



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	B	<p>a) INCORRETA. O grau de recomendação A envolve os estudos com maior qualidade no delineamento, sendo eles: o ensaio clínico randomizado e controlado, a revisão sistemática e a metanálise. E são considerados estudos de avaliação crítica.</p> <p>b) CORRETA. O estudo descrito possui grau de recomendação B que envolve estudos sem intervenção, mas de acompanhamento ao longo do tempo. O caso do estudo em questão, é considerado observacional prospectivo porque o pesquisador está presente no momento da exposição de um ou mais fatores e acompanham por um período de tempo para observar um ou mais desfechos.</p> <p>c) INCORRETA. O grau de recomendação C envolve os estudos de relatos ou séries de casos (estudos não-controlados).</p> <p>d) INCORRETA. O grau de recomendação D envolve os estudos de opinião desprovida de avaliação crítica, baseado em opinião de expert. Já os estudos experimentais possuem grau de evidência B ou A.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ramanathan A, Marzbanrad F, Tan K, Zohra FT, Acchiardi M, Roseby R, Kevat A, Malhotra A. Assessment of breath sounds at birth using digital stethoscope technology. Eur J Pediatr. 2020 May;179(5):781-789. doi: 10.1007/s00431-019-03565-8. Epub 2020 Jan 6. PMID: 31907638.</p> <p>Lunardi AC. Manual de Pesquisa Clínica Aplicada à Saúde. Editora Blucher, 2020.</p> <p>Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. HOW TO PRACTICE AND TEACH EBM. 5ª ed. Amsterdã: Elsevier, 2019.</p>
2	B	<p>a) INCORRETA: O quadro clínico apresenta sinais (palidez, frialdade e ausência de pulsos) e fatores de risco que caracterizam o processo patológico de tromboembolismo com evolução para oclusão arterial aguda, excluindo o diagnóstico de trombose venosa profunda. O tratamento deverá ser cirúrgico nos leitos arteriais e não envolverá a abordagem dos leitos venosos.</p> <p>b) CORRETA: O quadro clínico apresenta sintomas (dor intensa e parestesia), sinais (palidez, frialdade e pulsos ausentes) e dados clínicos que corroboram com o processo patológico de tromboembolismo de etiologia cardíaca com evolução para o quadro de oclusão arterial aguda (diagnóstico prévio de arritmia cardíaca, suspensão de medicação anticoagulante e evolução para a síndrome isquêmica do membro inferior esquerdo). O plano terapêutico inicial deverá ser o tratamento cirúrgico com embolectomia das artérias do membro inferior acometido.</p> <p>c) INCORRETA: O quadro clínico apresenta sintomas, sinais e dados clínicos que corroboram com o processo patológico de tromboembolismo de etiologia cardíaca com evolução para o quadro de oclusão arterial aguda. Contudo o tratamento imediato deverá ser cirúrgico através da embolectomia arterial a fim de reestabelecer a perfusão tecidual do membro. O tratamento farmacológico com fármaco de ação antiagregante plaquetária não apresenta eficácia para os quadros de oclusão arterial aguda.</p> <p>d) INCORRETA: O quadro clínico apresenta sinais (palidez, frialdade e ausência de pulsos) e fatores de risco que caracterizam o processo patológico de tromboembolismo com evolução para oclusão arterial aguda, excluindo o diagnóstico de trombose venosa profunda. O tratamento imediato deverá ser cirúrgico através da embolectomia arterial, a fim de reestabelecer a perfusão tecidual. O tratamento farmacológico com fármaco de ação anticoagulante inclui o uso de heparina e apresenta eficácia inferior para os quadros de oclusão arterial aguda grave. Os anticoagulantes orais diretos como a rivaroxabana não apresentam estudos com eficácia comprovada para oclusão arterial aguda até o momento, sendo a posologia inicial desse fármaco com administração de 15 mg em intervalos de 12/12h.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Jameson JL. Manual de Medicina de Harrison. (20th edição). Porto Alegre: Artmed McGraw Hill; 2020. p. 706-714. p. 724-726. p. 754-757.</p> <p>Porto CC. Semiologia Médica. (8ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 481-482. p. 493-495.</p> <p>Townsend CM. Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. (20th edição). Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 1777-1779. p.1841 – 1845.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
3	C	<p>O quadro clínico demonstrado representa uma criança com manchas café-com-leite no corpo e nódulos subcutâneos, os neurofibromas. O quadro ocular corresponde a síndrome de Claude-Bernard-Horner, com provável comprometimento do gânglio estrelado pelo neurofibroma ou, mais provavelmente, por sua diferenciação maligna, o neurofibrossarcoma. O exame que deve ser realizado inicialmente, visando-se o diagnóstico, é a radiografia simples de tórax em duas posições (PA e perfil).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Neurologia – Merrit</p>
4	C	<p>Pelo quadro clínico do paciente suspeita-se de DPOC, neste caso, todos os pacientes devem ser submetidos a espirometria. A α-1- ANTITRIPSINA só é solicitada em casos específicos não citados e a TC também não tem indicação de rotina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: RAMOS, L. R.; MATOS, D. 541 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica p. 1693-1696 in: Atualização Terapêutica 2012-2013</p>
5	C	<p>As operações sobre a glândula tireoide não estão isentas de risco. Além da lesão do nervo recorrente, outra alteração que pode acontecer no PO deve-se a manipulação ou ressecção inadvertida das glândulas paratireoides, que pode levar a quadro de hipocalcemia aguda. Esta alteração pode ser pesquisada pelo sinal de Chvostek (percussão na face) e deve-se repor cálcio endovenosamente, até normalização do sinal e dos níveis séricos do cálcio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sabiston – Tratado de Cirurgia. Editor: Courtney M. Townsend. 18ª Edição. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. 2010. Página: 903</p>
6	C	<p>As lesões do lobo frontal tipicamente perdem a inibição e podem tornar-se inapropriadamente exaltadas (eufóricas), argumentativas e vulgares, ou ficar deprimidas (o que pode anteceder as mudanças de personalidade), como trata-se de lesões persistentes, diz-se que houve uma mudança de personalidade secundária à causa orgânica. O caso mais emblemático da história da Medicina que ilustra um caso semelhante é do operário americano chamado Phineas Gage. Em um acidente com explosivos, Gage teve seu cérebro transfixado na região do córtex pré-frontal por uma barra de metal, e como consequência teria se transformado num homem de grosseiro, desrespeitoso com os colegas, incapaz de aceitar conselhos e voltado para jogos de azar e violência, ao que antes configurava uma pessoa tímida, discreta, honesta e muito disciplinada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Editora Artes Médicas, Porto Alegre. DAMASLO H; GRABOWSKI T; FRANK R. et al. The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient [published correction appears in Science 1994 Aug 26;265(5176):1159]. Science. 1994;264(5162):1102-1105.</p>
7	B	<p>Paciente com hipertensão arterial estágio 2 e 3 a primeira conduta é investigar sinais das alterações nos sistemas cardiovascular, cerebral e renal. Os exames complementares serão pedidos de acordo com as alterações encontradas no exame clínico, e dois exames de rotina devem ser realizados: fundo de olho e eletrocardiograma. O primeiro para avaliar as alterações na papila e na retina, pois as hemorragias e os exsudatos algodinosos de retina e o edema de papila são facilmente visíveis pelo oftalmoscópio. O segundo informa a existência de doenças cardiovasculares progressas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Marcio Gonçalves Sousa. Oswaldo Passarelli Junior. Emergências hipertensivas: epidemiologia, definição e classificação. Revista Brasileira de Hipertensão, volume 21, número 03, 2014.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
8	D	<p>As situações TEP, infarto agudo do miocárdio, refluxo gastro esofágico e DPOC são todas elas situações em que o tabagismo figura como fator causador principal, predisponente ou fator de risco associado. A dislipidemia predispõe às doenças cardiovasculares e TEP, mas não é fator associado à esofagite de refluxo.</p> <p>O sedentarismo é fator de risco imediato para TEP, mas não para DPOC.</p> <p>A dieta com excesso de ácidos está associada a lesão esofágica e renal, não ao risco cardiovascular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2022</p> <p>Organização Pan-Americana de Saúde. Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022. CSP29/11 27 de julho de 2017</p>
9	A	<p>O haloperidol é um antipsicótico com ação antimaníaca, porém não há evidências científicas ou clínicas de efetividade na estabilização do humor ou na profilaxia de novos episódios de bipolaridade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sadock, BJ; Sadock, AS. Kaplan & Sadock, Compêndio de Psiquiatria- 9 ed.- Porto Alegre: Artmed, 2008. pp. 609</p>
10	D	<p>O tratamento quimioterápico pode ser realizado com a utilização de apenas um fármaco (monoterapia) ou por uma associação de vários fármacos quimioterápicos. A combinação de várias substâncias, contudo, tem a possibilidade de produzir efeitos muito mais significativos por produzir respostas mais completas no tratamento. A quimioterapia é geralmente utilizada em combinação com a intervenção cirúrgica e a radioterapia, e pode ser classificada, de acordo com suas finalidades, como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Curativa: quando é usada com o objetivo de eliminar por completo o tumor. Esse resultado tem sido obtido regularmente nos tratamentos à Doença de Hodgkin, a leucemias agudas, a carcinomas de testículo e a coriocarcinomas gestacionais, entre outros.• Adjuvante: quando é utilizado após a intervenção cirúrgica. Com a retirada do tumor, podem restar ainda resquícios de células neoplásicas nos tecidos e na circulação do corpo e, para destruí-las e evitar recidivas do câncer, aplica-se a quimioterapia.• Neoadjuvante ou prévia: quando antecipa outros tratamentos, com o objetivo de promover a redução parcial do tumor.• Paliativa: quando a possibilidade de cura não é vislumbrada, a quimioterapia pode ser utilizada com o objetivo de melhorar a qualidade de sobrevivência do paciente. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Medrado, L. Carcinogênese - Desenvolvimento, Diagnóstico e Tratamento das Neoplasias 1ª Ed. São Paulo: Érica, 2015.</p> <p>Govindan, Ramaswamy. Washington - Manual de Oncologia. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2004.</p> <p>Al-Hilli Z, Boughey JC. The timing of breast and axillary surgery after neoadjuvant chemotherapy for breast cancer. Chin Clin Oncol. 2016 Jun;5(3):37. doi: 10.21037/cco.2016.03.26. Epub 2016 Apr 22. PMID: 27164853.</p> <p>Fisusi FA, Akala EO. Drug Combinations in Breast Cancer Therapy. Pharm Nanotechnol. 2019;7(1):3-23. doi: 10.2174/2211738507666190122111224. PMID: 30666921; PMCID: PMC6691849.</p> <p>Provenzano E. Neoadjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: Moving Beyond Pathological Complete Response in the Molecular Age. Acta Med Acad. 2021 Apr;50(1):88-109. doi: 10.5644/ama2006-124.328. PMID: 34075766.</p> <p>Pondé NF, Zardavas D, Piccart M. Progress in adjuvant systemic therapy for breast cancer. Nat Rev Clin Oncol. 2019 Jan;16(1):27-44. doi: 10.1038/s41571-018-0089-9. PMID: 30206303.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
11	B	<p>Trata-se de uma incompatibilidade ABO em um recém-nascido AIG, a termo, em aleitamento materno, com hemólise pequena (velocidade de aumento da bilirrubina indireta inferior a 0,5 mg/dl por hora) e, portanto, está indicada a fototerapia simples e controle laboratorial.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Leone CR. Doença hemolítica RH e ABO aspectos atuais. Programa de Atualização em neonatologia (PRORN Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2004.</p>
12	D	<p>Criança com quadro clínico clássico de mononucleose – possui a tríade, febre exsudato amigdaliano e linfonodomegalias cervicais, além de esplenomegalias que ocorre em 60% das crianças com pico no final da primeira semana de sintomas. Hemograma com linfocitose com mais de 10% de linfócitos atípicos. Apresenta rash cutâneo após contato com amoxicilina.</p> <p>Paciente não apresentou melhora com antibiótico inicial, não havendo motivo para troca, restante de exame físico e hemograma não são compatíveis com doença bacteriana.</p> <p>Linfonodos móveis e livres. Hemograma sem descrição de blastos para pensar em leucemia e encaminhar para mielograma.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520455869/pageid/974 Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria / [organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns... [et al.]]. --4. ed. --Barueri, SP: Manole, 2017.</p>
13	A	<p>a) CORRETA: A acidose respiratória foi causada por insuficiência respiratória tipo 2 (falha de ventilação) levando ao aumento dos níveis de CO₂ (hipercapnia), cujos sintomas mais frequentes são sonolência, torpor, confusão mental e asterix</p> <p>b) INCORRETA: O HCO₃ – é normal, portanto, o sistema metabólico não está contribuindo para a acidose e também não está compensando a acidose respiratória, sugerindo que se trata de um distúrbio agudo.</p> <p>c) INCORRETA: Se esta acidose respiratória fosse crônica, esperaríamos que os rins tivessem gerado mais HCO₃ – para compensar, o que resultaria em um aumento do BE.</p> <p>d) INCORRETA: O HCO₃ – é normal, portanto, o sistema metabólico não está contribuindo para a acidose e também não está compensando a acidose respiratória, sugerindo que se trata de um distúrbio agudo</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gomes, C. P., Andrade, L., Graciano, M. L., & Rocha, P. N. (2021). Distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base (W. L. Coutinho, Ed.; 1st ed.). Manole. Velasco, I.T., Neto R.A.,B, , Souza, H. P et al (2020) Medicina de Emergência USP, 15 edição, editora Manole. Marino, Paul. The ICU Book. The Third Edition (2013) Lippincott William & Wilkins.</p>
14	A	<p>a) CORRETA – Os linfonodos ou gânglios linfáticos são órgãos espalhados pelo corpo que atuam como filtros da linfa. Eles estão localizados no trajeto dos vasos linfáticos e geralmente aparecem em grupos.</p> <p>b) INCORRETA – Os vasos linfáticos são responsáveis pelo transporte da linfa, não tendo qualquer função de filtração e/ou defesa.</p> <p>c) INCORRETA – Linfa secundária é uma expressão não utilizada na literatura atual, não tendo esta, nenhum valor científico.</p> <p>d) INCORRETA – Os nódulos linfoides, presentes em regiões de mucosa não têm papel na filtração da linfa, atuam apenas na resposta imune.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Guyton e Hall: Tratado de Fisiologia Médica [bibliography]. 14th ed. Brasil: GEN Guanabara Coogan; 2021. 1120 p. Williams: Hematology [bibliography]. 10th ed. Estados Unidos: McGraw Hill / Medical; 2021. 2704 p. Hoffbrand: Fundamentos em Hematologia [bibliography]. 7th ed. Brasil: Artmed; 2017. 384 p.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
15	D	<p>a) INCORRETA: Síndrome do túnel do carpo: Os sintomas típicos incluem dormência e parestesias, sobretudo nos dedos polegar e radial, dor na parte anterior do punho e do antebraço e falta de coordenação. No entanto, não costumam apresentar espessamento da pele, fenômeno de Raynaud e telangiectasias</p> <p>b) INCORRETA: Hanseníase. Pode cursar com parestesias. No entanto, não costumam apresentar espessamento da pele, fenômeno de Raynaud e telangiectasias.</p> <p>c) INCORRETA: Síndrome de Sjogren. Quadro diferente do apresentado. A síndrome de Sjögren é caracterizada pela presença de olhos secos e xerostomia como consequência da infiltração linfocítica nas glândulas lacrimais e salivares. Sintomas adicionais podem incluir secura de pele, nariz, garganta e vagina; artralgias e mialgias; neuropatias periféricas; distúrbios pulmonares.</p> <p>d) CORRETA. O paciente apresenta os seguintes critérios que sugerem esclerodermia: Um critério maior: Espessamento da pele dos dedos de ambas as mãos se estendendo proximalmente às articulações metacarpofalângicas (9 pontos) e 02 critérios menores: telangiectasias (2 pontos) + Fenômeno de Raynaud (3 pontos), de acordo com os critérios de classificação do American College of Rheumatology e da European League Against Rheumatism (ACR/EULAR).</p> <p>Critérios para esclerose sistêmica se atendidos 1 critério maior ou ≥ 2 critérios menores totalizando ≥ 9 pontos:</p> <ul style="list-style-type: none">• critério maior - espessamento da pele dos dedos de ambas as mãos se estendendo proximalmente às articulações metacarpofalângicas (9 pontos)• critérios menores.<ul style="list-style-type: none">❖ espessamento da pele dos dedos (incluir apenas a pontuação mais alta)<ul style="list-style-type: none">▪ dedos inchados (2 pontos)▪ esclerodactilia distal às articulações metacarpofalângicas, mas proximal às articulações interfalângicas proximais (4 pontos)❖ lesões na ponta do dedo (incluir apenas a pontuação mais alta)<ul style="list-style-type: none">▪ úlceras de ponta digital (2 pontos)▪ cicatrizes na ponta dos dedos (3 pontos)❖ telangiectasia (2 pontos)❖ capilares ungueais anormais (2 pontos)❖ hipertensão arterial pulmonar e/ou doença pulmonar intersticial (2 pontos)❖ Fenômeno de Raynaud (3 pontos)❖ presença de qualquer um dos autoanticorpos relacionados à esclerose sistêmica (3 pontos)<ul style="list-style-type: none">▪ anticentrômero▪ antitopoisomerase-I (anti-SCL-70)▪ anti-RNA polimerase III <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>DynaMed. Systemic Sclerosis. EBSCO Information Services [Internet]. [acesso em 2022 abr 11]. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/systemic-sclerosis#GUID-94BC3A99-EA82-45F4-97CE-F9702C687246</p> <p>Mayes M.D. Esclerose sistêmica. BMJ Best Practice [Internet]. London: BMJ Publishing Group; 2022. [acesso em 2022 abr 11]. Disponível em: https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/295</p> <p>Varga J. UpToDate [Internet]. Clinical manifestations and diagnosis of systemic sclerosis (scleroderma) in adults https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-systemic-sclerosis-scleroderma-in-adults?search=esclerodermia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1</p> <p>Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. (2ª edição). [Porto Alegre: Artmed]: Grupo A; 2019.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
16	C	<p>a) INCORRETA: A dieta DASH é pobre em carnes vermelhas.</p> <p>b) INCORRETA: A dieta do mediterrâneo é rica em frutos do mar e não carne vermelha, além de ser rica em azeite de oliva.</p> <p>c) CORRETA: A dieta DASH é rica em frutas, legumes, com pouca gordura e produtos lácteos com um teor reduzido de colesterol, bem como de gordura saturada e gordura total. É rica em potássio e cálcio, com conteúdo de sódio reduzido a não mais que 2,4g de sódio diário. Todo o paciente sem restrição ao exercício deve se envolver em atividade física aeróbica regular, como caminhada rápida pelo menos 30 minutos por dia na maioria dos dias, isto é, 150 minutos por semana.</p> <p>d) INCORRETA: A dieta do mediterrâneo não se baseia no consumo de laticínios.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x44344.pdf</p>
17	C	<p>a) Paciente com glicemias alteradas, mesmo assintomática, não deve aguardar 6 meses para obter a definição de seu diagnóstico (diabetes mellitus ou pré-diabetes).</p> <p>b) O exame de glicemia capilar não é padronizado para definição do diagnóstico de diabetes.</p> <p>c) Este exame irá diferenciar se a paciente é portadora de diabetes mellitus ou pré-diabetes.</p> <p>d) Diante dos valores e testes apresentados, ainda não está fechado o diagnóstico de diabetes, não sendo indicado o uso de Metformina neste contexto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretriz Brasileira de diabetes – 2022</p>
18	C	<p>Trata-se de quadro típico de mielopatia aguda, com fraqueza flácida simétrica com nível sensitivo, reflexos miotáticos abolidos e disfunção esfíncteriana. A questão de ser aguda pode induzir a suspeita de AVC, mas mielites podem se desenvolver rapidamente e a clínica não é de AVC. O histórico de doença febril e a ausência de reflexos miotáticos podem induzir a suspeita de polineuropatia inflamatória, mas também ocorrem nas mielites. Além disso, os demais dados clínicos não são típicos. Por fim, a suspeita de Miastenia Gravis é a menor, pois não há acometimento de nervos cranianos e há acometimento sensitivo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VELASCO IT <i>et al.</i> Medicina de emergência : Abordagem prática. 16. ed. rev. e atual. e ampl. – Barueri, SP : Manole, 2022</p>
19	B	<p>a) Nos pacientes portadores de doença falciforme, padrão SS, deve-se sempre investigar focos infecciosos como causa da descompensação clínica e posteriormente descartar outras complicações, visto que paciente com critérios claros infecciosos.</p> <p>b) Trata-se de uma paciente portadora de anemia falciforme, com síndrome torácica aguda, secundária a um processo infeccioso, provável pneumonia. Paciente é admitida com critérios diagnósticos para sepse, devendo-se priorizar a hidratação a antibioticoterapia na primeira hora após avaliação e analgesia para retirá-la da crise algica.</p> <p>c) Paciente com quadro clássico de síndrome torácica aguda e sepse. Não é recomendado atrasar o início de antibioticoterapia.</p> <p>d) A síndrome do sequestro esplênico ocorre em crianças menores de 5 anos, que ainda possuem baço, e a transfusão deve ser solicitada assim que houver resultado de exames que indiquem transfusão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. Sepse: um problema de saúde pública / Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. Brasília: CFM, 2015. 90 p. ISBN 978-85-87077-40-0 1- Sepse - prevenção e controle. 2- Síndrome Séptica. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 64 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1932-2. 1. Doenças Falciformes. 2. Agravos à saúde. I.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 82 p. il. ISBN 978-85-334-2310-7
