Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

PREGUNTAS

1. **Señale que estadio de la clasificación de Tanner corresponde unas mamas con elevación /abombamiento de la areola y presencia de las glándulas de Montgomery:**

   a) Estadio I.
   b) Estadio II.
   c) Estadio III.
   d) Estadio IV

2. **¿Cuál de las siguientes es válida en relación con la esteroidogénesis?**

   a) Las gonadotropinas no pueden atravesar la membrana celular.
   b) El segundo mensajero es la estrona.
   c) Los derivados del estrano tienen 21 átomos de carbono.
   d) El 30% del estradiol circula de manera libre (sin fijar).

3. **Respecto al metabolismo de la progesterona en las mujeres no gestantes:**

   a) El 20% se origina por conversión periférica de los andrógenos.
   b) La progesterona se sintetiza a partir del pregnanetriol.
   c) El pregnanediol es un metabolito urinario.
   d) La 19-hidroxiprogesterona se incrementa con la ovulación.

4. **¿Cuál de las siguientes enfermedades genéticas puede ser debida a mutaciones específicas del sistema de a proteína G?**

   a) Pseudohermafroditismo masculino.
   b) Síndrome de McCune- Albright.
   c) Pubertad precoz en niños.
   d) Todas las anteriores.

5. **La diferenciación gonadal ocurre:**

   a) En la 3ª-4ª semana de gestación.
   b) En la 6ª- 9ª semana de gestación.
   c) En torno a la semana 12 de gestación.
   d) Al comienzo del tercer trimestre.

6. **El tiempo que dura la progresión de un folículo primario hasta la ovulación es de aproximadamente:**

   a) 14 días.
   b) 85 días.
   c) Varios meses.

d) Desde la pubertad a la ovulación.

7. ¿Cuál de las siguientes es cierta en relación con el desarrollo embriológico de los genitales y la AMH (hormona anti Mülleriana)?

a) Es producida por las células de Sertoli.
b) Induce la regresión del sistema wolffiano.
c) Mantiene el desarrollo de los conductos de Müller.
d) Viriliza los genitales externos.

8. ¿El primer signo histológico endometrial de que se ha producido ovulación es

a) Aparición de vacuolas intracitoplasmáticas subnucleares de glucógeno.
b) Pseudoestratificación celular.
c) Acidificación del estroma.
d) Presencia de secreción activa de glucoproteínas y proteínas en las glándulas.

9. ¿Cuál de las siguientes malformaciones congénitas es más frecuente?

a) Útero septo.
b) Útero bicorne.
c) Útero unicorne.
d) Útero didelfo.

10. En la esteroidogénesis ovárica en la fase folicular:

a) La LH actúa en las células de la granulosa.
b) El estradiol es el sustrato para la síntesis de andrógenos.
c) La FSH regula la conversión de los andrógenos.
d) La LH regula la conversión de los andrógenos.

11. El triángulo de Hesselbach está delimitado por:

a) Extremo de trompa, ligamento uterosacro y torus uterino.
b) Vasos epigástricos, borde de recto y arco crural.
c) Uréter, arteria uterina y canto uterino.
d) Borde superior de sínfisis de pubis, tuberosidad isquiática y borde inferior de sínfisis de pubis.

12. ¿Cuál de estos tipos celulares no forma parte del epitelio tubárico?

a) Células intercalares.
b) Células secretoras.
c) Células ciliadas.
d) Células corticales.



13. La estructura embriológica que da lugar al gubernaculum testis del varón, en la mujer da lugar a

a) Ligamento uterosacro.
b) Ligamento suspensorio del ovario.
c) Ligamento redondo.
d) Epoóforo.

14. ¿Cuál de estas es una función de la zona pelúcida?

a) Impedir la fertilización de ovocitos inmaduros.
b) Impedir la poliploidía.
c) Proteger al ovocito de las noxas ambientales.
d) Facilitar la implantación.

15. En el blastocisto, ¿cuál de las siguientes es cierta respecto a la masa celular interna?

a) Representa aproximadamente la mitad de las células del blastocisto.
b) Se origina en el momento de la implantación.
c) Dará lugar al embrión.
d) Se llama así por estar dentro de la zona pelúcida.

