



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	A	a. CORRETA: O resultado esperado seria: pH < 7,38; PaO₂ < 60 mmHg (ou < 50 mmHg na Doença pulmonar crônica) em ar ambiente; Pa Co₂ > 50 mmHg em ar ambiente. b. INCORRETA: O resultado esperado seria: pH < 7,38; PaO₂ < 60 mmHg (ou < 50 mmHg na Doença pulmonar crônica) em ar ambiente; Pa Co₂ > 50 mmHg em ar ambiente. c. INCORRETA: O resultado esperado seria: pH < 7,38; PaO₂ < 60 mmHg (ou < 50 mmHg na Doença pulmonar crônica) em ar ambiente; Pa Co₂ > 50 mmHg em ar ambiente. d. INCORRETA: O resultado esperado seria: pH < 7,38; PaO₂ < 60 mmHg (ou < 50 mmHg na Doença pulmonar crônica) em ar ambiente; Pa Co₂ > 50 mmHg em ar ambiente. Os critérios de diagnóstico da insuficiência respiratória aguda são: Hipóxia: A insuficiência respiratória é diagnosticada em pacientes sem doença pulmonar crônica quando há oximetria de pulso em declínio de 92% de saturação ou saturação inicial da oximetria de pulso < 80% no ar ambiente. Diagnostica-se uma insuficiência respiratória grave quando a gasometria arterial apontar PaO₂ < 60 mmHg no ar ambiente. Hipercapnia: Faz-se um diagnóstico de insuficiência respiratória hipocápnica em pacientes que não têm doença pulmonar crônica quando há hipóxia e elevação aguda da PaCO₂ arterial for >45 a 50 mmHg com acidose (pH < 7.35) associada. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BMJ Best Practice – May 17th.2016. Insuficiência respiratória aguda.
2	A	a. CORRETA. Única alternativa que preenche critérios segundo o DSM-IV para o Diagnóstico da paciente. Após a Lei 10.2016 o tratamento preconizado é o multidisciplinar em Caps ad.Síndrome de abstinência neonatal e um dos principais riscos obstetras\neonatais da gestante usuária de cocaína. b. INCORRETA. Não preenche critérios segundo o DSM-IV para Delirium. Apresenta estabilidade clínica, não sendo necessário encaminhamento para Pronto Socorro. c. INCORRETA. Não preenche Critérios (DSM-IV) para Transtorno psicótico induzido por substância (estimulante), colaborativa e mostrando interesse para tratamento. Sem indicação para internação hospitalar (Lei 10.216). d. INCORRETA. Não preenche critérios DSM-IV para Abstinência de substância (estimulante), paciente com especificador de gravidade mais de 6 sintomas que caracteriza como gravidade moderada\grave, sendo indicado encaminhar para tratamento em Caps Ad. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Seibel SD. Dependência de Drogas.2.ed. São Paulo: Editora Ateneu, 2010. DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª edição, Porto Alegre. Artmed, 2014.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
3	C	História ocupacional relacionada à exposição à sílica (jateamento de areia) e os achados radiográficos sugestivos (imagens nodulares e de diferentes tamanhos) geralmente fazem o diagnóstico da silicose. a. Não há associação entre silicose e diabetes. b. Não há associação entre silicose e pielonefrite. c. A associação da silicose com a tuberculose já é bem estabelecida. d. Vários estudos mostram a associação com o câncer de pulmão. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: PEREIRA, C.A.C; HOLANDA, M.A. Medicina Respiratória. São Paulo: 2014 Editora: Atheneu vol. 2, cap. 154, pg. 1375-1381
4	A	a. CORRETA. b. INCORRETA. A descrição referida é de Comunicação Interatrial c. INCORRETA. A descrição referida é de Persistência do Canal Atrial d. INCORRETA. A descrição referida é de Atresia de Tricúspide REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Soeiro A.M., Leal T. C. A., Oliveira Jr M. T., Kalil Filho R., Manual de Condutas Práticas da Unidade de Emergência do Incor, Editora Manolo, edição digital, 2015// Ramires J. A. F., Kalil Filho R., Cardiopatias Congênitas-Série Incor, 1ª edição, 2014
5	A	A paciente apresenta como principais sintomas depressivos (“tristeza profunda” com alteração do apetite/sono, desinteresse pelo ambiente, sensação de menos valia etc.). A classe farmacológica mais indicada para o quadro são os inibidores da receptação seletiva de serotonina são os “antidepressivos” mais recentes, com o destaque para a fluoxetina. São substâncias mais “limpas”, ou seja, agem sobre poucos sistemas de neurotransmissão, basicamente inibindo seletivamente a recaptção da serotonina. Representaram uma grande explosão de prescrição. Agem sobre a serotonina, entretanto, para ainda um tensionamento sobre qual o real papel da serotonina nos sintomas depressivos. Este acaba sendo um discurso ainda bastante divulgado e repetido: “depressão é causada por falta de serotonina no cérebro”. O efeito placebo não pode ser desconsiderado no uso dessas medicações. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Caderno de atenção básica Saúde Mental de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
6	D	a. Incorreta, pois o VEF1/CVF está normal, excluindo obstrução, além disso o aumento do VEF 1 foi de apenas 80 ml, não sendo significativo. b. Incorreta, pois o VEF1/CVF está normal, excluindo obstrução. c. Incorreta, pois não há aumento significativo do VEF 1, que foi de apenas 80 ml pós broncodilatador, apesar do distúrbio restritivo estar correto, pois CVF menor que 80% d. Correta. Distúrbio restritivo está correto, pois CVF encontra-se menor que 80% e não há aumento significativo do VEF 1, que foi de apenas 80 ml pós broncodilatador. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Consenso de Provas de Função Pulmonar- SBPT – 2002 Função pulmonar – volume 1 -Série Atualização e Reciclagem em Pneumologia – Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia. Editora Atheneu
7	D	a. INCORRETA. O caso não sugere infecção bacteriana, dispensando o antibiótico como conduta imediata, sendo necessário o uso de corticoide sistêmico por se



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		tratar de uma exacerbação e broncodilatadores de curta ação. b. INCORRETA. O caso não sugere infecção bacteriana, dispensando o antibiótico como conduta imediata, e também não há o mais importante que é a broncodilatação de curta ação para efeito rápido. c. INCORRETA. Seria necessário o uso de corticoide sistêmico por se tratar de uma exacerbação, oxigenioterapia e B2 adrenérgico de curta ação e não de longa ação. d. CORRETA. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MARTIRI, T.M. Asma aguda na infância. Rev. SOPERJ, no 13.2. Rio de Janeiro:2012
8	D	a. Errada: quadro clínico, agente etiológico e tratamentos não compatíveis b. Errada: quadro clínico, agente etiológico e tratamentos não compatíveis c. Errada: quadro clínico, agente etiológico e tratamentos não compatíveis d. Correta achados clínicos compatíveis, febre não está presente, no máximo, febrícula, quadro leve, melhora com sintomáticos REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Mattos, L.F, Infecções de vias aéreas superiores, resfriado comum e gripe; In: Gusso, G; Lopes, J.M.C. (org) Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 1ª. Ed, Porto Alegre, Artmed, 2012, p.1202-1209. Mattos, L.F.; Gripe e resfriado, prevenção, diagnóstico, tratamento e complicações: In: Promef Porto Alegre, Armed, ciclo 1 volume 1, p.111-134.
9	D	a. INCORRETA. Não seria a primeira opção, considerado que o objeto é radio opaco. b. INCORRETA. Não seria a primeira opção, considerado que o objeto é radio opaco. Quando indicado seria sem contraste. c. INCORRETA. Não seria a primeira opção, considerado que o objeto é radio opaco. d. CORRETA. Como trata-se de um instrumento radio opaco este seria a primeira conduta. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Lee, KJ. Princípios de otorrinolaringologia: cirurgia de cabeça e pescoço. 9a ed. Porto Alegre: AMGH;2010. Tratado de Otorrinolaringologia. Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. 2a ed. São Paulo: Roca;2011. Piltcher OB et al. Rotinas em Otorrinolaringologia. 1a ed. São Paulo: Artmed; 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5078654/pdf/GRP2016-8520767.pdf



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
10	B	a. INCORRETA. A IC com fração de ejeção preservada é caracterizada por remodelamento concêntrico do ventrículo esquerdo e esta geralmente associada à disfunção diastólica, que, por sua vez, está relacionada à idade avançada, sexo feminino, obesidade, diabetes mellitus, doença coronariana, doença renal e estenose aórtica. A disfunção cardíaca é diastólica devido à insuficiência mitral com aumento da pré-carga consequente ao aumento do volume diastólico. Há sintomas e sinais de congestão pulmonar. b. CORRETA. A fração de ejeção está comprometida devido a insuficiência mitral com aumento da pré-carga consequente ao aumento do volume diastólico, o mecanismo de Frank-Starling (aumento do volume e pressão diastólica buscando a normatização do débito cardíaco) está comprometido, ocorrendo a dilatação e hipertrofia excêntrica. c. INCORRETA. Vide resposta comentada das alternativas a e b. d. INCORRETA. Vide resposta comentada das alternativas a e b. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
11	D	a. INCORRETA: o diagnóstico não é pneumonia, sendo comum nas PAC estertores finos e sinais de síndrome de consolidação. b. INCORRETA: o diagnóstico está correto, mas principalmente nestes pacientes idosos evitamos a xantina aminofilina pelos efeitos adversos da mesma em idosos e nas exacerbações usando corticoides sistêmicos inicialmente. c. INCORRETA: o diagnóstico está equivocado e nos quadros de pneumonia adquirido na comunidade não faz parte do tratamento habitual Beta 2 agonista e a anticolinérgico. d. CORRETA: diagnóstico é DPOC utilizando beta 2 agonista de longa duração, associar os anticolinérgicos e corticoide sistêmico como a hidrocortisona ev. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Geriatria e Gerontologia 4ª edição, Elizabeth Viana de Freitas, Ligia PY. Ed. Guanabara. Diretrizes Brasileiras para o manejo da DPOC (Adaptação para o Brasil do consenso Latino-americano de DPOC)
12	A	a. Apesar das modificações sistêmicas e locais da gestação na mulher e do peso desta paciente acima do percentil 90, não é possível afirmar que a dor no membro inferior não pudesse ser uma TVP. O quadro clínico é típico de Doença Tromboembólica Venosa (TVP e TEP). b. A conduta adequada, mesmo com o score de Wells em valores intermediários (não aparece no problema) e mesmo sendo a paciente gestante, é iniciar terapia tromboembólica e realizar angio-TC. c. Apesar do quadro clínico e da dor precordial de forte intensidade, não é IAM e menos ainda seria em decorrência de uma TEP. d. Apesar do quadro clínico e da dor precordial de forte intensidade, não é IAM e menos ainda seria em decorrência de uma TVP. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretriz Assistencial em TEP: Pires, Elda Maria Stafuzza Gonçalves. Hospital Israelita Albert Einstein – 2015. TVP – Diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. 2015.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
13	A	Os primeiros sinais fundoscópicos da retinopatia diabética são microaneurismas, observados na retina posterior, na região macular. Surgem como pequenas dilatações saculares avermelhadas e com bordas bem definidas na microcirculação retiniana. Mesmo com a presença de hipertensão arterial é possível identificar achados típicos de retinopatia diabética que é um marcador de lesões paraenquimatosas em outros órgãos alvos. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/41-retinopatia-diabetica
14	A	a. CORRETA: Apresenta principal fator de risco para o câncer de pulmão (tabagismo), presença de nódulo no RX de tórax, a biópsia de nódulo é o exame indicado para confirmar diagnóstico. b. INCORRETA: Tuberculose pulmonar apresenta febre baixa vespertina e o exame indicado é a pesquisa de BK no escarro c. INCORRETA: Linfoma de Hodgkin apresenta uma maior ocorrência dos 15 a 34 anos e outra após os 60 anos, neste caso a maioria é um grau intermediário de linfomas não-Hodgkin. A tomografia de tórax auxilia no estadiamento, o que confirma o diagnóstico é a biópsia de linfonodo. d. INCORRETA: o quadro não é compatível com lúpus eritematoso sistêmico. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: de Groot, Patricia M., et al. "Staging of lung cancer." Clinics in chest medicine 36.2 (2015): 179-196. YOUNES, Riad N. "Câncer de pulmão." Manual de diagnóstico e tratamento para o residente de cirurgia: edição revista e ampliada (2 volumes) 1 (2013): 719-746. Cecil (acrescentar).
15	D	a. INCORRETA. A Hipertensão Arterial Sistêmica associada à cardiopatia isquêmica crônica está entre as principais causas de Insuficiência Cardíaca no Brasil. A Doença de Chagas associa-se à Insuficiência Cardíaca em determinadas zonas endêmicas do país, com epidemiologia evidente, que não se aplica ao caso em questão. O paciente acima, possui o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 5 anos, não aderente ao tratamento farmacológico e provavelmente também ao não-farmacológico. O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbimortalidade cardiovascular. Os betabloqueadores apresentam diversas atuações na fisiologia e metabolismo do cardiomiócito de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) em decorrência de sua ação no antagonismo da atividade simpática, que cronicamente apresenta efeitos deletérios à função e geometria ventricular. Os benefícios da redução do antagonismo da atividade simpática se traduzem pela melhora clínica e da função ventricular com aumento da sobrevida dos pacientes com IC. Os betabloqueadores com eficácia clínica comprovada no tratamento da IC são: carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol. Os diuréticos, dentre os medicamentos empregados na cardiologia, são os mais eficazes no controle e redução das manifestações clínicas da IC. Quando prescritos para pacientes com retenção hídrica, rapidamente promovem alívio da congestão, reduzem os sintomas e melhoram a performance cardíaca. Estes benefícios são frequentemente associados à melhora substancial na qualidade de vida dos pacientes. b. INCORRETA. A Hipertensão Arterial Sistêmica associada à cardiopatia isquêmica crônica está entre as principais causas de Insuficiência Cardíaca no Brasil. A Doença de Chagas associa-se à Insuficiência Cardíaca em determinadas zonas endêmicas do país, com epidemiologia evidente, que não se aplica ao caso em questão. O paciente acima, possui o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 5 anos, não aderente ao tratamento farmacológico e provavelmente