20	A	<p>a) CORRETA: Trata-se de um paciente idoso apresentando hematoquezia, (passagem de sangue marrom ou vermelho vivo ou coágulos sanguíneos pelo reto), acompanhada de alteração no hábito intestinal e dor abdominal. A presença de hematoquezia está associada ao sangramento agudo do trato gastrointestinal inferior (originada de um local distal ao ligamento de Treitz). As causas de sangramento TGI inferior podem ser agrupadas em várias categorias: anatômicas (diverticulose), vasculares (angio displasia, isquêmica, induzida por radiação), inflamatórias (infecciosas, doenças inflamatórias intestinais) e neoplásicas. Em uma revisão de vários grandes estudos que incluíram 1.559 pacientes com hematoquezia aguda, as seguintes fontes de sangramento foram identificadas:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Diverticulose - 5 a 42 %;❖ Isquemia - 6 a 18%; Anorretal (hemorroidas, fissuras anais, úlceras retais) - 6 a 16 % e Neoplasia (pólipos e cânceres) - 3 a 11%;❖ Outras causas - 1 a 9%, causa desconhecida - 6 a 23% <p>Falam a favor do diagnóstico de câncer colorretal:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Idade avançada (principal fator de risco para câncer colorretal; a incidência começa a aumentar significativamente entre as idades de 40 e 50 anos, e as taxas de incidência específicas por idade aumentam a cada década subsequente);❖ Alteração do hábito intestinal (presente em 74% dos casos);❖ Presença de sangramento retal em combinação com mudança nos hábitos intestinais (combinação de sintomas mais comum; presente em 51% de todos os cânceres e em 71% daqueles que apresentam sangramento retal);❖ Perda de peso não intencional; e❖ Alteração no calibre das fezes (fezes no formato de fita). Neste caso, a colonoscopia é o teste diagnóstico mais preciso e versátil para CCR, pois pode localizar e fazer biópsia de lesões em todo o intestino grosso, detectar neoplasias sincrônicas e remover pólipos. <p>b) INCORRETA: O sangramento hemorroidário é caracterizado pela passagem indolor de sangue vermelho brilhante, de intensidade variável, pelo reto com a evacuação. Deve-se suspeitar de hemorroidas sintomáticas em pacientes com sangue vermelho vivo no reto, prurido anal e/ou início agudo de dor perianal. Uma mudança na frequência, calibre ou consistência das fezes é sugestiva de malignidade colorretal e não de hemorroidas.</p> <p>c) INCORRETA: A doença diverticular é definida como diverticulose clinicamente significativa e sintomática devido a sangramento diverticular, diverticulite, colite segmentar associada à divertículos ou doença diverticular não complicada sintomática. A hematoquezia indolor é a apresentação típica de um sangramento diverticular, ocorrendo devido à fraqueza segmentar dos vasos retos associada a um divertículo. A maioria dos pacientes que sangra apresenta sangramento menor que é autolimitado, e 50% tiveram um episódio anterior de hematoquezia. Os pacientes geralmente apresentam poucos sintomas abdominais, o que é um reflexo da patogênese não inflamatória do sangramento e não apresentam alterações no formato das fezes e perda aguda de peso.</p> <p>d) INCORRETA: Pacientes com fissura anal apresentam dor anal que geralmente está presente em repouso e é exacerbada pela defecação que pode durar horas após o ato, o que é um sintoma debilitante. Embora a dor anal seja o sintoma cardinal de uma fissura, fissuras anais também podem estar associadas a sangramento anal (geralmente hematoquezia).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Schlioma Zaterka, Jaime Natan Eisig. Tratado de gastroenterologia : da graduação à pós-graduação / editores. 2. ed. -São Paulo : Editora Atheneu, 2016.</p> <p>Macrae FA, Parikh AR, Ricciardi R. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer. In: Savarese DMF, Grover S. editors. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2022 Apr 13]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer;</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Strate L. Etiology of lower gastrointestinal bleeding in adults.in Grover S. editor.Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2021 Jan 26]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-lower-gastrointestinal-bleeding-in-adults</p> <p>Bleday R, Breen E. Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis. in Grover S. editor. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2020 May 12]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis</p> <p>Stewart DB, Anal fissure: Clinical manifestations, diagnosis, prevention. in Editor: Chen W. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2021 Jun 25]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention</p>
21	D	<p>Durante a sístole, as valvas aórtica e pulmonar se abrem e o sangue flui nas artérias aorta e pulmonar. A sístole é entre C e D, assim as valvas aórtica e pulmonar se abrem em C e em seguida fecham em D. O fechamento destas valvas provoca a segunda bulha cardíaca.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>HALL, John E. Guyton & Hall. Tratado de fisiología médica. Elsevier Health Sciences, 2021.</p>
22	A	<p>a) CORRETA: A despeito dos avanços feitos nas últimas décadas, a deficiência de vitamina A continua sendo um problema significativo de saúde pública. A deficiência de vitamina A tem diagnóstico precoce difícil. Geralmente os sintomas oculares constituem as primeiras manifestações. Os sinais clínicos incluem perda de brilho, conjuntiva opaca e hiperemiada, seguida por xerose conjuntival e queratinização, blefarite, meibomite, alterações fundoscópicas, cegueira noturna. Outras características incluem hiperqueratose em pele, queratinização e xerose de outras superfícies mucosas, aumento de pressão intracraniana e retardo mental. A mancha de Bitot costuma ter localização em região de fenda palpebral, sendo constituída por epitélio queratinizado, células inflamatórias, debris, e Corynebacterium xerosis. Este bacilo metaboliza os debris celulares produzindo bolhas.</p> <p>b) INCORRETA: O Beribéri é uma doença causada pela deficiência de tiamina (vitamina B1). Sua relevância epidemiológica se deve ao fato de acometer, majoritariamente, adultos jovens do sexo masculino, e pela sua capacidade de causar surtos e epidemias com o adoecimento e óbito em curto período de tempo. A carência da tiamina pode levar de dois a três meses para manifestar os sinais e sintomas que inicialmente são leves como insônia, nervosismo, irritação, fadiga, perda de apetite e energia e evoluem para quadros mais graves como parestesia, edema de membros inferiores, dificuldade respiratória e cardiopatia.</p> <p>c) INCORRETA: Vitamina E (tocoferol) é uma vitamina solúvel em gordura com propriedades antioxidantes, que protege as membranas celulares da oxidação e destruição. Devido a uma abundância de tocoferóis na dieta humana, a deficiência de vitamina E é rara, exceto em indivíduos com insuficiência pancreática ou outras condições que causam má absorção de gordura substancial, ou desnutrição proteicoenergética. A deficiência de vitamina E também pode ser causada por defeitos genéticos raros, que afetam o metabolismo de vitamina E. Sinais e sintomas de deficiência de vitamina E incluem hemólise, doenças neuromusculares, ataxia e neuropatia periférica.</p> <p>d) INCORRETA: A vitamina B6 está presente na maioria dos alimentos, mas as pessoas podem ter deficiência de vitamina B6 se não a absorverem adequadamente. Muitos alimentos contêm vitamina B6, mas o processamento extenso pode remover a vitamina. As pessoas podem apresentar convulsões, erupção cutânea escamosa, língua vermelha, rachaduras nos cantos da boca ou uma sensação de formigamento nas mãos e nos pés. O diagnóstico é feito com base nos sintomas, na presença de possíveis causas, e na resposta aos suplementos de vitamina B6.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Manual de alimentação da infância à adolescência. 4ª edição ampliada e revisada. 2018.</p> <p>https://aps.saude.gov.br/ape/vitaminaA</p> <p>https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/b1</p> <p>https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-nutricionais/defici%C3%A2ncia-depend%C3%A2ncia-e-toxicidade-das-vitaminas/defici%C3%A2ncia-e-depend%C3%A2ncia-de-vitamina-b6#:~:text=A%20defici%C3%A2ncia%20de%20vitamina%20B6,depend%C3%A2ncia%20causa%20convuls%C3%B5es%20em%20crian%C3%A7as</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
23	B	<p>a) INCORRETA: Pois não há sangue ou sinais de diarreia inflamatória.</p> <p>b) CORRETA: O quadro apresentado é compatível com giardíase, que apresenta diarreia intermitente;</p> <p>c) INCORRETA: Pois seria um quadro por exclusão, porém não tem caráter intermitente e não é comum nessa faixa etária.</p> <p>d) INCORRETA: Pois seria incompatível por não apresentar resposta do quadro ao se alimentar com derivados de leite.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Lopes J.M.C., et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 volumes: Princípios, Formação e Prática, 2 ed. :Artmed, 2018.</p>
24	D	<p>O quadro clínico apresentado é sugestivo de uma síndrome febril exantemática aguda. A paciente apresenta sinais e sintomas que são presentes Rubéola, Meningite, Dengue e Leptospirose na fase inicial.</p> <p>a) INCORRETA: A paciente apresenta epidemiologia para Leptospirose, pois é catadora de lixo. Entretanto os exames laboratoriais evidência leucopenia com linfocitose relativa, o que é sugestivo das infecções virais como Rubéola, Meningite e Dengue.</p> <p>b) INCORRETA: A Rubéola pode apresentar leucopenia com linfocitose relativa, plaquetopenia e alterações enzimáticas, entretanto apresenta outros sinais e sintomas característicos como um exantema cutâneo que se inicia no rosto que evoluem rapidamente em direção aos pés e em geral desaparecem em menos de 5 dias associado a sintomas respiratórios e linfadenomegalia ao exame físico.</p> <p>c) INCORRETA: As meningites virais fazer parte do diagnóstico diferencial do quadro clínico apresentado. Apesar da paciente apresentar cefaleia, não apresenta ao exame físico outros sinais de irritação meníngea como rigidez de nuca. Além disso, outros sintomas comuns como foto e fonofobia, confusão mental ou sonolência não estão presentes. Apesar da meningite viral poder apresentar leucopenia com linfocitose relativa, geralmente não está associado a plaquetopenia e alterações de enzimas hepáticas.</p> <p>d) CORRETA: A dengue clássica apresenta febre, cefaleia, náuseas, vômitos e menos frequente diarreia. Ao exame físico nota-se um eritema maculopapular. O Exame laboratorial com leucopenia com linfocitose e plaquetopenia é característico da doença. Além disso pode apresentar discreta alteração das enzimas hepáticas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Conduas em Infectologia. Sérgio Cimerman e Benjamin Cimerman. Editora Atheneu. São Paulo. 2005. Capítulo 8, 16, 26 e 58</p>
25	C	<p>Trata-se de cefaleia crônica, progressiva, sugerindo hipertensão craniana. Quando associada com vômitos em jato e observado ao exame neurológico alteração de equilíbrio e coordenação motora a hipótese mais provável é de Tumor Cerebral.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, volume 1, págs 1575-1576.</p>
26	B	<p>Os sintomas, sinais e alterações hormonais são sugestivos de comprometimento da função hipofisária. A alteração encontrada na campimetria visual é uma perda dos campos visuais temporais superiores de cada olho (direito e esquerdo), ou seja, uma quadrantopsia heterônima bitemporal, significando que há uma compressão das vias ópticas a nível do quiasma óptico no sentido caudal-cranial, compatível com o adenoma hipofisário.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LP Rowland e Timothy A. Pedley. Tratado de Neurologia – Merrit. 12ª edição. Guanabara-Koogan. Rio de Janeiro. 2011. ISBN 978.85.277.1835-6. Página: 424-30</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA																																			
27	B	<table border="1"><thead><tr><th>Classe</th><th>Perda Estimada de Sangue</th><th>FC (bpm)</th><th>PA mmHg</th><th>Pressão Pulso</th><th>FR (irpm)</th><th>Sensório</th></tr></thead><tbody><tr><td>I</td><td>< 750 ml (15%)</td><td>< 100</td><td>Normal</td><td>Normal</td><td>14-20</td><td>Ansiedade Leve</td></tr><tr><td>II</td><td>750-1500 ml (15-30%)</td><td>100-120</td><td>Normal</td><td>Reduzida</td><td>20-30</td><td>Ansiedade moderada</td></tr><tr><td>III</td><td>1500-2000 ml (30-40%)</td><td>120-140</td><td>Reduzida</td><td>Reduzida</td><td>30-40</td><td>Ansioso e/ou confuso</td></tr><tr><td>IV</td><td>> 2000 ml (> 40%)</td><td>>140</td><td>Reduzida</td><td>Reduzida</td><td>> 35</td><td>Comatoso, letárgico</td></tr></tbody></table>	Classe	Perda Estimada de Sangue	FC (bpm)	PA mmHg	Pressão Pulso	FR (irpm)	Sensório	I	< 750 ml (15%)	< 100	Normal	Normal	14-20	Ansiedade Leve	II	750-1500 ml (15-30%)	100-120	Normal	Reduzida	20-30	Ansiedade moderada	III	1500-2000 ml (30-40%)	120-140	Reduzida	Reduzida	30-40	Ansioso e/ou confuso	IV	> 2000 ml (> 40%)	>140	Reduzida	Reduzida	> 35	Comatoso, letárgico
		Classe	Perda Estimada de Sangue	FC (bpm)	PA mmHg	Pressão Pulso	FR (irpm)	Sensório																													
		I	< 750 ml (15%)	< 100	Normal	Normal	14-20	Ansiedade Leve																													
		II	750-1500 ml (15-30%)	100-120	Normal	Reduzida	20-30	Ansiedade moderada																													
		III	1500-2000 ml (30-40%)	120-140	Reduzida	Reduzida	30-40	Ansioso e/ou confuso																													
IV	> 2000 ml (> 40%)	>140	Reduzida	Reduzida	> 35	Comatoso, letárgico																															
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS - Advanced Trauma Life Support For Doctors. 10a. Ed. Chicago: Committee On Trauma, 2018																																					
28	A	<p>A variante comportamental da Demência frontotemporal é caracterizada por alterações precoces na personalidade e no comportamento, com preservação relativa da memória, sendo com frequência diagnosticada erroneamente como transtorno psiquiátrico. Alguns sintomas como hiperoralidade, alterações precoces na personalidade e no comportamento, desinibição, comportamentos compulsivos ou repetitivos, redução progressiva na fala precocemente, enquanto as habilidades visuoespaciais são poupadas), podendo ser confiavelmente distinguida da Doença de Alzheimer. A hiperoralidade pode ser manifestada por alterações acentuadas na preferência alimentar (alimentos tipo fast food e carboidratos) ou, simplesmente, excessos alimentares. O Transtorno Bipolar é caracterizado pela presença de pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida. Cabe destacar que esse episódio pode ter sido ou não acompanhado por um episódio depressivo ao longo da vida. O transtorno cognitivo leve não causa prejuízo das atividades de vida diária.</p>																																			
		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: FREITAS, E; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 5ª edição. 2022. Editora Guanabara Koogan.																																			
29	C	<p>Com relação ao IMC, os escores Z de zero ou próximo de zero, significam que a criança está na média de IMC desejável para idade. Com relação à estatura, considera-se aceitável que a estatura se encontre entre menos dois e mais dois escores Z e o gráfico mostra estaturas em torno de menos um escore Z, ou seja, também bastante aceitável. Assim, é possível interpretar que a criança tem crescimento normal para idade, mesmo que o peso não tenha sido apresentado, pois com o IMC na média desejada, depreende-se que a criança tem peso proporcional à estatura, portanto também na faixa de normalidade. Desse modo, as alternativas a, b e d são erradas.</p> REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kassar SB. Vigilância do crescimento (capítulo 2.1). In: Sociedade Brasileira de Pediatria, editor. Tratado de Pediatria. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Manole; 2022. p. 89.																																			



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
30	A	<p>a) CORRETA. Dermatofitoses são infecções fúngicas que se apresentam como erupções papuloescamosas, incluindo <i>tinea corporis</i>, <i>tinea manum</i>, <i>tinea cruris</i>, <i>tinea pedis</i>. <i>Tinea corporis</i> tem a apresentação clássica de placas anulares, circinada, eritematosa, borda descamativa, aparência de cura central. Com a progressão da lesão, as bordas avançam centrifugamente. O Tronco é o local mais comum. O Diagnóstico pode ser confirmado pelo exame direto de raspagem da pele com KOH ou por cultura de fungos.</p> <p>b) INCORRETA. Hanseníase tuberculoide é caracterizada pela presença de menos de 5 lesões, as quais são em geral tipicamente hipopigmentada ou máculas eritematosas com bordas elevadas e centro atrófico. Estas lesões são geralmente acompanhadas de hipoestesia ou mesmo sem sensibilidade. Quando é apresentada múltiplas lesões, estas são de distribuição assimétrica. É comum o envolvimento de local de inervação periférica com aumento e endurecimento destas regiões. O diagnóstico é feito por exame clínico, histopatológico, baciloscopia, biópsia.</p> <p>c) INCORRETA. As lesões da candidíase cutânea são eritematosas, pruriginosas, possui bordas bem definidas, frequentemente pode haver pústulas, quase sempre associada com lesões satélites menores. A presença de lesões satélites menores ajuda a diferenciar candidíase cutânea de <i>tinea corporis</i> ou <i>cruris</i>. O diagnóstico em sua maioria é realizado pelo exame clínico, raramente a cultura é indicada, e sua confirmação pode ser feito por exame direto por raspagem da lesão com exame direto com KOH. Inicialmente, o tratamento é realizado com antifúngicos locais.</p> <p>d) INCORRETA. Dermatite de contato é uma reação de hipersensibilidade mediada por células T provocada pelo contato ou exposição a algum agente tóxico. É manifestada por eritema local e microvesículas e podem se espalhar para áreas além do local de contato /aplicação. Diagnóstico é clínico, baseado na história clínica e teste de contato quando indicado (geralmente em casos de alergia). Seu tratamento geralmente é tópico, a não ser em casos com manifestação sistêmica e prurido intenso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Lee Goldman, Andrew I. Shafer. Goldman's Cecil Medicine. 24th Edition. 2 vol. Cap. 446. Pag. 2521. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.</p> <p>Lee Goldman, Andrew I. Shafer. Goldman's Cecil Medicine. 24th Edition. 2 vol. Cap. 334. Pag. 1952 e 1953. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.</p> <p>Lee Goldman, Andrew I. Shafer. Goldman's Cecil Medicine. 24th Edition. 2 vol. Cap. 346. Pag. 1986 - 1990. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.</p> <p>Lee Goldman, Andrew I. Shafer. Goldman's Cecil Medicine. 24th Edition. 2 vol. Cap. 448. Pag. 2536. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
31	A	<p>A aspiração de corpo estranho (ACE) é um acidente de alta incidência na faixa etária pediátrica e está associada a altas taxas de morbidade, principalmente, em menores de 3 anos⁴. Apesar de tratar-se de uma situação evitável, muitos casos ainda são evidenciados. Esse fato mostra a necessidade de orientação aos pais quanto aos hábitos que predispõem a esses acidentes em cada faixa etária pediátrica, assim como o ensino das técnicas básicas de desobstrução das vias aéreas altas.</p> <p>O quadro clínico depende do grau de obstrução das vias aéreas, podendo se apresentar como eventos agudos com desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda, que, caso não abordados imediatamente, podem evoluir para parada cardiorrespiratória e óbito, até quadros respiratórios crônicos, nos quais a ACE é diagnosticada durante a investigação ambulatorial de pacientes com pneumonias de repetição, bronquiectasias ou abscesso pulmonar.</p> <p>As manifestações clínicas da aspiração de objetos pelas vias aéreas seguem, geralmente, três estágios de sintomas: o evento inicial agudo, o intervalo assintomático e as complicações. O evento inicial caracteriza-se pela aspiração acidental de um corpo estranho e a manifestação clínica clássica é a presença de tosse intensa, sibilância, vômito, palidez, cianose.</p> <p>Dependendo da idade do paciente, do tipo de corpo estranho e da sua localização nas vias aéreas, pode ocorrer obstrução total ou parcial das vias aéreas.</p> <p>Os corpos estranhos aspirados podem alojar-se na laringe, traqueia e brônquios. Um corpo estranho laríngeo pode levar a sintomas de hemoptise e dispneia com sibilância e cianose. A obstrução resultante da ACE laríngeo pode ser fatal caso não seja feito um diagnóstico precoce e instituído tratamento apropriado.</p> <p>O tratamento de escolha nesses casos é a laringoscopia direta com um endoscópio rígido de tubo aberto; quando há uma dispneia grave, pode ser necessária a realização de traqueostomia antes da laringoscopia.</p> <p>Na suspeita de ingestão ou aspiração de corpo estranho, deve-se levar a criança para o serviço de emergência para, além da avaliação clínica, fazer RX, uma vez que a maioria dos corpos estranhos é radiopaca.</p> <p>Quando a ACE é parcial, a criança pode tossir e esboçar sons. Nesta situação, o melhor procedimento é a não intervenção no ambiente doméstico e encaminhamento a um serviço de saúde, para o tratamento definitivo.</p> <p>Quando a ACE é total, a criança não consegue esboçar qualquer som, está com asfixia, falta de ar importante e até com os lábios arroxeados. Nesta situação, deve-se proceder da seguinte maneira:</p> <p>Maiores de um ano: manobra de Heimlich, que consiste em compressões abaixo das costelas, com sentido para cima, abraçando a criança por trás, até que o CE seja deslocado da via aérea para a boca e expelido.</p> <p>Menores de um ano: 5 percussões com a mão na região das costas, a criança com a cabeça virada para baixo, seguida de 5 compressões na frente, até que o CE seja expelido ou a criança torne-se responsiva e reaja.</p> <p>A decisão médica de realizar endoscopia (no caso de ingestão) ou broncoscopia (no caso de aspiração) estará sempre justificada, frente à história e alterações no exame físico que sugerirem ingestão ou aspiração. Além de serem métodos diagnósticos, realizam o tratamento na maioria dos casos.</p> <p>A indicação de broncoscopia/endoscopia de urgência se faz imperiosa diante de uma das seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none">• obstrução evidente ou iminente de vias aéreas;• Perfuração evidente ou iminente do esôfago;• ingestão de disco de bateria com impactação no esôfago;• ingestão de peças de brinquedos imantados. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Aspiração de corpo estranho. https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/aspiracao-de-corpo-estranho/</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