16. En la ecografía obstétrica se habla de tunelización cuando:

a) Se despega parcialmente la placenta de su inserción.
b) Cuando la bolsa amniótica protruye por el canal endocervical .
c) La placenta se inserta en las inmediaciones del orificio cervical.
d) Cuando existe una inserción velamentosa de cordón.

17. En ecografía obstétrica, siendo S el flujo sistólico máximo, Del flujo diastólico final, y M la velocidad promedio, el cociente (S-D) /M corresponde a:

a) Índice de resistencia.
b) Índice de difracción.
c) Índice de pulsatilidad.
d) Impedancia.

18. ¿Cuál es la mejor técnica diagnóstica para visualizar los miomas y ver la localización de los mismos?

a) Ecografía.
b) Histeroscopia.
c) TAC.
d) RMN.

19. En una mamografía se detecta una lesión con alta probabilidad (> 95 %) que sea cáncer. Según la clasificación BIRADS sería:

a) BIRADS 4ª.
b) BIRADS 4B.
c) BIRADS 5.
d) BIRADS 6.

20. Entre el inicio de la espermatogénesis y el depósito de los espermatozoides en la porción caudal del epidídimo, transcurren:

a) De 7 a 14 días.
b) Unos 28 días.
c) Unos 70-80 días.
d) Desde la pubertad hasta 7 días antes de la eyaculación.

21. Respecto al metabolismo de los lípidos y lipoproteínas durante el embarazo, señale la respuesta correcta:

a) Las cifras de colesterol total al término aumentan un 50-60 % con respecto a las cifras pregestacionales.
b) Los niveles de triglicéridos se mantienen constantes.
c) La síntesis de colesterol se realiza principalmente en el intestino.
d) Las cifras de HDL-colesterol disminuyen progresivamente a lo largo del embarazo.

22. ¿Cuál de las siguientes es cierta en relación con el flujo uteroplacentario?

a) Las contracciones uterinas reducen el flujo uteroplacentario.
b) Es máximo en el embarazo post-término.
c) Aumenta en la preeclampsia.
d) Todas las anteriores son ciertas.

23. De los siguientes trastornos, se asocia a una disminución de los estrógenos urinarios maternos:

a) Hiperplasia suprarrenal congénita.
b) Eritroblastosis fetal.
c) Embarazo múltiple.
d) Muerte fetal.

24. Un trombo intervelloso grande puede asociarse a:

a) Niveles elevados de alfa fetoproteina en sangre materna.
b) Niveles bajos de hCG en sangre materna.
c) Niveles altos de hCG en sangre materna.
d) Niveles bajos de alfa fetoproteina en sangre materna.

25. De los siguientes, ¿cuál conlleva una mayor proporción del incremento del peso materno en el embarazo a término?

a) Líquido amniótico.
b) Placenta.
c) Hipervolemia gravídica.
d) Hipertrofia mamaria.

26. ¿Cuál de las siguientes NO es característica del embarazo normal?

a) Hipoglucemia leve en ayunas.
b) Hiperglucemia postprandial.
c) Hiperinsulinemia.
d) Mayor sensibilidad a la insulina.

27. En relación con el metabolismo del hierro durante el embarazo:

a) La mayor parte de la ingesta se destina a la hipervolemia.
b) La mayor parte de la ingesta se destina al feto.
c) Se requiere en total una ingesta de unos 10 g.
d) Las pérdidas diarias de hierro se reducen durante el embarazo.

28. En el embarazo normal, los cambios fisiológicos respiratorios incluyen:

a) Reducción de la capacidad inspiratoria.
b) Aumento del volumen de reserva espiratoria.
c) Reducción de la capacidad residual funcional.
d) Incluyen todos los anteriores.

29. En relación con la hCG (gonadotropina coriónica humana) y la LH (hormona luteinizante):

a) Actúan a través del mismo receptor.
b) Su semivida es similar.
c) Ambas se producen en concentraciones similares en el embarazo.
d) En su forma farmacológica, ambas se utilizan para desencadenar la ovulación.