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		também ao não-farmacológico. O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbimortalidade cardiovascular. Os betabloqueadores apresentam diversas atuações na fisiologia e metabolismo do cardiomiócito de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) em decorrência de sua ação no antagonismo da atividade simpática, que cronicamente apresenta efeitos deletérios à função e geometria ventricular. Os benefícios da redução do antagonismo da atividade simpática se traduzem pela melhora clínica e da função ventricular com aumento da sobrevida dos pacientes com IC. Os betabloqueadores com eficácia clínica comprovada no tratamento da IC são: carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol. Os diuréticos, dentre os medicamentos empregados na cardiologia, são os mais eficazes no controle e redução das manifestações clínicas da IC. Quando prescritos para pacientes com retenção hídrica, rapidamente promovem alívio da congestão, reduzem os sintomas e melhoram a performance cardíaca. Estes benefícios são frequentemente associados à melhora substancial na qualidade de vida dos pacientes. c. INCORRETA. A Hipertensão Arterial Sistêmica associada à cardiopatia isquêmica crônica está entre as principais causas de Insuficiência Cardíaca no Brasil. A Doença de Chagas associa-se à Insuficiência Cardíaca em determinadas zonas endêmicas do país, com epidemiologia evidente, que não se aplica ao caso em questão. O paciente acima, possui o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 5 anos, não aderente ao tratamento farmacológico e provavelmente também ao não-farmacológico. O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbimortalidade cardiovascular. Numerosos ensaios clínicos randomizados e placebo-controlados demonstraram benefícios dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) sobre mortalidade e morbidade em diferentes estágios evolutivos da insuficiência cardíaca (IC), desde a disfunção ventricular sistólica assintomática até os casos mais graves de IC avançada. Seus efeitos hemodinâmicos incluem a diminuição da pressão capilar pulmonar (redução da pré-carga) e da pressão arterial sistêmica (pós-carga). Os diuréticos, dentre os medicamentos empregados na cardiologia, são os mais eficazes no controle e redução das manifestações clínicas da IC. Quando prescritos para pacientes com retenção hídrica, rapidamente promovem alívio da congestão, reduzem os sintomas e melhoram a performance cardíaca. Estes benefícios são frequentemente associados à melhora substancial na qualidade de vida dos pacientes. d. CORRETA. Hipertensão Arterial Sistêmica associada à cardiopatia isquêmica crônica está entre as principais causas de Insuficiência Cardíaca no Brasil. A Doença de Chagas associa-se à Insuficiência Cardíaca em determinadas zonas endêmicas do país, com epidemiologia evidente, que não se aplica ao caso em questão. O paciente acima, possui o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há 5 anos, não aderente ao tratamento farmacológico e provavelmente também ao não-farmacológico. O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbimortalidade cardiovascular. Numerosos ensaios clínicos randomizados e placebo-controlados demonstraram benefícios dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) sobre mortalidade e morbidade em diferentes estágios evolutivos da insuficiência cardíaca (IC), desde a disfunção ventricular sistólica assintomática até os casos mais graves de IC avançada. Seus efeitos hemodinâmicos incluem a diminuição da pressão capilar pulmonar (redução da pré-carga) e da pressão arterial sistêmica (pós-carga). Dados dos registros de IC documentam a importância da congestão na gênese dos sintomas ao identificar que 89% dos pacientes hospitalizados com IC apresentavam dispneia, 67% apresentavam estertores em bases, 34% dispneia de repouso e 65% edema de membros inferiores. Os diuréticos, dentre os medicamentos empregados na cardiologia, são os mais eficazes no controle e redução das



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		manifestações clínicas da IC. Quando prescritos para pacientes com retenção hídrica, rapidamente promovem alívio da congestão, reduzem os sintomas e melhoram a performance cardíaca. Estes benefícios são frequentemente associados à melhora substancial na qualidade de vida dos pacientes. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Angelo A. V. de Paola, Marcia M. Barbosa, Jorge Ilha Guimarães. Livro texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Manole, 2012 Barueri, SP.
16	D	a. INCORRETA - Mulher que se veste com roupas masculinas com objetivos artísticos. a. INCORRETA - Nasce homem e sem veste como mulher, em geral, não desejam a mudança de sexo. b. INCORRETA - Homem que se veste com roupas femininas com objetivos artísticos. c. CORRETA - Nasce homem e sem veste como mulher, em geral, desejam a mudança de sexo. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/ProgramasProjetos/CPDS/Cartilha_Diversidade_Sexual_ea_Cidadania_LGBT.pdf
17	A	Trata-se de paciente com AVC isquêmico do tipo embólico, com provável origem do trombo na valva mecânica em posição mitral da paciente. As duas imagens correspondem a: Imagem A – tomografia cerebral três horas após o início dos sintomas. Imagem B – tomografia cerebral 15 dias após o início dos sintomas. Nesta questão pede-se que o aluno seja capaz de reconhecer o quadro clínico do AVC isquêmico, determinar sua origem (embólica) e correlacionar com os achados da tomografia sem contraste feita logo após o início dos sintomas e tardiamente. Pede-se também, que correlacione o quadro clínico, os achados tomográficos com os possíveis tratamentos disponíveis nos dias atuais, quais sejam a trombectomia mecânica e a farmacológica. A trombectomia mecânica deve ser feita até o limite de seis horas após o início dos sintomas. A trombectomia farmacológica (rTPA) deve ser feita até 4,5 horas após o início dos sintomas. Desta forma: a. CORRETA. O aluno identifica a tomografia como sendo recente e indica a trombectomia mecânica. b. INCORRETA. A imagem A não corresponde àquela obtida 48 horas o início dos sintomas e neste período de tempo não está indicada a trombólise farmacológica c. INCORRETA. A imagem B não corresponde àquela obtida seis horas após o início dos sintomas. d. INCORRETA. A imagem B não corresponde àquela obtida setenta e duas horas após e mesmo nestes casos não está indicada a trombectomia mecânica. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J (Orgs.). Manual de medicina de Harrison. 18ed. Porto Alegre : AMGH, 2013.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
18	B	De acordo com as referências bibliográficas abaixo, as principais causas de tosse crônica, ou seja, aquela que tem duração maior do que oito semanas, pela ordem decrescente de prevalência são: gotejamento posterior ou rinorréia posterior, asma, doença do refluxo gastroesofágico, bronquite crônica, bronquite eosinofílica, bronquiectasias, uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina e tosse pós-infecciosa. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil – Medicina Interna. 23 ed. Capítulo 83. Pagina 687. Abordagem diagnóstica da tosse crônica em pacientes não-tabagistas - J. Pneumologia vol.29 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2003 - Print version ISSN 0102-3586On-line version ISSN 1678-4642
19	C	a. O volume corrente aumenta com esta manobra. b. O espaço morto depende unicamente da anatomia do paciente, principalmente das vias aéreas e portanto não se modifica. c. A respiração com os lábios semicerrados produz uma melhora das trocas gasosas e uma redução do consumo de oxigênio. Os efeitos da utilização desta respiração são o aumento do volume corrente, a diminuição da frequência respiratória, a diminuição da resistência das vias aéreas e do aumento no tempo expiratório e no recrutamento muscular, melhorando as trocas gasosas e reduzindo o consumo de oxigênio. d. O tempo expiratório aumenta, já que há certa dificuldade em expelir o ar com os lábios semicerrados. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Velloso M, Koenig, AM e Lima, VP: Conservação de energia e fadiga in Pereira CAC e Alcântara MH: Medicina Respiratória. Editora Atheneu, SP 2014: 741-746.
20	A	Para uma descrição completa das categorias diagnósticas atualmente utilizadas no Brasil, recomenda-se a consulta à Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas (INCA, 2006): Lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL) / Lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL). Paciente com menos de 30 anos, vida sexual ativa, portadora de HPV com as lesões descritas na citologia que são características de LSIL. Apresenta baixo risco de câncer ginecológico, assim, o preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo INCA é repetir a colpocitologia após seis meses e acompanhamento das alterações uma vez que a chance de resolução espontânea é muito alta. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
21	A	a. CORRETA. A coronária direita tem predominância na origem da diagonal posterior. Pelo ECG trata-se de IAM de parede inferior (supradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII e infra em V1, V2 e V3) e por isso a lesão mais provável seria nesta localização. b. INCORRETA. A artéria diagonal anterior é ramo da coronária esquerda e o ECG não corresponde ao achado de topografia desta artéria. c. INCORRETA. Como no ECG se observa supradesnivelamento do segmento ST, não se trata de angina e sim de infarto. Pelas alterações do segmento ST, não se trata de topografia de coronária esquerda. d. INCORRETA. Mesma situação da alternativa precedente. Trata-se de infarto e não de angina. E a artéria circunflexa está na topografia esquerda. Embora seja necessário o estudo cinecoronariográfico, o ECG permite inferir sim o local mais provável, que será ou não confirmado com o cateterismo. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Pires MTB. Erazo: Manual de Urgências em Pronto Socorro; 10ª ed; Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2014.
22	C	A neuralgia Trigêmeinal, é caracterizada por intensa dor, tipo choque, de curta duração e alta frequência. Associada a sinais de gatilhos como escovar os dentes e mastigar. A fisiopatologia está relacionada a compressão do nervo trigêmeo pela artéria cerebelosa superior ou artéria cerebelar inferior anterior. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Moore - Anatomia orientada para a Clínica 6ªed Porto, -Semiologia Medica - 7ª Ed Harrisons.Neurology.in.Clinical.Medicine.2nd Youmans.Neurological.Surgery.6th.Ed Venturi V.. Nevralgias periféricas da face e seu tratamento. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 1943 Dec [cited 2017 May 29]; 1(3): 300-310. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1943000300005
23	B	a. INCORRETA: A síndrome geralmente é diagnosticada em adolescentes por causa da amenorréia primária. Algumas vezes as pacientes podem referir dor abdominal cíclica, decorrente de alguma cavidade endometrial rudimentar. Quando há suspeitas, o ultra-som deve ser utilizado b. CORRETA: Hidrometrocolpos acúmulo de líquidos no útero e na vagina ocorre em diversas situações obstrutivas, por exemplo: presença de membrana vaginal, hímen imperfurado, atresia vaginal. Os casos de hímen imperfurado são geralmente encontrados na puberdade, quando o acúmulo de sangue menstrual leva ao aparecimento dos sintomas. A ultrassonografia tem sido muito utilizada no diagnóstico de massas e de patologias pélvicas na infância, devido a praticidade, ausência de sedação e baixo custo operacional. Porém na suspeita de hímen imperfurado a inspeção da genitália externa pode ajudar sendo ainda bem mais característica ao mostrar o hímen abaulado e de cor violácea. c. INCORRETA: Na dependência do volume tumoral, a palpação abdominal pode detectar provável tamanho, consistência e sensibilidade. Aumento volumétrico da região anexial e não na topografia do útero e vagina, com atraso menstrual obriga à realização da dosagem de subunidade β da gonadotrofina coriônica humana (β-HCG) para exclusão de prenhez ectópica. d. INCORRETA: Os sintomas mais comuns da endometriose em adolescentes são dores abdominais periódicas ou constantes, dor na relação sexual, fortes cólicas menstruais, problemas intestinais e até mesmo desconforto ao urinar, não sendo