32	A	<p>Pneumotórax, pneumomediastino e tromboembolismo pulmonar, são as principais possibilidades de diagnóstico neste caso de dor torácica no hemitórax direito de início súbito; descartando derrame pleural por não apresentar nenhuma história patológica pregressa e em relação a pneumonia devido a ausência de sintoma respiratório precedente e ocorrência de dor localizada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Clínica médica – Editora Roca – 2009</p>
33	D	<p>O neuroblastoma é uma neoplasia pediátrica originário da crista neural. É o tumor extracraniano mais comum da infância. Diferente do nefroblastoma está associado a outro sintoma, como: dor abdominal, constipação, dor lombar, escoliose, disfunção vesical, febre, emagrecimento, dor óssea, flushing e sudorese. Podem estar associados a síndrome paraneoplásica. Há neuroblastomas que liberam peptídeo vasoativo no intestino que ocasionam diarreia secretor.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil/especificos/neuroblastoma/versao-para-profissionais-de-saude Paula A, Pedro K, Deponte CS, Lima IC, Piasecki L, Pierin AJ, et al. Residência pediátrica. 2014;4(1):17–21. Lin FR, Niparko JK, Ferrucci and L. 基因的改变NIH Public Access. Bone [Internet]. 2014;23(1):1–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf</p>
34	B	<p>O DPP refere-se ao descolamento parcial ou completo da placenta antes do nascimento do feto, em gestação de 20 ou mais semanas (1).</p> <p>Ocorre em aproximadamente 1% das gestações, sendo dois terços classificados como graves, considerando a morbidade/mortalidade materna, fetal e neonatal associadas (2).</p> <p>Especificamente, a taxa de mortalidade perinatal é aproximadamente 20 vezes maior em relação às gestações sem DPP (12% versus 0,6%, respectivamente). A maioria das mortes perinatais (até 77%) ocorre intraútero e a prematuridade é a principal causa de mortalidade pós-natal (3).</p> <p>Uma revisão publicada em 2017 cita que 40% a 60% dos DPP ocorreram antes das 37 semanas de gestação e 14%, antes das 32 semanas. No entanto, as taxas de incidência de idade gestacional variaram consideravelmente, dependendo da etiologia (2)</p> <p>Considerando a etiologia, a maioria dos DPPs parece estar relacionada a um processo de doença placentária crônica, em que anormalidades no desenvolvimento inicial das artérias espiraladas levam à necrose decidual, inflamação placentária e possivelmente infarto e, finalmente, ruptura vascular e sangramento (UP TO DATE). Uma pequena proporção dos DPP está relacionada a eventos mecânicos súbitos (por exemplo, trauma abdominal fechado ou descompressão uterina rápida. O súbito estiramento ou contração da parede uterina subjacente causado por esses eventos causa cisalhamento da placenta inelástica (2).</p> <p>A história de DPP em gestação anterior é o fator de risco mais importante para o descolamento, com riscos de recorrência de 10 a 15 vezes maiores e até 93 vezes mais. As síndromes hipertensivas representam a condição clínica mais frequentemente associada ao DPP. Mulheres hipertensas têm o quádruplo de risco de apresentar DPP grave em comparação com normotensas e a terapia anti-hipertensiva não parece reduzir o risco de descolamento placentário entre aquelas com hipertensão crônica (2,3). O tabagismo é um dos poucos fatores de risco modificáveis e está associado a risco aumentado de 2,5 vezes de descolamento suficientemente grave para resultar em morte fetal. O risco aumenta em 40% para cada maço de cigarro fumado por dia. A combinação de tabagismo e hipertensão tem um efeito sinérgico sobre o risco de descolamento (2). Idade materna avançada, uso de cocaína, ruptura prematura das membranas pré-termo (RPMP), placenta circunvalada, infecção intrauterina (corioamnionite), dengue, polidramnia e Doppler de uterina anormal também são fatores de risco para DPP (1).</p> <p>Tipicamente, o diagnóstico de DPP é reservado para gestações com mais de 20 semanas de gestação e é predominantemente clínico, podendo os achados de exames de imagem, laboratoriais e patológicos pós-parto serem usados para apoiar o diagnóstico clínico (1,2,3).</p> <p>Deve-se suspeitar de DPP agudo em pacientes que apresentam início abrupto de sangramento vaginal leve a moderado e dor abdominal e/ou nas costas, acompanhada de contrações uterinas. Observa-se aumento do tônus/rigidez uterino, podendo ocorrer aumento da sensibilidade dolorosa durante e entre as</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>contrações. Em pacientes com sintomas clássicos, anormalidades da frequência cardíaca fetal ou morte fetal e/ou coagulação intravascular disseminada (CIVD) materna apoiam fortemente o diagnóstico clínico e indicam separação placentária extensa. O exame de ultrassonografia é útil para identificar um hematoma retro placentário e para excluir outros distúrbios associados a sangramento vaginal e dor abdominal (1,2,4). Um hematoma retro placentário é o achado ultrassonográfico clássico e apoia fortemente o diagnóstico clínico, mas está ausente em muitos pacientes. No pós-parto, a ausência de achados placentários característicos não exclui o diagnóstico. Em um estudo multicêntrico de caso-controle, a avaliação macroscópica e histopatológica padronizada da placenta só foi capaz de confirmar um diagnóstico clínico forte em 30% dos casos (49/162) (1).</p> <p>Em pacientes grávidas com suspeita de DPP, o diagnóstico diferencial de sangramento vaginal acompanhado de dor e contrações inclui trabalho de parto, placenta prévia, ruptura uterina e hematoma subcoriônico (2,3).</p> <p>a) INCORRETA: Na placenta de inserção baixa o sangramento é indolor, sem aumento do tônus uterino e a paciente apresenta história prévia de sangramento indolor sem descompensação hemodinâmica materna e taquicardia fetal (5) .</p> <p>b) CORRETA: Por que a paciente apresenta três fatores de risco para DPP (idade avançada; aumentos dos níveis pressóricos e tabagismo) e clinicamente apresenta sangramento vermelho vivo em moderada quantidade, tônus uterino aumentado, acompanhado de alterações na frequência cardíaca fetal, que são sinais fortemente sugestivos deste diagnóstico (2)</p> <p>c) INCORRETA: Na geralmente ruptura de vasa prévia o sangramento resulta rapidamente em hipotensão materna, levando a anormalidades da frequência cardíaca fetal, como bradicardia (6)</p> <p>d) INCORRETA: Na ruptura uterina, apesar de alterações da FCF e dor abdominal serem sintomas frequentes, o sangramento vaginal não é um sintoma cardinal, sendo geralmente de pequena monta ou mesmo ausente. O sinal maior causado pela grande hemorragia intra-abdominal, é a instabilidade hemodinâmica, com hipotensão e taquicardia materna (7).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>MONTENEGRO CA, REZENDE FILHO J. Descolamento prematuro da placenta. In: Montenegro CA, Rezende Filho J, editor. Rezende obstetrícia. 13a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.</p> <p>ANANTH CV, KINZLER WL. Placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis and consequences. In: Lockwood CJ, editor. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2022 Mar 24]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-pathophysiology-clinical-features-diagnosis-and-consequences;</p> <p>Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Descolamento prematuro de placenta. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 37/ Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas). Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/obstetrícia/item/deslocamento</p> <p>MEI Y, LIN Y. Clinical significance of primary symptoms in women with placental abruption. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018 Sep;31(18):2446-2449. doi: 10.1080/14767058.2017.1344830. Epub 2017 Jul 6. Erratum in: J Matern Fetal Neonatal Med. 2018 Nov;31(21):2932. PMID: 28629246.</p> <p>LOCKWOOD, CJ, RUSSO-STIEGLITZ, K. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2021 Nov 21]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-epidemiology-clinical-features-diagnosis-morbidity-and-mortality</p> <p>LOCKWOOD, CJ, RUSSO-STIEGLITZ, K. Velamentous umbilical cord insertion and vasa previa. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2022 Mar 28]. Available https://www.uptodate.com/contents/velamentous-umbilical-cord-insertion-and-vasa-previa;</p> <p>LANDON, MB, FREY H. Uterine rupture: After previous cesarean birth. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2022 Mar 02]. Available https://www.uptodate.com/contents/uterine-rupture-after-previous-cesarean-birth.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
35	C	<p>As evidências fornecem informações adicionais sobre o subgrupo de pacientes que provavelmente se beneficiará com a utilização adicional do roflumilaste (Inibidor PDE4). Esse está indicado para pacientes com DPOC grave e muito grave (VEF1 < 50% do predito), com bronquite crônica (tosse e expectoração) e que persistem com E-DPOC frequentes apesar de já medicados com terapia inalatória adequada e contagem de eosinófilos < 100 células / μL.</p> <p>Não há indicação de acréscimo de formoterol (B2 agonista de longa duração - LABA) e glicopirrônio (anticolinérgico de longa duração - LAMA) pois já está em uso. Azitromicina não é indicada em paciente que mantém tabagismo ativo (GOLD).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Fernandes FLA, Cukier A, Camelier AA, Fritscher CC, Costa CH da, Pereira EDB, et al. Recommendations for the pharmacological treatment of COPD: questions and answers. <i>Jornal Brasileiro de Pneumologia</i>. 2017 Aug;43(4):290–301.</p> <p>GOLD - https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-2021-POCKET-GUIDE-v1.0-16Nov20_WMV.pdf</p>
36	C	<p>Este quadro clínico corresponde a um hipoparatiroidismo pós-operatório e pode resultar da remoção cirúrgica ou desvascularização das paratireoides, com perda da função transitória ou permanente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Cecil, Tratado de medicina interna/editado por Lee Goldman, Dennis Ausiello. 22ª edição. Capítulo 260, pg 1830.</p>
37	C	<p>A síndrome metabólica é definida com um grupo de fatores de risco que diretamente contribuem para o desenvolvimento de doença cardiovascular e/ou diabetes do tipo 2. A obesidade abdominal e a resistência à insulina parecem ter um papel fundamental na gênese desta síndrome. Seu tratamento deve ter como objetivo estimular mudanças no estilo de vida, que promovam a perda de peso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Penalva DQF. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. <i>Rev Med (São Paulo)</i>. 2008 out.-dez.;87(4):245-50.</p>
38	C	<p>Essa menina apresenta achados clínicos típicos de escarlatina, incluindo febre alta, linfadenopatia cervical, erupção cutânea tipo lixa fina com palidez perioral, amigdalofaringite e língua em morango.</p> <p>a) A glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNSP) é causada pela deposição subepitelial de imunocomplexos na membrana basal glomerular, resultando em ativação do complemento, destruição dos glomérulos e síndrome nefrítica. Geralmente ocorre 10 a 30 dias após uma infecção aguda da pele (impetigo) ou da faringe (faringite) e apresenta-se com hematúria, hipertensão, dor no flanco e edema. Como esse paciente tem apenas 3 dias de história de dor de garganta e nenhuma evidência de síndrome nefrítica, a PSGN é muito improvável.</p> <p>b) A febre reumática é uma complicação da faringite por estreptococos do grupo A (GAS). É causada por uma reação de hipersensibilidade tipo II de anticorpos criados contra a proteína estreptocócica M, que reagem de forma cruzada com proteínas do coração, articulações e nervos por meio de mimetismo molecular. Embora esse paciente tenha faringite, erupção cutânea e febre, é improvável que esses sintomas sejam decorrentes de febre reumática, pois não há evidência de envolvimento articular e cardíaco, coreia de Sydenham, nódulos subcutâneos ou nódulos cutâneos (critérios de JONES). A febre reumática manifesta-se com uma erupção cutânea evanescente com margens anulares bem delineadas (eritema marginado).</p> <p>c) A paciente apresenta características típicas de escarlatina devido ao <i>Streptococcus pyogenes</i> (estreptococo do grupo A, GAS), uma bactéria gram-positiva cuja liberação de toxina eritrogênica A, B ou C resulta em liberação excessiva de mediadores inflamatórios. A erupção na escarlatina empalidece com a pressão e é mais pronunciada em áreas de flexão, como axilas, fossas poplíteas e região inguinal. Outros efeitos toxigênicos da infecção por GAS incluem síndrome do choque tóxico estreptocócico, erisipela e fasceíte necrosante.</p> <p>d) A hipersensibilidade tipo IV é uma reação mediada por células T que se manifesta com uma erupção cutânea maculopapular eritematosa, como neste paciente. No entanto, é improvável que seja a causa dos sintomas desse paciente, pois as erupções medicamentosas são intensamente pruriginosas e não apresentam palidez perioral ou língua vermelha. As reações de hipersensibilidade do tipo IV ocorrem</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>após o uso de antibióticos tópicos, como neomicina, contato com urushiol (por exemplo, em hera venenosa) ou contato com látex (por exemplo, luvas de látex).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BMJ Best Practice. Avaliação de erupção cutânea em crianças. Última atualização: 04 Jun 2021.</p>
39	D	<p>a) INCORRETA: Comprometimento de L1 e L2 a dor se irradia para face anterior da coxa b) INCORRETA: Comprometimento de L3 e L4 a a dor se irradia para face medial da coxa e perna c) INCORRETA: L4 e L5 a dor se irradia para a face externa da perna e hálux d) CORRETA: Toda a face lateral do pé incluindo o dedo mínimo tem a inervação sensitiva suprida por S1</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: PAULSEN, F; WASCHKE, J. Membro inferior. In: _____. Sobotta, Atlas de anatomia humana, volume I. Anatomia geral e sistema muscular. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 491- 493.</p>
40	A	<p>Quadro clínico típico de irritação meníngea e a característica do líquido é típica de meningites purulentas/bacterianas, em que a leucometria varia entre 10 e 20.000, com predomínio de polimorfonucleares, com redução acentuada da glicorraquia (embora seja necessária a comparação com a glicemia no momento da coleta) e proteinorraquia aumentada.</p> <p>Na meningite viral e na encefalite por enterovírus esperar-se-ia predomínio linfocitário, glicose normal e proteínas normais ou pouco aumentadas. Há possibilidade de predomínio de polimorfonucleares nas primeiras 24h.</p> <p>Na encefalopatia aguda disseminada (ADEM) o quadro clínico aparece 7 a 14 dias após uma infecção, com cefaleia e sintomas motores ou sensitivos que esta paciente não apresenta.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: FARHAT, Caill K; CARVALHO, LHF; SUCCI, RCM. Infectologia Pediátrica FAUCI, AS; <i>et al.</i> Harrison Medicina Interna - Rio de Janeiro: RJ.</p>
41	D	<p>a) INCORRETA: A Epifisiólise Proximal do Fêmur é o escorregamento da epífise da cabeça femoral, originando no adulto a condição conhecida como coxa vara, afeta mais meninos que meninas, na idade dos 11 aos 13 anos, a raça negra é a mais acometida, e a obesidade e imaturidade sexual são observadas na maioria dos casos. Exames laboratoriais não auxiliam em nada o diagnóstico. O exame de imagem de escolha é o Raio-X, que mostra o deslocamento da cabeça femoral. Condrólise da placa de crescimento não ocorre na Epifisiólise femoral proximal, e a RMN somente comprovaria os achados presentes no RX, sem acrescentar nada mais para auxiliar o diagnóstico ou direcionar o tratamento.</p> <p>b) INCORRETA: A Doença de Legg-Calvé-Perthes é uma necrose avascular transitória da epífise da cabeça femoral, que pode ocorrer dos 2 aos 16 anos de idade, sendo em 80% dos casos entre os 4 e 9 anos, com pico aos 6 anos de idade e sem relação com a puberdade. É de evolução lenta o que pode atrasar o diagnóstico em semanas ou meses. Seu diagnóstico é feito com base na imagem de Raio-X, a qual mostra aumento da densidade (esbranquiçado) da epífise femoral proximal que pode estar acompanhada de redução da altura da cabeça femoral ou até mesmo deformação da cabeça femoral. A cintilografia óssea mostra necrose da cabeça femoral. A suspeita de Legg-Calvé-Perthes inicia-se com a avaliação dos parâmetros epidemiológicos, associados ao quadro clínico. Exames de laboratório não auxiliam no diagnóstico.</p> <p>c) INCORRETA: A Sinovite Transitória do quadril (STQ) é uma inflamação articular, atraumática, bastante comum após um processo infeccioso agudo, principalmente das vias aéreas superiores. O hemograma mostrará taxa de leucócitos normais e exames reumáticos como anti-estreptolisina O e fator reumatóide serão normais. O VHS e o PCR podem estar um pouco elevados. Dentre os exames de imagem a RMN pode mostrar leve aumento do líquido intra-articular e sinais de sinovite e o raio-x estará normal. A STQ não cursa com hipertermia.</p> <p>d) CORRETA: A Artrite Séptica do Quadril pode ocorrer desde o nascimento até a idade adulta, sendo mais comum dos 2 aos 16 anos. Como o quadril é uma articulação profunda, os sinais clássicos de inflamação são vistos somente em uma fase muito adiantada do processo infeccioso, onde já ocorreu a destruição completa da articulação. No hemograma verifica-se presença de leucocitose com elevação de bastonetes caracterizando produção aumentada de células de defesa jovens (desvio à esquerda), indicando infecção, o PCR (proteína C reativa) é um indicativo de atividade inflamatória, o qual estará elevado e servirá também de parâmetro de avaliação de resposta ao tratamento a ser instituído. Dentre</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>os exames de imagem, o Ultrassom de quadril é um exame barato, e de rápida execução e mostrará se existe a presença ou não de aumento do líquido intra-articular. Os demais exames de imagem não auxiliam no diagnóstico, devido à: RX, bom para avaliar estruturas ósseas, não mostra existência de alterações em partes moles nem presença de derrame articular; TAC, também é um bom exame para avaliar estruturas ósseas; RMN serve para avaliar partes moles e derrame articular, seu problema é devido ao custo elevado, e demora para realização do exame.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Herbert, S. K.; Barros Filho, T. E. P.; Xavier, R.; Pardini Jr., A. G.: Ortopedia e traumatologia: Princípios e prática. 5ª edição. Porto Alegre. Ed. Artmed, 2017. ISBN 978-85-8271-377-8. Herring, J. A.: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics. Vol. 2. 6ª edição. Dallas/Texas. Ed. Elsevier, 2022. ISBN 978-0-323-56769-5. Fonseca, A. R.: Artrite Aguda em Crianças e Adolescentes. Departamento Científico de Reumatologia - Sociedade Brasileira de Pediatria. Nº 12, 2020. Alvares, P.A.; Mimica, M.J.: Infecções Osteoarticulares em Pediatria. J. Pediatr. Rio de Janeiro. 96 (S1): 58-64; 2020.</p>
42	D	<p>Miastenia Gravis é uma doença autoimune (Lesão timo) – da junção neuromuscular na qual ocorre a produção de anticorpos que atuam contra os receptores nicotínicos da acetilcolina, localizados na membrana pós-sináptica da placa motora. A acetilcolina quando liberada na placa motora, se liga aos receptores nicotínicos, promovendo o influxo de sódio e cálcio para a fibra muscular, que ao atingir seu limiar de excitabilidade dispara o potencial de ação, promovendo a ativação dos canais de cálcio dependentes de voltagem (tipo L), culminando na contração muscular. Com a diminuição dos receptores nicotínicos, esse processo fica comprometido culminando na diminuição da força muscular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Miastenia Gravis – Ministério da Saúde – Brasília – DF, 2020 Curi R. & Procopio J. Fisiologia Básica. 2ªEd. Editora Guanabara Koogan, 2017.</p>
43	B	<p>Trata-se de RNT/PIG (37s, 2390g) com alteração do padrão respiratório – boletim de Silvermann Anderson 6. A taquipnéia transitória do recém-nascido ocorre em RNs termo, e é favorecida pelo parto cesáreo que leva a uma lentificação na reabsorção do líquido amniótico o que leva a clínica de alteração do padrão respiratório, iniciando logo após o nascimento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Marcondes, Pediatria Básica. Vol.1. Pediatria - Neonatologia/ HC – FMUSP.</p>
44	B	<p>A pressão parcial de oxigênio (PO₂) no ar cai gradativamente com o aumento da altitude e isto causa hipóxia tecidual. Em decorrência da hipóxia, ocorre aumento da formação de 2,3-difosfoglicerato, um intermediário da glicólise. Este aumento da concentração de 2,3-difosfoglicerato provoca o deslocamento da curva de dissociação da oxi-hemoglobina para a direita, o que diminui a afinidade da hemoglobina pelo oxigênio e aumenta sua liberação para os tecidos.</p> <p>Em grandes altitudes, a queda da PO₂ no ar inspirado causa queda da PO₂ arterial, o que acarreta aumento gradativo da ventilação alveolar por causa da hipóxia. Isto provoca queda da PCO₂ arterial e leva à alcalose respiratória.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Aires – Fisiologia, 2012; Berne & Levi – Fisiologia, 2009; Guyton & Hall – Tratado de Fisiologia Médica, 2011.</p>
45	D	<p>a) INCORRETA: No caso descrito, a medicação não poderia ser utilizada como primeira escolha.</p> <p>b) INCORRETA: Essa classe de medicações pode ser utilizada como adjuvante ao tratamento do refluxo (ex: Domperidona), e não como medicação de primeira linha. Os efeitos adversos prescritos estão corretos.</p> <p>c) INCORRETA: Essa classe de medicações pode ser utilizada como primeira linha no tratamento de pacientes com sintomas menos recorrentes do que a paciente citada ou mesmo em adjuvância nos casos mais sintomáticos. Um efeito adverso esperado é diarreia.</p> <p>d) CORRETA: No caso descrito, pode ser indicada como primeira escolha. A má absorção da Vit B12 a longo prazo é possível e descrita em alguns trabalhos.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: World Gastroenterology Organization Global Guidelines. DRGE Perspectiva mundial sobre a doença do refluxo gastroesofágico.2015.