30. En el primer trimestre del embarazo el margen de error de la medición del CRL (longitud coronilla rabadilla) en la estimación de la edad gestacional es de:

a) 1 día.
b) 2-4 días.
c) 5-7 días.
d) 1-2 semanas.

31. Hoy en día, el test de cribado que se realiza habitualmente en españa es el cribado combinado del primer trimestre y engloba:

a) Edad materna.
b) Edad materna + translucencia nucal.
c) Edad materna + βhCG + PAPP-a.
d) Edad materna + translucencia nucal + βhCG + PAPP-a.

32. Para prevenir el parto pretérmino en gestantes asintomáticas se recomienda el cribado universal de:

a) Vaginosis bacteriana.
b) Micoplasma genital.
c) Chlamydia trachomatis.
d) Con esta indicación no se recomienda el cribado de ninguno de ellos.

33. ¿Cuándo NO realizaría profilaxis de *streptococo B*?

a) Gestante de parto a término portadora de *streptococo B* en control realizado hace 3 semanas.
b) Gestante de parto a las 35 semanas sin cribado de *streptococo B.*
c) Cesárea electiva por primípara podálica.
d) Parto a término con bacteriuria por *streptococo B* en el primer trimestre.

34. En cuanto a la realización del test de ADN libre circulante en sangre materna, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Un resultado positivo debe confirmarse siempre con biopsia corial o amniocentesis.
b) Si la translucencia nucal es superior o igual a 3,5 mm, debe recomendarse realizar prueba invasiva (biopsia corial o amniocentesis).

c) Si el test no proporciona resultados y en la ecografía del 1er trimestre no se detectan anomalías que se asocien a cromosomopatías, el test se puede repetir ya que en un 50-60 % de los casos se conseguirá resultado.
d) Está indicado en todos los casos de gestación gemelar, incluidas las gestaciones gemelares con un gemelo evanescente.

35. De los siguientes fármacos antiepilépticos, ¿cuál se asocia a un mayor riesgo de teratogenia?

a) Lamotrigina.
b) Carbamazepina.
c) Valproato..
d) Clonazepam

36. Respecto a las madres con fenilcetonuria:

a) Debe desaconsejarse el embarazo.
b) Debe restringirse la ingesta de fenilalanina.
c) En el embarazo deben administrarse corticoides.
d) En ellas aumenta el riesgo de cetoacidosis fetal/ neonatal.

37. ¿Cuál de las siguientes vacunas está contraindicada en el embarazo?

a) Sarampión.
b) Rabia.
c) Meningococo.
d) Neumococo.

38. En relación con la indometacina:

a) Puede reducir la producción de orina fetal.
b) Tomada en el tercer trimestre, puede asociarse a cierre precoz del ductus arterioso.
c) Tomada en el tercer trimestre, puede asociarse a hipertensión pulmonar fetal.
d) Todas las anteriores son ciertas.

39. Una de las siguientes no es una contraindicación absoluta para la realización de una versión cefálica externa.

a) Dos cesáreas segmentarias transversas.
b) Feto muerto.
c) Preeclampsia grave.
d) Alteraciones de la coagulación

40. Respecto al mecanismo del parto:

a) El aumento en frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas parece producirse por un mecanismo de autopropagación.
b) La onda contráctil comienza en uno de los cuernos uterinos y se propaga en dirección descendente.
c) Las dos anteriores son verdaderas.
d) El segmento uterino superior a lo largo del primer periodo del parto se hace progresivamente más delgado.

41. Durante el paso de la cabeza por el estrecho inferior se produce una retropulsión del coxis que permite:

a) El coxis no tiene movilidad.
b) Ampliar el diámetro antero-posterior 1 cm.
c) Ampliar el diámetro transverso hasta 2 cm.
d) Ampliar el diámetro antero-posterior hasta 2 cm.



