

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2020, DE 3 DE OUTUBRO DE 2019.

PROGRAMAS – GRUPO 005

**Reprodução Assistida (518), Endoscopia Ginecológica
(607) e Medicina Fetal (615).**

Data e horário da prova:

**Domingo,
1º/12/2019, às 14 h.**

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens – cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere –; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Ó beleza! Onde está tua verdade?

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Itens de 1 a 120

Uma paciente de 25 anos de idade, usuária de DIU de cobre, refere dor em baixo ventre há dois dias. Com parceiro novo há seis meses, nega atraso menstrual e febre. Há uma semana, iniciou com leucorreia amarelada. Ao exame, TA = 110 mmHg x 70 mmHg, FC = 90 bpm, saturação = 100% em ar ambiente, FR = 17 irpm, tax = 37 °C, abdome com irritação peritoneal em baixo ventre, toque vaginal com dor à mobilização do colo uterino e presença de massa palpável em FID.

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens abaixo.

1. A hipótese diagnóstica é de doença inflamatória pélvica. Apendicite aguda é um diagnóstico diferencial.
2. Como a paciente não tem febre, deve-se realizar o tratamento ambulatorial.
3. Uma boa opção terapêutica é o uso de gentamicina e clindamicina por via parenteral.
4. O DIU poderá ser mantido se a paciente responder ao tratamento de forma favorável.
5. Deve-se afastar a presença de abscesso tubo-ovariano, e, se houver abscesso roto, o tratamento cirúrgico está indicado.
6. Deve-se solicitar, de forma rotineira, sorologias para sífilis, HIV e hepatites B e C nesses casos.
7. Se o parceiro for assintomático, não há a necessidade de tratá-lo.

Determinada paciente de 7 anos de idade foi levada ao médico pela mãe ao apresentar desenvolvimento mamário e pelos pubianos. A mãe da paciente nega menarca, uso de medicações ou doenças crônicas. Ao exame da paciente, foram identificados mamas em M2 e pelos pubianos em P2, segundo a classificação de Tanner.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

8. Deve-se solicitar FSH, LH e TSH na avaliação inicial.
9. A verificação da idade óssea faz parte da avaliação.
10. A hipótese diagnóstica é de puberdade precoce.
11. O hipotireoidismo pode ser uma etiologia nessa situação e, nesse caso, haverá aumento da velocidade óssea.
12. A maioria dos casos de puberdade precoce dependente de gonadotrofinas é idiopática.
13. Independentemente da etiologia da precocidade sexual nesse caso, deve-se usar análogo do GnRH para evitar baixa estatura na vida adulta.

Uma paciente branca, magra (IMC de 17 kg/m²), de 55 anos de idade, assintomática no momento, com menopausa aos 50 anos de idade, faz uso de terapia hormonal (TH) — estradiol + progestogênio — há cinco anos, estando bem adaptada à terapia. Não apresenta comorbidades e faz revisão ginecológica anualmente, a qual está em dia, com exames normais. A paciente questiona o médico se pode continuar com a TH, pois sente-se bem e não quer voltar a ter fogachos e insônia como antes de iniciar o tratamento.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

14. O médico deve suspender a TH, pois, após cinco anos de uso, há aumento do risco de câncer de mama.
15. A TH ajuda a preservar a massa óssea, sendo importante nessa paciente, que tem risco aumentado para osteoporose em razão do respectivo biotipo.
16. Deve-se solicitar ultrassonografia transvaginal anualmente, pois a paciente apresenta risco para câncer de endométrio.
17. A TH, quando iniciada precocemente na pós-menopausa, poderá fazer prevenção primária de cardiopatia isquêmica, por retardo no processo aterosclerótico.
18. A indicação e a manutenção da TH devem ser individualizadas para cada paciente, respeitando os respectivos desejos e contra-indicações. Nesse processo, a informação dos benefícios e dos riscos por parte do médico é fundamental.

Uma paciente de 36 anos de idade, obesa, nuligesta, tentando engravidar há três anos, sem sucesso, refere ciclos oligomenorreicos desde a menarca, ficando até 90 dias sem menstruar. A paciente relata pele oleosa e hirsutismo na face. Ao exame, observam-se pelos aumentados em região mentoniana e acantose *nigricans*.

