

**Especialidade: Pediatria****Questão: 51**

Enunciado da Questão

Escolar de 8 anos, sexo feminino, 28 kg, é trazida ao pronto-socorro com quadro de poliúria, polidipsia e perda ponderal há 2 semanas, associado a vômitos e dor abdominal há 12 horas. Ao exame: desidratação moderada, respiração irregular e hálito cetônico. Exames laboratoriais:

Glicemia capilar: 486 mg/dL

pH venoso: 7,08

Bicarbonato: 6 mEq/L

Sódio sérico: 132 mEq/L

Potássio sérico: 4,8 mEq/L

Cetonúria: ++++

Inicia-se a reposição volêmica com soro fisiológico 0,9% (20 mL/kg na primeira hora). Após a primeira hora, a paciente permanece desidratada e a glicemia é 420 mg/dL.

Sobre os aspectos da conduta terapêutica mais adequada nesse momento, assinale a alternativa correta.

Alternativas

- A. Iniciar insulinoterapia venosa contínua (0,1 U/kg/h) e manter soro fisiológico 0,9% para completar o déficit em 4-6 horas, pois a rápida correção da desidratação é prioritária.
- B. Iniciar insulinoterapia venosa contínua (0,1 U/kg/h) e administrar soro fisiológico 0,45% a 10 mL/kg/h. Quando a glicemia atingir 250-300 mg/dL, adicionar glicose a 5% ao soro para prevenir hipoglicemia.
- C. Iniciar insulinoterapia subcutânea com insulina regular (0,3 U/kg) e manter hidratação venosa com soro glicosado a 5%, pois a glicemia elevada contraindica o uso de soro fisiológico após a primeira hora.
- D. Administrar bicarbonato de sódio a 8,4% (1 mEq/kg) antes de iniciar a insulina, pois o pH de 7,08 indica acidose grave, que deve ser corrigida imediatamente para evitar arritmias cardíacas.
- E. Iniciar insulinoterapia venosa contínua (0,05 U/kg/h) e realizar bolus intravenoso de insulina regular (0,1 U/kg) antes de iniciar a infusão contínua para acelerar a queda da glicemia.

Fundamentação do Recurso

À prezada banca avaliadora,

A questão de número 51 do atual concurso descreve o caso de uma paciente escolar de 8 anos (28 kg) apresentando quadro de cetoacidose diabética (glicemia de 486 mg/dL, pH venoso de 7,08 e bicarbonato de 6 mEq/L). O enunciado relata que foi iniciada a expansão volêmica com soro fisiológico.



co a 0,9% (20 mL/kg na primeira hora) e que, após esse período, a paciente "permanece desidratada", com glicemia de 420 mg/dL. Em seguida, solicita a conduta terapêutica mais adequada para o momento.

A decisão médica sobre a conduta após a primeira hora de atendimento da CAD em pediatria exige obrigatoriamente a diferenciação entre o paciente com persistência de sinais de choque/hipoperfusão tecidual e paciente com déficit hídrico corporal remanescente mantendo estabilidade hemodinâmica (desidratação sem sinais de choque).

Conforme os protocolos estabelecidos pelas diretrizes ISPAD 2022 (Glaser et al., 2022), a conduta em relação à estabilização volêmica subdivide-se estritamente em duas linhas de ação:

1. Presença de choque ou má perfusão tecidual persistente: o protocolo determina a administração de novos bolus de cristalóide (SF 0,9%, 10 a 20 mL/kg), reavaliando o status circulatório após cada expansão até que a perfusão periférica seja restabelecida.
2. Ausência de choque / circulação periférica restabelecida: o protocolo orienta a transição para a fase de reposição do déficit + manutenção hídrica (ao longo de 24 a 48 horas, com solução de NaCl a 0,45%-0,9%), associada ao início da infusão contínua de insulina EV.

O enunciado limita-se a afirmar de forma genérica que a paciente "permanece desidratada", omitindo dados vitais do exame físico, como tempo de enchimento capilar, amplitude de pulsos periféricos, pressão arterial, débito urinário e nível de consciência.

Sem a especificação em relação à perfusão tecidual e ao status hemodinâmico, torna-se clinicamente inviável determinar se a paciente necessita de nova expansão volêmica imediata em bolus (para tratar instabilidade/má perfusão) ou se está apta a progredir para a fase de manutenção e reposição contínua em 24-48 horas, além de início de insulina EV (presumido na Alternativa B).

Dessa forma, considerar a Alternativa B como a única correta exige que o candidato faça uma suposição não descrita no texto: a de que a perfusão periférica foi completamente restabelecida. Se a expressão "permanece desidratada" for interpretada como persistência de má perfusão tecidual, a conduta de transição direta para a manutenção sem novo bolus estaria incorreta e contrária à adequada prática médica.

Diante da omissão de parâmetros clínicos cruciais no enunciado para a escolha da conduta mais segura e precisa, a questão não apresenta uma resposta única e inequívoca. Portanto, em respeito ao princípio da objetividade da avaliação, solicita-se a anulação da referida questão.



Referência bibliográfica:

1. GLASER, Nicole; FRITSCH, Maria; PRIYAMBADA, Leena; REWERS, Arleta; CHERUBINI, Valentino; ESTRADA, Sylvia; WOLFSDORF, Joseph I.; CODNER, Ethel. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. **Pediatric Diabetes**, v. 23, n. 7, p. 835–856, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/pedi.13406>