a primeira medida efetivamente prescrita ao paciente ao se reconhecer o quadro.

A alternativa D (“Nutrição parenteral plena”), embora faça parte do tratamento subsequente, não representa a conduta inicial, que é o que a questão solicita ao perguntar “deve-se





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

prescrever para este recém-nascido”, sem especificar fase evolutiva ou plano terapêutico completo.

Dessa forma, a questão torna-se ambígua, pois duas alternativas podem ser consideradas tecnicamente corretas dependendo da interpretação temporal (conduta inicial vs. manejo definitivo). Assim, solicita-se a anulação da questão ou a aceitação da alternativa C como correta, por corresponder à conduta inicial universalmente preconizada.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 117

Menino, 3 anos de idade, com antecedente de atresia de vias biliares, em uso de ácido ursodesoxicólico e propranolol, é levado ao pronto-socorro por evacuações escuras, amolecidas e de odor fétido há poucas horas. Ao exame físico, apresenta-se em estado geral regular, pele e mucosas hipocoradas, taquicardia, perfusão periférica adequada, eupneico, anasarcado, ascite volumosa e indolor, com circulação colateral abdominal evidente. Diante do quadro, foram instituídas as seguintes condutas iniciais: jejum, soro de manutenção, expansão volêmica de 10 mL/kg, introdução de octreotida em infusão contínua, cefotaxima, vitamina K e coleta de exames laboratoriais. Assinale a melhor conduta inicial para o manejo dessa hiponatremia.

- A. Albumina EV 1 g/kg.
- B. NaCl 3% via enteral 3 mEq/kcal.
- C. Correção lenta de sódio (≤ 8 mEq/L em 24 horas) com NaCl 20% EV.
- D. Correção rápida com NaCl 20% EV 3 a 5 mL/kg.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Menino com cirrose descompensada e hiponatremia dilucional grave ($\text{Na}^+ < 110$ mEq/L) no contexto de anasarca e ascite volumosa. Fonte: EASL Clinical Practice Guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis, 2018.

Fundamentação técnica:

- Em hiponatremia grave (< 110 mEq/L) na cirrose, recomenda-se correção urgente com solução salina hipertônica a 3% por via parenteral para elevar 5–6 mEq/L nas primeiras horas e limitar o aumento a ≤ 10 mEq/L em 24 h. Fonte: American College of Gastroenterology Clinical Guideline: Hypo- and Hyponatremia in Adults, 2013.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- A administração isolada de albumina, sem diurético de alça, aumenta risco de sobrecarga de volume e congestão pulmonar, e a introdução de diurético pode agravar hiponatremia pela natriurese excessiva. Fonte: Diretrizes de manejo de ascite e hiponatremia na cirrose, 2021.
- Nenhuma das alternativas apresentadas contempla a utilização adequada de NaCl 3% IV, medida essencial no manejo inicial desta hiponatremia.

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos **anulação** da questão.

Referências:

- [Sociedade Brasileira de Hepatologia] — Diretrizes de manejo de ascite e hiponatremia na cirrose (1, 2021)
- [EASL] — EASL Clinical Practice Guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis, 2018
- [American College of Gastroenterology] — American College of Gastroenterology Clinical Guideline: Hypo- and Hyponatremia in Adults, 2013



@medway.residenciamedica



Medway