46	A	<p>a) CORRETA: A benzotropina é uma droga anticolinérgica que bloqueia efetivamente a transmissão na junção neuromuscular e é um tratamento de primeira linha para distonia aguda. O início agudo da rigidez de nuca deste paciente após a administração de haloperidol é indicativo de distonia aguda, um efeito colateral extrapiramidal mais frequentemente associado a antipsicóticos típicos de alta potência causados pelo bloqueio dos receptores D2. Uma alternativa à benzotropina é a difenidramina, que tem efeitos anticolinérgicos e anti-histamínicos, os quais demonstraram melhorar a distonia aguda.</p> <p>b) INCORRETA: O propranolol é o tratamento de primeira linha para acatisia, que é o efeito colateral extrapiramidal mais comum dos medicamentos antipsicóticos. Embora este paciente esteja em risco de acatisia, é caracterizada por inquietação, inquietação e/ou estimulação, que estão ausentes aqui. Em vez disso, os espasmos musculares cervicais desse paciente são característicos de outro efeito colateral extrapiramidal dos antipsicóticos.</p> <p>c) INCORRETA: Dantrolene é um relaxante do músculo esquelético usado para tratar hipertermia maligna, síndrome neuroléptica maligna e espasticidade crônica (grave) resultante de danos no neurônio motor superior (por exemplo, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla). Embora o paciente sofra de espasticidade no pescoço, a condição é aguda e não crônica. Além disso, como o dantroleno também pode causar efeitos colaterais psiquiátricos (por exemplo, depressão, confusão, insônia), deve ser administrado com cautela em pacientes com histórico de sintomas psiquiátricos.</p> <p>d) INCORRETA: O baclofeno é um agonista do receptor GABA comumente usado como relaxante muscular para tratar a espasticidade. No entanto, mostra pouco efeito no tratamento da distonia secundária (por exemplo, induzida por medicação), por isso é um tratamento de último recurso para distonia aguda e só seria indicado após a falha de outros tratamentos preferidos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Stroup TS, Gray N. Management of common adverse effects of antipsychotic medications. World Psychiatry [Internet]. 2018 Sep 7;17(3):341–56. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6127750/ https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-maintenance-therapy-and-side-effect-management?search=benzotropina%20distonia%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~136&usage_type=default&display_rank=1#H2486805191</p>
47	A	<p>A síndrome de Goodpasture cursa com hemorragia pulmonar e insuficiência renal e tem como patogênese antígenos contra a membrana basal glomerular, processo de autoimunidade contra a porção carboxiterminal na região não colágena da cadeia $\alpha 3$ do colágeno tipo IV. O depósito linear de imunoglobulinas, na maioria das vezes de IgG, ao longo das alças capilares é patognomônico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Phelps, RG; Turner, N. A. Doença antimembrana basal glomerular e doença de goodpasture. In: Johnson, Richard J. et al. Nefrologia clínica: abordagem abrangente 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p. 278-286.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
48	D	<p>O quadro em questão refere-se à neuralgia do trigêmeo, que se caracteriza por forte dor, abrupta, que pode durar de alguns segundos a poucos minutos, em geral afetando apenas um lado do rosto. A causa é geralmente a compressão do nervo trigêmeo, responsável pela transmissão dos impulsos dolorosos do rosto, dentes e boca. Sendo assim:</p> <p>a) INCORRETA: pois não se trata de um problema tópico que poderia ser aliviado com a aplicação superficial de um anestésico local, uma vez que a dor se origina pela compressão do nervo.</p> <p>b) INCORRETA: pois esse tipo de dor neuropática não responde bem aos analgésicos e anti-inflamatórios convencionais, já que os mesmos previnem a formação de prostaglandinas responsáveis por sensibilizar as terminações nervosas livres. A dor, neste caso, não se origina nas terminações nervosas livres. Além disso, o uso crônico de AINES não seletivos deve ser evitado, sob risco de lesão gastrointestinal e outros efeitos iatrogênicos.</p> <p>c) INCORRETA: pois de forma semelhante aos AINES, corticoides não possuem bom perfil de eficácia no tratamento de dores neuropáticas e seu uso crônico sistêmico provoca consequências metabólicas e imunológicas.</p> <p>d) CORRETA: Embora faça parte originalmente da classe dos anticonvulsivantes, a carbamazepina possui aplicações além da convulsão/epilepsia. Tem sido o fármaco de escolha para o tratamento da neuralgia do trigêmeo e é substituída por tentativas com menor respaldo científico e clínico apenas em casos refratários. A base racional do seu uso nesta condição clínica é seu potencial de bloqueio de canais de sódio e cálcio dependentes de voltagem, o que diminuiria a condução dos estímulos de dor causados pela compressão do nervo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: STAHL, Stephen S. Fundamentos da Psicofarmacologia de Stahl. 6. Ed. São Paulo: Artmed. 2018 National Health Service. Treatment: Trigeminal neuralgia [acesso em 23 mar 2022]. Disponível em: https://www.nhs.uk/conditions/trigeminal-neuralgia/treatment/.</p>
49	C	<p>Um teste de Rinne positivo (audição condutiva normal) em combinação com um teste de Weber mostrando lateralização do lado direito sugere perda auditiva neurossensorial unilateral (da orelha esquerda).</p> <p>a) INCORRETA: A tríade típica da doença de Meniere inclui perda auditiva neurossensorial, zumbido e vertigem, que geralmente duram de minutos a horas e levam a um declínio gradual da audição, em vez da perda auditiva constantemente progressiva descrita nesta vinheta. Além disso, este paciente não tem vertigem.</p> <p>b) INCORRETA: Perda auditiva neurossensorial progressiva e zumbido em paciente idoso são os achados característicos da presbiacusia. No entanto, tanto o zumbido quanto a perda auditiva são geralmente bilaterais.</p> <p>c) CORRETA: c) Neurinoma do acústico: Este paciente tem características de um tumor cerebelopontino esquerdo, incluindo perda auditiva neurossensorial unilateral e zumbido. Os tumores cerebrais mais comuns nessa localização são os neuromas acústicos (schwannomas vestibulares), que geralmente surgem das células de Schwann no conduto auditivo interno e podem se expandir para o ângulo pontocerebelar. Sintomas posteriores incluem fraqueza facial unilateral (devido à pressão no NC VII) e dor facial unilateral e/ou parestesia (devido à pressão no NC V), bem como instabilidade da marcha devido a déficits vestibulares. O manejo adicional inclui audiometria e ressonância magnética craniana com contraste para confirmar o tumor. Para pacientes com grandes tumores ou perda auditiva significativa, o tratamento de escolha é a remoção cirúrgica ou radioterapia. Para pacientes com tumores menores e perda auditiva mínima, a observação com acompanhamento pode ser apropriada. A presença de neuromas acústicos bilaterais deve levantar a suspeita de neurofibromatose tipo II.</p> <p>d) INCORRETA: Cuidados inadequados com os ouvidos (por exemplo, uso de cotonetes) podem precipitar a formação de tampões de cerúmen que bloqueiam o canal auditivo. A impactação de cerume geralmente se apresenta como súbita (por exemplo, desencadeada por banho ou banho) em vez de perda auditiva progressiva. Diferentemente desta mulher, o teste de Rinne seria anormal (negativo) na orelha afetada e o teste de Weber mostraria uma lateralização para a mesma orelha, sugerindo perda auditiva condutiva e não neurossensorial.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Pinna M, Neto R, Bento R. Vestibular schwannoma: 825 cases from a 25-year experience. International Archives of Otorhinolaryngology. 2013 Dec 10;16(04):466–75.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
50	B	<p>A Hidroclorotiazida é um diurético tiazídico, tendo sido avaliado em importantes ensaios clínicos. O mecanismo anti-hipertensivo dos diuréticos está relacionado, numa primeira fase, à depleção de volume e, a seguir à redução da resistência vascular periférica. Seu uso isolado é eficaz em hipertensos leves e moderados. São eficazes como monoterapia no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbimortalidade cardiovascular. Suas vantagens incluem baixo custo, utilização oral e eficácia. Entre os efeitos indesejáveis dos diuréticos, ressalta-se fundamentalmente a hipopotassemia (excreção urinária aumentada de Potássio) e a hiperuricemia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://hiperdia.datasus.gov.br/medicamentosdesc.asp?med=hidroclorotiazida</p>
51	B	<p>a) INCORRETA: Transtorno Depressivo Maior – Não há presença de critérios que diagnostiquem. Os critérios seriam: Pelo menos 5 sintomas, entre eles, pelo menos um deles é humor deprimido (ou irritável em crianças e adolescentes) e diminuição do prazer. Além disso, de ter pelo menos mais 4 destes: perda ou ganho significativo de peso; insônia ou sonolência excessiva; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão e pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, com ou sem plano.</p> <p>b) CORRETA: Transtorno de Ansiedade Generalizada – Estão presentes os critérios que diagnosticam. O diagnóstico é clínico e baseia-se nos critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Os pacientes apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Ansiedade e preocupações excessivas sobre algumas atividades ou alguns eventos, além de dificuldade em controlar as preocupações, que ocorrem por mais dias do que não por ≥ 6 meses. As preocupações também devem ser associadas a ≥ 3 dos seguintes: agitação ou sensação de nervosismo ou tensão, cansaço fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e alterações do sono. <p>c) INCORRETA: Transtorno de personalidade Borderline - Não há presença de critérios que diagnostiquem. Os critérios seriam: Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto mutilante; Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor (ex.: disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e, apenas raramente, de mais de alguns dias).</p> <p>d) INCORRETA: Transtorno do luto complexo persistente - Não há presença de critérios que diagnostiquem. Os critérios seriam:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ O indivíduo experimentou a morte de alguém com quem tinha um relacionamento próximo.❖ Desde a morte, ao menos um dos seguintes sintomas é experimentado em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiu por pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados e seis meses no caso de crianças enlutadas: saudade persistente do falecido, intenso pesar e dor emocional em resposta à morte, preocupação com o falecido e preocupação com as circunstâncias da morte.❖ Sofrimento reativo à morte❖ Perturbação social/da identidade❖ A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.❖ A reação de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kaplan & Sadock. Compêndio de Psiquiatria, 11ª ed. Editora Artmed.2014 Gonçalves Junior M, Tobias GC, Teixeira CC. Saúde mental na atenção primária à saúde. Rev. Aten. Saúde. 2019;17(60): 101- 116. McWhinney, Ian R; Freeman, Thomas R. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017, 536 p. Stewart, Moira et al. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017, 416 p.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Gusso, Gustavo; LOPES, José MC, Dias, Lêda C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2019, 2388 p.
52	C	<p>a) INCORRETA. Quadros de orquitepididimite aguda geralmente são de evolução mais insidiosa e estão associados a sintomas miccionais prévios. Além disso, paciente com achados ao exame de físico que geralmente não estão presentes na orquitepididimite aguda.</p> <p>b) INCORRETA. Ultrassonografia da bolsa testicular não deve protelar o tratamento cirúrgico, e não necessita de jejum para a realização.</p> <p>c) CORRETA. Trata-se de paciente jovem, com quadro de dor testicular súbita e de forte intensidade, sem queixas miccionais prévias e sem traumas. Ao exame físico, paciente com vários achados sugestivos de torção testicular: elevação do testículo, testículo horizontalizado, ausência de reflexo cremastérico do lado acometido. A conduta adequada nos casos de torção testicular com menos de seis a oito horas é realizar a exploração cirúrgica de bolsa testicular. Caso o testículo acometido esteja viável, realizar orquidopexia bilateral (a orquidopexia previne torções futuras do lado acometido e do testículo contralateral). Caso o testículo acometido esteja inviável, realizar orquiectomia do lado inviável e orquidopexia contralateral (a orquidopexia previne torção futura do testículo contralateral).</p> <p>d) INCORRETA. A rotação externa pode ser realizada. Neste caso, do lado direito, seria do tipo “anti-horária” quando o testículo visto de frente (duas voltas completas para fora).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Campbell Walsh Wein Urology Sabiston Tratado de Cirurgia</p>
53	B	<p>O paciente do caso apresenta critérios para o diagnóstico de dermatite atópica (DA) segundo a classificação de Hanifin e Rajka e os critérios de U.K. Sendo este o diagnóstico mais provável.</p> <p>A psoríase é mais frequente na terceira década (75%) e, quando ocorre antes dos 30 anos, tem pior prognóstico, estando mais frequentemente associada ao HLA-Cw6 e a uma história familiar positiva para a doença. Os locais mais frequentes são: face extensora dos membros – sobretudo cotovelos e joelhos –, tronco, região sacra e couro cabeludo.</p> <p>Indica-se antibioticoterapia antiestafilocócica, mesmo na ausência de evidência franca de infecção secundária, com ótimos resultados, sobretudo em casos de piora súbita da DA.</p> <p>Antibióticos tópicos (p. ex., ácido fusídico), com atividade antiestafilo-cócica não fazem parte do tratamento principal da psoríase.</p> <p>A ciclosporina, por via oral, tem sido empregada nos casos mais rebeldes de DA com boa resposta; no entanto, com todos os eventuais efeitos colaterais conhecidos. Os principais efeitos adversos são a hipertensão arterial e a toxicidade renal, devendo-se evitar o seu uso prolongado.</p> <p>Novos imunomoduladores macrolídeos de uso tópico (tacrolimo e pimecrolimo) têm sido utilizados no tratamento da DA. Vários ensaios clínicos têm demonstrado a eficácia e a segurança desses fármacos, nas apresentações leves e moderadas da DA.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia, L. Azulay Dermatologia. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
54	A	<p>a) CORRETA: todas as características descritas pela mãe são compatíveis com situações não patológicas, mas que se manifestam com os sintomas relatados. Os quadros são ditos “funcionais do lactente” e não necessitam de tratamento. O refluxo gastroesofágico (RGE) é caracterizado pelo retorno de conteúdo gástrico para o esôfago, atingindo, algumas vezes, a faringe, a boca e as vias aéreas superiores. O RGE é, em geral, um processo fisiológico normal que ocorre várias vezes por dia em todas as pessoas saudáveis, independentemente da idade. Normalmente não causa incômodo ou repercussão nos hábitos de sono. No lactente, é muito frequente, o RGE fisiológico acompanhar-se de regurgitações ou “golfadas” que não se associam a redução no ganho de peso ou outras manifestações clínicas. Trata-se de um distúrbio funcional gastrointestinal transitório e dependente da imaturidade funcional do aparelho digestivo no primeiro ano de vida. O hábito intestinal normal da criança pode apresentar variações. Nos lactentes esta frequência é elevada e naqueles em aleitamento materno ela varia amplamente podendo chegar até dez ou mais evacuações/dia. Em outras situações o lactente pode passar até 10 dias sem evacuar, porém, quando o faz, as evacuações são normais. Este fato caracteriza o quadro de Pseudoconstipação intestinal em crianças recebendo aleitamento materno exclusivo. É importante ressaltar que a pseudo constipação não é uma condição patológica, sendo assim, não necessita de tratamento.</p> <p>b) INCORRETA: A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é caracterizada quando o RGE causa manifestações clínicas de gravidade variável associadas ou não a complicações, tais como a esofagite. O ganho de peso está adequado e não há indícios clínicos de alergia a proteína do leite de vaca (APLV). APLV se caracteriza por sintomas que podem ser agudos ou insidiosos, predominando os vômitos, diarreia e má absorção, resultando em retardo do crescimento e/ou sangue nas fezes. Ainda podem ocorrer sintomas súbitos como irritabilidade, cólica, choro intenso e recusa alimentar. Note-se que manifestações dermatológicas e respiratórias também são frequentes, como: broncoespasmo, rinite, urticária, rash cutâneo morbiliforme, dermatite atópica, entre outros.</p> <p>c) INCORRETA: O quadro de doença de Hirschsprung, embora se manifeste nos primeiros dias de vida, não é compatível com o quadro do bebê. A doença de Hirschsprung se caracteriza por distensão abdominal significativa, vômitos, desnutrição e fezes finas ou em fita.</p> <p>d) INCORRETA: O quadro não caracteriza doença do refluxo gastroesofágico (RGE) nem doença intestinal patológica. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é caracterizada quando o RGE causa manifestações clínicas de gravidade variável associadas ou não a complicações, tais como a esofagite. A DRGE por outro lado, ocasiona, nos lactentes, outras manifestações além das regurgitações, como vômitos intensos, dificuldades durante as mamadas, déficit de ganho ponderal, choro, irritabilidade e alteração na posição cervical. Podem ocorrer, também, manifestações extra gastrointestinais.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>LOPEZ, F.A. et al. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 5ª ed. Barueri: Manole, 2021.</p> <p>ROBERT, M. K. et al. [tradução Douglas Futuro, Mariana Villanova, Patricia Lydie Joséphine Voeux]. Nelson. Tratado de Pediatria / - 20. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.</p> <p>ROSEN, R. et al., Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines. vol. 66, n. 3, 2018.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
55	B	<p>a) INCORRETA: A quimioterapia aumenta significativamente a taxa de sobrevivência de mulheres se usada como um adjuvante à radioterapia. A quimioterapia também é usada como terapia paliativa em mulheres com doença recorrente ou avançada que não pode ser tratado localmente. No entanto, apenas a quimioterapia não é usada como terapia curativa para o câncer de colo do útero.</p> <p>b) CORRETA: Pacientes com câncer cervical localizado, como esta paciente, podem ser tratadas com histerectomia radical ou radioterapia mais quimioterapia. Ambos os tratamentos têm taxas semelhantes de sobrevida e complicações em 5 anos. Pacientes submetidos à cirurgia podem conservar a função ovariana e têm taxas mais baixas de estenose vaginal. Doença mais avançada ou doença inicial volumosa é preferencialmente tratada com radioterapia e quimioterapia adjuvante.</p> <p>c) INCORRETA: A excisão de cone com bisturi frio é mais frequentemente usada para tratar pacientes que têm NIC de categoria II ou III, um precursor do câncer cervical. Para esta indicação, foi substituído pelo procedimento de excisão eletro cirúrgica de alça. Também pode ser usado como tratamento definitivo para mulheres jovens com invasão maligna < 3 mm no colo do útero e que desejam preservar sua fertilidade.</p> <p>d) INCORRETA: A cauterização com alça eletro cirúrgica é o procedimento de excisão usado para extirpar NIC II ou III. Não é indicado para ressecção de lesões malignas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Fernandes Cesar Eduardo. Tratado de Ginecologia FEBRASGO. 1st rev. ed. Brasil: Elsevier; 2018. 1024 p. ISBN: 9788535233025</p>
56	D	<p>Os pacientes com sofrimento psíquico que procuram as equipes da atenção primária são diferentes daqueles atendidos na atenção especializada. Assim sendo, podemos considerar que existe uma clínica específica dos transtornos mentais na atenção primária.</p> <p>Na atenção primária é muito mais difícil delimitar a fronteira entre o sofrimento emocional considerado “normal”, mas que necessita de acolhimento, escuta e suporte, e aquele que é já parte de um transtorno mental, ou seja, um processo patológico, com indicação de ampliação do tratamento, com inclusão de terapias medicamentosas e intervenções psicoterápicas mais especializadas.</p> <p>Em geral os pacientes com sofrimento mental procuram a equipe da atenção primária apresentando sintomas físicos, na maioria das vezes queixas sem explicação médica, tais como “bolo na garganta”, “tremura nas carnes” e diversos tipos de dores. Por tais motivos é que “O acolhimento e a escuta, o apoio das equipes e dos grupos são, em grande parte dos casos, suficientes para a pessoa se reestruturar, buscando soluções para seus problemas”, tornando correta a letra D.</p> <p>As tradicionais classificações nosológicas, com critérios categoriais, não se adaptam a essa realidade. Existem classificações específicas para a saúde mental na atenção primária, tais como a Classificação Internacional de Doenças 10-Atenção Primária (CID10-AP) e International Classification of Primary Care (ICPC) (Erro da letra A).</p> <p>Por tais motivos, são considerados erros a serem evitados na atenção primária os seguintes:</p> <p>Prescrições de benzodiazepínicos, sem acompanhamento regular. Benzodiazepínicos podem ser utilizados, mas sempre de forma correta e em conjunto com apoio psicossocial que auxilie o paciente a superar seus problemas (Erro da letra B).</p> <p>Uso inadequado de antidepressivos, geralmente em subdoses e por tempo insuficiente. Se há necessidade de utilizar medicação, ela deve ser usada em dose correta pelo tempo adequado (Erro da letra C).</p> <p>Encaminhamentos indiscriminados para atendimento na saúde mental (Erro das letras A e B), ao qual, na maioria das vezes, esses pacientes não comparecem, continuando sua peregrinação por diversos serviços e unidades de saúde.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm. Obs. Apesar do ano de publicação da referência este é o manual mais recente sobre Matriciamento em Saúde Mental.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
57	A	<p>a) O aumento da atividade dos osteoblastos explicaria a concentração elevada de ALP específica do osso observada neste paciente. A ALP óssea-específica é secretada pelos osteoblastos e catalisa a hidrólise de várias moléculas, produzindo fosfato inorgânico, substância essencial para a mineralização óssea. Outros marcadores clinicamente úteis da atividade dos osteoblastos incluem osteocalcina e propeptídeos do procolágeno tipo I. A ALP específica do osso está elevada em condições que envolvem aumento da mineralização óssea, como doença de Paget do osso e metástases ósseas.</p> <p>b) A diminuição da atividade das células principais da paratireoide resultaria em diminuição da secreção de PTH. O PTH tem vários efeitos, um dos quais é aumentar a reabsorção óssea dos osteoclastos e a subsequente liberação de cálcio e fosfato no sangue. A diminuição da secreção de PTH, portanto, causaria diminuição da reabsorção óssea dos osteoclastos e níveis mais baixos de cálcio e fosfato no sangue, nenhum dos quais é visto aqui. Além disso, não se espera que a diminuição do PTH cause uma concentração elevada de ALP específica do osso.</p> <p>c) O aumento da atividade das células C parafoliculares da tireoide resultaria em aumento da secreção de calcitonina. A calcitonina se liga e inibe os osteoclastos e é liberada pelas células C em resposta ao aumento do cálcio sérico. No entanto, o cálcio sérico deste paciente é normal e a atividade das células C não explicaria a elevada ALP específica do osso observada aqui.</p> <p>d) A atividade osteoclástica diminuída, que corresponde à reabsorção óssea diminuída, apareceria em conjunto com níveis normais a diminuídos de desoxipiridinolina urinária e fosfatase ácida, ambos marcadores da atividade osteoclástica. No entanto, a diminuição da atividade dos osteoclastos não explicaria a elevada ALP específica do osso deste paciente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GUYTON, A.C. e Hall J.E.– Tratado de Fisiologia Médica. Editora Elsevier. 13ª ed., 2017. SILVERTHORN, D. Fisiologia Humana: Uma Abordagem Integrada, 7ª Edição, Artmed, 2017.</p>
58	D	<p>Pacientes com quadro clínico sugestivo de endocardite infecciosa: febre, aparecimento de sopro cardíaco inexistente ou alteração de sopro pré-existente, anemia, esplenomegalia, petéquias na pele, conjuntiva, mucosas e vasculite. Além disso, deve-se levar em consideração a presença de fatores de risco: usuário de drogas injetáveis, focos dentários ou portadores de próteses valvares que apresentam anemia ou insuficiência cardíaca de etiologia não definida e procedimentos invasivos como acesso venoso profundo. Tem sido classificada como aguda e subaguda, baseando-se no tempo da doença, tipo de sintomas e progressão clínica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.fmt.am.gov.br/manual/endocardite.htm</p>
59	D	<p>Inflamação de alça intestinal profunda, transmural e com presença de granulomas não caseosos é típico de doença de Crohn.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/crohn_pcdt.pdf.</p>
60	B	<p>A partir do diagnóstico da SAA que ocorre tipicamente após 6-24h após a interrupção do uso de álcool, dois tipos de avaliações mais pormenorizadas deverão ser as próximas etapas: o diagnóstico da gravidade da SAA e o diagnóstico de eventuais comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas. Levando em consideração sua complexidade, classificou-se o comprometimento do usuário em dois níveis: LEVE/MODERADO e GRAVE. Neste caso e de Leve/moderado sendo que a conduta medicamentosa</p> <p>a) INCORRETA: haloperidol oral só em caso que haja intensa vivência delirante – alucinatória;</p> <p>b) CORRETA: conduta preconizada para paciente classificado como nível 1. Os benzodiazepínicos (BDZ) são o tratamento de escolha consensual e devem ser administrados tão logo o diagnóstico seja estabelecido. Todos os BDZ podem ser utilizados, mas o Diazepam e o clordiazepóxido são os mais aconselháveis, por possuírem meia-vida prolongada;</p> <p>c) INCORRETA; O uso rotineiro de difenil-hidantoína (fenitoína) parenteral, a chamada “hidantalização”, uma vez que o uso desse anticonvulsivante não parece ser eficaz no controle de crises convulsivas da SAA;</p> <p>d) INCORRETA: A administração de Clorpromazina e outros neurolépticos sedativos de baixa potência para controle de agitação, uma vez que podem induzir convulsões;</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: ASAM – American Society of Addiction Medicine, Inc (1997) The Principles Update Series: Topics in Addiction Medicine, vol 1: 2. Detoxification: Principles and Protocols. Chevy Chase, Maryland Projeto diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. São Paulo, Brasília:AMB/CFM Alcool e dependência de álcool Campana AAM et ali 2012 https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/abuso_e_dependencia_de_alcool.pdf
61	B	A metanálise mostrou uma redução de risco de sintomas dispépticos (RR<1 com IC95% sem cruzar o número 1) quando se usa IBP em relação ao placebo. A revisão sistemática mostrou um aumento de risco de sintomas dispépticos na presença de <i>H. pylori</i> (RR>1 com IC95% sem cruzar o número 1). Justificam-se, portanto, utilizar IBP e “testar e tratar” o <i>H. pylori</i> em pacientes dispépticos. Dada a alta prevalência da infecção pelo <i>H. pylori</i> no Brasil, com uma probabilidade pré-teste elevada, admite-se tratar empiricamente o <i>H. pylori</i> após falha terapêutica do IBP mesmo na impossibilidade de testagem. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL et al. Medicina interna de Harrison - 2 volumes. (20th edição). Capítulo 41. Grupo A; 2019. Gusso, Gustavo, et al. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. (2nd edição). Capítulo 166. Grupo A, 2019.
