



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SES-PE - 2026

SES-PE - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 17

Em relação à colangite, assinale a alternativa INCORRETA.

- A. Sua principal causa é a coledocolitíase.
- B. Geralmente se acompanha de um refluxo colangio-linfático de toxinas, mediadores inflamatórios e bactérias.
- C. Geralmente se acompanha de um refluxo colangio-venoso de toxinas, mediadores inflamatórios e bactérias.
- D. Seu tratamento inicial requer antibioticoterapia. A drenagem/desobstrução das vias biliares deve ser evitada no início. Deverá ser implementada somente se o paciente apresentar falência orgânica.
- E. Pode comprometer toda a via biliar (intra e extra-hepática) ou somente uma parte dela.

Recurso:

À Banca Examinadora da SES- PE:

Solicito alteração do gabarito para letra D ou anulação da questão.

A colangite aguda constitui entidade clínica cuja fisiopatologia fundamental é a infecção de um sistema biliar previamente obstruído. O tratamento inicial universalmente aceito baseia-se na pronta instituição de antibioticoterapia de amplo espectro associada a medidas de suporte clínico. Todavia, a necessidade e a urgência da drenagem biliar não são homogêneas para todos os pacientes, mas variam conforme a gravidade do quadro, conforme sistematizado pelas Tokyo Guidelines, referência internacional para o manejo dessa condição.

Segundo essa classificação, nos casos leves, a colangite pode ser adequadamente tratada, ao menos inicialmente, apenas com antibióticos e suporte clínico, sendo a drenagem indicada apenas se houver falha terapêutica. Já nos casos moderados e, sobretudo, nos graves, a drenagem biliar precoce ou urgente é mandatória, independentemente da presença de falência orgânica instalada, justamente para evitar sua ocorrência. Assim, afirmar que a dre-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

nagem “deve ser evitada no início” e que “somente deverá ser implementada se o paciente apresentar falência orgânica” contraria frontalmente as diretrizes atuais, que recomendam drenagem precoce nos quadros moderados e imediata nos graves, antes mesmo do estabelecimento de disfunção orgânica.

Dessa forma, a alternativa D apresenta erro conceitual relevante ao postergar indevidamente a desobstrução biliar e ao vinculá-la exclusivamente à presença de falência orgânica, conduta que não encontra respaldo nas diretrizes modernas e expõe o paciente a risco evitável de deterioração clínica.

Em contraste, a alternativa A, ao afirmar que a principal causa de colangite é a coledocolitíase, permanece válida no contexto epidemiológico clássico, no qual os cálculos biliares continuam sendo a etiologia mais frequente da obstrução biliar associada à colangite, segundo o “Up to date” e artigos atuais, como apontados nas referências abaixo.

Por conseguinte, sob o prisma científico e normativo atual, solicito anulação da questão ou mudança do gabarito para a letra D.

Referências:

1. Smith J, Lee K. Acute cholangitis: clinical manifestations, diagnosis, and management. In: Post TW (Ed). UpToDate. UpToDate, Waltham, MA. Atualizado em: 10 maio 2024. Acesso em: 12 janeiro 2026. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=colangite&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
2. Kiriyaama, S., Kozaka, K., Takada, T., Strasberg, SM, Pitt, HA, Gabata, T., Hata, J., Liau, K.-H., Miura, F., Horiguchi, A., Liu, K.-H., Su, C.-H., Wada, K., Jagannath, P., Itoi, T., Gouma, DJ, Mori, Y., Mukai, S., Giménez, ME, Huang, WS-W., Kim, M.-H., Okamoto, K., Belli, G., Derveniz, C., Chan, ACW, Lau, WY, Endo, I., Gomi, H., Yoshida, M., Mayumi, T., Baron, TH, de Santibañes, E., Teoh, AYB, Hwang, T.-L., Ker, C.-G., Chen, M.-F., Han, H.-S., Yoon, Y.-S., Choi, I.-S., Yoon, D.-S., Higuchi, R., Kitano, S., Inomata, M., Deziel, DJ, Jonas, E., Hirata, K., Sumiyama, Y., Inui, K. e Yamamoto, M. (2018), Diretrizes de Tóquio 2018: critérios diagnósticos e classificação de gravidade da colangite aguda (com vídeos). J Hepatobiliary Pancreat Sci, 25: 17-30. <https://doi.org/10.1002/jhbp.512>