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		encontrado massa pélvica REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Walecki JK, Iko BO. Ultrasound contribution to diagnosis of neonatal hydrometrocolpos. J Natl Med Assoc 1984; 76: 913-4. Galifer RB. Les malformations utero-vaginales. Pediatrie Bucur. 1992; 47(5): 379-90. L.M. Shaw,W.A. Jones,R.J. BreretonImperforate hymen and vaginal atresia and their associated anomaliesJ R Soc Med., 76 (1983), pp. 560-566Medline L.M. Shaw,W.A. Jones,R.J. Brereton Imperforate hymen and vaginal atresia and their associated anomalies J R Soc Med., 76 (1983), pp. 560-566 CARDOSO, G. et al, Hematometocolpos numa Adolescente. Acta Pediatr. Port.. 1999; N.º 3; Vol. 30: 237-8 PINTO, M . et al, Hímen imperfurado como causa de retenção urinária: a importância do exame físico. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia ano 2011, vol XX, n.º 4
24	C	a. INCORRETA. A punção de alívio é desnecessária pois não há evidência de que o paciente tenha pneumotórax hipertensivo. b. INCORRETA. A pleuroscopia não está indicada como medida de emergência e além disso não contempla a investigação da cavidade abdominal que é necessária para o caso. c. CORRETA. Ferimento penetrante no tórax, com evidência clínica de pneumotórax. Deve ser tratado com administração de oxigênio e drenagem torácica em selo d'água. Além disso, a questão trata de ferimento em transição toraco-abdominal em lado esquerdo, portando a cavidade abdominal precisa ser investigada para avaliar a possibilidade de lesões intra-peritoneais. d. INCORRETA. Não se explora ferimento penetrante do tórax. Se a pleura parietal estiver intacta, a exploração pode lesar esta estrutura. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: ATLS - Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos - 9ª Edição – 2014 ATUALIZAÇÃO EM CIRURGIA GERAL, EMERGÊNCIA E TRAUMA 9 Rasslan, S. & Birolini, D. – Atualização em Cirurgia Geral, Emergência e Trauma V. São Paulo. 2015
25	D	a. INCORRETA. Nesta alternativa seria uma hemorragia digestiva alta, sendo que o caso em questão é de uma hemorragia digestiva baixa, ou seja, abaixo do ângulo de Treitz, onde uma das causas mais frequentes é a doença diverticular do cólon. b. INCORRETA. O enunciado descreve toque retal sem tumorações, podendo descartar tumor colorretal e hemorroidas. c. INCORRETA. A síndrome de Mallory Weiss é uma laceração do esôfago, que causaria hemorragia digestiva alta d. CORRETA. A doença diverticular do cólon, cuja localização mais frequente é o cólon descendente e sigmoide é o que mais se correlaciona com este quadro. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Benevides IB, Santos CHM. Colonoscopy in the diagnosis of acute lower gastrointestinal bleeding. J. Coloproctol. (Rio J.) vol.36 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2016.04.016 . Pires MTB. Erazo: Manual de Urgências em Pronto Socorro. 10ª ed; Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2014.
26	A	O quadro clínico apresentado pode corresponder ao de paciente com anemia falciforme. O laudo de estudo morfológico da hemoglobina contém a definição do



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		fenômeno físico-químico que acontece na molécula da hemoglobina e sua falcização. Assim, o tratamento deve ser feito com base no diagnóstico de anemia falciforme grave. a. CORRETA. A droga indicada é a hidroxiuréia, na dose inicial de 10 a 15 mg/kg/dia, podendo se atingir até a 1.000 a 2.000 mg/dia, em adultos, para o controle adequado da doença. b. INCORRETA. Não se aplica. c. INCORRETA. Não se aplica. d. INCORRETA. Não se aplica. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil – Medicina Interna. 23 ed. Capítulo 167. Páginas 1401 a 1411
27	D	O atendimento psiquiátrico em urgência e emergência psiquiátrico de um paciente apresentando agitação psicomotora não deve ser realizado por um único membro da equipe, pois a presença de outros profissionais de saúde ou de seguranças no local de atendimento ajudam a inibir comportamentos violentos. Deve-se falar em voz baixa com o paciente. As técnicas de atenuação são importantes aliados na abordagem do paciente agitado. A alternativa correta cita que a resposta correta é ouvir o paciente bem como os familiares atentamente, informando-os da necessidade da administração de antipsicóticos, estabilizadores do humor e de ansiolíticos. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Clínica psiquiátrica de bolso / editores Orestes Vicente Forlenza, Eurípedes Constantino Miguel.-Barueri, SP : Manole, 2014
28	C	Comentários: O quadro descrito é compatível com intoxicação por dexclorfeniramina, se encaixando na Síndrome Anticolinérgica: Sintomatologia: rubor de face, mucosas secas, hipertermia, taquicardia, midríase, agitação psicomotora, alucinações e delírios. Principais Agentes: atropina, anti-histamínicos, antiparkinsonianos, antidepressivos tricíclicos, antiespasmódicos, midríaticos, plantas da família Solanácea, principalmente gênero Datura (Saia branca). Benzodiazepínico: Síndrome Depressiva: Sintomatologia: depressão neurológica (sonolência, torpor e coma), depressão respiratória, cianose, hiporreflexia, hipotensão. Principais Agentes: barbitúricos, benzodiazepínicos, etanol. Nafazolina: Síndrome Simpatomimética: Sintomatologia: midríase, distúrbios psíquicos, hipertensão, hipertermia, sudorese. Principais Agentes: descongestionantes nasais, cafeína, teofilina Metoclopramida: Síndrome Extrapiramidal: Sintomatologia: distúrbios de equilíbrio, distúrbios da movimentação, hipertonia, distonia orofacial, mioclonias, trismo, opistótono, parkinsonismo Principais Agentes: metoclopramida, fenotiazínicos, butifenonas, lítio, fenciclidina REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Schvartsman C et alii. Intoxicações exógenas agudas. In: Artigo de revisão. Jornal de Pediatria. 1999; 75 (Supl.2): S244-S250: intoxicação, criança, tratamento. Laura Ferreirós GaGo Síndromes toxicológicas. In: Rev Hosp Ninos BAires, Marzo 2013; vol 55, número 248.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
29	C	O perfil lipídico do paciente mostra hipercolesterolemia, triglicerídios normais e HDL normal. Isto é compatível com hiperlipoproteinemia do tipo IIa. O objetivo terapêutico atual para os pacientes com coronariopatia visa reduzir a concentração plasmática de LDL para menos de 100 mg/dl. Acredita-se que a redução nos níveis do LDL-colesterol reduza a evolução e, em alguns casos, induza a regressão da aterosclerose nos pacientes com coronariopatia (prevenção secundária). Esses efeitos estão associados a reduções nos eventos relacionados à coronariopatia, na taxa de mortalidade cardiovascular e na taxa de mortalidade total, conforme mostrado nas pesquisas de prevenção secundária. A concentração (calculada) de LDL-colesterol no paciente ainda está significativamente elevada, 206 mg/dl, apesar do tratamento de seis meses com dieta lipolípica e com baixos teores de colesterol. Isto indica a necessidade de uma terapia mais agressiva. Os agentes de escolha para reduzir os níveis elevados de colesterol incluem inibidores HMG CoA redutase (p. ex., lovastatina), niacina e resinas de ácidos biliares (p. ex., colestiramina). Colestiramina e niacina não são os agentes preferidos para redução de colesterol neste paciente devido aos possíveis efeitos colaterais. A colestiramina causa distensão abdominal e constipação, dos quais o paciente já se queixa, e a niacina agrava sua intolerância à glicose. Gemfibrozil não seria indicado porque seu principal efeito é reduzir os níveis elevados de triglicerídios, e seus efeitos nas concentrações de colesterol são variáveis. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil, Cap. 173
30	B	a. Consiste dos materiais para a realização do cateterismo vesical asséptico b. Trata-se dos materiais requeridos na técnica do cateterismo intermitente limpo, que é o indicado para o caso, visto que o próprio paciente poderá realizar o procedimento. c. Descreve os materiais para a técnica do cateterismo vesical intermitente estéril. d. Atende parcialmente os materiais para a técnica do cateterismo intermitente limpo, tendo em vista que o procedimento não requer o uso de luvas estéreis, avental, máscaras, para sua realização. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sociedade Brasileira de Urologia. Cateterismo vesical intermitente. Rio de Janeiro: SBU, 2016. Acesso 11 maio 2017 Disponível: http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2016/11/Recomenda%C3%A7%C3%B5es_Cateterismo-Vesical-SBU-2016_final.pdf
31	C	a. INCORRETA. Lactente apresenta peso e estatura adequados para idade, porém o IMC está em risco de sobrepeso. b. INCORRETA. O peso está adequado para faixa etária. c. CORRETA. O Lactente apresenta IMC de 18,550 kg/m² e pelo gráfico é classificado com risco de sobrepeso (Z score entre +1 e +2). Peso e estatura estão adequados para idade. d. INCORRETA. Lactente com peso e estatura adequados para faixa etária, e IMC com risco de sobrepeso. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Lopez, F. A.; Campos Jr., D. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2014 –3ª Edição. Ministério da Saúde: cartão de vacina, curvas de crescimento.



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA																		
32	B	a. INCORRETA: pois a dosagem de TSH estará suprimida, sendo que os níveis de hormônios tireoidianos T3 total e T4 livre devem ser medidos. Alguns pacientes podem ter níveis normais de hormônios tireoidianos (hipertireoidismo subclínico) ou ter uma elevação do T3 (toxicose po T3) somente. SE NÃO ESTIVER SUPRIMIDO, O ADENOMA TÓXICO É ESSENCIALMENTE DESCARTADO. b. CORRETA: Dosagem de TSH suprimida, T3 e T4 elevados sugerem hipertireoidismo e indicam o uso de propranolol para o tratamento sintomático. Geralmente se recomenda o uso de betabloqueadores em pacientes jovens com frequência cardíaca > 90 bpm c. INCORRETA: pois a dosagem de TSH estará suprimida, se não estiver suprimido, o adenoma tóxico é essencialmente descartado. d. INCORRETA: pois o T4 livre aumentado que confirma o diagnóstico de hipertireoidismo. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BMJ Best Practice. Apr 1th, 2016. Adenomas tireoidiano tóxico.																		
33	C	a. INCORRETA. Amilase, lipase e gama GT não são utilizados como critérios por Ranson. b. INCORRETA. Os valores de LDH estão incorretos o limite é inferior e não superior. Gama GT não faz parte do critério de Ranson. A glicemia tem valor mínimo e não máximo no critério. c. CORRETA. Veja abaixo. d. INCORRETA. Leucócitos e AST têm limites mínimos e não máximos no critério; Lipase não faz parte dos critérios. O nitrogênio que ser em dosagens seriadas para ver a evolução. Lançado em 1974 por John HC Ranson, foi o primeiro escore largamente utilizado na PA. Inicialmente englobava 43 parâmetros clínicos e laboratoriais, sendo que destes, apenas 11 mostraram ter relação com a mortalidade e a morbidade. Assim sendo, os critérios de Ranson foram modificados em 1982 e atualmente consistem de 11 parâmetros, cinco dos quais são avaliados na admissão e os restantes durante as primeiras 48 h. A presença de três ou mais critérios nas 48 h da admissão, classifica a pancreatite como grave. Apresenta sensibilidade de 75% a 87%, especificidade de 68% a 77.5%, VPP entre 28.6% e 49% e VPN entre 91% e 94.5%. Há ainda outra interpretação relacionando a quantidade de critérios presentes com a probabilidade de mortalidade sendo que pontuação obtida entre 0 e 2 representa mortalidade de 2%. Porém, pontuação entre 3 a 4 pontos aumenta a chance de óbito para 15%. E, não obstante, pontuação entre 5 a 6 alcança índice de 40% de mortalidade podendo chegar até 100% quando obtido escore com 7 a 8 pontos. <table><tr><th>Ranson (causa alcoólica ou outra)</th><th>Ranson (causa biliar)</th></tr><tr><th>Na admissão</th><th>Na admissão</th></tr><tr><td>Idade > 55 anos</td><td>Idade > 70 anos</td></tr><tr><td>GB > 16 000/mm3</td><td>GB > 18 000/mm3</td></tr><tr><td>LDH > 350 U/l</td><td>LDH > 250 U/l</td></tr><tr><td>AST > 250 U/l</td><td>AST > 250 U/l</td></tr><tr><td>Glicemia > 200 mg/dl</td><td>Glicemia > 220 mg/dl</td></tr><tr><th>Às 48 h</th><th>Às 48 h</th></tr><tr><td>Queda do hematócrito > 10%</td><td>Queda do hematócrito > 10%</td></tr></table>	Ranson (causa alcoólica ou outra)	Ranson (causa biliar)	Na admissão	Na admissão	Idade > 55 anos	Idade > 70 anos	GB > 16 000/mm3	GB > 18 000/mm3	LDH > 350 U/l	LDH > 250 U/l	AST > 250 U/l	AST > 250 U/l	Glicemia > 200 mg/dl	Glicemia > 220 mg/dl	Às 48 h	Às 48 h	Queda do hematócrito > 10%	Queda do hematócrito > 10%
Ranson (causa alcoólica ou outra)	Ranson (causa biliar)																			
Na admissão	Na admissão																			
Idade > 55 anos	Idade > 70 anos																			
GB > 16 000/mm3	GB > 18 000/mm3																			
LDH > 350 U/l	LDH > 250 U/l																			
AST > 250 U/l	AST > 250 U/l																			
Glicemia > 200 mg/dl	Glicemia > 220 mg/dl																			
Às 48 h	Às 48 h																			
Queda do hematócrito > 10%	Queda do hematócrito > 10%																			