62	D	A bacteriúria assintomática não deve ser tratada com uso de antibióticos em pacientes com diabetes. As únicas indicações de tratamento são para mulheres gestantes e pacientes que serão submetidos a procedimento urológico. O tratamento deverá ser direcionado para o fator de risco, no caso, o diabetes descompensado. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: de Rossi P, Cimerman S, Truzzi JC, Cunha CAD, Mattar R, Martino MDV, Hachul M, Andriolo A, Vasconcelos Neto JA, Pereira-Correia JA, Machado AMO, Gales AC. Joint report of SBI (Brazilian Society of Infectious Diseases), FEBRASGO (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/Laboratory Medicine): recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women. Braz J Infect Dis. 2020 Mar-Apr;24(2):110-119. doi:10.1016/j.bjid.2020.04.002
63	B	a) INCORRETA: Na abordagem centrada na pessoa, há uma discussão do risco e benefícios da intervenção. Nesta situação não há arbitrariedade, mas utilização contextualizada da melhor evidência disponível na tomada de decisão. b) CORRETA: O sobrediagnóstico pode ser compreendido como parte de um contexto mais amplo de preocupações históricas e contemporâneas em relação ao problema dos excessos da medicina ¹ . O sobrediagnóstico é habitualmente o subproduto dos programas de rastreamento, o que pode levar a tratamentos desnecessários com risco potencial, além do desperdício de recursos preciosos para a saúde das comunidades. A Prevenção quaternária de acordo com Gusso & Jamouille é “ação feita para identificar um paciente ou população em risco de supermedicalização, protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis”. c) INCORRETA: A alternativa aponta como discriminação a não realização rastreio. Entretanto se trata de ação apropriada, já que nesta fase do ciclo de vida o rastreio poderá detectar um número maior de casos de câncer que não evoluirão, com perfil biológico mais indolente e que não irão ter benefícios do rastreio. d) INCORRETA: A questão não discute a relação custo-benefício da intervenção. Além disto os cânceres detectados na mulher mais idosa são os mais indolentes e com menor risco de evolução. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama: vamos falar sobre isso? Rio de Janeiro: INCA; 2021.



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
64	C	<p>O presente caso trata-se de um paciente com diagnóstico já firmado de pneumotórax espontâneo, cujo tratamento é cirúrgico, e o procedimento recomendado nos compêndios de cirurgia geral é a drenagem pleural fechada em selo d'água, pois outros procedimentos que não este não traz nenhum benefício ao paciente, ao contrário, o quadro apresentado pode evoluir para a formação de um pneumotórax hipertensivo, que é uma complicação mais grave. Portanto, o tratamento imediato é a drenagem pleural fechada em selo d'água.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Runge MS & Greganti MA. Netter Medicina Interna. 2ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, p117-8. Filho JI. Cirurgia Geral pré e pós-operatório. São Paulo: Editora Atheneu, 2011, p643.</p>
65	D	<p>O tempo puberal refere-se à idade de obtenção das características sexuais secundárias. A classificação de maturidade sexual, ou estágios de Tanner, classifica o desenvolvimento puberal em uma escala graduada de cinco pontos para o desenvolvimento de mama e pêlos pubianos para meninas.</p> <p>As avaliações físicas usando os critérios de Tanner foram consideradas o "padrão ouro" para avaliação do desenvolvimento sexual.</p> <p>Nas meninas, o primeiro evento puberal é tipicamente o desenvolvimento mamário (telarca), logo depois seguido do aparecimento dos pelos pubianos (pubarca) e axilares e, mais tarde, do primeiro período menstrual (menarca), que tradicionalmente ocorre 2 a 3 anos após a telarca.</p> <p>O consenso atual indica a adição da palpação para distinguir o tecido mamário do tecido adiposo, a fim de evitar a superestimação do estadiamento mamário em meninas com excesso de peso</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ferri Ginecologia e Obstetrícia - Recomendações Atualizadas de Diagnóstico e Tratamento. GEN Guanabara Koogan; 1ª edição (8 maio 2019). BARACAT, Edmund Chada. Condutas em Ginecologia Baseadas em Evidências: Protocolos Assistenciais Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas. FMUSP. Sao Paulo. Atheneu, 2016. SILVEIRA, Gustavo Py Gomes da. Ginecologia baseada em evidências. 3 ed. Editora Atheneu, 2012 e alterações. de Deus, José Miguel. Manual Prático de Ginecologia / José Miguel de Deus, Waldemar Naves do Amaral - Goiânia: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFG, 2014. Bonat, S, Pathomvanich, A, Keil, MF, Field, AE, Yanovski, JA. Self-assessment of pubertal stage in overweight children. Pediatrics 2002;110:743–7. Campisi, Susan C., Humayun, Khadija N., Wasan, Yaqub, Soofi, Sajid, Islam, Muhammad, Lou, Wendy, Vandermorris, Ashley, Söder, Olle and Bhutta, Zulfiqar A. "Self-assessed puberty is reliable in a low-income setting in rural Pakistan" Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, vol. 33, no. 9, 2020, pp. 1191-1196. https://doi.org/10.1515/jpem-2020-0246</p>
66	A	<p>Recém-nascido apresenta coagulograma normal, afastando diagnóstico da maioria das Doença Hematológica do Recém-nascido e o Teste de Apt-Downey positivo confirma que o conteúdo sanguinolento regurgitado é materno.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, volume 2, págs 1882-1883. Pediatric Gastrointestinal Bleeding Differential Diagnose, Wayne Wolfram, MD, MPH; Chief Editor: Marleta Reynolds, MD.</p>
67	A	<p>a) CORRETA: Grau de recomendação C indica que a prática não é recomendada rotineiramente, mas pode haver considerações que embasam a prática para um indivíduo. Existe pelo menos moderada convicção de que o benefício líquido é pequeno.</p> <p>b) INCORRETA: Se as evidências atuais a respeito da conduta são insuficientes, será determinado grau de recomendação I (e não C) para tal prática.</p> <p>c) INCORRETA: Havendo moderada ou alta convicção de que a conduta tem benefício, sua força de recomendação seria A ou B (e não C), e a prática deverá ser adotada ou invés de não recomendada.</p> <p>d) INCORRETA: Condutas recomendadas com alta convicção de que o benefício líquido é substancial possuem força de recomendação A e não C.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
68	A	<p>O mediastino é definido como "o espaço entre os pulmões". As bordas do mediastino são a entrada torácica superiormente, o diafragma inferiormente, o esterno anteriormente, a coluna posteriormente e os espaços pleurais lateralmente. O mediastino é dividido em compartimentos, com o modelo, em três compartimentos: anterior, médio e posterior. O compartimento anterior situa-se entre a superfície posterior do esterno e a face anterior dos grandes vasos e do pericárdio. O compartimento anterior contém o timo, artérias mamárias internas, linfonodos, tecido conjuntivo e gordura. As lesões mais comuns que ocorrem no mediastino anterior são: timoma, teratoma/tumor de células germinativas, linfoma e tecido tireoidiano. A imagem é essencial no manejo de pacientes com timoma e outras massas mediastinais. Para o diagnóstico inicial e estadiamento, a imagem fornece parâmetros para avaliar a extensão da invasão local e de metástases distantes, e assim, estratificar os pacientes para terapia e determinar o prognóstico.</p> <p>a) CORRETA: O timoma se apresenta com massa única, bem delimitada, homogênea;</p> <p>b) INCORRETA: Linfoma se apresenta como massa única, heterogênea, nodular (conglomerados nodais)</p> <p>c) INCORRETA: Adenocarcinoma pulmonar se apresenta radiologicamente como uma região arredondada ou irregular no parênquima pulmonar, com atenuação aumentada em intensidade variável.</p> <p>d) INCORRETA: Tireóide ectópica caracteriza-se por imagem multinodular e calcificação focal.</p> REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Berry MF, Bograd J. Approach to the adult patient with a mediastinal mass. In Collins KA, Vora SR. editor. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2022 Feb 11]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-a-mediastinal-mass Strange CD, Ahuja J, Shroff GS, Truong MT, Marom EM. Imaging evaluation of thymoma and thymic carcinoma. Front. Oncol. 11:810419; 2022 [Internet]. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2021.810419/full Weerakkody, Y., Bell, D. Thymic epithelial tumors. Reference article, Radiopaedia.org; 2022 [Internet]. Available from: https://radiopaedia.org/articles/7339 Freedman, AS, Aster, JC, Friedberg, JW. Primary mediastinal large B cell lymphoma. In Rosmarin, AG editor. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2020 Dec 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/primary-mediastinal-large-b-cell-lymphom Gaillard, F., Fahrenhorst-Jones, T. Adenocarcinoma of the lung. Reference article, Radiopaedia.org. (accessed on 31 May 2022) https://doi.org/10.53347/rID-22314 Kantoff PW. Extragenital germ cell tumors involving the mediastinum and retroperitoneum. In Shah S, Finlay G editors. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2021 Jan 15]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/extragenital-germ-cell-tumors-involving-the-mediastinum-and-retroperitoneum Randolph GW, Kamani, DV. Thyroglossal duct cysts and ectopic thyroid. In Chen W editor. Uptodate; 2022 [Internet]. [cited 2020 Dec 14]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/thyroglossal-duct-cysts-and-ectopic-thyroid
69	C	<p>a) INCORRETA: O diagnóstico é de transtorno depressivo recorrente e não depressão na gravidez, além disso, a venlafaxina tem o mesmo perfil de segurança que a sertralina, porém, é menos testada;</p> <p>b) INCORRETA: De fato o diagnóstico é de transtorno depressivo recorrente, entretanto, o paciente, pelos sintomas e comprometimentos, necessita de terapia medicamentosa e não apenas psicoterapia;</p> <p>c) CORRETA: Depressão recorrente + sertralina + psicoterapia;</p> <p>d) INCORRETA: O diagnóstico correto é de transtorno depressivo recorrente, e não apenas depressão, embora a fluoxetina também pudesse ser usada para esta paciente.</p> REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kaplan & Sadock, et. al. Compêndio de Psiquiatria. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Psicofármacos: Consulta rápida / Aristide Volpato Cordioli, et.al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA																																																																																																																																																				
70	A	<p>Segue o calendário 2013 do Ministério da Saúde, lembrando que a partir de setembro de 2013 foi incluído o a vacina contra varicela - tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), com 12 meses e 15 meses reforço.</p> <p style="text-align: center;">CALENDRÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO</p> <table border="1"><thead><tr><th>Grupo alvo</th><th>Idade</th><th>BCG</th><th>Hepatite B</th><th>Penta</th><th>VIP e VOP</th><th>Pneumo 10</th><th>Rotavirus</th><th>Meningo C</th><th>Febre amarela</th><th>Triplice viral</th><th>Dupla adulto</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="8">Criança</td><td>Ao nascer</td><td>Dose única</td><td>Dose ao nascer</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2 meses</td><td></td><td></td><td>1ª dose</td><td>1ª dose (com VIP)</td><td>1ª dose</td><td>1ª dose</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3 meses</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1ª dose</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4 meses</td><td></td><td></td><td>2ª dose</td><td>2ª dose (com VIP)</td><td>2ª dose</td><td>2ª dose</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5 meses</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2ª dose</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6 meses</td><td></td><td></td><td>3ª dose</td><td>3ª dose (com VOP)</td><td>3ª dose</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9 meses</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Dose inicial</td><td></td><td></td></tr><tr><td>12 meses</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Reforço</td><td></td><td></td><td></td><td>1ª dose</td></tr><tr><td rowspan="2">Adolescente</td><td>10 a 19 anos</td><td></td><td>3 doses⁽¹⁾</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Uma dose a cada 10 anos</td><td>2 doses</td><td>Reforço a cada 10 anos</td></tr><tr><td>20 a 59 anos</td><td></td><td>3 doses⁽¹⁾ (até 49 anos)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Uma dose a cada 10 anos</td><td>1 dose (até 49 anos)</td><td>Reforço a cada 10 anos</td></tr><tr><td>Idoso</td><td>60 anos ou mais</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Reforço a cada 10 anos</td></tr><tr><td>Gestante</td><td></td><td></td><td>3 doses⁽¹⁾</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>3 doses⁽²⁾</td></tr></tbody></table> <p><small>⁽¹⁾Se não tiver recebido o esquema completo na infância. ⁽²⁾Respeitar esquemas anteriores. Fonte: Portaria GM/MS nº 1.498, de 19 de julho de 2013.</small></p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>	Grupo alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavirus	Meningo C	Febre amarela	Triplice viral	Dupla adulto	Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer									2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose					3 meses							1ª dose				4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose					5 meses							2ª dose				6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose						9 meses								Dose inicial			12 meses						Reforço				1ª dose	Adolescente	10 a 19 anos		3 doses ⁽¹⁾						Uma dose a cada 10 anos	2 doses	Reforço a cada 10 anos	20 a 59 anos		3 doses ⁽¹⁾ (até 49 anos)						Uma dose a cada 10 anos	1 dose (até 49 anos)	Reforço a cada 10 anos	Idoso	60 anos ou mais										Reforço a cada 10 anos	Gestante			3 doses ⁽¹⁾								3 doses ⁽²⁾
Grupo alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavirus	Meningo C	Febre amarela	Triplice viral	Dupla adulto																																																																																																																																											
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer																																																																																																																																																			
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose																																																																																																																																															
	3 meses							1ª dose																																																																																																																																														
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose																																																																																																																																															
	5 meses							2ª dose																																																																																																																																														
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose																																																																																																																																																
	9 meses								Dose inicial																																																																																																																																													
	12 meses						Reforço				1ª dose																																																																																																																																											
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses ⁽¹⁾						Uma dose a cada 10 anos	2 doses	Reforço a cada 10 anos																																																																																																																																											
	20 a 59 anos		3 doses ⁽¹⁾ (até 49 anos)						Uma dose a cada 10 anos	1 dose (até 49 anos)	Reforço a cada 10 anos																																																																																																																																											
Idoso	60 anos ou mais										Reforço a cada 10 anos																																																																																																																																											
Gestante			3 doses ⁽¹⁾								3 doses ⁽²⁾																																																																																																																																											
71	D	<p>Taquicardias hemodinamicamente toleradas podem ser tratadas com amiodarona por via venosa. A administração desse fármaco apresenta resultados favoráveis, reduzindo a mortalidade arritmica. A ocorrência de taquicardia ventricular monomórfica sustentada está geralmente associada a pior prognóstico, particularmente quando ocorre após 48 horas do início do quadro clínico, necessitando de avaliação criteriosa e tratamento com fármacos antiarrítmicos como a amiodarona e/ou com implante de cardioversor-desfibrilador.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia – v. 83, Suplemento IV, Setembro 2004. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/III_Dir_Tratamento_Infarto_Agudo_Miocardio.asp. Acesso em 10/05/2015.</p> <p>IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - v. 93, Suplemento 2, Dezembro de 2009. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam_9306supl2.asp. Acesso em 10/05/2015.</p> <p>GODMAN, L.S; GILMAN, A. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman. 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill, 2012.</p>																																																																																																																																																				



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA																																																																																																															
72	A	<p>a) CORRETA:</p> <ul style="list-style-type: none"> HA Estágio 1: PA 152x94 (em maiores de 18 anos, HAS estágio 1 compreende valores entre: PAS 140-159 e/ou PAD 90-99mmHg) ¹ Paciente com alto risco cardiovascular (Estágio 1 e > 3 Fatores de risco: sexo masculino, idade > 55 anos, tabagismo, obesidade, dislipidemia) <p>Quadro 5.4 – Classificação dos estágios de hipertensão arterial de acordo com o nível de PA, presença de FRCV, LOA ou comorbidades</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">FR, presença de LOA ou doença</th> <th colspan="4">PA (mmHg)</th> </tr> <tr> <th>Pré-hipertensão PAS 130-139 PAD 85-89</th> <th>Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99</th> <th>Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109</th> <th>Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sem FR</td> <td>Sem risco adicional</td> <td>Risco baixo</td> <td>Risco moderado</td> <td>Risco alto</td> </tr> <tr> <td>1 ou 2 FR</td> <td>Risco baixo</td> <td>Risco moderado</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> </tr> <tr> <td>≥ 3 FR</td> <td>Risco moderado</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> </tr> <tr> <td>LOA, DRC estágio 3, DM, DCV</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> <td>Risco alto</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>PA: pressão arterial; FR: fator de risco; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; LOA: lesão em órgão-alvo, DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; DCV: doença cardiovascular.</small></p> <ul style="list-style-type: none"> Meta pressórica para paciente com alto risco: PAsistólica 120-129mmHg e PAdiastólica 70-79mmHg ¹ <p>Quadro 6.2 – Metas de tratamento para idosos considerando a condição global e a medida da pressão arterial no consultório.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Condição global ¹</th> <th colspan="2">PAS de consultório</th> <th colspan="2">PAD de consultório</th> </tr> <tr> <th>Limiar de tratamento</th> <th>Meta pressórica ^{4,5}</th> <th>Limiar de tratamento</th> <th>Meta ³</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hígidos ²</td> <td>≥140 (I, A)</td> <td>130-139 (I, A) ⁶</td> <td>≥90</td> <td>70-79</td> </tr> <tr> <td>Idosos frágeis ³</td> <td>≥160 (I, C)</td> <td>140-149 (I, C) ⁷</td> <td>≥90</td> <td>70-79</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Há indicação de tratamento com estatinas em paciente com alto risco cardiovascular (presente no caso conforme tabela simplificada do consenso brasileiro de hipertensão e pelo ASCVD Score obtido de 20%) e LDL colesterol elevado (neste caso LDL-c= 128mg/dl pela fórmula de Friedewald)². Em pacientes com hipertensão arterial estágio 1 de risco moderado e alto é indicado o tratamento inicial com anti-hipertensivos (preferencialmente inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores do receptor de angiotensina + bloqueador de canal de cálcio ou diurético). <p>Table 5 Intervention strategies as a function of total cardiovascular risk and untreated low-density lipoprotein cholesterol levels</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Total CV risk (SCORE) %</th> <th colspan="6">Untreated LDL-C levels</th> </tr> <tr> <th><1.4 mmol/L (55 mg/dL)</th> <th>1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)</th> <th>1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)</th> <th>2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/dL)</th> <th>3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/dL)</th> <th>≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Primary prevention</td> <td><1, low-risk</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled</td> <td>Lifestyle intervention and concomitant drug intervention</td> </tr> <tr> <td>Class^a/Level^b</td> <td>I/C</td> <td>I/C</td> <td>I/C</td> <td>I/C</td> <td>IIa/A</td> <td>IIa/A</td> </tr> <tr> <td>≥1 to <5, or moderate risk (see Table 4)</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled</td> <td>Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled</td> <td>Lifestyle intervention and concomitant drug intervention</td> </tr> <tr> <td>Class^a/Level^b</td> <td>I/C</td> <td>I/C</td> <td>IIa/A</td> <td>IIa/A</td> <td>IIa/A</td> <td>IIa/A</td> </tr> <tr> <td>≥5 to <10, or high-risk (see Table 4)</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled</td> <td>Lifestyle intervention and concomitant drug intervention</td> <td>Lifestyle intervention and concomitant drug intervention</td> <td>Lifestyle intervention and concomitant drug intervention</td> </tr> <tr> <td>Class^a/Level^b</td> <td>IIa/A</td> <td>IIa/A</td> <td>IIa/A</td> <td>I/A</td> <td>I/A</td> <td>I/A</td> </tr> <tr> <td>≥10, or at very-high risk due to a risk condition (see Table 4)</td> <td>Lifestyle advice</td> <td>Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled</td> <td>Lifestyle intervention and concomitant drug intervention</td> </tr> </tbody> </table> <p>b) Alternativa incorreta. São inexatas as afirmativas “risco moderado” quando o risco é alto, “ meta PA sistólica < 140 mmHg e PA diastólica < 90 mmHg” quando a meta é PAsistólica 120-129mmHg e PAdiastólica 70-79mmHg, e “tratamento inicial com medidas não farmacológicas somente” quando o tratamento indicado inclui intervenções farmacológicas.</p>	FR, presença de LOA ou doença	PA (mmHg)				Pré-hipertensão PAS 130-139 PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110	Sem FR	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	≥ 3 FR	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto	LOA, DRC estágio 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Condição global ¹	PAS de consultório		PAD de consultório		Limiar de tratamento	Meta pressórica ^{4,5}	Limiar de tratamento	Meta ³	Hígidos ²	≥140 (I, A)	130-139 (I, A) ⁶	≥90	70-79	Idosos frágeis ³	≥160 (I, C)	140-149 (I, C) ⁷	≥90	70-79	Total CV risk (SCORE) %	Untreated LDL-C levels						<1.4 mmol/L (55 mg/dL)	1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/dL)	3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/dL)	≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL)	Primary prevention	<1, low-risk	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	≥1 to <5, or moderate risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A	≥5 to <10, or high-risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Class ^a /Level ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A	≥10, or at very-high risk due to a risk condition (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention			