42. En el mecanismo del parto en posición occipito-anterior, señale la respuesta INCORRECTA:

a) No se recomienda la episiotomía de rutina.
b) La maniobra de Ritgen modificada o "Hands on" presenta mayor incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado que la protección perineal simple.
c) La protección del periné y la salida lenta de la cabeza fetal se relaciona con menor tasa de lesiones del esfínter anal en comparación con el parto sin protección perineal ("hands off").
d) En un 6 % de los casos se detecta una circular de cordón apretada tras la salida de la cabeza fetal, aunque esto no se relaciona con un peor resultado neonatal.

43. ¿Cuál de las maniobras de Leopold valora mejor el descenso de la presentación?

a) La primera.
b) La segunda.
c) La tercera.
d) La cuarta.

44. La puntuación del test de Bishop se asocia (directa o indirectamente) con:

a) Probabilidad de parto vaginal.
b) Respuesta a la inducción.
c) Necesidad de maduración cervical.
d) Todos los anteriores.

45. Señale la respuesta correcta en el alivio del dolor durante el parto:

a) La analgesia neuroaxial es el método más eficaz, aunque puede producir hipotensión arterial, retención urinaria y fiebre. Por otro lado, disminuye el riesgo de parto instrumental.
b) Se recomienda realizar un estudio de coagulación rutinario previo a la analgesia neuroaxial en mujeres sanas de parto.
c) La precarga por vía intravenosa no necesita ser administrada rutinariamente antes de la analgesia epidural con dosis bajas; sin embargo, reduce las tasas de hipotensión arterial y las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal cuando se administra analgesia epidural a altas dosis.
d) Debe evitarse la administración de la analgesia epidural en las fases tempranas de la primera etapa del parto ya que existe evidencia de que aumenta el uso de oxitocina y la duración del parto.

46. ¿Cuál de los siguientes agentes anestésicos no se utiliza habitualmente en la anestesia epidural en el parto vaginal?

a) Cloroprocaína.
b) Bupivacaína.
c) Lidocaína.
d) Ropivacaína

47. Entre los cambios circulatorios fetales/ neonatales, tras el nacimiento, las arterias umbilicales:

a) Dan lugar al ligamento venoso.
b) Se colapsan inmediatamente.
c) Dan lugar al ligamento umbilical.
d) Dan lugar al ligamento arterioso.

48. ¿Cuál de las siguientes es cierta en relación con la eritropoyesis fetal?

a) La hemoglobina A es la predominante durante todo el embarazo.
b) La hemoglobina Gower se produce en el hígado.
c) La hemoglobina F se produce en la médula ósea.
d) La hemoglobina F tiene más afinidad por el oxígeno que la A.

49. En la atención al parto de bajo riesgo en el ámbito hospitalario ¿cuál de las siguientes recomendaciones no es correcta?:

a) Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto.
b) No se aconseja el uso de la cardiotocografía en admisión en embarazos de bajo riesgo.
c) Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos que progresan de forma normal.
d) Se recomienda el uso de antisépticos si se necesita un lavado perineal antes de un examen vaginal.

50. ¿Cómo clasificaría un desgarro perineal postparto que afecta más del 50 % del espesor del esfínter anal externo?

a) Desgarro de 2º grado.
b) Desgarro de 4º grado.
c) Desgarro de 1º grado.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

51. Respecto a la episiotomía, señale la respuesta correcta:

a) La episiotomía media presenta menor riesgo de extensión al esfínter anal que la medio-lateral.
b) La episiotomía rutinaria está indicada en todas las primíparas para prevenir desgarros graves.
c) La episiotomía media se asocia con mayor incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado que la medio-lateral.
d) La episiotomía medio-lateral debe realizarse con un ángulo inferior a 30 grados respecto al eje vertical.

52. En el manejo de un hematoma vulvovaginal puerperal de gran tamaño y en expansión:

a) El tratamiento conservador con hielo y observación es siempre la primera opción independientemente del tamaño.
b) Debe realizarse drenaje quirúrgico, evacuación de coágulos, ligadura de vasos sangrantes y taponamiento.
c) La embolización selectiva está contraindicada en el puerperio inmediato.
d) La transfusión sanguínea está contraindicada hasta confirmar el origen del sangrado.