A respeito desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

19. A hipótese diagnóstica é de síndrome dos ovários policísticos (SOP), pela alta prevalência desta, porém, é um diagnóstico de exclusão.
20. Deve-se descartar outras causas de hiperandrogenismo, como a hiperplasia adrenal congênita tardia.
21. A ultrassonografia transvaginal é indispensável para confirmação do diagnóstico de SOP nessa situação.
22. Fazem parte da abordagem inicial, nesse caso, a perda de peso e o rastreamento de síndrome metabólica.
23. Na presença de hiperinsulinemismo, o uso da metformina pode ser indicado para melhora metabólica e da função ovulatória. Ocorrendo gravidez, a medicação deve ser suspensa por ser contra-indicada durante a gestação.
24. A paciente apresenta risco aumentado para o desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 2 e câncer de endométrio.
25. A acantose *nigricans* é um indicador de resistência periférica à insulina.
26. Se não houver o restabelecimento dos ciclos ovulatórios com as abordagens iniciais e com a indução da ovulação com o citrato de clomifeno, é correto indicar o *drilling* ovariano por videolaparoscopia.

Área livre



Considere uma paciente de 60 anos de idade que refere prurido e ardência vulvar há três anos, sem melhora com diferentes tratamentos tópicos. A paciente nega comorbidades ou uso crônico de medicações. O exame da vulva está representado na imagem.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

27. O diagnóstico é de atrofia vulvar, cujo tratamento é estrogênio tópico.
28. A biópsia da vulva está indicada para afastamento de doença vulvar.
29. Pela presença de distorção da arquitetura genital, com desaparecimento dos pequenos lábios e estreitamento do introito vaginal, deve-se considerar a hipótese de líquen escleroso atrófico.
30. Considerando-se a hipótese diagnóstica, poderá ocorrer transformação maligna, o que exige vigilância clínica com vulvoscopia.
31. Considerando-se a hipótese diagnóstica, o tratamento de escolha é a testosterona tópica.

Uma paciente de 35 anos de idade apresentou exame anatomopatológico da conização do colo uterino, carcinoma cervical escamoso com 4 mm de extensão e 7 mm de invasão estromal sem envolvimento dos espaços linfovasculares e margens cirúrgicas livres.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

32. A paciente deve ser tratada por histerectomia total simples.
33. A paciente deve ser tratada por histerectomia radical com linfadenectomia pélvica, quimioterapia e radioterapia.
34. A paciente deve ser tratada por histerectomia radical com linfadenectomia pélvica.

Determinada paciente de 75 anos de idade apresenta, à mamografia, foco de microcalcificações amorfas com 0,8 cm de extensão na mama esquerda.

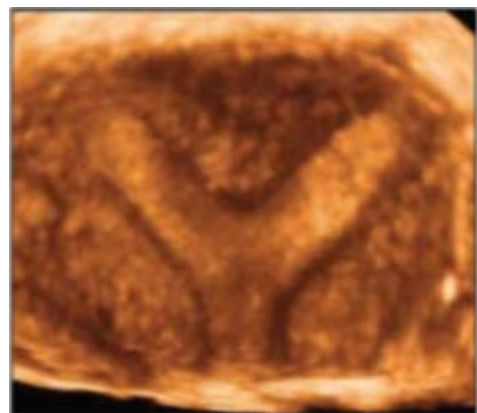
Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

35. A mamografia dessa paciente é classificada em BIRADS 02.
36. Deve-se realizar agulhamento e ressecção da lesão.
37. Pela idade da paciente, nenhum tratamento é necessário, e também não está indicado o rastreamento no ano seguinte.

Uma paciente de 25 anos de idade apresenta dor uretral, disúria e secreção mucopurulenta. A paciente nega dispareunia, e o parceiro não apresenta sintomas.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

38. Deve-se solicitar exame de urina e instituir tratamento para infecção urinária.
39. A hipótese diagnóstica é de uretrite, sendo os agentes etiológicos mais comuns a *C. trachomatis* e a *N. gonorrhoeae*.
40. As uretrites podem ser assintomáticas.
41. O parceiro da paciente deve ser tratado para infecção por *C. trachomatis* e a *N. gonorrhoeae*.



Uma paciente de 30 anos de idade, com abortamento habitual, apresenta a imagem uterina nessa ultrassonografia tridimensional.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

42. Trata-se de um útero didelfo, o que explica os abortos recorrentes da paciente, mas não impede totalmente uma gestação.
43. Trata-se de um útero septado, passível de correção por vídeo-histeroscopia cirúrgica.
44. A paciente só poderá ter filhos por meio de útero de substituição.