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA	
		Aumento do BUN > 5 mg/dl	Aumento do BUN > 2 mg/dl
		Cálcio < 8 mg/dl	Cálcio < 8 mg/dl
		PO2 < 60 mmHg	PO2 < 60 mmHg
		Déficit de bases > 4 mEq/l	Déficit de bases > 5 mEq/l
		Perda de fluidos > 6L	Perda de fluidos > 4L
		Cada item vale 1 ponto (0 a 11 pontos)	
		Adaptado de Feldman M, Friedman L, Brandt L. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, Ninth Edition 2010. GB=global de leucócitos; LDH=desidrogenase láctica; AST=aspartato aminotransferase; BUN=uréia sérica; PO2=pressão parcial do oxigênio no sangue arterial	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:			
Forsmark C.E. Pancreatitis. In:Goldman Cecil Medicina. Saunders Elsevier. Philadelphia. 24th edition. 2012. pg. 937-944.			
FATORES PREDITIVOS DE GRAVIDADE DA PANCREATITE AGUDA: QUAIS E QUANDO UTILIZAR? ABCD Arq Bras Cir Dig 2015;28(3):207-211			
34	A	a. CORRETA. Dentre os problemas relacionados ao abuso de álcool após a cirurgia bariátrica, destaca-se a possibilidade de transferência do 'comer compulsivo' pela modalidade de compulsão por álcool. b. INCORRETA. A característica essencial da abstinência de álcool é a presença de uma síndrome que se desenvolve no período de várias horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool. A síndrome de abstinência inclui sintomas que refletem a hiperatividade autonômica e a ansiedade, em conjunto com sintomas gastrintestinais. c. INCORRETA. Hipomagnesemia apresenta como causas mais comuns as perdas gastrintestinais ou renais. O álcool é uma das substâncias implicadas em hipomagnesemia, porém a maioria dos pacientes com hipomagnesemia são assintomáticos. d. INCORRETA. A síndrome de Wernicke-Korsakoff refere-se a sinais e sintomas neuropsiquiátricos que resultam de uma deficiência nutricional de tiamina (vitamina B1), comum em usuários crônicos de álcool. Consiste em duas fases distintas de um mesmo processo patológico: inicialmente surge a encefalopatia de Wernicke (fase aguda da síndrome) caracterizada pela tríade de estado confusional agudo, oftalmoparesia e ataxia. Com a progressão do processo patológico, a encefalopatia pode progredir para um quadro crônico – síndrome de Korsakoff – marcado por amnésia anterógrada e confabulação.	
		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	
Gregorio, V.L. et al. O padrão de consumo de álcool é alterado após a cirurgia bariátrica? Uma revisão integrativa. ABCD Arq Bras Cir Dig 2016; 29(Supl.1): 111-115.			
Ribeiro, G., Santos, O. Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. Rev Port Endocrinol Diabetes Metab. 2013; 8(2): 82–88.			
Mancini, M.C. Tratado de Obesidade - 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2015.			
Diretrizes brasileiras de obesidade / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – 4.ed. 2016. São Paulo.			



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
35	D	Os medicamentos que o idoso utiliza não interferem de uma maneira importante na prática de atividades físicas e são benéficos para reduzir a morbimortalidade cardiovascular. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Herdy AH et al. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. Agosto 2014;103, (2 Suppl 1)
36	C	a. INCORRETA: porque Endolimax nana é um protozoário saprófita. b. INCORRETA: porque anticorpo antiendomísio IgE antitransglutaminase tecidual IgA são utilizados para investigação de doença celíaca. c. CORRETA: porque o diagnóstico de doença celíaca requer a realização de biópsia duodenal. d. INCORRETA: porque o teste de IgE específico é um teste de sensibilidade, e sua presença não é suficiente para o diagnóstico de alergia ao leite de vaca. O diagnóstico de alergia ao leite de vaca é feito pelo teste de provocação oral (TPO). REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
37	D	A criptorquidia unilateral com testículo alto e pouco móvel deve ser encaminhada para cirurgia eletiva de orquidopexia, sendo que esta cirurgia só demonstrou benefício quando realizada antes dos dois anos de idade, possibilitando uma redução no risco de torção, melhora na função endócrina deste testículo e também melhora do aspecto psicológico para a criança. Atualmente observou-se que a cirurgia, mesmo precoce, aparentemente não altera o risco de malignidade. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Dennis Alexander Rabelo Burns, Dioclécio Campos Júnior, Luciana Rodrigues Silva, Borges. WG, Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de pediatria. 4 ed: Manole; 2017.
38	B	O adalimumabe é um anticorpo monoclonal inibidor do fator de necrose tumoral e é utilizado para o tratamento de doenças inflamatórias crônicas. Por se tratar de um anticorpo específico as interações com outros medicamentos não são relevantes. Nos casos da utilização de drogas imunossupressoras e doenças autoimunes deve-se evitar a utilização de imunização com vírus vivo atenuado, o que não acontece com o vírus influenzae que é composto por fragmentos. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_procedimentos_2014.pdf
39	D	a. INCORRETA: os esteróides não inibem IGF1 b. INCORRETA: os esteróides aumentam a síntese proteica c. INCORRETA: não tem ganho estatura final com uso de esteróides d. CORRETA REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Vilar, Lucio. Endocrinologia Clínica 6 edição 2016



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
40	D	a. O quadro clínico típico de embolia arterial é de natureza aguda, com dor, palidez, frialdade, parestesia, além da ausência de pulsos distais e da (comum) presença de fibrilação arterial, o que não condiz com a paciente em questão. b. A tromboangeíte obliterante é uma doença de artérias de pequeno e médio calibres. Habitualmente o paciente com TAO apresenta pulso poplíteo palpável e eventual pulso no pé. A população típica é entre 20-40 anos de idade e com história de tabagismo muito importante. A dor quando presente é mais distal em artelhos e pé e não em panturrilha c. A complicação/sintomatologia mais comum dos aneurismas periféricos é sua oclusão levando a quadro de oclusão arterial aguda, similar a resposta da embolia arterial (exceto pela FA). No exame físico, também poderíamos encontrar massa palpável no cavo poplíteo e em até 50% dos casos ele é bilateral (encontraríamos massa (no caso ainda pulsátil) no lado contra-lateral. d. A claudicação intermitente apresentada pela paciente associada a ITB de 0,8 no lado direito são diagnósticos para doença arterial obstrutiva periférica. Não há indicativos na história de dor ortopédica. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Presti C e cols. Doença arterial periférica obstrutiva de membros inferiores - Diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes SBACV, 2015 Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA et al. Interssociety consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). J Vasc Surg. 2007; 45 Suppl S:S5-67.
41	D	VDRL em titulação superior a 1/8 deve ser considerado como sífilis em atividade. O fato da paciente ter realizado tratamento anterior, não garante imunidade definitiva para sífilis. Qualquer titulação de VDRL deve ser valorizada durante a gestação. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Figueiró-Filho, EA. Sífilis e gestação: Até Quando? [Editorial]. DOI: 10.5533/2177-8264-2012241201 DST - J bras Doenças Sex Transm 2012;24(2):75-76 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264
42	C	Os novos critérios diagnósticos para Síndrome Demencial, abordados pelo DSM V, é fundamental a ocorrência de perda cognitiva associada a perda de funcionalidade ou capacidade para execução de atividades de vida diária. Objetivo de aferição de conhecimento: Transtornos do humor, a exemplo do luto, podem modificar o desempenho cognitivo (memória), assim como a baixa escolaridade pode ser um fator associado à baixa reserva cognitiva. No entanto, ambas as situações são condições diferenciadas e não estão listados nos critérios diagnósticos para Síndrome Demencial. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: American Psychiatric Association. Critérios Diagnósticos de Transtorno Neurocognitivos Maiores: Manual Diagnóstico e Estático de Doenças Mentais: DSM 5. Tradução: Nascimento M I C et al; revisão: Cordioli A V et al. 5º Ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.Pag 602.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
43	A	a. CORRETA: O tecido vaginal é um órgão-alvo do estrogênio. Por isso, a queda dos níveis de estradiol está associada à atrofia urogenital sintomática em cerca de 40% das mulheres menopausadas, levando as alterações características do quadro clínico, mas os níveis séricos de estrogênio não diferem muito em mulheres com ou sem fogachos. b. INCORRETA. Pois por haver adelgaçamento epitelial vaginal, diminuição das secreções, redução do tamanho vaginal e aumento do pH do fluido vaginal (>6), essa pode ser a causa de penetração dolorosa. c. INCORRETA. Pois os níveis séricos de estrogênio não diferem muito entre mulheres com ou sem fogachos. d. INCORRETA. Pois à medida que o suprimento de oócitos se esgota no início da faixa dos 40 anos, a produção ovariana de progesterona, estradiol e testosterona começam a cair. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BMJ Best Practice: Jan 19th, 2016. Menopausa
44	C	O diagnóstico diferencial das anemias macrocíticas envolvem as anemias carenciais (deficiência de folato e cobalamina, principalmente), anemia de doença crônica (tireoidopatias, hepatopatias, principalmente), uso de álcool. Neste caso, temos uma paciente submetida à ressecção gástrica e parte do intestino, locais onde ocorre a produção do fator intrínseco e a absorção da cobalamina. O quadro neurológico aqui presente com os sinais e sintomas de parestesia, déficit de atenção e dor plantar, não é visto na carência de folato. A hemólise observada (icterícia e aumento do DHL e leve reticulocitose) ocorre por eritropoese ineficaz. A anemia ferropriva não se justifica pois é uma anemia hipocrômica e microcítica. A anemia aplástica e a anemia hemolítica não apresentam quadro neurológico associado. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil, Tratado de medicina interna. Ed. Goldman e Ausiello. 22ª edição. Capítulo 175. Pg. 1216-23. Anemias megaloblásticas. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005.
45	C	a. INCORRETA, pois apesar das alterações prostáticas, não há os elementos essenciais para afirmar que se trata de uma doença neoplásica maligna como: biópsia e estadiamento compatível. b. INCORRETA, pois não há as características para uma infecção bacteriana, como: exame de urina positivo para o quadro, febre. E o agente mais comum na infecção urinária é a <i>Escherichia coli</i>, uma gram negativo. c. CORRETA, pois apresenta diagnóstico e acompanhamentos corretos. Utilização de um tratamento medicamentoso com os alfabloqueadores. Também pode ser realizada a ressecção transuretral da próstata (RTUP). É o padrão-ouro no tratamento para a HBP, apresenta melhora em todos os parâmetros analisados: sintomas (85 a 90%), fluxo urinário (150%). d. INCORRETA, pois embora seja um diagnóstico diferencial de HBP, não há elementos para confirmar litíase vesicular, sem evidência em exame de imagem ou infecção urinária, pois pode ser associada à patogênese da litíase vesical em 22 a 34% dos casos. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, José M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p. ZERAT, Miguel F., NARDOZZA, Archimedes J., BORGES, Rodolfo R. Urologia fundamental, São Paulo : Planmark, 2010, 420p.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
46	A	a. CORRETA. b. INCORRETA. A diferenciação de IAM depende da presença de marcadores de necrose miocárdica elevados c. INCORRETO. No IAM com supra é obrigatório ter alteração ECG supradesnívelamento de segmento ST d. INCORRETA. No IAM com supra é obrigatório ter alteração ECG supradesnívelamento de segmento ST. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Braunwald, Eugene. Tratado de Medicina Cardiovascular. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST (II edição, 2007) – atualização 2013/2014 V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST. 2015
47	D	a. INCORRETA: Segunda a nova recomendação do Ministério da Saúde, a vacinação contra febre amarela é realizada somente em dose única – norma adotada desde abril/2017 no Brasil e desde 2014 pela OMS. b. INCORRETA: A mãe, vacinada há 15 anos, já considerada imunizada contra a doença. c. INCORRETA: A criança deve ser vacinada (maior de 9 meses), mas não a mãe (já imunizada). d. CORRETA. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: World Health Organization. Yellow Fever. Disponível em: http://www.who.int/topics/yellow_fever/en. Acesso em: 09 fev. 2017. Sociedade Brasileira de Imunizações – SBIm / Sociedade Brasileira de Reumatologia - SBR. Guia de Imunização SBIm/SBR – Reumatologia 2014/2015. Disponível em: http://sbim.org.br/calendariosde-vacinacao. Acesso em: 16 jan. 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. COES – Febre Amarela. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Febre Amarela. Informe – Nº 13/2017. Brasília. 2017.
48	A	a. CORRETA: A paracentese deve ser realizada na linha média infra umbilical e fossa ilíaca esquerda, no caso apresentado será terapêutica para alívio respiratório. b. INCORRETA: A paracentese não deve ser realizada na fossa ilíaca direita, no caso apresentado o procedimento é terapêutico e não propedêutico. c. INCORRETA: A paracentese não deve ser realizada na fossa ilíaca direita, no caso apresentado o procedimento é terapêutico e não propedêutico. d. INCORRETA: A paracentese não deve ser realizada na fossa ilíaca direita. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Martins HS, Neto RAB, Neto AS, Velasco Irineu et al. Emergencias Clínicas – Abordagem prática- FMUSP. 2013, 8ª edição. Manole. Barueri, SP.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
49	A	Dentro das diretrizes da AMB e CFM, a vacina da DPT apresenta uma especifica sobre os eventos adversos. Entre os eventos previstos na literatura está o episódio hipotônico hiporresponsivo e a conduta adequada de substituição pela vacina acelular que, quando apresenta esta justificativa, poderá ser fornecida pelo SUS. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Dennis Alexander Rabelo Burns, Dioclécio Campos Júnior, Luciana Rodrigues Silva, Borges. WG, Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de pediatria. 4 ed: Manole; 2017. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 2014. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Vacina Tríplice (DTP) Contra - Difteria/Tétano/Coqueluche. Projeto Diretrizes. 2002.
50	C	a. Ambos os laudos descrevem processo proliferativo neoplásico, com características claras de malignidade. Nas lesões proliferativas não neoplásicas, como hiperplasias epiteliais, não ocorrem hiper cromatismo, mitoses atípicas e perda da relação núcleo citoplasma b. A lesão do paciente “A” está circunscrita o tecido epitelial, não houve infiltração do conjuntivo adjacente. c. As descrições de ambos os casos revelam presença de células neoplásicas malignas. O Termo In situ indica que a lesão do paciente “A” está circunscrita ao epitélio. Já no caso “B”, a infiltração do conjuntivo caracteriza o carcinoma como invasivo. d. Nas neoplasias benignas não há mutação genética, as células mantêm suas características morfológicas. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Barella, CS et al. Análise dos dados epidemiológicos dos laudos de carcinoma espinocelular. Rev Bras Med São Paulo, 2013 11(1): 43-7. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, J: Robbins e Cotran: Patologia - Bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1408 p.
51	C	a. INCORRETA: glaucoma agudo está correta, pois midríase média parálitica ou pupila hiporreativa é um sinal patognomônico, que ocorre no glaucoma agudo devido ao bloqueio pupilar, impossibilitando a passagem do humor aquoso e levando a um aumento da pressão intraocular. O corticosteroide, que é um antiinflamatório esteroidal não é o tratamento indicado, pois o mesmo tem efeito hipotensor ocular. b. INCORRETA: A uveíte, inflamação intraocular, pode ser caracterizada por “olho vermelho”, diminuição da acuidade visual e dor. No entanto, a alteração pupilar mais frequente é a miose e não midríase. O corticoide pode ser uma opção de tratamento para a uveíte, mas não para o glaucoma. c. CORRETA: Glaucoma agudo tem como sinal patognomônico a midríase média parálitica, sendo uma das entidades consideradas no diagnóstico diferencial de olho vermelho e dor ocular aguda. O manitol é o principal medicamento que permite uma redução rápida e significativa da pressão intraocular. d. INCORRETA: Pois não é um quadro de uveíte, como explicado anteriormente na letra b. Os bloqueadores da anidrase carbônica podem ser utilizados no tratamento do glaucoma agudo, pois atuam como hipotensores oculares. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kanski, Jack J. Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Edinburgh: Butterworth-Heinemann/Elsevier, 2007 Allingham, R R, and M B. Shields. Shields' Textbook of Glaucoma. Philadelphia:



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
52	B	A descrição do quadro clínico do paciente e do local da picada sugerem que o acidente tenha sido causado por serpente do gênero botrópico, representado pelas serpentes da espécie jararaca. Considerando o Manual de Tratamento de Acidentes Ofídicos, do Ministério da Saúde, há um dado que reforça essa possibilidade já que 90% dos acidentes ofídicos no Brasil são causados por serpentes deste gênero e espécie. a. INCORRETA. Picada por serpente do gênero Bothrops, soro administrado deve ser o anti-botrópico b. CORRETA. O quadro clínico do paciente sugere ser grave e o Manual recomenda a administração de 12 ampolas, por via endovenosa. c. INCORRETA. O quadro clínico sugere picada por serpente do gênero Bothrops. d. INCORRETA. O soro anti-botrópico-laquéutico pode ser utilizado nestas situações descritas para este paciente, porém o quadro clínico sugere gravidade e o número de ampolas não está adequado (4 ampolas – quadro leves). REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2.ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Animais peçonhentos – Serpentes. Criado em jul/2014. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/animais-peconhentos-serpentes. Acesso em: 25/02/2017.
53	B	O pai é um sintomático respiratório, pois apresenta tosse há 3 semanas, tendo indicação de realização de baciloscopia, raio X de tórax e PT. A criança assintomática com 11 anos deve ser tratada como um adulto assintomático e tem indicação de fazer PT e raio X de tórax. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf
54	A	a. CORRETA, quadro mais provável para faixa etária, comorbidades presentes e pouca sintomatologia ao exame físico; b. INCORRETA, o abdome agudo inflamatório cursa com dor abdominal mais intensa e sinais de descompressão brusca estão presentes; c. INCORRETA, a presença de ar no reto e fezes no dedo de luva falam contra esse diagnóstico; d. INCORRETA, não há pneumoperitônio a radiografia. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sabiston, Tratado de Cirurgia. 8º edição
55	C	a. INCORRETA. Paciente estável com critérios de Conduta Conservadora, não candidato imediato à Laparotomia b. INCORRETA. Na conduta conservadora, basta o controle hematimétrico e de sinais vitais. Não é necessário repetir TC. c. CORRETA. Paciente estável, em grande centro de trauma, trauma esplênico leve. Candidato à conduta conservadora d. INCORRETA. FAST é um exame realizado na emergência em pacientes instáveis. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: ATLS – Advanced Trauma Life Support
56	C	Alterações mamográficas com alto índice de suspeição para malignidade. Em ambiente de atenção primária a melhor conduta é o encaminhamento imediato para atenção secundária/terciária a fim de procedimento invasivo (biópsia) para diagnóstico.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Não é necessário na atenção primária prosseguimento da propedêutica. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med.2016 Feb 16;164(4):279-96. Lee CS, Sengupta D, Bhargavan-Chatfield M, Sickles EA, Burnside ES, Zuley ML.Association of Patient Age With Outcomes of Current-Era, Large-Scale Screening Mammography: Analysis of Data From the National Mammography Database. JAMA Oncol.2017 Apr 20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. Gotzsche, P. C.; Jorgensen, K. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews, Oxford, n. 7, 2014
57	B	a. INCORRETA: O sintoma principal do pênfigo vulgar é o desenvolvimento de bolhas claras, moles e dolorosas (às vezes sensíveis) de vários tamanhos. Os médicos distinguem o penfigoide bolhoso do pênfigo vulgar ao observarem as camadas de pele envolvidas e o aspecto específico dos depósitos de anticorpos. b. CORRETA, POIS A paciente apresentou erupções bolhosas tensas em uma pele eritematosa,localizadas em tórax, abdômen e membros, cerca de 75 dias após uso de captopril 25 mg. O resultado da biópsia foi compatível com penfigoide bolhoso. c. INCORRETA: Clinicamente o eritema multiforme é uma condição aguda, possuindo grande variação clínica, acomete geralmente a faixa etária de 20 a 30 anos. Manifestando-se pelo aparecimento de máculas ou pápulas eritematosas, geralmente assintomáticas, também podendo se apresentar como vesículas ou bolhas, principalmente nas mãos, braços, pernas, pés, face e pescoço d. INCORRETA: A epidermólise bolhosa (EB) é um grupo de doen- ças hereditárias causadas por mutações em várias prote- ínas estruturais da pele. O termo epidermólise bolhosa refere-se a genodermatoses mecanobolhosas, ou seja, traumatismos cutâneos de diferentes intensidades po- dem dar origem a flictenas, cuja gravidade dependerá da mutação envolvida na patogenia. Frequentemente se manifesta na infância, quando os bebês são carregados no colo pelos pais. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro 2015
58	B	a. Ranitidina, bloqueia somente receptores histamínicos, droga menos eficaz. b. É o mais eficaz, atuando sobre a ATPase hidrogênio-potássio e reduzindo secreção ácida. c. Cimetidina é de mecanismo de obstrução dos receptores de histamina, não é de ação procinética. d. Hidróxido de alumínio, reduz a carga ácida total em virtude da reação de neutralização do ácido clorídrico REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gastroenterologia Essencial - Renato Dani Guanabara Koogan 4º edição 2011.
59	D	a. INCORRETA. Pois a criança está em bom estado geral, a febre é baixa e não apresenta faringite como quadro principal; não há adenomegalia nem hepatoesplenomegalia (quase sempre aumentados e 50 a 75% dos pacientes têm esplenomegalia).