FR, presença de LOA ou doença	PA (mmHg)																																																																																																																
	Pré-hipertensão PAS 130-139 PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110																																																																																																													
Sem FR	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto																																																																																																													
1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto																																																																																																													
≥ 3 FR	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto																																																																																																													
LOA, DRC estágio 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto																																																																																																													
Condição global ¹	PAS de consultório		PAD de consultório																																																																																																														
	Limiar de tratamento	Meta pressórica ^{4,5}	Limiar de tratamento	Meta ³																																																																																																													
Hígidos ²	≥140 (I, A)	130-139 (I, A) ⁶	≥90	70-79																																																																																																													
Idosos frágeis ³	≥160 (I, C)	140-149 (I, C) ⁷	≥90	70-79																																																																																																													
Total CV risk (SCORE) %	Untreated LDL-C levels																																																																																																																
	<1.4 mmol/L (55 mg/dL)	1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/dL)	3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/dL)	≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL)																																																																																																											
Primary prevention	<1, low-risk	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention																																																																																																										
	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A																																																																																																										
	≥1 to <5, or moderate risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention																																																																																																										
	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A																																																																																																										
	≥5 to <10, or high-risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention																																																																																																										
Class ^a /Level ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A																																																																																																											
≥10, or at very-high risk due to a risk condition (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention																																																																																																											



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>c) Alternativa incorreta. São inexatas as afirmativas “HAS estágio 2” quando a classificação correta é HAS grau 1.</p> <p>d) Alternativa incorreta. São inexatas as afirmativas “HAS estágio 2” quando a classificação correta é HAS grau 1, “risco moderado” quando o risco é alto, “meta PA sistólica < 140 mmHg e PA diastólica < 90 mmHg” quando a meta é PA sistólica 120-129mmHg e PA diastólica 70-79mmHg, e “tratamento inicial com medidas não farmacológicas somente” quando o tratamento indicado inclui intervenção farmacológicas</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. <i>Arq Bras Cardiol.</i> 2021; 116(3):516-658</p> <p>Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). <i>European Heart Journal</i></p>
73	A	<p>a) CORRETA: Paciente hipertensa crônica com o diagnóstico da gestação deve ser avaliada se faz uso de anti-hipertensivos contraindicados na gestação e, caso esteja em uso, como no caso clínico acima, orientar a suspensão imediata do captopril. Entre os anti-hipertensivos de escolha na gestação temos os simpatomolíticos de ação central, como a metildopa na dose de 750 mg a 2 g ao dia. Outros anti-hipertensivos indicados são os bloqueadores de canal de cálcio, como nifedipina e amlodipino, vasodilatador periférico, como hidralazina, e betabloqueadores, como pindolol, metoprolol e carvedilol. A profilaxia para pré-eclâmpsia deve ser realizada em pacientes com fatores de risco clínicos descritos no caso, como hipertensão arterial crônica e idade acima de 40 anos. A profilaxia recomendada se faz com AAS 150mg ao dia, Cálcio 500mg ao dia e atividade física.</p> <p>b) INCORRETA: Apesar da dose correta da metildopa, deve haver a suspensão do captopril. Além do mais, não há indicação de suplementação rotineira de vitamina C e D.</p> <p>c) INCORRETA: Subdose de metildopa e não há indicação de suplementação rotineira de vitamina C e D.</p> <p>d) INCORRETA: Deve haver a suspensão do captopril, e não é recomendado iniciar a metildopa em dose máxima (500mg de 6/6 horas), devendo ser iniciado em dose de 750 mg ao dia, aumentando gradativamente de acordo com o controle pressórico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco [recurso eletrônico] / High-risk pregnancy manual. 1ª edição – 2022 – versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.</p> <p>The Hypertensive Disorders of Pregnancy: The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy Classification, Diagnosis & Management Recommendations for International Practice. Magee L. A., et al. <i>Pregnancy Hypertens.</i> 2022 Mar; 27: 148-169.</p> <p>ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. Zugaib obstetrícia. [S.l.: s.n.], 2020.</p>
74	C	<p>Por se tratar de um processo de rastreamento (triagem) em um grupo populacional, devem ser priorizados testes que apresentem maior sensibilidade. Quanto maior a sensibilidade, maior a probabilidade de o teste ser positivo na presença da doença e, conseqüentemente, menor é a ocorrência de resultados falso-negativos. Isso é particularmente importante quando há necessidade de se diagnosticar uma doença potencialmente grave em fases iniciais, pois reduz o número de outros possíveis diagnósticos. Desse modo, os testes mais sensíveis são melhores para afastar doenças. A alternativa C contém os testes diagnósticos ordenados de forma decrescente segundo os valores de sensibilidade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ferreira AW, Moraes SL. Diagnóstico Laboratorial das Principais Doenças Infecciosas e Auto-Imunes. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013.</p> <p>Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL (eds.). <i>Epidemiologia.</i> São Paulo. Atheneu, 2009.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
75	A	<p>a) CORRETA. O espaço morto fisiológico consiste no espaço morto anatômico e no espaço morto alveolar. No estado de repouso, a maior parte do fluxo sanguíneo pulmonar vai para a base dos pulmões devido à gravidade e, portanto, o espaço morto alveolar localiza-se principalmente nos ápices pulmonares. Durante o exercício, ocorre vasodilatação dos vasos pulmonares nos ápices. Além disso, o aumento do débito cardíaco do ventrículo direito aumenta a pressão circulatória pulmonar, permitindo a abertura de vasos sanguíneos apicais que estavam colapsados em repouso. Esses processos aumentam a perfusão pulmonar apical, diminuindo o espaço morto alveolar e, posteriormente, o espaço morto fisiológico.</p> <p>b) INCORRETA. A resistência vascular pulmonar é equivalente à diferença de pressão ao longo do circuito pulmonar dividida pela taxa de fluxo sanguíneo (débito cardíaco) que percorre este circuito. O exercício aumenta o débito cardíaco do ventrículo direito e recruta vasos pulmonares previamente não perfundidos. A produção de mediadores vasodilatadores (por exemplo, óxido nítrico) também atua para aumentar a área de seção transversal do leito vascular pulmonar. Juntas, essas mudanças fisiológicas agem para diminuir, não aumentar a resistência vascular pulmonar.</p> <p>c) INCORRETA. O gradiente alvéolo-arterial (gradiente A-a) é a diferença entre a pressão parcial de oxigênio nos alvéolos e nas artérias. Em indivíduos saudáveis, o gradiente A-a aumenta, em vez de diminuir com o exercício. Isso se deve, em parte, ao aumento da pressão parcial alveolar de oxigênio (PAO₂) como resultado do aumento do esforço ventilatório.</p> <p>d) INCORRETA. No estado de repouso, aumentar a pressão parcial alveolar de oxigênio (PAO₂) aumentando a pressão do ar inspirado (por exemplo, ventilação com pressão positiva) e/ou aumentando a concentração de oxigênio no ar inspirado (FiO₂) aumentaria a pressão parcial arterial de oxigênio (PaO₂). Durante o exercício, a PaO₂ aumenta como resultado do aumento do esforço ventilatório, mas a PaO₂ não aumenta correspondentemente porque a saturação venosa mista de oxigênio (SvO₂) também diminui devido ao aumento do consumo de oxigênio. De fato, nem a PaO₂ nem a pressão parcial arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) mudam em indivíduos saudáveis durante o exercício.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Hall, John E. Tratado de fisiologia médica. Ventilação pulmonar. 13. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 38:115. 2017.</p>
76	D	<p>Hiperpotassemia severa requer tratamento emergente direcionado a minimizar os efeitos sobre o músculo cardíaco. A administração de gluconato de cálcio antagoniza os efeitos do potássio sobre a repolarização miocárdica e diminui a excitabilidade da membrana. Outras terapias são voltadas para diminuir o potássio sérico através de sua captação celular (insulina, agonistas β adrenérgicos) e remover o potássio (poliestireno de cálcio).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Weiner, ID; Linas, SL; Wingo, CS. Desordens do Metabolismo do Potássio. In: Richard J. et al. Nefrologia clínica: abordagem abrangente. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p.111-123. David B. Mount. Fluid and Electre Disturbances. In: Jameson, JL; Loscalzo, J. Harrison's Nephrology and Acid-Base Disorders. 3 ed. New York: McGraw Hill. 2017. p. 58-83.</p>
77	A	<p>O supra desnivelamento do segmento ST é diagnóstico de infarto transmural do miocárdio. As derivações acometidas nos indicam a provável parede acometida bem como a(s) artéria(s) que as irrigam, sendo que:</p> <ul style="list-style-type: none">• A artéria descendente anterior irriga a parede anterior, septal e ápice do ventrículo esquerdo, que se expressa habitualmente no ECG sequencialmente nas derivações de V1 a V6• A artéria coronária circunflexa irriga a parede lateral do ventrículo esquerdo e eventualmente a parede posterior que se expressa habitualmente no ECG nas derivações DI e aVL.• A artéria coronária direita irriga a parede inferior e eventualmente a parede posterior que se expressa habitualmente no ECG nas derivações DII, DIII e aVF• A artéria circunflexa ou a a. coronária direita irrigam a parede posterior do coração, representada no ECG pelas derivações V7 e V8. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
78	B	<p>a) INCORRETA: a marcha descrita não tem características de marcha ceifante, que é aquela apresentada por um paciente após um quadro de AVE, por exemplo, e que ao deambular o paciente mantém o braço afetado fletido e a perna afetada estendida, tendo que fazer um movimento de circundação para movimentá-lo.</p> <p>b) CORRETA: a região do funículo posterior da medula, composta pelos fascículos grácil e cuneiforme, é responsável, dentre outras aferências, pela sensibilidade proprioceptiva, sendo que quando está comprometida (tabes dorsales – neurosfilis, defic. Vit. B12, mielopatia por deficiência de cobre, etc.), ocasiona a marcha sensitiva característica, pois não ocorre a aferência proprioceptiva dos pés para o sistema nervoso central ao deambular, obrigando o paciente a manter vigilância visual ao caminhar e além disso, os pés são explosivamente tocados ao chão novamente, por perda da noção de proximidade com o solo.</p> <p>c) INCORRETA: a marcha descrita não tem características de marcha parkinsoniana, na qual o paciente caminha em pequenos passos lentos e tem movimentação em bloco do corpo.</p> <p>d) INCORRETA: a marcha miopática, característica das distrofias musculares, se caracteriza por rotação exagerada da pelve, aparentando um arremesso do quadril de um lado para o outro ao deambular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: PORTO, C. C. Semiologia Médica. 7. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. JUNIOR, C.R.M., et.al. Semiologia Neurológica. 1. ed. – Rio de Janeiro: Revinter, 2017.</p>
79	B	<p>As principais causas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.</p> <p>Dados recentes do Ministério da Saúde apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países. Diabetes mellitus e hipertensão arterial atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros. No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à dialise no Sistema Único de Saúde brasileiro.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).</p>
80	A	<p>a) CORRETA: O brônquio principal esquerdo é mais curto, mais verticalizado e mais largo que o esquerdo, justificando porque na maioria dos casos que objetos são aspirados, eles localizam-se nesse brônquio.</p> <p>b) INCORRETA: Pois este brônquio é mais curto e mais largo que o esquerdo.</p> <p>c) INCORRETA: Pois o brônquio direito é mais largo que o seu contralateral.</p> <p>d) INCORRETA: Pois o brônquio principal esquerdo é que se apresenta mais horizontal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. Moore Anatomia Orientada Para Clínica. 8ed. Philadelphia. Guanabara Koogan. 2018.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
81	A	<p>a) CORRETA. A pontuação do escore CRB-65 é de 0 ponto pois: C=0 (não há confusão mental), R=0 (a frequência respiratória não é maior ou igual a 30 irm), B=0 (a pressão arterial sistólica não é menor que 90mmHg e a diastólica não é menor ou igual a 60mmHg) e a idade não é maior ou igual a 65 anos. Mesmo o escore CRB sendo igual a zero, a hospitalização é o procedimento indicado no caso de a pneumonia comunitária estar associada com hipoxemia ou com doença de base descompensada (asma não controlada), que coincidiu com a doença infecciosa. Além do mais, a condição socioeconômica do paciente também influencia na decisão do local de tratamento, lembrando que o paciente não tem condições de comprar a medicação caso tenha que fazer o tratamento em casa. A falta de controle da asma pode ser caracterizada pela presença de limitação de atividades, sintomas noturnos, sintomas diurnos mais que 2x por semana, uso da medicação de alívio também mais que 2x por semana e pela sibilância difusa no exame físico. A escolha do antibiótico na letra “a” foi baseada nas últimas recomendações da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade que indica como uma das possíveis opções no caso de hospitalização a associação de uma cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona) com um macrolídeo (claritromicina).</p> <p>b) INCORRETA por encaminhar o paciente, que tem três critérios para hospitalização (hipoxemia, asma descompensada e impossibilidade de comprar medicamento VO), para tratamento ambulatorial.</p> <p>c) INCORRETA por atribuir 1 ponto ao CRB-65, que na realidade é 0 ponto, e por encaminhar o paciente que tem três critérios para hospitalização (hipoxemia, asma descompensada e impossibilidade de comprar medicamento VO) para tratamento ambulatorial.</p> <p>d) INCORRETA por atribuir 1 ponto ao CRB-65, que na realidade é 0 ponto, e por indicar tratamento hospitalar utilizando macrolídeo em monoterapia (a monoterapia com macrolídeo em internação não está indicada em nosso meio devido à alta prevalência de resistência do principal agente causador da pneumonia comunitária [S. pneumoniae] a esta classe de antibióticos).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Corrêa RA, et al. Recommendations for the management of community acquired pneumonia. <i>Jornal Brasileiro de Pneumologia</i> [online]. 2018; 44 (5): 405-23. [Accessed 18 April 2022]. Available from: https://doi.org/10.1590/S1806-3756201800000130.</p> <p>Cardoso A.P. e col. <i>Diagnóstico e Tratamento em Pneumologia</i>. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro. 1ª Edição. Manole, 2021.</p> <p><i>Pneumologia: Atualização e Reciclagem</i>. Alberto Cukier et al. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier: 2009.</p>
82	B	<p>De acordo com a portaria 344 de 1998, o cloridrato de sibutramina é um fármaco psicotrópico anorexígeno enquadrado na lista 'B2'. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária determina que fármacos “B” são prescritos com notificação de receita azul. Para 'B2', as notificações têm validade de 30 dias e com validade no Estado emitente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria nº344 de 12 de maio de 1998 Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
83	B	<p>a) INCORRETA: O leite de vaca é muito diferente do leite humano em quantidade e qualidade de nutrientes. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o leite de vaca não é um alimento recomendado para crianças menores de um ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). O leite de vaca apresenta elevada quantidade de proteínas, inadequada relação entre a caseína e as proteínas do soro, elevados teores de sódio, de cloretos, de potássio e de fósforo e quantidades insuficientes de carboidratos, de ácidos graxos essenciais, de vitaminas e de minerais para essa faixa etária. Além de não ser nutricionalmente adequado, o leite de vaca é um alimento muito alergênico para crianças e seu consumo tem sido associado ao desenvolvimento de atopia.</p> <p>b) CORRETA: Essa afirmativa segue as definições da Sociedade Brasileira de Pediatria bem como do Ministério da Saúde.</p> <p>c) INCORRETA: Mastite não contraindica a amamentação. Trata-se com antibiótico e analgésico e o esvaziamento da mama, o que não prejudica a saúde do bebê.</p> <p>d) INCORRETA: Submetido a uma temperatura de 62,5o C por 30 minutos, durante o processo de pasteurização, alguns fatores de proteção são parcialmente ou até totalmente destruídos, alterando seu potencial protetor.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria 3ª edição – SBP; Cadernos de Atenção Básica – Saúde da criança – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (www.saude.gov.br/bvs) Manual Prático de atendimento em consultório e ambulatório de Pediatria _SBP) Cadernos de Atenção Básica – Saúde da criança – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (www.saude.gov.br/bvs)</p>
84	C	<p>a) INCORRETA: O quadro clínico menciona alguns sinais e sintomas dos "6P" da Oclusão arterial aguda: Parestesia, Paresia, Pain (dor), Pulseless (ausência de pulsos), Palidez e Poiqiloteremia (alteração de temperatura – mais fria). A provável etiologia para o caso é TROMBÓTICA, pois paciente faz seguimento regular cardiológico, não há passado de eventos arrítmicos e na admissão o ritmo cardiológico é regular.</p> <p>b) INCORRETA: Trata-se de paciente com histórico de claudicação intermitente e que evoluiu para evento TROMBÓTICO agudo (oclusão arterial aguda do tipo trombótica) e não embólica como menciona o item B. Não se recomenda tromboembolctomia a Fogarty em eventos trombóticos por se tratar de vasos acometidos por placas ateroscleróticas.</p> <p>c) CORRETA: Trata-se de paciente com clinica compatível com evento TROMBÓTICO agudo (oclusão arterial aguda do tipo trombótica). Há clara citação na história dos "6P" da oclusão arterial aguda: Parestesia, Paresia, Pain (dor), Pulseless (ausência de pulsos), Palidez e Poiqiloteremia (alteração de temperatura). Não há histórico atual ou antecedentes de arritmias cardíacas (que poderiam sugerir evento embólico). O manejo inicial nos quadros de oclusão arterial aguda são aquecimento do membro e anticoagulação com heparina para evitar progressão do trombo.</p> <p>d) INCORRETA: Não há na clínica ou exame físico, sinais sugestivos de TVP – Trombose Venosa Profunda, como edema ou empastamento muscular de panturrilha. O antecedente de claudicação intermitente do membro direciona a condição clínica para afecção do território arterial.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MAFFEI, F.H.A.; LASTÓRIA, S. e cols. Doenças Vasculares Periféricas. 5a. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara 2016. Secção A, Capítulo 96 – Oclusões arteriais agudas. Pag 1963 a 1997.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
85	D	<p>a) INCORRETA. Esta combinação descreve os efeitos da gastrina. A gastrina é o mediador primário da secreção de ácido gástrico e, através da ligação aos receptores de colecistocinina, contribui para a secreção pancreática de HCO₃ e para a captação de Cl⁻, bem como para a contração da vesícula biliar. Embora a secretina espelhe os efeitos da gastrina no HCO₃- e Cl⁻ duodenal, ela tem um efeito diferente no ácido gástrico.</p> <p>b) INCORRETA. Essa combinação descreve os efeitos da somatostatina, um hormônio que inibe as secreções gástricas e pancreáticas, diminui a motilidade gástrica e reduz o fluxo sanguíneo gastrointestinal. Embora a secretina iniba as secreções de ácido gástrico, ela não inibe as secreções pancreáticas e, portanto, não causaria diminuição do HCO₃- duodenal.</p> <p>c) INCORRETA. Esta combinação descreve os efeitos do peptídeo inibidor gástrico (GIP). Enquanto o GIP funciona principalmente para estimular a secreção de insulina das células beta pancreáticas, ele também inibe o esvaziamento gástrico e tem um efeito inibitório menor sobre a secreção de ácido gástrico. A secretina também inibe a secreção de ácido gástrico, mas altera as concentrações duodenais de HCO₃- e Cl⁻ via modulação das secreções pancreáticas.</p> <p>d) CORRETA. Esta combinação descreve uma alcalinização das secreções gastrointestinais juntamente com uma queda no Cl⁻ duodenal. A secretina inibe as células parietais do estômago, diminuindo sua secreção de H⁺ gástrico. A secretina também se liga às células epiteliais que revestem os ductos pancreáticos, resultando na exportação de HCO₃- em troca da importação de Cl⁻. Assim, as secreções pancreáticas que atingem o duodeno são ricas em HCO₃- mas baixas em Cl⁻.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.</p>
86	C	<p>a) INCORRETA: pois o Papanicolau só deve ser solicitado como exame de rastreamento a partir dos 25 anos.</p> <p>b) INCORRETA: pois o DIU pode ser usado com segurança em mulheres nulíparas.</p> <p>c) CORRETA: Devem ser oferecidos a Marcela exames de rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis, como HIV, mesmo com o relato de uso regular de preservativo.</p> <p>d) INCORRETA: A ecografia pélvica não tem indicação de ser realizada rotineiramente em pacientes assintomáticas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC (orgs.) Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v</p>