Área livre

Uma paciente de 20 anos de idade, sem uso de contraceptivo hormonal, com última menstruação há 18 dias, apresenta imagem ultrassonográfica em região anexial direita evidenciando cisto unilocular, de 5,0 cm, contendo debris no respectivo interior em forma de favo de mel, sem vascularização ao Doppler no interior do cisto.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

45. O tumor anexial da paciente é compatível com endometrioma.
46. O tumor anexial da paciente é compatível com cisto de corpo lúteo hemorrágico.

Uma paciente de 30 anos de idade apresenta, à ultrassonografia, massa anexial unilocular de 4,0 cm, de conteúdo espesso, tipo vidro fosco, sem vascularização ao Doppler no conteúdo interno.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

47. O tumor anexial da paciente é compatível com endometrioma.
48. O tumor anexial da paciente é compatível com cisto de corpo lúteo hemorrágico.
49. O tumor anexial da paciente pode causar dor pélvica ou ser assintomático.

Uma paciente de 35 anos de idade, assintomática, apresenta ultrassonografia evidenciando imagem anexial cística de 3,0 cm, alongada, anecoide, com septações incompletas e pequenas projeções lineares, avascular.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

50. O tumor anexial da paciente é compatível com hidossalpinge.
51. O tumor anexial da paciente é compatível com neoplasia maligna de ovário.
52. O tumor anexial da paciente não exige tratamento.

Uma paciente primigesta com 32 semanas de gestação refere perda vaginal líquida há uma semana e dor abdominal. Ao exame, pressão arterial de 100 mmHg x 50 mmHg, FC de 105 bpm, tax de 38 °C, saturação de 99% em ar ambiente, FR de 17 irp, ausência de dinâmica uterina, movimentação fetal presente, batimentos cardíofetais de 170 bpm, toque vaginal com 3 cm de dilatação e apresentação cefálica. O leucograma apresenta leucocitose com desvio à esquerda.

Acerca desse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

53. Deve-se internar a paciente e iniciar antibioticoterapia.
54. Deve-se avaliar a vitalidade fetal e iniciar indução do parto se o feto estiver bem.
55. Trata-se de sofrimento fetal agudo, devendo-se indicar cesariana de emergência.

56. Deve-se administrar corticosteroide e indução do parto após 48 horas.

Uma paciente primigesta com 30 semanas de gestação refere endurecimento da barriga a cada 10 minutos com dor. A paciente nega perdas vaginais, sintomas urinários ou febre. Pré-natal sem intercorrências até então. Ao exame, TA: 110 mmHg x 60 mmHg, FC: 90 bpm, FR: 16 irpm, tax: 36,5 °C, saturação de 100% em ar ambiente, altura uterina de 26 cm, BCF: 140 bpm, dinâmica uterina de 2 contrações em 10 minutos, movimentação fetal presente, toque vaginal com dilatação de 2,0 cm, colo fino e apresentação cefálica.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

57. Trata-se de trabalho de parto pré-termo, devendo-se realizar internação da paciente.
58. Na presença de boa vitalidade fetal, estão indicados tocólise e corticoterapia.
59. Deve-se administrar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, já na abordagem inicial.
60. Deve-se descartar infecção materna ativa e corioamnionite.
61. Está indicado o rastreamento materno de colonização pelo estreptococo do grupo B.

Uma paciente primigesta com 11 semanas de gestação, assintomática, apresenta exames recentes de toxoplasmose, evidenciando IgG e IgM reagentes.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

62. Deve-se iniciar de imediato a espiramicina.
63. Deve-se solicitar teste de avidéz para IgG.
64. Na presença de baixa avidéz, deve-se iniciar espiramicina, imediatamente, e realizar PCR de líquido amniótico com 16 semanas de gestação.
65. Na presença de alta avidéz, é correto concluir que a infecção é remota, não precisando de nenhum tratamento, pois não há risco fetal.
66. A positividade da IgM pode persistir por mais de um ano.
67. Na confirmação de infecção fetal, deve-se iniciar o tratamento com pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico para reduzir a gravidade da infecção congênita.