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		b. INCORRETA. Pois estão ausentes sintomas catarrais (espirros, coriza copiosa, fotofobia, lacrimejamento e tosse), a febre não é alta, o exantema já se iniciou com a febre (no sarampo ele aparece no auge dos sintomas respiratórios, lá pelo quarto dia) e o estado geral é bom. c. INCORRETA. Pois não houve um início súbito de febre alta; o exantema surgiu associado à febre (é característico surgir quando a febre cessa abruptamente) e a faixa etária não é característica (normalmente com idade entre 6 meses e 3 anos). d. CORRETA. Pois a faixa etária é compatível (5 a 15 anos); o exantema característico eritematoso iniciando-se nas bochechas (sinal da face esbofetada) seguido dois dias depois por exantema eritematoso característico, de aspecto rendilhado, na face extensora de membros superiores simetricamente e a artralgia pode aparecer nessa faixa etária, mas é mais comum a partir do final da adolescência. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LEVIN, J. M.; WEINBERG, A.; Infecções virais e por riquetsias. In CURRENT Pediatria: diagnóstico e tratamento/ William W. Hay, Jr et al; (tradução: Benedito de Sousa Almeida Filho et al.); 20 ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
60	B	De acordo com a OMS, pacientes com ideação suicida devem ser classificados em baixo, médio e alto risco de suicídio. Os de baixo risco são aqueles que têm pensamentos suicidas ocasionais, mas sem planos, enquanto os de médio risco apresentam pensamentos e planos, embora não sejam de caráter imediato. No grupo de pacientes de alto risco, são incluídas as pessoas que têm um plano definido e meios de execução, além do caráter imediato.^{1,3} No caso em tela, trata-se de adolescente com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior² apresentando ideação suicida, com plano suicida de caráter não imediato. Isto o classifica como médio risco, colocando a alternativa b como a única correta.^{1,2} Não se trata de Transtorno do Luto Complexo Persistente porque seu diagnóstico exige início de alguns sintomas desde a morte de alguém com quem o paciente tinha um relacionamento próximo e os sintomas persistem por pelo menos 12 meses,² o que não ocorreu no caso em questão. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Quevedo J, Carvalho A F (organizadores). Emergências Psiquiátricas. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2013. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2014. Ministério da Saúde – Brasil Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio - Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília (DF); 2006.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
61	C	a. O paciente em questão não pode ser considerado TCE leve (quando ECGL 13 a 15) e sim moderado. b. Todos os pacientes com classificação de TCE moderado ou grave (ECGL < 13 ou alteração/perda da consciência > 30 minutos) devem ser submetidos a tomografia computadorizada, como é o caso do paciente em questão. c. Alternativa correta. d. Não critérios ainda para se afirmar que se trata de TCE grave e que haverá necessidade de intervenção cirúrgica. * Lembrar que o diagnóstico do TCE é obtido pela história clínica e exame físico, o que envolve: mecanismo de trauma (atropelamento, ejeção de veículo e queda de altura maior que 1,5m são considerados graves, por exemplo), sintomas pós-trauma (como presença de anamnésia e perda da consciência e duração desta alteração) e exame físico (no qual a ECGL é um componente de relevância, embora não seja o único a ser considerado). REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gentile JK et al. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011 jan-fev;9(1):74-82. Oliveira E et al. Acta Med Port 2012 May-Jun;25(3):179-192.
62	B	a. No transtorno Psicótico induzido por álcool (alucinose alcoólica) as alucinações após a abstinência do álcool são consideradas raras, e a síndrome é diferente de delirium por abstinência de álcool. b. Na síndrome de abstinência alcóolica a cessação da ingestão crônica ou a redução do uso pesado e prolongado do álcool, bem como a presença de sintomas físicos e neuropsiquiátricos específicos. O sintoma clássico é o tremor, embora o espectro de sintomas possa se expandir e incluir condições psicóticas e alterações da percepção (p. ex, delírios e alucinações), convulsões e sintomas de delirium tremens. Outros sintomas incluem irritabilidade geral, distúrbios gastrointestinais (náuseas e vômitos), sudorese, rubor facial e alterações de humor. c. As alucinações relacionadas à abstinência do álcool são diferenciadas de delirium tremens pela presença de sensorio claro. d. Na síndrome de Wernicke-Korsakoff a característica principal é a perturbação da memória. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kaplan, H. I., Grebb, J. A., & Sadock, B. J. Compêndio de Psiquiatria. 9ª. edição, 2007. Editora Artmed. Página 435-440 Gigliotti, Analice(ed). Diretrizes gerais para tratamento da dependência química- Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. Página 43-55
63	A	a. CORRETA – paciente idoso com pielonefrite aguda, vômitos e taquicárdico, recomenda-se internação, antibiótico EV até ficar 48h afebril. b. INCORRETA – o quadro clínico não é sugestivo de pancreatite, desnecessária amilase e internação. c. INCORRETA – recomenda-se internar pacientes idosos. Inicialmente não devem ser tratados apenas VO. d. INCORRETA – quadro clínico não é sugestivo de pancreatite aguda. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA												
64	B	a. INCORRETA. As consultas de pré-natal e puerpério são realizadas na unidade de atenção primária, com exceção para os casos de pré-natal de alto risco. b. CORRETA. Toda gestante atendida no programa rede cegonha tem direito ao encaminhamento seguro para o parto em maternidade referenciada segundo seu cadastro no SUS pré-natal. c. INCORRETA. A mulher tem garantia de acesso a todas as ações de planejamento familiar e métodos anticoncepcionais, inclusive os considerados definitivos. d. INCORRETA. A rede cegonha abrange todo crescimento e desenvolvimento da criança até 24 meses. Não existe outro programa governamental que seja voltado para essa faixa etária. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Programa de humanização do parto e nascimento-PPHN 2000 Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal												
65	C	A sétima edição da Diretriz para o tratamento da Hipertensão arterial (2016) preconiza o tratamento de HAS com risco cardiovascular baixo com monoterapia e com as classes de IECA, BRA, BCC e Diuréticos tiazídicos REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VII Diretriz de Hipertensão Arterial Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016												
66	C	As operações sobre a glândula tireóide não está isenta de risco. Além da lesão do nervo recorrente, outra alteração que pode acontecer no PO deve-se a manipulação ou ressecção inadvertida das glândulas paratireóides, 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. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ref. Sabiston – Tratado de Cirurgia. Editor: Courtney M. Townsend. 18ª Edição. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. 2010. Pagina: 903												
67	A	O segredo para realização desta questão está na elaboração de uma tabela que facilite os cálculos requeridos. Com prevalência de 20% de hiperaldosteronismo primário, construiremos a seguinte tabela, considerando uma população empírica de 1000 pacientes, constando nas linhas: paciente com e sem hiperaldosteronismo primário, e nas colunas testes positivos e testes negativos: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Teste positivo</th><th>Teste negativo</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200 com hiperaldo primário</td><td>180</td><td>20</td></tr> <tr> <td>800 sem hiperaldo primário</td><td>160</td><td>640</td></tr> <tr> <td></td><td>340</td><td>660</td></tr> </tbody> </table> Considerando sensibilidade de 90%, dos 200 com hiperaldo primário, 180 terão teste positivo e 20 teste negativo. ($S = \text{teste positivo} / \text{total positivo}$). Considerando especificidade de 70%, dos 800 pacientes sem hiperaldo, 640 terão teste negativo (teste negativo / total negativo). A partir daí fazemos os cálculos da resposta: VPP: teste positivo / total positivo = $180/340 = 53\%$ e VPN: teste negativo / total negativo = $640/660 = 97\%$. Resposta correta: alternativa A REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Fletcher, RG; Fletcher SW. Epidemiologia Clínica – Elementos essenciais – 5a ed. 2014		Teste positivo	Teste negativo	200 com hiperaldo primário	180	20	800 sem hiperaldo primário	160	640		340	660
	Teste positivo	Teste negativo												
200 com hiperaldo primário	180	20												
800 sem hiperaldo primário	160	640												
	340	660												



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
68	C	Para mães com tuberculose, as recomendações para amamentação dependem da época em que foi feito o diagnóstico da doença. Segundo a OMS, não há necessidade de separar a mãe da criança e, em circunstância alguma, a lactação deve ser impedida. O bacilo de Koch excepcionalmente é excretado pelo leite materno, e, se houver contaminação do recém-nascido, geralmente a porta de entrada é o trato respiratório. Segundo a OMS, a amamentação deve ser mantida, porém deve-se diminuir o contato íntimo mãe-filho, além de se tomar os seguintes cuidados: amamentar com máscara ou similar, lavar cuidadosamente as mãos, rastrear os comunicantes, especificamente os domiciliares. Administrar ao recém-nascido isoniazida (INH) na dose de 10 mg/kg peso, uma vez ao dia, durante 6 meses. Após o término da quimioprofilaxia, vacinar com BCG-ID REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a10.pdf
69	D	O quadro descrito é de intolerância à lactose. Esse quadro tem o quadro clínico descrito e pode ocorrer após um quadro de gastroenterite viral. As alternativas A,B e C estão relacionadas à alergia alimentar. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Koletzko, B- Pediatric Nutrition in Practice. 2 Ed- Word review of Nutrition, 2015p 195-202
70	C	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. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil, Tratado de medicina interna/editado por Lee Goldman, Dennis Ausiello. 22ª edição. Capítulo 260, pg 1830.
71	B	O crescimento intrauterino exagerado denuncia a principal hipótese de doença trofoblástica e a ultrassonografia confirma pela ausência do feto e de BCF. Laudo ultrassonografia: Útero cheio de material ecogênico, contendo múltiplas vesículas anecoicas de diferentes tamanhos, sem fluxo intrauterino; não há feto nem BCF, na mola completa. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende obstetrícia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
72	B	a. INCORRETA. b. CORRETA. Esta paciente apresenta alteração genética que resulta em ovário rudimentar ou em fitas. Na adolescência, inicia-se os pulsos de GnRH, e a produção das gonadotropinas (FSH/ LH) na adenohipófise. Elas estimularão a síntese de estrogênio e progesterona pelo ovário. Entretanto, como o tecido ovariano é rudimentar, a síntese de estrogênio e progesterona é comprometida e não ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Será observado uma elevação das gonadotropinas na tentativa de estimular a síntese de estrogênio e progesterona. A alteração característica será um hipogonadismo hipergonadotrófico. c. INCORRETA. d. INCORRETA. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
73	C	a. Alergia a metais não cursa com sinal de Gottron e heliotropo. b. Glomerulopatias se associam ao LES. c. O quadro cutâneo é a descrição clássica das lesões cutâneas específicas de dermatomiosite. As lesões descritas em mãos compõem o sinal de Gottron e a lesão periorbital é denominada heliotropo. Além destas, lesões em áreas fotoexpostas revelam a fotossensibilidade associada à doença. Este conjunto de lesões cutâneas pode preceder, suceder ou aparecer juntamente com a miopatia inflamatória que marca a dermatomiosite. d. Infecção por retrovírus não cursa com sinal de Gottron e heliotropo. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BOLOGNIA, J.L.; JORIZZO, J.L.; SCHAFFER, J.V. Dermatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2015. 2792p.
74	B	a. INCORRETA. A histamina é o mediador crítico dos sintomas que surgem na fase imediata da anafilaxia. No meio extracelular, a histamina é metabolizada rapidamente, tendo meia-vida de 30 minutos. b. CORRETA. A triptase é secretada como um complexo proteoglicano ativo com tamanho grande, o que limita a sua difusão do sítio de ativação de mastócitos para a circulação. A triptase atinge picos séricos em 60 a 90 minutos após o início da anafilaxia, permanecendo elevada por até 5 horas. A triptase pode ativar o sistema caliceína-cinina, o que leva à produção de bradicinina, causando o angioedema. c. INCORRETA. As atividades biológicas dos leucotrienos incluem contração da musculatura lisa, aumento da permeabilidade vascular, vasodilatação, secreção de muco, recrutamento de células inflamatórias, modulação da produção de citocinas e alterações na transmissão neuronal d. INCORRETA. O fator de agregação plaquetária (PAF) estimula as células endoteliais, resultando em aumento da permeabilidade vascular, atua na musculatura lisa brônquica causando broncoconstrição e participa da quimiotaxia e ativação de eosinófilos e neutrófilos REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Rev. Assoc. Med. Bras. vol.59 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2013 http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302013000100004 Anafilaxia: diagnostico
75	D	a. INCORRETA. Não pode ser realizada após parto via vaginal. b. INCORRETA. Não pode ser realizada após parto via vaginal. c. INCORRETA. Laparotomia não poderá ser realizada, pois a paciente acima acabou de ter parto vaginal e pelo princípio da beneficência a melhor indicação é a via laparoscópica. d. CORRETA. De acordo com a legislação brasileira a laqueadura não pode ser feita no periparto. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
76	B	A epilepsia ausência da infância é caracterizada por crises epiléticas frequentes, em crianças normais, iniciadas na idade escolar, com maior incidência dos seis aos sete anos, forte predisposição genética e predomínio no sexo masculino. As crises são caracterizadas por parada abrupta da atividade voluntária, alteração da consciência, piscamentos palpebrais com duração de 4 a 10 segundos, inúmeras vezes ao dia. O eletroencefalograma apresenta padrão característico com presença de CEO em torno de 3Hz e atividade de base normal. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: CYPEL&DIAMENT. Neurologia Infantil. 4ª edição. Atheneu. 2005
77	B	a. Para o correto diagnóstico da cefaléia, basta que estabeleça uma completa história clínica, exame físico e pelo uso complementar de tomografia computadorizada do crânio; b. A cefaléia tensional origina da combinação de disfunção miofascial e desequilíbrio nociceptivo central, acredita-se que o subtipo crônico deve-se ao aumento da disfunção nociceptiva central c. Podemos afirmar que o paciente do caso preenche critérios para se diagnosticar um quadro de cefaléia tensional, caso o exame neurológico seja normal, e para o tratamento, a melhor opção seria o uso de triptanos d. Nesse caso não se poderia descartar a manifestação clínica dos aneurismas cerebrais, que são estatisticamente relevantes para que se pesquise com exames de imagem como a angiorressonância de crânio REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Neurologia Clínica 8 edição McGraw Hill Artmed LANGE Clinical Guideline 150 Methods evidence and recommendations: Diagnosis and management of headaches in young people and adults - 2012
78	C	Criança com histórico de diarreia/vômitos com ingesta de soro de hidratação oral deve-se sempre manter atenção para a possibilidade de excesso de ingesta de sódio pelo soro. A desidratação hipernatremica provoca um aumento da água no extracelular, apresentando uma falsa impressão de não ter desidratação. O intracelular apresenta déficit importante de água podendo gerar os sintomas de hipereflexia e hipertonia, podendo evoluir para coma e mesmo morte se persistir a ingesta de sódio maior que a de água. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Dennis Alexander Rabelo Burns, Dioclécio Campos Júnior, Luciana Rodrigues Silva, Borges. WG, Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de pediatria. 4 ed: Manole; 2017.
79	D	Caso 1 – Nesta situação não fica claro se houve objeção de consciência, pois pode tratar-se de discriminação. Caso 2 – Nesta situação não existe uma situação clara de objeção de consciência. Caso 3 – Trata-se de ocorrência habitual no pronto atendimento de Ginecologia e Obstetrícia. Caso 4 – Gravidez em decorrência de violência, com indicação de aborto legal. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.redalyc.org/pdf/672/67240193021.pdf