53. Respecto a la involución uterina puerperal, ¿qué afirmación es correcta?

a) El útero alcanza el peso pregestacional (60-80 g) en torno al 7º día tras el parto.
b) Inmediatamente tras el parto el útero pesa unos 1.000 g y a las 6 semanas pesa entre 60 y 100 g.
c) La involución es independiente de la lactancia materna.
d) El sitio placentario se reepiteliza en las primeras 48 horas.

54. En relación con los loquios puerperales:

a) Los loquios serosos aparecen los primeros 3-4 días si el parto es una cesárea.
b) Los loquios rubra/hematica son los primeros y duran aproximadamente 3-4 días.
c) Los loquios alba persisten mientras se mantiene la lactancia.
d) La presencia de loquios fétidos es un hallazgo fisiológico durante la primera semana.

55. En relación con la fisiología de la lactancia, señale la afirmación correcta:

a) El descenso de los estrógenos y de la progesterona tras el parto desinhibe la acción de la prolactina y permite la lactogénesis II.
b) La oxitocina es la hormona principal responsable de la producción láctea.
c) El calostro contiene menos IgA que la leche madura.
d) La succión inhibe la liberación de oxitocina por retroalimentación negativa.

56. ¿Cuál de los siguientes fármacos está claramente CONTRAINDICADO durante la lactancia materna?

a) Paracetamol.
b) Ibuprofeno.
c) Bromocriptina.
d) Heparina de bajo peso molecular.

57. Paciente de 19 años que acude a urgencias por agresión sexual, acaecida hace 90 horas. Refiere tener calendario vacunal completo y no tiene antecedentes de interés. ¿cuál es el protocolo de tratamiento profiláctico correcto?

a) El tratamiento de elección para evitar el embarazo es el levonorgestrel.
b) La profilaxis de HIV ha de realizarse siempre y es obligatoria.
c) Para la prevención de enfermedades de trasmisión sexual utilizaremos ceftriaxona + metronidazol + doxiciclina.

d) Administración de profilaxis de hepatitis B.

58. El embarazo puede:

a) Mejorar los problemas interpersonales.
b) Aumentar el riesgo ante una pareja maltratadora.
c) Aumentar la capacidad de realizar ejercicio.
d) El embarazo no tiene impacto es estas áreas.

59. En la valoración inicial de una gestante, la detección sistemática de violencia de género se recomienda:

a) Sólo si la mujer presenta hematomas o lesiones visibles.
b) En todas las gestantes durante la primera consulta prenatal y al menos una vez en cada trimestre, en un entorno privado.
c) Únicamente al ingreso para parto.
d) Sólo en gestantes adolescentes.

60. ¿Cuál es la incidencia estimada de inmunización de mujeres D-negativas con recién nacido Rh positivo en ausencia de la administración profiláctica de inmunoglobulina anti-D?

a) 3,1 %.
b) 1,8 %.
c) 0,8 %.
d) 0,3 %.

61. Los riesgos fetales asociados a la edad materna provienen sobretodo de:

a) Parto prematuro indicado por complicaciones maternas como hipertensión y diabetes.
b) Trastornos del crecimiento fetal asociados a enfermedad materna crónica o embarazo múltiple.
c) Mayor incidencia de consumo de fármacos y sustancias tóxicas.
d) Embarazos producidos mediante tecnología de reproducción asistida.

62. En relación con la mola completa, cuál de los siguientes enunciados es falso:

a) 25-30% presenta quistes teca luteínicos.
b) El útero suele ser mayor que la amenorrea.
c) El cariotipo es triploide.
d) Son frecuentes las complicaciones médicas.

63. En la neoplasia trofoblástica gestacional todo es cierto excepto:

a) Procede de una mola hidatidiforme en el 60 % de los casos.
b) Puede debutar como una hipertensión intracraneal.
c) La clasificación FIGO 2002 evalúa factores de riesgo con un sistema de puntuación 0, 1, 2 y 4.
d) Las metástasis pulmonares corresponden a un estadío IV.

