

Questão: 39

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1703314 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Parecer da Banca Examinadora:

O que diz o Rezendinho (capítulo 19)

Abortamento retido:

Chama-se ovo anembrionado, tipo de abortamento no qual o ultrassom vaginal não identifica o embrião, estando o saco gestacional com 10 mm, sem vesícula vitelina, ou saco gestacional com 20 mm, sem embrião.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 40

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1703314 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Parecer da Banca Examinadora:

Não está em questão o seguimento de mulheres tratadas para NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA, mas sim aquelas que apresentaram MOLA e que estão sendo seguidas para se identificar risco para NEOPLASIA (daí o termo SEGUIMENTO PÓS-MOLAR).

(o que diz o “Rezendinho”) – capítulo 21

1. Obter dosagens semanais do hCG-*beta* após o esvaziamento da mola.
2. Quando o nível de hCG-*beta* for negativo por **3 semanas consecutivas**, dosá-lo mensalmente por 6 meses.
3. Evitar a gravidez com anticoncepcionais orais durante o seguimento.
4. **Descontinuar o seguimento após 6 meses consecutivos de negatificação do hCG-*beta*.** A gravidez pode ser permitida agora.
5. Utilizar a quimioterapia se o nível de hCG-*beta* estacionar por 3 semanas consecutivas, *umentar* ou aparecerem metástases.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 43

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1700512 | 1703314 | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Parecer da Banca Examinadora:

Justificativa (capítulo 62 – “Rezendinho”)

Pontos-chave

1. O termo *hidropisia fetal* deve ser utilizado para caracterizar líquido presente em duas cavidades (ascite, derrame pleural ou pericárdico) ou em uma cavidade na presença de anasarca (espessamento da pele e do tecido subcutâneo).
2. A hidropisia fetal pode ser *imune*, como na doença hemolítica perinatal (DHPN), ou *não imune* (HFNI), esta última ocorrendo em 1:3.000 nascimentos.
3. A HFNI é idiopática em 20 a 30% dos casos. Nos demais 70 a 80%: cardíacas, cromossômicas, hematogênicas, síndrome de transfusão gêmeo-gemelar (STGG), infecções, displasias esqueléticas, anomalias torácicas, anormalidades da placenta ou do cordão.
4. O primeiro passo é excluir a hidropisia imune pelo teste de Coombs indireto.
5. O ultrassom é o procedimento mais importante para diagnosticar hidropisia, anormalidade estrutural fetal, polidramnia e placentomegalia.
6. A ecocardiografia fetal é exame indispensável visto que as anomalias cardíacas ocorrem em 20% dos casos.
7. **A amniocentese e principalmente a cordocentese estão indicadas para avaliar desordens hematológicas fetais, doenças metabólicas, proteinemia e cariótipo.**
8. O prognóstico fetal é muito ruim, com taxa de mortalidade de 70 a 90%.
9. Eis algumas possibilidades terapêuticas: drogas antiarrítmicas, transfusão intravascular (TIV), tratamento da toxoplasmose e da sífilis, toracocentese etc.
10. A necropsia fetal e o exame da placenta constituem o padrão-ouro para o diagnóstico e para o aconselhamento futuro.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 44

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1703314 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Parecer da Banca Examinadora:

O que diz o Rezendinho – capítulo 24:

Em obstetrícia, a CID pode apresentar duas formas clínicas

1. Aguda. Descolamento prematuro da placenta (DPP), embolia por líquido amniótico (ELA), retenção de ovo morto, infecção intrauterina.
2. Crônica. Pré-eclampsia.

OVO MORTO E RETIDO. Em 85-95% dos casos de morte fetal a interrupção da gravidez se faz espontaneamente, 3-4 semanas do decesso, sem qualquer anomalia grave na hemóstase. Embora a depleção de fibrinogênio ocorra inicialmente após o óbito do feto, ela é gradual, discreta, e os distúrbios na coagulação só se evidenciam, clinicamente, pelo geral, 5 semanas decorridas da morte e em apenas 1/3 dos casos. A autólise da placenta, que se mostra às vezes em estado de liquefação, demanda tempo. Nessas condições, a penetração da tromboplastina seria desencadeada pelas contrações de Braxton-Hicks ou pelas do trabalho de parto.