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
80	D	a. INCORRETA. A terapia antirretroviral estabiliza a doença, e não erradica o vírus. b. INCORRETA. O uso do antirretroviral é indicado atualmente para todos os pacientes HIV positivos, independente do CD4 e da carga viral. c. INCORRETA. Das 5.700 novas infecções por HIV em 2015, 35% ocorreram entre jovens de 15 a 24 anos, principalmente decorrentes do não uso de preservativos. O idoso também se encontra atualmente em risco. d. CORRETA. Janela Imunológica é o período que um organismo leva, a partir de uma infecção, para produzir anticorpos que possam ser detectados por exames de sangue. A janela imunológica para a infecção pelo HIV é de 3 a 6 meses. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 2015. Brasília. Estatísticas HIV-AIDS, disponível em: < http://unids.org.br/estatisticas/ >
81	D	a. O sigilo profissional deve ser mantido em todos os casos, exceto em três situações, quais sejam: dever legal, justo motivo e autorização por escrito da paciente. Este sigilo também deve ser estendido aos menores de idade, desde que estes apresentem condições de entendimento da situação. b. O sigilo profissional deve ser mantido em todos os casos, exceto em três situações, quais sejam: dever legal, justo motivo e autorização por escrito da paciente. Este sigilo também deve ser estendido aos menores de idade, desde que estes apresentem condições de entendimento da situação. c. O sigilo profissional deve ser mantido em todos os casos, exceto em três situações, quais sejam: dever legal, justo motivo e autorização por escrito da paciente. Este sigilo também deve ser estendido aos menores de idade, desde que estes apresentem condições de entendimento da situação. d. O acesso à contracepção de emergência é direito de todos, inclusive de menor de idade, visando a uma redução nos índices alarmantes de gravidezes indesejadas. O sigilo profissional deverá ser mantido nessa situação. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Art. 73 e 74 do Código de Ética Médica / 2009 Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. 96 p.
82	A	a. CORRETA. Muitos episódios de apneia ocasionam dessaturação da oxihemoglobina, de forma intermitente ao longo da noite, levando a hipercarbia que estimula o centro respiratório central, gerando o microdespertar não consciente. b. INCORRETA. Microdespertar não é causado por vasodilatação pulmonar, mas por dessaturação da oxihemoglobina pelo desbalanço de forças na musculatura da via aérea superior, que fica estreitada ou colapsada. c. INCORRETA. Despertar não é causado por acidose respiratória, mas por dessaturação da oxihemoglobina pelo desbalanço de forças na musculatura da via aérea superior, que fica estreitada ou colapsada. Não ocorre despertar consciente, mas sim microdespertares não conscientes. d. INCORRETA. Não há comprometimento a priori do sono REM ou NREM, pois o prejuízo na qualidade do sono é consequência da má oxigenação / perfusão sistêmica pelos períodos repetidos e frequentes de hipopnéia / apnéia.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Associação Brasileira de Sono – ABS. Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono no Adulto - Estação Brasil, 2013. São Paulo.
83	C	a. INCORRETA: Os dados clínicos não são compatíveis com mielite transversa. b. INCORRETA: A miastenia gravis não tem relação com infecções virais, tem origem desconhecida e os sintomas cursam com perda de força sem alteração sensitiva, já que a alteração fisiopatológica da miastenia gravis é o comprometimento da transmissão do estímulo nervoso através da placa mioneural. c. CORRETA: Paralisia Flácida Aguda (PFA) é uma síndrome caracterizada por fraqueza muscular (paralisa ou plegia), flacidez (hipotonia), reflexo profundos geralmente hipoativos ou abolidos, de rápida progressão (aguda). O termo agudo representa a evolução do déficit neurológico em horas a semanas; o termo é usado para a progressão até quatro semanas por ser o período máximo de evolução da síndrome de Guillain-Barré (SGB). A SGB é uma doença causada pela agressão imunomediada do sistema nervoso periférico decorrente da produção de autoanticorpos gerados contra antígenos do componente glicolipídico do axônio e da mielina e não da agressão direta do agente infeccioso. Relatos na literatura comprovam a relação entre infecção por arbovírus e o acometimento do sistema nervoso central e periférico. O aumento de casos de encefalite e meningoencefalites em pacientes com dengue foi relatado no Brasil, durante as epidemias de 1997 e 2002. Além disso, diversos estudos em países com epidemia de dengue observaram associação dessa condição com outras manifestações neurológicas, tais como síndrome de Guillain-Barré (SGB), paralisia periférica múltipla, paralisia facial periférica, encefalite e mielite. Em cerca de dois terços dos casos, há referência a uma doença infecciosa aguda precedendo o quadro, num período de uma a quatro semanas. d. INCORRETA: O botulismo é caracterizado por ingestão de alimentos contaminados e cursa com quadros de alterações gastrointestinais precedentes ao comprometimento neurológico. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Martins HS, Neto RAB, Velasco IT. Medicina de Emergência: Abordagem Prática. 11ª edição. São Paulo: Editora Manole; 2016. Araújo LM, Ferreira MLB, Nascimento OJM. Síndrome de Guillain-Barré associada ao surto de infecção por vírus Zika no Brasil. Arquivos de Neurol. 2016 Mar; vol. 74 n. 3: 253-5. Malta JMA, Vargas A, Leite PL, Percio J, Coelho GE, Ferraro AHA. Síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas possíveis relacionadas à infecção pelo vírus Zika em municípios da Bahia, 2015. Epikemiol Serv Saúde. 2017 Mar; 26(1): 9-18.