64. ¿cuál es el tratamiento de elección en la neoplasia trofoblástica gestacional de bajo riesgo (SCORE <6)?

a) Monoquimioterapia.
b) Poliquimioterapia.
c) Monoquimioterapia + Radioterapia.
d) Ninguno de los anteriores.

65. En relación a la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) seleccione la respuesta FALSA:

a) Comprende un grupo de trastornos caracterizados por el crecimiento y desarrollo anormal del trofoblasto tras una fertilización anormal
b) La mayoría de la ETG son molas hidatiformes (80 %), 15 % son molas hidatiformes invasivas y el 5 % coriocarcinomas
c) Los dos factores de riesgo más importantes son una gestación molar previa y la edad, siendo más frecuente por debajo de los 16 o por encima de los 40 años
d) La ETG tras una gestación molar se desarrolla en el 15-20 % de las molas completas. La incidencia tras una gestación no molar es de 5 cada 10.000 embarazos

66. En relación al diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), seleccione la respuesta VERDADERA:

a) El diagnóstico de la ETG suele ser más frecuente en el segundo trimestre
b) El sangrado vaginal es el signo más característico lo que hace difícil su diagnóstico diferencial con un aborto incipiente
c) La técnica de elección y con la que se suele realizar el diagnóstico de sospecha es la RMN pélvica
d) La presencia de quistes tecaluteínicos prominentes aparecen en un 80 % de las pacientes

67. En cuál de las siguientes pacientes no administraría metotrexate como tratamiento del embarazo ectópico:

a) Paciente con cirrosis hepática
b) Paciente con obesidad
c) Paciente con ectópico de 1,5 cm de diámetro
d) Paciente con 1000 UI de Bhcg

68. Seleccione la respuesta FALSA en relación al embarazo ectópico cornual.

a) En el embarazo cornual la mortalidad puede alcanzar el 2,5 %
b) La prevalencia del embarazo ectópico cornual oscila entre el 10 y 12 % de los embarazos ectópicos
c) En ocasiones el tratamiento del embarazo cornual puede requerir histerectomía
d) El diagnóstico de un embarazo ectópico cornual puede retrasarse pues el cuerno uterino es muscular y tiene la capacidad de expandirse y acomodarse al embarazo en crecimiento

69. Seleccione la respuesta CORRECTA en relación al embarazo ectópico:

a) La localización más frecuente del embarazo ectópico es la porción cornual de la trompa
b) Entre los factores de riesgo se encuentran la cirugía tubárica previa, la adolescencia, el tabaco y la menor prevalencia de ETS
c) El descenso de los niveles de bHCG en un 5 % entre los días 4 y 7 postadministración son indicativos del éxito del tratamiento con metotrexate
d) El metotrexate para el tratamiento del embarazo ectópico se administra vía intramuscular a una dosis de 50 mg/m2

70. Todas las siguientes son pacientes candidatas a tratamiento con metotrexate en la gestación ectópica EXCEPTO:

a) Paciente hemodinámicamente estable, con escaso líquido libre en ecografía.
b) Niveles de β-HGC (Gonadotropina Coriónica Humana) sérica de 3.500 mUI/ml.
c) Paciente diabética con insuficiencia renal grave.
d) Presencia de masa paraanexial heterogénea de 2,5 cm en ecografía transvaginal.

71. En una paciente con embarazo ectópico tubárico no roto, hemodinámicamente estable, β-hCG 3.500 UI/L, gestación de 3,5 cm sin actividad cardiaca, ¿cuál es la opción terapéutica de elección?

a) Cirugía mediante salpinguectomía.
b) Metotrexato 50 mg/m² intramuscular en dosis única.
c) Manejo expectante.
d) Legrado uterino.

72. La complicación neurológica más temible de una hiperemesis gravídica grave no tratada adecuadamente es:

a) Síndrome del túnel carpiano.
b) Polineuropatía por déficit de B12.
c) Encefalopatía hepática.
d) Encefalopatía de Wernicke por déficit de tiamina (B1).