Área livre

Uma paciente de 30 anos de idade refere dor pélvica e sangramento vaginal de pequeno volume. Nega febre e realizou β -hCG há três dias, cujo resultado foi 1.500 mUI/mL. Ao exame, BEG, mucosas coradas, TA de 100 mmHg x 70 mmHg, FC de 90 bpm, FR de 17 irpm, 99% de saturação de oxigênio em ar ambiente, dor à palpação do abdome em FID, sem sinais de irritação peritoneal, exame especular com sangramento coletado em fundo vaginal, toque vaginal apresentou colo fechado com dor a mobilização do colo. Realizaram novos exames laboratoriais, cujos resultados foram: β -hCG de 2.100 mUI/mL, Hb de 11 g/dL, 13.000 leucócitos/mm³ com 5% de bastões. Foi solicitada ultrassonografia transvaginal, que evidenciou endométrio ecogênico com 10 mm de espessura sem evidência de saco gestacional no respectivo interior e imagem heterogênea, bem delimitada em região anexial direita, medindo 3,0 cm, com moderada quantidade de líquido livre na pelve.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

68. Trata-se de gestação ectópica rota, estando indicada laparotomia de emergência.
69. Trata-se de gestação tópica inicial, devendo-se repetir o β -hCG e a ultrassonografia transvaginal em 48 horas.
70. O diagnóstico é de gestação ectópica, que pode ser tratada com metotrexato.
71. O diagnóstico é de aborto tubário, que pode adotar-se conduta expectante.

Uma paciente primigesta de 40 anos de idade, com 33 semanas de gestação, comparece à emergência obstétrica referindo mal-estar. A paciente nega contrações ou perdas vaginais. Pré-natal sem intercorrências até então. Ao exame, TA de 150 mmHg x 100 mmHg, FC de 80 bpm, FR de 18 irpm, 99% de saturação de oxigênio em ar ambiente, altura uterina de 25 cm, ausência de dinâmica uterina, movimentação fetal presente, BCF de 140 bpm. São solicitados exames, cujos resultados são: Hb de 12 g/dL, plaquetas 90.000 UI, DHL 400 UI/L, TGO 40 UI/L, creatinina de 1,0 mg/dL, ácido úrico de 5,0 mg/dL e proteinúria/creatininúria de 0,2. A ultrassonografia mostrou feto cefálico, placenta fúndica, ILA de 8,0 cm, peso estimado de 1.100 g com percentil < 5 e, à dopplerfluxometria, artérias umbilicais com aumento da resistência vascular.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

72. Trata-se de hipertensão gestacional transitória, pois não há proteinúria significativa.
73. O diagnóstico é de pré-eclâmpsia com restrição de crescimento fetal.
74. O diagnóstico é de pré-eclâmpsia com síndrome HELLP.
75. Deve-se administrar corticosteroide para maturação pulmonar fetal e interrupção da gestação após 48 horas da segunda dose.
76. Até a interrupção da gravidez, é importante a realização de exames laboratoriais para controle das condições maternas e diagnóstico de complicações.

77. Na presença de sinais premonitórios, deve-se administrar sulfato de magnésio.
78. Deve-se administrar nifedipina via oral para melhor controle da pressão arterial.
79. Evidencia-se que já há comprometimento da função renal materna.

Uma paciente de 29 anos de idade, G2P1, com 38 semanas de gestação, foi internada na fase ativa do trabalho de parto há sete horas. Encontra-se em período expulsivo há duas horas, estando o feto em posição occipito esquerda anterior, no plano +1 de De Lee, e monitorização intraparto categoria 1. Foi realizada analgesia de parto (bloqueio combinado) há três horas.

A respeito desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

80. Trata-se de parto disfuncional por provável desproporção céfalo-pélvica.
81. Está indicada cesariana nesse caso, pois já se ultrapassou o tempo de tolerância do período expulsivo.
82. Deve-se ultimar o parto com aplicação de fórceps, pois já se ultrapassou o tempo de tolerância do período expulsivo.
83. A analgesia do parto pode prolongar o período expulsivo.
84. Pode-se aguardar o nascimento por mais uma hora, se a monitorização fetal se mantiver na categoria 1.

Área livre

Uma paciente primigesta de 38 anos de idade, com 7 semanas de gestação, assintomática, apresenta níveis tensionais variando de 140 mmHg x 90 mmHg a 150 mmHg x 80 mmHg em diferentes dias e períodos de aferição. É desconhecido ser hipertensa previamente. A paciente nega comorbidades ou uso de medicações, exceto o ácido fólico.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

85. O diagnóstico é de hipertensão arterial crônica.
86. O diagnóstico é de hipertensão gestacional transitória.
87. A droga anti-hipertensiva de escolha é a metildopa.
88. O uso de hipotensor nessa situação diminui o risco de restrição de crescimento fetal.
89. O objetivo do tratamento anti-hipertensivo é manter os níveis tensionais abaixo de 140 mmHg x 90 mmHg.