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
84	A	a. Os exames são compatíveis com doença renal crônica: A insuficiência renal crônica cursa com hematócrito baixo pela deficiência do rim em produzir eritropoietina, com hiperparatireoidismo secundário, aqui evidenciado por hipocalcemia e hiperfosfatemia importantes e com níveis elevados de escórias nitrogenadas. Além de anasarca e edema agudo de pulmão, compatíveis com oligúria importante. Diagnóstico seria de nefropatia hipertensiva na sua primeira manifestação. b. Nefropatia diabética - paciente não história, quadro clínico ou hiperglicemia importante compatíveis com o diagnóstico de diabetes de longa data que justificaria a nefropatia já instalada c. Doença renal aguda - O paciente não tem história compatível com qualquer das situações clínicas que cursem com insuficiência renal aguda. Os exames de laboratório são competíveis com uremia de longa data. d. Síndrome nefrótica - a história e os exames de laboratório são compatíveis com insuficiência renal crônica a síndrome nefrótica é um quadro que quando cursa com insuficiência renal é aguda REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Taal MW, Chertow GM, Marsden PA, Skorecki K, Yu ASL, Brenner BM, et al. Brenner and Rector's The Kidney. Tenth edition. Philadelphia, PA : Elsevier, 2016
85	C	a. INCORRETA. A translucência nuchal não diagnostica SD, a positividade do exame deve ser estabelecida com biópsia de vilos coriais. b. INCORRETA. A biópsia de vilos coriais permite avaliar o risco de SD nesse período da gravidez e a lei brasileira não ampara o aborto terapêutico nessa situação. c. CORRETA. A translucência nuchal informa o risco para SD na gestação nesse período gestacional e a legislação brasileira não ampara o aborto terapêutico nessa situação. d. INCORRETA. A biópsia de vilos coriais permite diagnosticar SD mas a lei brasileira não ampara o aborto terapêutico nessa situação. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Nussbaum RL, McInnes RR, Willard H. Genética Médica - Thompson & Thompson . Editora: Elsevier; 7ª Edição. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Wuo, AS. A construção social da Síndrome de Down. Cad. psicopedag. v.6 n.11 São Paulo 2007. França, Genival Veloso de. Medicina Legal, 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
86	C	A presença de dores articulares e caroços dolorosos em antebraço caracterizam a reação tipo 2 ou seja o aparecimento de eritema nodoso Hanseniano. 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. 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.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
87	C	a. INCORRETA. b. INCORRETA. c. CORRETA. Com a progressão da doença podem ocorrer: hipoestesia e/ou anestesia, paresia e/ou paralisias, amiotrofias, retrações tendinosas e rigidez articular d. INCORRETA. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Leprosy: a review of laboratory and therapeutic aspects - An Bras Dermatol. 2014 Part 2 May-Jun; 89(3):389-40
88	B	Baseado nos dados fornecidos pelo enunciado, a alternativa A é excluída de que não há dados para embasarmos disfunções gonadotróficas uma vez que não se menciona níveis séricos de gonadotrofinas. Se TSH e T4 livre estão normais pode-se descartar defeitos Hipofisários e Tireoidianos e por fim; em se tratando de anomalias uterinas, poderíamos excluir essa hipótese, já que se trata de uma paciente com amenorreia secundária e não primária (que poderia estar associada a defeitos anatômicos). Portanto a opção correta é a letra B, por exclusão. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: FEBRASGO - Manual de Ginecologia Endócrina, Cap 7 – Amenorréias
89	B	a. INCORRETA. Segundo o fluxograma para classificação de risco da dengue, no grupo B (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS) o paciente deve ficar em leito de observação e não acompanhamento ambulatorial. b. CORRETA. Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado. Em caso suspeito de dengue verificar a presença de sinais de alarmes presente e sinais de gravidade ausentes. Dentre os sinais de alarme pode-se citar dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua; vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico); hipotensão postural e/ou lipotimia, hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade, aumento progressivo do hematócrito. Segundo o fluxograma para classificação de risco da dengue, no grupo C (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS) o paciente deve ficar em leito de internação. c. INCORRETA. Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado. Segundo o fluxograma para classificação de risco da dengue, no grupo B (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS) o paciente deve ficar em leito de observação e não acompanhamento ambulatorial. d. INCORRETA. Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado. Segundo o fluxograma para classificação de risco da dengue, no grupo C (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS) o paciente deve ficar em leito de internação e não leito de observação. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Dengue: diagnóstico e manejo clínico - Ministério da Saúde. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/.../14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
90	A	A infecção do trato urinário (ITU) caracteriza-se pela invasão e multiplicação de micro-organismos nos rins e nas vias urinárias. Na maioria das vezes, é resultado da colonização da urina por bactérias fecais, que cresceram em meio anaeróbio, sendo a <i>E. coli</i> o patógeno mais comumente envolvido nessas infecções. A ITU é uma das mais comuns infecções bacterianas na mulher, sendo que pelo menos 40% das mulheres adultas têm pelo menos um episódio de ITU em suas vidas. Manifesta-se clinicamente por disúria, polaciúria, urgência miccional e dor no baixo ventre na cistite, arrepios de frio e lombalgia na pielonefrite, ou completa ausência de sintomas na bacteriúria assintomática. O diagnóstico, na maioria das vezes, com exceção da bacteriúria assintomática, é clínico. A gravidez é situação que predispõe ao aparecimento de ITU, devido às mudanças fisiológicas (mecânicas e hormonais) que ocorrem nesse período da vida da mulher. A ITU durante a gravidez pode causar sérias complicações, como o trabalho de parto pré-termo, recém-nascidos de baixo peso, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intraútero, paralisia cerebral, entre outras. O objetivo da presente revisão foi abordar os principais fatores etiológicos, o diagnóstico e a conduta nos casos de ITU durante a gravidez. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Figueiró-Filho EA, Bispo AMB, Vasconcelos MM, Maia MZ, Celestino FG. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. <i>FEMINA</i> Março 2009 vol 37 nº 3 http://maternalis.com.br/upfiles/Arquivos/file_030313113133_ITU_e_gesta_o.pdf
91	C	a. INCORRETA. b. INCORRETA, o exantema pode durar 5-10 dias e coincide com a ocorrência da febre, apresenta linfadenomegalia cervical, retroauricular, sem o cancro duro. c. CORRETA, quadro de clínico clássico de sífilis secundária, devendo utilizar PNC benzatinica 2,4 milhões em 2 doses com 1 semana de intervalo. d. INCORRETA. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis, Ministério da saúde, 2016.
92	C	a. INCORRETA porque este é o aspecto normal do liquor. b. INCORRETA porque há o predomínio de polimorfonucleares. c. CORRETA porque o valor de referência é 40mg/dL. d. INCORRETA porque este é o valor normal. Em casos de meningite bacteriana a glicose é bem abaixo de 2/3 da glicose sérica. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Faria SM, Farhat CK. Meningites bacterianas -diagnóstico e conduta. <i>J Pediatr (RioJ)</i> 1999; 75 (Supl 1): S46-S56
93	B	a. INCORRETA. O paciente apresenta diabetes tipo 2, grande aumento de sua osmolaridade, associado a níveis glicêmicos elevadíssimos, história "arrastada", que são típicos do coma hiperosmolar. b. CORRETA. Paciente diabética, com alteração do nível de consciência no pós-operatório de uma cirurgia complicada, com glicemia > 600 mg/dl, osmolaridade plasmática elevada, com glicosúria e sem corpos cetônicos na urina caracteriza o coma hiperosmolar ou estado hiperosmolar hiperglicêmico. c. INCORRETA. Quadro clínico é típico de Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico / Coma Hiperosmolar e apesar do longo tempo acamada, não há dados de comprometimento renal pela possível rabdomiólise muito menos dados de níveis de CK. d. INCORRETA. Quadro clínico é típico de Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico / Coma Hiperosmolar e apresenta creatinina dentro dos limites da normalidade.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
94	A	O diagnóstico clínico da leishmaniose visceral deve ser suspeitado quando o paciente apresentar: febre e esplenomegalia associado ou não à hepatomegalia. O aspirado de medula óssea e do baço geralmente mostram presença de formas amastigotas do parasita. Entre os locais a serem punccionados a primeira opção é a punção esternal, a segunda de crista ilíaca e a terceira tibial. No caso, a obesidade dificulta a punção de crista ilíaca, e está indicado a primeira opção, punção esternal. O achado consiste em hipocelularidade geral, porém com aumento nos percentuais de células jovens, com eritroblastos e pró-mielócitos neutrófilos, além de aumento de linfócitos, macrófagos, plasmócitos. a. CORRETA. b. INCORRETA: Presença de formas amastigotas do parasita com presença de eosinófilos, não sendo encontrado promastigotas em aspirado. c. INCORRETA: Mais indicada a punção esternal em obesos, e encontrado aumento de linfócitos. d. INCORRETA: Mais indicada a punção esternal em obesos, presença de formas amastigotas do parasita, e aumento de linfócitos, não sendo encontrado promastigotas em aspirado. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 1ª ed., 5ª . reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral_1edicao.pdf
95	C	a. INCORRETA: A osteoporose pós menopausa pode evoluir silenciosamente ao longo de vários anos até alcançar níveis perigosamente baixos. b. INCORRETA: O cigarro é um inibidor da multiplicação dos osteoclastos. A inatividade, má nutrição e a dieta rica em fibras é que diminuem a absorção de cálcio. c. CORRETA d. INCORRETA: Indicações de Densitometria óssea: ter 65 anos completos ou mais ou abaixo disso se tiver fator de risco tais como: Tabagismo atual, baixo peso, nunca ter feito TH, Uso de corticoide. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Imboden JB, Hellmann DB, Stone JH. Current Diagnóstico e Tratamento Reumatologia. 3 ed. 2014. Mc Graw Hill education Artmed.
96	B	a. INCORRETA – O quadro clínico não é compatível com hidronefrose, considerando-se a idade do paciente e a possível etiologia (estenose de JUP) que é mais comum em crianças e recém-nascidos. b. CORRETA – Os cálculos ureterais impactados na junção uretere-vesical causam dor lombar e sintomas compatíveis com urgência miccional, ou seja, várias micções em pequenos volumes. O exame de escolha é a tomografia helicoidal que pode identificar cálculos de até 1 mm e, inclusive, aqueles radioluscentes. c. INCORRETA – Os cálculos coraliformes não se manifestam por urgência miccional e o melhor exame é a radiografia simples de abdome. d. INCORRETA – O refluxo véisco-ureteral não se manifesta por urgência miccional e o exame adequado ao seu diagnóstico é a uretrocistografia retrógrada e miccional.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil – Medicina Interna. 23 ed. Capítulo 127. Páginas 1035 a 1042.
97	C	a. INCORRETA. Trata-se de vasodilatador direto, que atua pelo aumento do GMPc intracelular. Em doses baixas, tem efeito venodilatador predominante, sendo seu efeito vasodilatador arterial observado com doses maiores. Auxilia no tratamento da insuficiência cardíaca, tanto pela diminuição da congestão pulmonar quanto pelo aumento do fluxo sanguíneo coronariano. Assim como outros nitratos, pode promover taquicardia reflexa, cefaleia e hipotensão. Seu uso contínuo não é recomendado em virtude do fenômeno de tolerância farmacológica. Em situações de emergência, é bastante prático por ter início e término de ação imediatos, o que permite ajustes mais precisos, de acordo com a hemodinâmica do paciente. A dose inicial é de 0,5 µg/kg/min, podendo ser aumentada a cada 5 minutos até o controle dos sintomas ou dos efeitos colaterais limitantes. Seu emprego é particularmente útil nos casos de isquemia miocárdica sem hipotensão. Não se recomenda o emprego de nitroglicerina em pacientes com disfunção ventricular direita. Apesar da nitroglicerina poder ser utilizada como terapia inicial no EAP, não é a primeira droga e não deve ser utilizada a via sublingual. No tratamento do EAP há necessidade de manutenção de venóclise para garantir a administração de medicamentos (MOV - monitorização, oxigenioterapia e veia periférica). b. INCORRETA. O Diltiazem liga-se a canais de cálcio do tipo L no miocárdio e músculo liso, diminuindo desta forma a entrada de cálcio para dentro das fibras musculares e reduzindo a sua capacidade contrátil. Assim, os seus principais efeitos são como vasodilatador e depressor da função cardíaca, nomeadamente diminuindo o inotropismo e o cronotropismo, o que leva a uma diminuição do débito cardíaco e da frequência cardíaca. Está contra-indicado para pacientes que apresentem insuficiência cardíaca congestiva. c. CORRETA. Não existem trabalhos controlados que demonstrem redução de mortalidade com diuréticos, entretanto sua utilização é indiscutível para melhora dos sintomas de hipervolemia e congestão. Essa classe de medicamento promove natriurese e diurese, o que gera alívio dos sintomas. Estão indicados no tratamento de pacientes sintomáticos. d. INCORRETA. Apesar de estudos mais recentes estarem sugerindo a utilização de BB no tratamento da IC, esta indicação ainda é controversa. Para os pacientes com IC aguda e que, apesar do tratamento iniciado, ainda persistam sintomáticos e congestos, o início de betabloqueadores deve ser postergado. Quando o paciente já faz uso de BB e apresenta EAP, sempre que possível - isto é, após estabilização - deve-se reiniciar o BB e aumentar a dose, segundo tolerabilidade do paciente e a dose que usava previamente. Recentemente, foram publicados alguns estudos sobre o tema, os quais, de uma forma geral, mostram resultados favoráveis à manutenção do BB em todos os cenários, exceto com instabilidade hemodinâmica (o paciente da questão estava hipotenso e taquicárdico). O efeito dos BB não é a redução da pós-carga, como sugere a alternativa. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Collins SP, Storrow AB. Acute Heart Failure. In: Tintinalli JE, Stapczynski J, Ma O, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM. eds. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 8e New York, NY: McGraw-Hill; 2016.



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
98	C	a. INCORRETA: O hepatocarcinoma é um tumor altamente maligno, que dobra o seu volume a cada 180 dias, em média. Mesmo em seu estágio inicial, ou seja, um tumor pequeno, localizado em um fígado com bom funcionamento, dá ao seu portados apenas cerca de oito meses de vida após ser encontrado, se não for realizado nenhum tratamento. b. INCORRETA: pois na disssecção aguda de aorta não é comum palpação de massa no mesogástrio, e geralmente se apresenta com uma dor súbita interescapular/ precordial lancinante. c. CORRETA: Os aneurismas de Aorta são mais comumente localizados na aorta infrarenal na grande maioria das vezes, sendo assintomáticos e sendo diagnosticados como massas pulsáteis com expansibilidade lateral, ou achados de exames periódicos, sendo recomendado hoje rastreamento com ultrassonografia de abdome em homens maiores de 65 anos. d. INCORRETA: O tumor renal esquerdo determinará uma massa não pulsátil no flanco esquerdo. A maioria dos aneurismas de aorta abdominal são assintomáticos e descobertos incidentalmente através de exames de imagem abdominais realizados de rotina. Eles podem ser palpáveis no exame físico do abdome em indivíduos muito magros. O paciente é idoso, tabagista, hipertenso, portador de dislipidemia que são fatores de risco para aneurisma da aorta A USG de abdome tem elevada sensibilidade para o diagnóstico e avaliação do tamanho do aneurisma e é um exame não invasivo, sem exposição a contrastes e radiação e de menor custo que tomografia e ressonância, sendo portanto o exame de escolha para avaliação inicial e rastreio dos aneurisma de aorta abdominal. A trombose de veia porta e as varizes de esôfago não ocasionam massas palpáveis e pulsáteis. Tumores vascularizados podem ser palpáveis e mesmo pulsáteis, porém o exame mais indicado é a tomografia. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Isselbacher EM. Doenças da Aorta. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman Cecil Medicina. 24a Edição. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier, 2014.
99	A	a. CORRETA. A desnutrição energético proteica ocorre em razão de desequilíbrio entre o suprimento de energia e nutrientes, sendo esta uma causa primária devido à baixa renda ou a hipoalimentação. b. INCORRETA. No Kwashiorkor a criança apresenta-se consumida, principalmente nos músculos dos membros inferiores, fato que pode ser mascarado pelo edema. E diferente da criança marasmática, a criança com Kwashiorkor apresenta tecido celular subcutâneo. c. INCORRETA. Não existe a relação específica entre desnutrição proteica grave e as síndromes Marasmo e Kwashiorkor. Podendo não apresentar qualquer das características clínicas das síndromes referidas. d. INCORRETA. Pacientes com quadro de desnutrição moderada aguda, podem evoluir com bom desenvolvimento neuropsicomotor. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Nutrologia Pediátrica, 1ª edição – 2016, página 126



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2017
GABARITO PRELIMINAR COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
100	C	a. INCORRETA. Porque em pacientes vítimas de trama raquimedular, o nível neurológico da lesão se dá pelo exame de força muscular e pelo exame da sensibilidade tátil e dolorosa, sendo que lesão neurológica nível T4 a força está abolida em membros inferiores, e a sensibilidade deve estar preservada até linha do mamilo. b. INCORRETA. Porque em pacientes vítimas de trama raquimedular, o nível neurológico da lesão se dá pelo exame de força muscular e pelo exame da sensibilidade tátil e dolorosa, sendo que lesão neurológica nível T8 a força está abolida em membros inferiores, e a sensibilidade deve estar preservada até apêndice xifoide. c. CORRETA. Pelo déficit motor de membros inferiores associado a dor região dorsal a principal hipótese diagnóstica é trama raquimedular, e como a sensibilidade está preservada até cicatriz umbilical e força abolida em membros inferiores, o nível neurológico é nível T10 (conforme o exame padronizado pelo ASIA – American Spinal Injury Association – que leva em conta a força muscular dos miótomos chaves e a sensibilidade tátil e dolorosa conforme dermatomo de Keegan d. INCORRETA. Porque em pacientes vítimas de trama raquimedular, o nível neurológico da lesão se dá pelo exame de força muscular e pelo exame da sensibilidade tátil e dolorosa, sendo que lesão neurológica nível T12 a força está abolida em membros inferiores, e a sensibilidade deve estar preservada até linha inguinal (virilha). REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Colégio Americano de Cirurgiões. Advanced Life Trauma Support (ATLS) 10th Edition. Estados Unidos; 2016. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury- American Spinal Injury Association (ASIA) (Revisado 2013)