73. El factor de riesgo aislado MÁS importante para el desarrollo de un embarazo ectópico es:

a) Tabaquismo.
b) Antecedente de cirugía tubárica.
c) Edad materna superior a 35 años.
d) Uso de DIU.

74. Respecto a la mola hidatiforme COMPLETA, señale la afirmación correcta:

a) Cariotipo habitualmente triploide (69,XXY).
b) Cariotipo habitualmente diploide (46,XX o 46,XY) de origen exclusivamente paterno.

c) Es frecuente la presencia de tejido embrionario/fetal.
d) El riesgo de enfermedad trofoblástica persistente es del 1-2 %.

75. En relación a la mola parcial, NO es cierto que:

a) Es frecuente la enfermedad trofoblástica persistente.
b) Suelen tener una triploidia en el cariotipo.
c) El tamaño uterino es pequeño para la edad gestacional.
d) Es frecuente la presencia de embrión.

76. Respecto a la administración de ácido fólico previo a la concepción, ¿cuál es la dosis recomendada en una mujer sin antecedente de defectos del tubo neural?

a) 0,4 mg/día desde al menos un mes antes de la concepción y durante el primer trimestre.
b) 1 mg/día durante el primer trimestre exclusivamente.
c) 4 mg/día desde al menos tres meses antes de la concepción.
d) 5 mg/día durante toda la gestación independientemente del riesgo.

77. Respecto a los principios generales de la teratología, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Para que se produzca un efecto teratógeno la exposición debe ocurrir durante un período crítico del desarrollo.
b) El efecto teratógeno depende de la dosis, la duración de la exposición y la susceptibilidad genética.
c) El periodo de mayor sensibilidad teratogénica es la organogénesis (semanas 3 a 8 desde la concepción).
d) Toda exposición a un fármaco antes de la implantación produce malformaciones fetales graves.

78. La incidencia aproximada de la atresia duodenal en la población y el riesgo asociado a aneuploidía es:

a) Incidencia aproximada: 1/1.000 nacimientos / riesgo asociado a aneuploidía 10-20%.
b) Incidencia aproximada: 1/1.000 nacimientos / riesgo asociado a aneuploidía 30-40%.
c) Incidencia aproximada: 1/5.000 nacimientos / riesgo asociado a aneuploidía 30-40%.
d) Incidencia aproximada: 1/5.000 nacimientos / riesgo asociado a aneuploidía 10-20%.

79. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de placenta previa?

a) Tabaquismo.
b) Nuliparidad.
c) Antecedente de cesárea previa.
d) Raza negra.

80. En la evaluación de la cantidad de líquido amniótico que se realiza durante la exploración ecográfica del tercer trimestre, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La medición de la máxima columna vertical libre de partes fetales y de cordón umbilical

se recomienda en gestaciones de bajo riesgo.
b) El índice de líquido amniótico (ILA) se ha asociado a un sobrediagnóstico de oligohidramnios, con mayores tasas de inducciones y cesáreas sin mejorar los resultados perinatales.
c) El polihidramnios leve-moderado es frecuentemente idiopático y benigno.
d) No existe relación entre el polihidramnios y peores resultados materno-fetales.

81. Se considera polihidramnios un Índice de Líquido Amniótico (ILA) o un volumen del saco vertical mayor que:

a) ILA > 12 cm o saco máximo > 4 cm.
b) ILA > 18 cm o saco máximo > 6 cm.
c) ILA > 24 cm o saco máximo > 8 cm.
d) ILA > 30 cm o saco máximo > 12 cm.

82. Se define oligoamnios cuando:

a) ILA < 1.
b) ILA < 2.
c) ILA < 5.
d) Solo se puede diagnosticar con el saco máximo.

83. El método de elección para el diagnóstico de una placenta previa en un episodio de metrorragia activa de la segunda mitad de la gestación sería:

a) Realizar una ecografía abdominal.
b) Realizar una ecografía vaginal.
c) Realizar una Resonancia magnética nuclear.
d) Visualización mediante espéculo del conducto cervical.