Uma paciente de 30 anos de idade, G2P1, com 9 semanas de gestação, comparece para consulta de pré-natal portando glicemia de jejum de 98 mg/dL, coletada há duas semanas. A paciente está assintomática, nega doenças crônicas e refere ter tido parto prematuro, com 32 semanas, em gestação anterior.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

90. A paciente apresenta diabetes gestacional.
91. Para o diagnóstico de distúrbio do metabolismo da glicose, é necessário dosar a hemoglobina glicada.
92. Deve-se solicitar teste oral de tolerância à glicose (TOTG 75g/2h) entre 24 e 28 semanas de gestação, para o rastreamento de diabetes gestacional.
93. A primeira intervenção a ser realizada é dieta com baixo índice glicêmico, para um melhor controle metabólico na gestação.
94. Está indicado o uso de progesterona vaginal nessa gestação, a fim de prevenir o parto pré-termo.
95. Deve-se indicar cerclagem do colo uterino entre 12 e 14 semanas de gestação, como medida de primeira linha na prevenção do parto pré-termo.
96. Essa paciente apresenta risco aumentado para parto pré-termo, devendo-se rastrear e tratar anemia e infecções maternas, com o intuito de se evitar um parto prematuro.

Com relação aos tumores de ovário, julgue os itens a seguir.

97. O antígeno CA-125 tem maior expressão nos tumores malignos serosos do ovário, enquanto o CA 19-9 é particularmente mais sensível para os tumores mucinosos.
98. Teratoma cístico maduro é a neoplasia ovariana mais comum em mulheres jovens.
99. A maioria das neoplasias ovarianas em crianças consiste em tumores de células germinativas.
100. Em pacientes com câncer epitelial *boderline* de ovário que desejam manter a fertilidade, a salpingooforectomia unilateral poderá ser o tratamento inicial.

101. O pseudomixoma peritoneal é uma complicação dos tumores mucinosos do ovário.
102. As lesões malignas geralmente apresentam alto índice de pulsatilidade (IP > 1,0) e baixo índice de resistência (IR < 0,40).
103. O uso de anticoncepcional combinado oral e a realização de fimbriectomia são fatores de proteção para o câncer de ovário.

Com relação à endometriose, julgue os itens a seguir.

104. Em pacientes com dor pélvica crônica e endometrioma, o tratamento cirúrgico é necessário para o melhor controle da dor.
105. Em pacientes com infertilidade e endometrioma, é correto realizar-se a fertilização *in vitro* antes da abordagem cirúrgica do ovário, se o endometrioma não for muito grande.
106. O local das lesões de endometriose poderá determinar mais dispareunia, como em ligamentos uterossacros.
107. Deve-se evitar múltiplas abordagens cirúrgicas do ovário na presença de endometriomas em pacientes que desejam preservar a fertilidade, para não haver a redução da reserva ovariana por perda de folículos na ressecção desses tumores.
108. O uso contínuo de anticoncepcional combinado oral evita a progressão da endometriose.

Com relação às neoplasias intraepiteliais vulvares (NIV), julgue os itens a seguir.

109. A NIV indiferenciada, geralmente HPV positiva, apresenta menor associação ao câncer invasor.
110. A NIV diferenciada está associada ao líquen escleroso.
111. A NIV indiferenciada tende a ser multifocal, podendo estar associada a neoplasia intraepitelial cervical.
112. A NIV diferenciada também é denominada NIV usual.
113. O prurido vulvar é o sintoma mais comum nas pacientes com NIV.

Área livre

Com relação à morte fetal intrauterina, julgue os itens a seguir.

- 114. Pode ocorrer em razão de causas maternas, sendo as principais, no Brasil, a hipertensão arterial, diabetes descompensado e aloimunização; a causas fetais, como anormalidades cromossômicas, malformações estruturais graves, infecções congênitas e anemia fetal acentuada, e, ainda, a causas anexiais, como o descolamento prematuro de placenta e a insuficiência placentária.
- 115. Em gestações gemelares, é mais comum nas gestações dicoriônicas.
- 116. A maioria dos casos evolui para expulsão espontânea do feto.
- 117. Coagulopatia é a principal complicação associada à morbimortalidade materna.

Com relação à infecção ovular, julgue os itens a seguir.

- 118. Na presença de corioamnionite, a interrupção da gestação é mandatória, sendo a via vaginal a preferencial.
- 119. O diagnóstico de infecção ovular, mesmo nos estágios iniciais, é de fácil realização pelo vasto quadro clínico associado, como febre, dor abdominal e alteração laboratorial.
- 120. Um esquema terapêutico adequado para essa patologia é ampicilina associada a um aminoglicosídeo e a clindamicina.

Área livre