O mecanismo proposto para o entendimento da CID no ovo morto retido é a liberação da tromboplastina (fator tecidual) dos tecidos ovulares, ativando o sistema extrínseco da coagulação. Na maioria das vezes a fibrinólise será fenômeno secundário, decorrente do processo de CID.

A síndrome de ovo morto retido tornou-se hoje fenômeno raro, assim pelo diagnóstico precoce do decesso fetal através do ultrassom, como pelas facilidades da indução de parto em qualquer idade gestacional.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 45

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1703314 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Parecer da Banca Examinadora:

O que dizem os Protocolos Assistenciais da ME-UFRJ:

LEMBRETES

- Se o MgSO₄ foi iniciado, a tocolise deve ser descontinuada.
- O MgSO₄ pode ser administrado antes que as drogas tocolíticas sejam eliminadas da circulação materna. O

uso prévio de nifedipina não contraindica o uso do MgSO₄ para neuroproteção

- O parto não deve ser postergado para a administração de MgSO₄ para neuroproteção nos casos em que

houver indicação para interrupção de urgência por indicação materna e/ou fetal.

- Não é necessária a monitorização dos níveis de magnésio sérico.
- Quando o parto pretermo for eletivo por indicação materna e/ou fetal, o MgSO₄ deve ser iniciado idealmente

4 h antes do nascimento – dose de ataque de 4g IV por 30 min seguida por infusão de 1g/h até o parto.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 48

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1703314 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Parecer da Banca Examinadora:

De acordo com “Rezendinho”

Acompanhamento anteparto pelo Perfil Biofísico Fetal (PBF):

Sempre começar pela CTG basal e pelo volume de líquido amniótico porque em casos de normalidade afasta a acidemia fetal, prescindindo do resto do PBF. Todavia, se a CTG basal for não reativa por 40 minutos, há que se complementar com o PBF. Presentes os movimentos respiratórios fetais (MRF), o exame estará encerrado pois a acidemia estará afastada também. Se após 30 minutos de exame sonográfico todas as variáveis estiverem ausentes (PBF = 0), a gravidez será interrompida imediatamente.

- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 53

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1701317 | 1707326 | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Parecer da Banca Examinadora:

Nos protocolos assistenciais da ME-UFRJ, encontramos:

INFECCÃO DA FERIDA OPERATÓRIA MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

CONDUTA

- Quando o abscesso é localizado sem indícios de infecção sistêmica e a paciente está em bom estado geral, apenas drenagem e cuidados locais são suficientes.

MEDICACÃO

- Antimicrobianos são indicados em casos de comprometimento extenso e/ou com sinais e sintomas de acometimento sistêmico.
-
- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**

Questão: 55

- Inscrições dos candidatos que interpuseram recurso:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1710271 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Parecer da Banca Examinadora:

O que diz o “Rezendinho” – capítulo 22

1. A placenta prévia pode ser dividida em total, parcial e marginal.
 2. A incidência de placenta prévia no termo é de 0,5-1%.
 3. A hemorragia indolor é o sinal mais importante da placenta prévia.
 4. O fenômeno da migração placentária ocorre em 90% dos casos.
 5. No ultrassom morfológico de 2.º trimestre é obrigatória a localização da placenta.
 6. Suspeitada a placenta prévia no ultrassom abdominal, impõe-se a via transvaginal, padrão ouro do diagnóstico.
 7. Complicação temível da placenta prévia é a placenta prévia-cesárea, fator de risco para a placenta acreta-cesárea.
 8. O tratamento da placenta prévia pode ser expectante antes de 37 semanas, se o estado hemodinâmico da paciente assim o permitir.
 9. A cesárea é o procedimento de eleição para a interrupção da gravidez.
 10. Se a borda inferior da placenta estiver a mais de 2 cm do orifício interno do colo (placenta baixa) pode ser realizado o parto vaginal.
- Situação da questão: **mantida sem alteração de gabarito.**