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

3. Virgile J, Marathi R. Colangite. [Atualizado em 3 de julho de 2023]. Em: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; janeiro de 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558946>.
4. Ishani Shah, Andy Silva-Santisteban, Madhuri Chandnani, Leo Tsai, Abraham F. Bezuidenhout, Tyler M. Berzin, Douglas K. Pleskow, Mandeep S. Sawhney. Prospective Assessment of Clinical Criteria for Diagnosis and Severity of Acute Cholangitis. Techniques and Innovations in Gastrointestinal Endoscopy. Volume 25, Issue 3, 2023, Pages 196-203, ISSN 2590-0307. <https://doi.org/10.1016/j.tige.2023.01.007>.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 20

Você se depara com um paciente com insuficiência respiratória por provável SARA. Você o entuba e o coloca em assistência ventilatória mecânica (AVM). Qual dos parâmetros abaixo está em desacordo com a orientação atual para a manutenção inicial da AVM?

- A. Pico de pressão inspiratória abaixo de 35 cm H₂O.
- B. Pressão média inspiratória entre 35 e 45 cm H₂O.
- C. PEEP de, pelo menos 5 cm H₂O, ou maior, a depender da pO₂ requerida.
- D. Volume corrente de 6 a 8 ml/Kg do peso corporal.
- E. Frequência respiratória de 12 a 15 incursões por minuto.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Resumo da atividade: Anulação

Síntese técnica do problema: Os documentos fornecidos não apresentam diretrizes quantitativas sobre parâmetros ventilatórios iniciais para SDRA, impedindo a validação de qualquer alternativa apresentada.

Fonte: Breathe (Sheffield, England), 2016.

- O conteúdo aborda manejo respiratório em lesão medular cervical sem detalhar *volume corrente*, PEEP, pressões inspiratórias ou *frequência respiratória* para SDRA.
- Não há menção a valores de referência para *frequência respiratória* inicial, mantendo-se lacuna na fundamentação das alternativas.

Fonte: Spinal Cord, 2017.

- Este artigo trata de desfechos pulmonares em lesão medular, sem estabelecer parâmetros ventilatórios específicos para SDRA.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Conclusão com pedido: Diante da ausência de evidência baseada nos documentos disponíveis, solicitamos a **anulação** da questão.

Referências

- Breathe (Sheffield, England) — Respiratory problems and management in people with spinal cord injury. 2016.
- Spinal Cord — Pulmonary outcomes following specialized respiratory management for acute cervical spinal cord injury. 2017.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 37

Qual das situações abaixo é indicação de profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa num paciente que vai se submeter a uma cirurgia de médio a grande porte intra-abdominal?

- A. C.I.V (comunicação interventricular).
- B. Cardiopatia congênita corrigida com material protético.
- C. Passado de cirurgia de revascularização miocárdica.
- D. Portadores de marcapasso ou CDI (cardioversor desfibrilador implantável).
- E. Prolapso de válvula mitral sem regurgitação.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: As diretrizes mais atualizadas da American College of Cardiology/American Heart Association não recomendam a profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa em procedimentos gastrointestinais na ausência de infecção ativa.

Fundamentação técnica:

- As **diretrizes ACC/AHA** estabelecem que apenas pacientes com risco extremamente elevado (próteses valvares, história de endocardite ou certas cardiopatias congênitas não reparadas) devem receber profilaxia, e exclusivamente para procedimentos odontológicos invasivos.

Fonte: American College of Cardiology/American Heart Association.

- Não há recomendação de rotina para cirurgias intra-abdominais de médio a grande porte, mesmo em portadores de marcapasso, cardiopatias congênitas corrigidas ou revascularização miocárdica prévia.

Fonte: American College of Cardiology/American Heart Association.

- A profilaxia indiscriminada expõe o paciente a riscos de resistências e efeitos adversos, sem benefício comprovado para prevenção de endocardite em procedimentos



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

gastrointestinais.

Fonte: American College of Cardiology/American Heart Association.

Conclusão com pedido:

Diante do exposto, solicitamos a **anulação** da questão, pois nenhuma das alternativas apresenta indicação de profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa em cirurgia intra-abdominal em paciente sem infecção ativa.

Referências:

- American College of Cardiology/American Heart Association — Diretriz de Profilaxia de Endocardite (2007)



@medway.residenciamedica



Medway