87	C	<p>Considerando a regra dos nove, teremos superfície corporal queimada (SCQ) de 45% (face anterior do tronco: 18% + face anterior de cada membro superior: 4,5% + face anterior de cada membro inferior: 9%). A reposição volêmica inicial é calculada através da fórmula: Peso (kg) x SCQ (%) / 8, resultando em 450 mL/h a ser infundido inicialmente, sendo preconizado o uso de cristaloides, sendo o Ringer lactato o de excelência. Nas primeiras 24 horas, a reposição também será feita com solução cristalóide (Ringer lactato) e inúmeras fórmulas podem ser utilizadas (Parkland, Brooke, Galveston). No caso do cálculo pela fórmula de Parkland, teremos a infusão de 4 mL/kg/%SCQ, resultando num total de 14.400 mL de solução (sendo metade infundida nas primeiras 24 horas, 25% nas 8 horas seguintes e 25% nas 8 horas finais). O resultado de 7.200 mL é obtido pela fórmula de Brooke modificada, contudo, a infusão de colóide só é prescrita a partir do segundo dia de tratamento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Townsend CM et al. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 18ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
88	C	<p>a) INCORRETA: Ramelteona: análogo de receptor de melatonina MT1 e MT2</p> <p>b) INCORRETA: Trazodona: antidepressivo com mecanismo de ação não totalmente esclarecido que promove inibição seletiva da recaptção da serotonina no cérebro e outras ações farmacológicas em receptores adrenérgicos.</p> <p>c) CORRETA: Zolpidem: inicialmente promovidos como tendo menos potencial para dependência e para uso abusivo do que os benzodiazepínicos tradicionais, atua em receptores GABA.</p> <p>d) INCORRETA: Clonazepam é benzodiazepínico</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brunton L, Bruce A, Björn K. Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 12ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2012.</p>
89	D	<p>Uma das funções bem conhecidas do baço é a proteção contra bactérias encapsuladas, por exemplo, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus influenzae b</i>, e <i>Neisseria meningitidis</i>. As alternativas a, e b mencionam funções do baço como órgão de estoque, coisa que não ocorre. No baço as hemácias são fagocitadas e os anticorpos produzidos circulam livremente pelo organismo do bebê. A ideia do distrator da alternativa c seria de correlacionar a retirada de antígenos da circulação com uma consequência vantajosa qualquer, porém essa alternativa está errada. O recém-nascido não tem processos alérgicos porque seu sistema imune é imaturo e não porque o clearance de antígenos pelo baço module esta consequência hipotética.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Pastorino AC, Castro AP, Carneiro-Sampaio M. Alergia e imunologia para o pediatra, página 19. 3a ed. Barueri: Editora Manole; 2018.</p>
90	D	<p>O paciente encontra-se com valores pressóricos correspondentes a pré-hipertensão.</p> <p>a) O aumento do consumo de sódio está relacionado com o aumento da PA.12 No entanto, o impacto do consumo de sódio na saúde CV é controverso. Restrição do consumo de sódio leva a redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 2,4 a 1,5 g sódio/dia, respectivamente. (GR: IIa; NE: B)</p> <p>b) Apesar da recomendação do tabagismo ser recomendada no paciente, não há impacto no controle pressórico. (GR: III, NE: B)</p> <p>c) Entre os procedimentos de controle do estresse, a respiração lenta guiada apresentou mais evidências do que as disponíveis para acupuntura (GR: III, NE B). As indicações clínicas mostram apenas tendência à redução da PA, sejam usadas separadamente ou em conjunto 472 (GR: IIa, NE: B).</p> <p>d) A perda ponderal reduz a PA, mesmo sem alcançar o peso corporal desejável. Em uma metanálise incluindo 25 estudos, a perda ponderal de 5,1 kg reduziu, em média, a PAS em 4,4 mmHg e a PAD em 3,6 mmHg453 (GR: I, NE: A). Para indivíduos com sobrepeso ou obesidade, a perda ponderal é uma recomendação essencial no tratamento da HA.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
91	C	<p>a) INCORRETA: Na fratura de clavícula não deslocada, o osso quebrado se mantém no lugar, geralmente o neonato é assintomático e o diagnóstico é retardado por dias ou semana. O tratamento é observação e manuseio gentil do membro</p> <p>b) INCORRETA: Remete à suspeita de lesão de plexo braquial que geralmente cursa com comprometimento do reflexo de Moro.</p> <p>c) CORRETA: Trata-se de uma provável fratura de clavícula direita deslocada (presença de crepitação, edema, falta de movimento da extremidade afetada e choro com movimento passivo), sem comprometimento plexo braquial (presença de reflexo de moro simétrico e presença reflexo preensão palmar), cujo tratamento é conservador. As fraturas claviculares (FC) são as fraturas mais comumente relatadas em neonato, com incidência estimada devido a trauma de parto de 0,5 a 1,6 por cento. As FC são frequentemente associadas a parto vaginal difícil; no entanto, também ocorrem em bebês que são produtos de partos espontâneos, não distócicos ou cesariana. Os fatores de risco relacionados às FC incluem: parto operatório, distocia de ombro, idade materna aumentada, peso elevado do neonato ao nascer (particularmente se > 4 kg) e menor razão média da circunferência cefálica-abdominal. O momento da apresentação da fratura depende se a mesma é deslocada (completa) ou não. As FC deslocadas (completas - osso sai do lugar) são mais propensas a serem acompanhadas por achados físicos no período de tempo pós-parto imediato. Estes incluem crepitação, edema, falta de movimento da extremidade afetada, contorno ósseo assimétrico e choro com movimento passivo. O diagnóstico de fratura clavicular não deslocada (osso quebrado se mantém no lugar) geralmente é retardado por dias ou semanas até que haja a formação de um calo visível ou palpável porque o neonato geralmente é assintomático. O diagnóstico é feito por uma radiografia da clavícula, que diferencia fratura clavicular de lesão do plexo braquial, separação traumática da epífise proximal do úmero, fraturas da diáfise do úmero e luxações do ombro. Ao avaliar um neonato com suspeita de fratura de clavícula, sugere-se a obtenção de uma radiografia completa do tórax e membros superiores, pois esses outros diagnósticos, que apresentam achados semelhantes, podem ser detectados na visão mais completa. Além disso, a presença de uma fratura da clavícula justifica uma investigação mais aprofundada para a lesão do plexo braquial concomitante. Como as fraturas claviculares em bebês cicatrizam espontaneamente sem sequelas a longo prazo, a segurança dos pais e o manuseio gentil são tudo o que é necessário para o manejo. Analgésicos podem ser administrados para diminuir a dor. Para maior conforto, o braço do lado afetado pode ser colocado em uma roupa de manga comprida e preso ao peito com o cotovelo em 90 graus de flexão.</p> <p>d) INCORRETA: Remete à suspeita de luxação de ombro direito, na qual o ombro pode ficar visivelmente fora do lugar (parecer distorcido) e seu entorno observa-se edema e/ou hematomas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>White, KK, Bouchard MJ. Common Neonatal Othopedic Conditions in: Goldberg ML, Gleason, CA; Sandra EJ Aveyrs Diseases of the newborn. 10ª Ed. Philadelphia: Elsevier, c2018, p. 1938-49.</p> <p>McKee-Garrett, TM : Neonatal birth injuries. In Wilkie L, editor. Uptodate; 2022 [Internet] [cited 2021 Nov 23]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/neonatal-birth-injuries;</p> <p>Selcen D. Neonatal brachial plexus palsy. In Goddeau Jr RP editor. Uptodate; 2022 [Internet] [cited 2022 Jan 07]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/neonatal-brachial-plexus-palsy;</p> <p>Rockwood and Wilkins. Fractures in adults. 9th ed. Wolters Kluwer: Waters, PM; Skaggs DL and Flynn JM editors. 2020 p. 1155.</p>
92	B	<p>A carga de glicose filtrada é igual à taxa de filtração glomerular (100mL/min) x glicose do plasma (150mg/dL) ou 150 mg/min. Se não houver glicose detectável na urina, a taxa de reabsorção será igual à carga filtrada de glicose, ou 150mg/min.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>HALL, John E. Guyton & Hall. Tratado de fisiologia médica. Elsevier Health Sciences, 2021.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA																																						
93	C	<p>a) INCORRETA: Digoxina, Ivabradina e Losartana. Nitrato e hidralazina A associação de nitrato e hidralazina foi a primeira estratégia vasodilatadora que demonstrou efeitos benéficos sobre desfechos clínicos em pacientes com IC.238,239 Embora tenha se mostrado inferior ao uso de IECAs,195 estudos posteriores sugeriram que poderiam existir diferenças raciais relacionadas à eficácia dos diferentes vasodilatadores usados no tratamento da IC.240 O estudo A-HeFT (African-American Heart Failure Trial) demonstrou que a associação nitrato-hidralazina melhorou a qualidade de vida e reduziu em 33% a taxa de hospitalizações por IC e em 43% a mortalidade total em pacientes autodeclarados negros em classe funcional III-IV da NYHA, já em tratamento clínico otimizado.(Página 24).</p> <p>b) INCORRETA: Hidralazina, Digoxina e Furosemida. Digitálicos A indicação de digoxina em pacientes com ICFEr foi documentada no estudo DIG (Digitalis Investigation Group),229 publicado em 1997, após aproximadamente 200 anos de uso desta droga.230 Este ensaio randomizou 6.800 pacientes com ICFEr (com FE ≤ 45%) sintomáticos e ritmo sinusal para receberem digoxina ou placebo. Não houve diferença na mortalidade total após 37 meses de seguimento. (Digoxina)(Página 23).</p> <p>c) CORRETA: Os BB também são considerados fármacos de primeira linha no tratamento da ICFEr, pois determinam benefícios clínicos na mortalidade global, na morte por IC e por morte súbita, além de melhorarem sintomas e reduzirem taxas de re-hospitalizações por IC em inúmeros estudos clínicos.204-207 Estes resultados foram demonstrados de forma consistente com o uso de carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol. Inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores dos receptores da angiotensina II Os IECA constituem um grupo de fármacos com comprovados benefícios na evolução de pacientes com ICFEr, tanto em relação à morbidade, como à mortalidade, além de conferirem melhora na qualidade de vida. (Enalapril) (pagina 20).</p> <p>d) INCORRETA: Betabloqueadores Os BB também são considerados fármacos de primeira linha no tratamento da ICFEr, pois determinam benefícios clínicos na mortalidade global, na morte por IC e por morte súbita, além de melhorarem sintomas e reduzirem taxas de re-hospitalizações por IC em inúmeros estudos clínicos. (Metoprolol) (Página 21).</p> <p>Quadro 16.2 – Tratamento da insuficiência cardíaca (IC). O que não podemos deixar de fazer?</p> <table border="1"><thead><tr><th>Recomendações</th><th>Classe</th></tr></thead><tbody><tr><td>Programas de cuidado multidisciplinar</td><td>I</td></tr><tr><td>IECA na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia</td><td>I</td></tr><tr><td>BRAs na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia, se intolerância ou alergia à IECA</td><td>I</td></tr><tr><td>BB (bisoprolol, carvedilol e succinato de metoprolol) na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia</td><td>I</td></tr><tr><td>Antagonistas dos receptores mineralocorticoides na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia</td><td>I</td></tr><tr><td>Hidralazina e nitrato para autodeclarados afrodescendentes na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) em classes funcionais avançadas (III-IV da NYHA)</td><td>I</td></tr><tr><td colspan="2">Outros tratamentos que reduzem mortalidade total</td></tr><tr><td>Sacubitril/valsartana em lugar de IECA (ou BRA) para disfunção de VE sintomática já em uso terapêutica otimizada</td><td>I</td></tr><tr><td>Hidralazina e nitrato na disfunção de VE (FEVE < 40%), para pacientes com contraindicação para uso de IECA ou BRA, de qualquer raça</td><td>I</td></tr><tr><td>TRC para disfunção de VE grave (FEVE ≤ 35%) sintomática, em ritmo sinusal, com morfologia de bloqueio completo de ramo esquerdo e duração de QRS ≥ 150 milissegundos, apesar de terapêutica otimizada</td><td>I</td></tr><tr><td>Cardiodesfibrilador implantável para prevenção secundária de morte súbita</td><td>I</td></tr><tr><td>Cardiodesfibrilador implantável para prevenção primária de morte súbita na IC de etiologia isquêmica (FEVE ≤ 35%, classe funcional II-III da NYHA, > 40 dias pós-IAM)</td><td>I</td></tr><tr><td>Revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica para disfunção de VE grave, quadro de angina de peito limitante (classe III-IV) ou lesão de TCE (> 50%), com anatomia coronariana favorável para o procedimento escolhido</td><td>I</td></tr><tr><td>Revascularização miocárdica cirúrgica na IC com disfunção de VE grave (FEVE ≤ 35%) e lesões coronarianas múltiplas passíveis de revascularização cirúrgica (sem angina limitante e sem lesão de TCE)</td><td>I</td></tr><tr><td colspan="2">Tratamentos que melhoram a morbidade e qualidade de vida</td></tr><tr><td>Reabilitação cardiovascular para ICEFER e ICFEp</td><td>I</td></tr><tr><td>Vacinação anual para influenza e vacinação periódica para pneumococos</td><td>I</td></tr><tr><td>Diuréticos para controle de congestão para ICEFER e ICFEp</td><td>I</td></tr></tbody></table> <p><small>IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina; VE: ventrículo esquerdo; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; BRA: bloqueadores dos receptores da angiotensina; BB: betabloqueador; NYHA: New York Heart Association; TRC: terapia de ressincronização cardíaca; IAM: infarto agudo do miocárdio; TCE: tronco de coronária esquerda; ICFEr: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; ICFEp: insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.</small></p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca. Disponível em: https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Publicacoes/2018/Diretriz%20Brasileira%20de%20Insufici%C3%Aancia%20</p>	Recomendações	Classe	Programas de cuidado multidisciplinar	I	IECA na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia	I	BRAs na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia, se intolerância ou alergia à IECA	I	BB (bisoprolol, carvedilol e succinato de metoprolol) na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia	I	Antagonistas dos receptores mineralocorticoides na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia	I	Hidralazina e nitrato para autodeclarados afrodescendentes na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) em classes funcionais avançadas (III-IV da NYHA)	I	Outros tratamentos que reduzem mortalidade total		Sacubitril/valsartana em lugar de IECA (ou BRA) para disfunção de VE sintomática já em uso terapêutica otimizada	I	Hidralazina e nitrato na disfunção de VE (FEVE < 40%), para pacientes com contraindicação para uso de IECA ou BRA, de qualquer raça	I	TRC para disfunção de VE grave (FEVE ≤ 35%) sintomática, em ritmo sinusal, com morfologia de bloqueio completo de ramo esquerdo e duração de QRS ≥ 150 milissegundos, apesar de terapêutica otimizada	I	Cardiodesfibrilador implantável para prevenção secundária de morte súbita	I	Cardiodesfibrilador implantável para prevenção primária de morte súbita na IC de etiologia isquêmica (FEVE ≤ 35%, classe funcional II-III da NYHA, > 40 dias pós-IAM)	I	Revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica para disfunção de VE grave, quadro de angina de peito limitante (classe III-IV) ou lesão de TCE (> 50%), com anatomia coronariana favorável para o procedimento escolhido	I	Revascularização miocárdica cirúrgica na IC com disfunção de VE grave (FEVE ≤ 35%) e lesões coronarianas múltiplas passíveis de revascularização cirúrgica (sem angina limitante e sem lesão de TCE)	I	Tratamentos que melhoram a morbidade e qualidade de vida		Reabilitação cardiovascular para ICEFER e ICFEp	I	Vacinação anual para influenza e vacinação periódica para pneumococos	I	Diuréticos para controle de congestão para ICEFER e ICFEp	I
Recomendações	Classe																																							
Programas de cuidado multidisciplinar	I																																							
IECA na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia	I																																							
BRAs na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia, se intolerância ou alergia à IECA	I																																							
BB (bisoprolol, carvedilol e succinato de metoprolol) na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia	I																																							
Antagonistas dos receptores mineralocorticoides na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) de qualquer etiologia	I																																							
Hidralazina e nitrato para autodeclarados afrodescendentes na disfunção de VE sintomática (FEVE < 40%) em classes funcionais avançadas (III-IV da NYHA)	I																																							
Outros tratamentos que reduzem mortalidade total																																								
Sacubitril/valsartana em lugar de IECA (ou BRA) para disfunção de VE sintomática já em uso terapêutica otimizada	I																																							
Hidralazina e nitrato na disfunção de VE (FEVE < 40%), para pacientes com contraindicação para uso de IECA ou BRA, de qualquer raça	I																																							
TRC para disfunção de VE grave (FEVE ≤ 35%) sintomática, em ritmo sinusal, com morfologia de bloqueio completo de ramo esquerdo e duração de QRS ≥ 150 milissegundos, apesar de terapêutica otimizada	I																																							
Cardiodesfibrilador implantável para prevenção secundária de morte súbita	I																																							
Cardiodesfibrilador implantável para prevenção primária de morte súbita na IC de etiologia isquêmica (FEVE ≤ 35%, classe funcional II-III da NYHA, > 40 dias pós-IAM)	I																																							
Revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica para disfunção de VE grave, quadro de angina de peito limitante (classe III-IV) ou lesão de TCE (> 50%), com anatomia coronariana favorável para o procedimento escolhido	I																																							
Revascularização miocárdica cirúrgica na IC com disfunção de VE grave (FEVE ≤ 35%) e lesões coronarianas múltiplas passíveis de revascularização cirúrgica (sem angina limitante e sem lesão de TCE)	I																																							
Tratamentos que melhoram a morbidade e qualidade de vida																																								
Reabilitação cardiovascular para ICEFER e ICFEp	I																																							
Vacinação anual para influenza e vacinação periódica para pneumococos	I																																							
Diuréticos para controle de congestão para ICEFER e ICFEp	I																																							



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA																												
		Card%C3%ADaca%20Cr%C3%B4nica%20e%20Aguda/Diretriz%20Brasileira%20de%20Insufici%C3%Aancia%20Card%C3%ADaca%20Cr%C3%B4nica%20e%20Aguda%20-%20portugues.pdf																												
94	C	<p>A questão contempla uma patologia muito comum na prática do médico de saúde da família, sendo necessário conhecimento prévio das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, onde encontramos a classificação da hipertensão arterial sistêmica, sua forma de diagnóstico correto e tratamento de acordo com a classificação de risco cardiovascular do paciente.</p> <p>Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade</p> <table border="1"><thead><tr><th>Classificação*</th><th>PAS (mHg)</th><th></th><th>PAD (mHg)</th></tr></thead><tbody><tr><td>PA ótima</td><td>< 120</td><td>e</td><td>< 80</td></tr><tr><td>PA normal</td><td>120 a 129</td><td>e/ou</td><td>80 a 84</td></tr><tr><td>Pré hipertensão</td><td>130 a 139</td><td>e/ou</td><td>85 a 89</td></tr><tr><td>HA Estágio 1</td><td>140 a 159</td><td>e/ou</td><td>90 a 99</td></tr><tr><td>HA Estágio 2</td><td>160 a 179</td><td>e/ou</td><td>100 a 109</td></tr><tr><td>HA Estágio 3</td><td>≥ 180</td><td>e/ou</td><td>≥ 110</td></tr></tbody></table> <p>a) CORRETA: A classificação correta para a hipertensão do paciente neste caso é estágio 3 e deve receber, obrigatoriamente, o tratamento não medicamentoso e o tratamento medicamentoso. Neste caso não é indicado aguardar somente com tratamento não medicamentoso devido ao alto risco de evento cardiovascular maior (IAM e AVC).</p> <p>b) INCORRETA: A classificação correta para a hipertensão do paciente neste caso é estágio 3 e deve receber, também, além do tratamento não medicamentoso, o tratamento medicamentoso, devido ao alto risco cardiovascular e níveis tensionais de alto risco,</p> <p>c) INCORRETA: A classificação correta para a hipertensão do paciente neste caso é estágio 3, não existindo estágio 4, segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.</p> <p>d) INCORRETA: A classificação correta para a hipertensão do paciente neste caso é estágio 3 e deve receber, também, além do tratamento não medicamentoso, obrigatoriamente neste caso, o tratamento medicamentoso devido ao alto risco cardiovascular e níveis tensionais de alto risco.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658. Braunwald E, Zipes DP, Bonow RO. Braunwald – Tratado de Doenças Cardiovasculares – 2 volumes – 10ª Ed. GEN: Guanabara Koogan: 2017. Castro, Iran. Livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Manole: 2021.</p>	Classificação*	PAS (mHg)		PAD (mHg)	PA ótima	< 120	e	< 80	PA normal	120 a 129	e/ou	80 a 84	Pré hipertensão	130 a 139	e/ou	85 a 89	HA Estágio 1	140 a 159	e/ou	90 a 99	HA Estágio 2	160 a 179	e/ou	100 a 109	HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
Classificação*	PAS (mHg)		PAD (mHg)																											
PA ótima	< 120	e	< 80																											
PA normal	120 a 129	e/ou	80 a 84																											
Pré hipertensão	130 a 139	e/ou	85 a 89																											
HA Estágio 1	140 a 159	e/ou	90 a 99																											
HA Estágio 2	160 a 179	e/ou	100 a 109																											
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110																											
95	C	<p>O ECG mostra um ritmo de BAVT com bradicardia. A ocorrência de episódio convulsivo pode ser justificada por hipofluxo cerebral secundário a baixo débito cardíaco, não se justificando o uso de anticonvulsivantes. Considerando o quadro clínico, está indicado o implante de marca-passo provisório (transvenoso ou transcutâneo). Antes, porém, deve-se administrar atropina (1mg a cada 3-5 min – máximo de 3 mg) seguido de dopamina (5-20 ug/kg/min), para melhora da frequência cardíaca e evitar novos episódios convulsivos. A amiodarona é uma droga cardiodepressora, portanto não está indicada sua utilização. Do mesmo modo, por não se tratar de ritmo chocável, não está indicada a cardioversão elétrica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: ACLS – Manual do Suporte Avançado à vida em Cardiologia; disponível em: http://circ.ahajournals.org/content/vol112/24_suppl/http://circ.ahajournals.org/content/vol112/22_suppl/.</p>																												



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
96	A	<p>a) CORRETA: A medicação atua reduzindo a fibrinólise e pode reduzir o sangramento. É indicado o uso durante os dias de sangramento mais volumoso. Os efeitos colaterais são poucos e relacionados a sintomas gastrointestinais. A paciente em questão apresenta quadro iniciado há 14 dias, o toque vaginal não demonstra dor a mobilização e anexos estão normais afastando a possibilidade de endometriose, não demonstra superfícies irregular ou aumento para evidenciar um mioma ou adenomiose. Paciente com salpingotripsia prévia</p> <p>b) INCORRETA: Utilizado em casos de endometriose, quadro não compatível com a paciente em questão.</p> <p>c) INCORRETA: Os contraceptivos combinados contendo estrogênio e progestagênio reduzem a perda sanguínea menstrual em 35% a 72%, sendo uma opção terapêutica para a maioria das causas de SUA sem alteração estrutural, porém para processos crônicos.</p> <p>d) INCORRETA: O uso contínuo do progestagênio oral tem se mostrado efetivo na redução do volume do sangramento, seu uso baseia-se na intenção de produzir atrofia endometrial, consequentemente reduzindo a ação estrogênica sobre a proliferação endometrial. Pode ser indicado tanto em mulheres anovulatórias como nas ovulatórias com sangramento de causa endometrial, que não é caso apresentado pela paciente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S.; SILVA, A. L. S. Tratado de Ginecologia FEBRASGO; Elsevier, 2019.</p>
97	D	<p>A paciente já está na fase crônica, com hipotireoidismo, necessitando de reposição dos hormônios tireoidianos. O propiltiroacil e o metimazol são utilizados para o tratamento do hipertireoidismo e a prednisona poderia ter utilidade apenas na fase aguda da doença para controle da tireoide.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VILAR, L., Endocrinologia Clínica. 7ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2020</p>
98	A	<p>a) A neoplasia intraepitelial cervical (NIC) está fortemente associada à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), especialmente os tipos 16 e 18 de HPV de alto risco. Os sorotipos 16 e 18 do HPV são vírus oncogênicos que aumentam o risco de NIC ao produzir as proteínas oncogênicas E6 e E7. Os fatores predisponentes mais fortes para a infecção pelo HPV são o início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros sexuais. As mulheres que praticam atividade sexual antes dos 18 anos correm o dobro do risco de câncer do colo do útero em comparação com as mulheres com 21 anos ou mais quando têm relações sexuais pela primeira vez. O risco de câncer do colo do útero em mulheres que tiveram ≥ 6 parceiros sexuais é três vezes maior em comparação com um parceiro. Outros fatores de risco relacionados ao HPV incluem comportamento sexual de alto risco, histórico de DSTs, histórico de imunossupressão e exposição intrauterina ao dietilestilbestrol. Taxas mais altas de câncer do colo do útero também foram observadas em mulheres de baixo nível socioeconômico e fumantes (somente para os tipos de câncer de células escamosas).</p> <p>b) O uso de anticoncepcional oral > 5 anos está associado a um risco aumentado de câncer do colo do útero, enquanto o uso de dispositivo intrauterino realmente diminui o risco.</p> <p>c) A obesidade aumenta o risco de câncer endometrial, não câncer cervical. Isso se deve ao aumento da atividade da aromatase no tecido adiposo abundante, o que leva ao aumento dos níveis de estrogênios circulantes.</p> <p>d) Embora a SOP seja provavelmente a causa da acne dessa mulher, não é um fator de risco estabelecido para o desenvolvimento de câncer do colo do útero. No entanto, está associado a um risco aumentado de câncer de endométrio devido ao excesso de estrogênio circulante, resultado direto da diminuição da produção de globulina de ligação aos hormônios sexuais.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BRUNI L et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 17 June 2019. INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses. Lyon: WHO; IARC, 2007. 636p. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 90). INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. International journal of cancer, Genève, v. 118, n.6, p. 1481-1495, mar. 2006.</p> <p>INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. The Lancet, Boston, v. 370, n. 9599, p. 1609-1621, nov. 2007.</p> <p>INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention, Philadelphia, v. 18, n. 4, p. 1060-1069, abr. 2009.</p> <p>SANJOSÉ S et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. The Lancet infectious diseases, New York, v.7 n.7, p.453-459, jul. 2007.</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2008. Lyon: 2008. Acesso em: 10 set. 2010.</p> <p>https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/fatores-de-risco</p>
99	B	<p>As drogas que fazem parte dos pilares no tratamento da insuficiência cardíaca são os betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), antagonista mineralocorticóide e, mais recentemente, foram introduzidos os inibidores do co-transportador de sódio/glicose, as glicozinas, exemplificados na alternativa B - empaglifozina. São drogas que mostraram desfechos de redução de morte e internação em pacientes com ICFeR. Já a furosemida não foi capaz de demonstrar redução de mortalidade, letra a incorreta.</p> <p>A TFG não contraindica o uso de IECA e sim a hipercalcemia. Já a metformina, não é contraindicada quando TFG maior que 30, mas TFG menor que 50 ml/min/1,73 já deve ter sua dose reduzida pela metade.</p> <p>As estatinas são fundamentais em pacientes que já sofreram evento cardiovascular - em prevenção secundária - e não devem ser suspensas, salvo raras exceções. Ômega 3 não é substituto da mesma por não apresentar desfechos compatíveis na redução de eventos cardiovasculares maiores.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, Fernandes-Silva MM, et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(6):1174-212.</p> <p>Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, Lopes RD, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arq. Bras. Cardiol. 2021;117(1):181-264.</p> <p>Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care. 2021 Jan;44(Suppl 1): S1-S2. doi: 10.2337/dc21-Sint. PMID: 33298409.</p>
100	C	<p>descrição da lesão corresponde a carcinoma basocelular, bem como localização em paciente com atividade profissional que exigia exposição solar. Conduta exérese com margens apropriadas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>AZULAY RD, AZULAY DR. Dermatologia. 6ª. edição. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2013.</p> <p>RAMOS-e-SILVA M, CASTRO MCR. Fundamentos da Dermatologia. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu; 2009.</p> <p>WOLFF K, GOLDSMITH LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th edition. New York: Ed. McGraw Hill; 2008. Sampaio, SAP; Rivitti, EA. Dermatologia. 3.ed. rev e ampl. São Paulo,2008.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
101	A	<p>A questão contempla uma patologia muito predominante nos atendimentos de pronto-socorro, que é o Infarto Agudo do Miocárdio, devendo o médico estar apto a administrar corretamente as medicações indicadas no protocolo vigente sabendo suas indicações e contraindicações com perícia e usando seu conhecimento com agilidade.</p> <p>a) CORRETA: O tratamento inicial visa melhorar a perfusão do miocárdio e reduzir os fatores que podem agravar a lesão. A dor deve ser controlada, pois é um fator que deixa o paciente estressado e que eleva a sua frequência cardíaca e a pressão arterial. Deve-se administrar fármaco vasodilatador coronariano para melhorar a perfusão miocárdica. Os anticoagulantes auxiliam a reduzir o risco de coagulação intracoronariana. No caso apresentado, onde está presente a hipertensão arterial sistêmica, os anti-hipertensivos de escolha são os que promovem redução do trofismo cardíaco, e não os diuréticos que irão causar redução da volemia e conseqüente redução da perfusão miocárdica.</p> <p>b) INCORRETA: Cetoprofeno é um anti-inflamatório não hormonal e não faz parte do protocolo de atendimento ao infarto agudo do miocárdio. O oxigênio é utilizado somente em pacientes quando a SatO² esteja abaixo de 90%, já que o uso rotineiro em pacientes não hipoxêmicos já foi evidenciado como causa de aumento da área infartada e maior incidência de arritmias cardíacas.</p> <p>c) INCORRETA: A alternativa também não comenta o uso do clopidogrel que é mandatório nestes casos.</p> <p>d) INCORRETA: Codeína é uma medicação que não faz parte do protocolo de atendimento ao infarto agudo do miocárdio. O oxigênio é utilizado somente em pacientes com a SatO² esteja abaixo de 90%, já que o uso rotineiro em pacientes não hipoxêmicos já foi evidenciado como causa de aumento da área infartada e maior incidência de arritmias cardíacas. A alternativa também não comenta o uso do clopidogrel que é mandatório nestes casos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Braunwald E, Zipes DP, Bonow RO. Braunwald – Tratado de Doenças Cardiovasculares – 2 volumes – 10ª Ed. GEN: Guanabara Koogan: 2017. Castro, Iran. Livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Manole: 2021. Nicolau JC, Feitosa, Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, Lopes RD, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arq. Bras. Cardiol. 2021;117(1) : 181-264.</p>
102	A	<p>No enunciado do caso clínico cita que a mãe do paciente fez sorologias na gestação para CMV, Rubéola e Herpes tipo I e II e teve apenas IgG positiva o que fala a favor de contato prévio e não infecção aguda por estes patógenos. Quanto ao Zika vírus não realizou sorologia. Outro dado que confirma infecção por Zika vírus é a localização das calcificações cranianas na Tomografia de crânio que estão na junção corticossubcortical. Nas infecções por CMV Rubéola e Herpes as calcificações são periventriculares. Por tudo isto a resposta correta é infecção por Zika vírus.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Protocolo de atenção a saúde e resposta a ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo Zika vírus. Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_resposta_microcefalia_relacionada_infeccao_virus_zika.pdf.</p>
103	C	<p>Este paciente está sofrendo de uma ruptura do ligamento cruzado anterior. Os sintomas deste paciente e o teste positivo da gaveta anterior são sinais dessa lesão. O ligamento cruzado anterior encontra-se na cápsula da articulação do joelho, mas fora da cavidade sinovial da articulação. O LCA é esticado durante a extensão do joelho e relaxado durante a flexão. Previne o deslocamento anterior da tíbia no fêmur (ou deslocamento posterior do fêmur na tíbia) e a hiperextensão da articulação do joelho.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gray's, anatomia / Susan Standring ; [tradução Denise Costa Rodrigues... et al.]. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2010. Tortora, Gerard J. Microbiologia – 10. ed. Porto Alegre : Artmed, 2012</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
104	A	<p>a) CORRETA: Hipotensão postural. Paciente portadora de doença autoimune (causa mais comum de hipotireoidismo primário no Brasil é tireoidite de Hashimoto) que pode vir associada com outras doenças autoimunes como doença de Addison (insuficiência adrenal primária) que leva a quadro de hipotensão, hipoglicemia, perda de peso e escurecimento da pele devido ao aumento da molécula POMC.</p> <p>b) INCORRETA: Exame semiológico que se faz para avaliar suspeita de dengue, avalia fragilidade capilar.</p> <p>c) INCORRETA: Técnica semiológica que se faz quando tem suspeita de pielonefrite aguda e litíase renal</p> <p>d) INCORRETA: Técnica semiológica que avalia irritação peritoneal em quadros de abdome agudo</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Vilar L. Endocrinologia clínica. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.</p>
105	A	<p>O quadro clínico remete a hipótese diagnóstica de adenocarcinoma de endométrio, sendo a obesidade, diabetes e TRH isolada com estrogênio, fatores de risco associados a tal patologia. A atrofia endometrial é a causa mais frequente de sangramento pós-menopausa, porém não tem correlação com os fatores de risco mencionados. A miomatose e adenomiose são causas frequentes de sangramento uterino anormal no menacme, mas tendem a regredir após a menopausa quando o útero sofre atrofia volumétrica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Passos, EP; Ramos, JGL; Costa, SHM; et al. Rotinas em Ginecologia. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. 318 p. Yoshida A; Sarian LO; Andrade LA. Hiperplasia endometrial e câncer do endométrio. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 76/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica). Fernandes CE; Silva de Sá MF. Tratado de Ginecologia FEBRASGO. São Paulo: Elsevier; 2018. Berek JS. Berek & Novak - Tratado de Ginecologia - 16ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. 1184p.</p>
106	A	<p>a) CORRETA: A ingestão de água leva a hiposmolalidade plasmática com diminuição da liberação de hormônio antidiurético, que diminui a produção de canais de água no ducto coletor, com diminuição de reabsorção de água neste local, eliminando mais água livre.</p> <p>b) INCORRETA: Existe diminuição dos canais de água do ducto coletor e não da alça de Henle;</p> <p>c) INCORRETA: As alterações tubulares ocorrem a nível de ductor coletor;</p> <p>d) INCORRETA: A ingestão de água não aumenta a filtração glomerular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Loscalzo, Falci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Harrison's Principles of Internal Medicine, 21ª edição, 2022. Riella, Miguel Carlos. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 6ª edição, 2018. Guyton, A. C., Hall, J. E. (2017). Tratado de fisiologia médica. Brasil: Elsevier.</p>
107	C	<p>A presença de dores articulares e caroços dolorosos em antebraço caracterizam a reação tipo 2 ou seja o aparecimento de eritema nodoso Hanseníco. Neste caso, como se refere a um homem o tratamento de escolha é a utilização da talidomina 100 a 400mg/dia de acordo com a intensidade do quadro clínico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
108	D	<p>a) INCORRETA: Lesão no giro angular podem causar déficits na escrita, no cálculo, na orientação direita-esquerda e na nomeação dos dedos.</p> <p>b) INCORRETA: Lesão do lobo temporal esquerdo interferem muito no reconhecimento, na memória e na formação da linguagem.</p> <p>c) INCORRETA: Lesões no lobo parietal anterior podem causar dificuldade de reconhecer objetos pelo tato.</p> <p>d) CORRETA: A área pósteroinferior frontal esquerda representa a área de Broca e quando lesado observa-se dificuldade de expressão verbal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSEL, T. M. (Ed.). Princípios da neurociência. 4. ed. Barueri: Manole, 2003. MACHADO, Ângelo. Neuroanatomia funcional. 2. ed. São Paulo: Ateneu, 2000. TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. Princípios de anatomia e fisiologia. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. SAKATA, R. K.; ISSY, A. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: 2. ed. São Paulo: Manole, 2008.</p>
109	B	<p>A doença de Graves é uma desordem autoimune em que anticorpos proreceptor de TSH (TRAb) estimulam o receptor de TSH, aumentando a produção e secreção de hormônio tireoidiano, as manifestações clínicas incluem: palpitações, insônia, tremor, emagrecimento com hiperfagia, fraqueza muscular, diarreia, exoftalmia. Aumento da PA sistólica e diminuição da PA diastólica.</p> <ul style="list-style-type: none">• A tireoidite subaguda (granulomatosa ou de Quervain) começa com dor tireoidiana e sintomas sistêmicos de febre. A fase hipertireoidiana transitória seguida por uma fase hipotireoidiana transitória e a resolução em poucos meses é típica, com tireoide dolorida e sintomas sistêmicos de febre. [77] <p>Exames de diferenciação</p> <ul style="list-style-type: none">• A captação de iodo radioativo (ou tecnécio-99) é muito baixa, e a velocidade de hemossedimentação (VHS) e o nível de proteína C-reativa são altos.• Anticorpos antirreceptores da tireoide estão ausentes. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VILAR, Lucio. Endocrinologia clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.</p>
110	B	<p>a) INCORRETA: Pois apresentaria um papiledema e não escavação.</p> <p>b) CORRETA: Pois apresenta sinais da doença (hipertensão ocular, alteração anatômica de nervo óptico e alterações específicas de campo visual)</p> <p>c) INCORRETA: Pois só a hipertensão ocular não apresenta alteração anatômica em nervo óptico e alteração funcional específica em exame de campo visual.</p> <p>d) INCORRETA: Pois o paciente na campimetria apresentaria hemianopsia bitemporal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Glaucoma - primário de ângulo aberto- Paulo A. de Arruda Mello; Geraldo Vicente de Almeida; Homero Gusmão de Almeida, Rio de Janeiro, 1ª edição, Ed. Cultura Médica 2011. Shields Tratado de Glaucoma - R. Rand Allingham 6ª edição, Lippincott Williams & Wilkin-USA, 2005, Ed. Cultura Médica, 2014. Série Oftalmologia Brasileira - Conselho Brasileiro de Oftalmologia Ed. Cultura Médica. Volumes disponíveis aos associados no site do CBO, em Educação Continuada. Manual de exame em glaucoma - Paranhos Jr., Augusto; Melo Jr., Luiz Alberto S., 1ª edição – São Paulo, Leitura Médica Ltda., 2015. Manual de exame em Glaucoma Melo Jr., 1ª edição - São Paulo: Leitura Médica Ltda., 2015.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
111	D	<p>O gráfico refere-se à apresentação de resultados de uma meta-análise para o risco de tromboembolismo venoso para as usuárias de contraceptivo oral combinado. Quinze estudos podem ser identificados subdivididos em cinco grupo com resultados parciais. Sete e oito estudos apresentam significância estatística maior e menor que 0,05, respectivamente. Dos cinco grupos três apresentam risco aumentado para tromboembolismo venoso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Bateson D, Butcher BE, Donovan C, Farrell L, Kovacs G, Mezzini T, et al. Risk of venous thromboembolism in women taking the combined oral contraceptive: A systematic review and meta-analysis. Aust Fam Physician. 2016;45(1):59–64.</p> <p>Morimont L, Haguet H, Dogné JM, Gaspard U, Douxfils J. Combined Oral Contraceptives and Venous Thromboembolism: Review and Perspective to Mitigate the Risk. Front Endocrinol (Lausanne). 2021;12 (December).</p>
112	D	<p>a) INCORRETA: A dor torácica apresentada pelo paciente não tem a característica típica da apresentada pela dissecação aguda da aorta, além do que o achado de supradesnivelamento do segmento ST com os comemorativos clínicos apresentados pelo paciente tornam o diagnóstico de infarto agudo do miocárdico como o correto nesta questão.</p> <p>b) INCORRETA: A dor apresentada pelo paciente não apresenta o padrão pleurítico e postural (alívio posição genupeitoral) característico da pericardite, embora nesta enfermidade possa ocorrer irradiação para pescoço, ombro, dorso e epigástrio. Não há também relato de atrito pericárdico no exame físico que se associa a pericardite. Embora a elevação do segmento de ST ocorra na pericardite, esta difere do padrão apresentado pelo paciente: a elevação do ST é côncava para cima e ocorre em todas as derivações exceto aVR e V1. O Rx de tórax na pericardite pode repercutir em silhueta cardíaca aumentada simetricamente na presença de grande derrame pericárdico.</p> <p>c) INCORRETA: Tendo em vista a presença de supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma, o diagnóstico de infarto já está dado, portanto neste primeiro momento dispensa-se a dosagem de troponina para confirmação diagnóstica.</p> <p>d) CORRETA: Paciente homem, 70 anos, com inúmeros fatores de risco cardiovascular (hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia) deu entrada no pronto-socorro com dor torácica típica (dor tipo A => definitivamente anginosa) já com sinais clínicos de evolução para choque cardiogênico (hipotensão, má perfusão periférica e congestão pulmonar). Durante análise dos exames subsidiários nota-se no eletrocardiograma o padrão de supradesnivelamento do segmento ST nas derivações DII, DIII e aVF (parede inferior) e V5/V6 (parede lateral) já com imagem em espelho em V1 e V2, achados que confirmam o diagnóstico de infarto por oclusão coronariana aguda. O RX do tórax mostra padrão de congestão pulmonar secundário ao contexto de baixo débito cardíaco do paciente em decorrência à perda aguda de inotropismo em decorrência do infarto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Zipes, DP et al. Braunwald Tratado de Doenças Cardiovasculares. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.</p> <p>Velasco, IT et al. Medicina de Emergência: abordagem prática. 15. ed. São Paulo: Manole; 2021.</p> <p>Consolim-Colombo, FM; Izar, COM; Saraiva, JFK. Tratado de cardiologia SOCESP. 4. ed. Barueri [SP]: Manole; 2019.</p>
113	D	<p>Todos os desfechos avaliados tiveram redução em relação ao grupo que não utilizou anti-hipertensivos à noite e a redução de eventos coronarianos foi de 44% (1 - 0,56), visto que HR foi de 0,56. Portanto, a alternativa D está correta. O fato de as representações gráficas não tocarem a linha vertical, indicam que o intervalo de confiança não passou pelo valor 1,0, e por estarem abaixo desse valor, indicam que a exposição (usar medicamentos à noite) foi um fator de proteção para evento cardiovascular. Todos os desfechos tiveram redução significativa e não devem ter ocorrido ao acaso, pois o p foi menor que 0,001 para todos os resultados. A redução de todos os eventos cardiovasculares foi da ordem de 42% (1 – 0,58) e não 58%.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Hermida RC, Crespo JJ, Domínguez-Sardiña M, Otero A, Moyá A, Ríos MT, et al. Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy Trial. European Heart Journal. 21 de dezembro de 2020;41(48):4565–76.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2022
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [recurso eletrônico] / Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias; [coordenação editorial: Lêda Chaves Dias]. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v.
114	D	<p>Para melhorar o controle da asma, é importante identificar e reduzir a exposição à alérgenos e irritantes, bem como controlar os fatores capazes de intensificar os sintomas ou precipitar exacerbações de asma, sendo a etapa 1 do tratamento, que envolve promover a educação da criança com asma e sua família, além do controle ambiental. O controle ambiental da asma requer educação e um plano completo para diminuição da exposição alérgica no domicílio, e medidas isoladas têm menor probabilidade de ser eficazes. Para ácaros, as medidas físicas incluindo colocação de capas impermeáveis a ácaros em colchão e travesseiro, remoção de carpetes e tapetes e uso frequente de aspirador de pó uso tem se mostrado superior ao uso de acaricidas como benzoato de benzila ou ácido tânico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA – GINA. 2018 Pocket Guide For Asthma Management And Prevention. GINA, 2018.</p> <p>GUSSO, G; LOPES, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática. Artemed, 2ª ed, 2019.</p>
115	D	<p>A febre em um paciente neutropênico deve ser considerada uma emergência médica. Antibacterianos de amplo espectro (cefepime, meropenem, imipenem ou piperacillin-tazobactam, ceftazidime) devem ser dados o mais rápido possível (dentro de 60 minutos da triagem) e em doses completas, ajustados para função renal e/ou hepática. A vancomicina (ou outros agentes que visam cobertura para cocos gram-positivo) não é recomendada como parte padrão do regime inicial, mas deve ser adicionada em certos pacientes, como aqueles com suspeita de infecção relacionada ao cateter, infecção de pele ou tecido mole, pneumonia ou instabilidade hemodinâmica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>FREIFELD AG, BOW EJ, SEPKOWITZ KA, <i>et al.</i> Diretriz clínica para o uso de agentes antimicrobianos em pacientes neutropenicos com câncer: atualização de 2010 pela Sociedade de Doenças Infecciosas da América. Clin Infect Dis 2011; 52:e56.</p> <p>Diretrizes de Prática Clínica da Rede Nacional abrangente de Câncer (NCCN) em Oncologia. Prevenção e tratamento de infecções relacionadas ao câncer. Versão 1.2018. Disponível em: http://www.nccn.org (acessado em 01 de maio de 2022).</p> <p>TAPLITZ RA, KENNEDY EB, BOW EJ, <i>et al.</i> Gerenciamento ambulatorial de febre e neutropenia em adultos tratados para malignidade: American Society of Clinical Oncology and Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline update. J Clin Oncol 2018; 36:1443.</p>