84. En casos de pacientes con placenta previa sintomática y controladas mediante tratamiento conservador expectante, se debe finalizar la gestación de forma electiva en:

a) El objetivo es alcanzar la semana 39 sin sobrepasarla.
b) En la semana 37.
c) En la semana 35.
d) En la semana en la que se produzca la segunda metrorragia.

85. Ante una gestante diagnosticada de placenta previa oclusiva sintomática, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Si presenta inestabilidad hemodinámica materna o pérdida de bienestar fetal, se debe finalizar la gestación independientemente de la edad gestacional.
b) Si la gestación está comprendida entre las 26 y 34 semanas, se debe administrar corticoides vía intramuscular para maduración pulmonar fetal.
c) No se deben administrar tocolíticos aunque haya dinámica uterina.
d) Se puede administrar sulfato de magnesio si está indicado.

86. Según Lam et al. (2004), la sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico de placenta ácreta es:

a) 3 %.
b) 13 %.
c) 23 %.
d) 33 %.

87. Entre los siguientes, el factor de riesgo independiente más importante para el desarrollo de placenta previa es:

a) Niveles bajos de AFP.
b) Multiparidad.
c) Edad materna < 25 años.
d) Consumo de cafeína.

88. En una gestacion de 35 semanas, con sospecha clínica de desprendimiento de placenta (escaso sangrado, dolor abdominal), sin ninguna evidencia clinica de afectación mediante ecografia ni ctg (cardiotocograma), su manejo debe incluir:

a) Finalización mediante cesárea, independientemente de la presentación fetal.
b) Tocolisis y maduración pulmonar con corticoides.
c) Prueba de Pose para valorar la vía de parto más correcta.
d) Todas las anteriores son incorrectas.

89. Podemos observar el útero de Couvelaire:

a) Ante un desprendimiento grave placentario.
b) En la placenta previa sintomática.
c) En la rotura de vasos previos.
d) En la hemorragia vaginal secundaria a la dilatación cervical.

90. Entre los factores de riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta no se encuentra:

a) Primiparidad.
b) Hidramnios.
c) Preeclampsia.
d) Traumatismo abdominal.

91. En el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (señale la respuesta correcta):

a) El dolor es el síntoma más frecuente.
b) El útero de Couvelaire se produce por extravasación de sangre a través del miometrio.
c) La afectación fetal es independiente de la superficie placentaria desprendida.

d) Existe una clara relación entre la cuantía de la hemorragia genital y el porcentaje de superficie placentaria desprendida.

92. El factor de riesgo más importante para desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es:

a) Trombofilia hereditaria.
b) Diabetes gestacional.
c) Hipertensión materna.
d) Hidramnios moderado.

93. El llamado útero de Couvelaire o apoplejía uteroplacentaria:

a) Consiste en la extravasación de sangre hacia el miometrio y bajo la serosa uterina.
b) Es una indicación absoluta de histerectomía.
c) Es propio de la placenta previa.
d) Cursa con útero blando e inerte.

94. En la amenaza de parto prematuro, la prueba individual que mejor predice el riesgo de parto pretermino es:

a) Test fibronectina fetal (fFN).
b) Test insulin-like grow factor binding protein-1 (phIGFBP-1).
c) Test alfa microglobulina-1 placentaria (PAMG-1).
d) Longitud cervical medida por ecografía.

95. Uno de los siguientes no debe ser considerado como un fármaco tocolítico.

a) Sulfato de Magnesio.
b) Ritodrine.
c) Atosiban.
d) Nifedipino.

96. Gestante de 34 semanas que acude por 2 contracciones en 20 minutos en el CTG y longitud cervical de 20mm, muy sintomática. ¿cuál sería la actitud más correcta?

a) Ingresar con tocolíticos para frenar la dinámica.
b) Actitud expectante unas horas por si se producen modificaciones cervicales.
c) Corticoides para maduración pulmonar.
d) Alta a domicilio sin observación.

97. En una gestante primigesta asintomática que presenta en la semana 20ª una cervicometría ecográfica de 20 mm. ¿Qué actuación le propondría?

a) Cerclaje cervical.
b) Progesterona vaginal.
c) Pesario de Arabin.
d) Cualquiera de las anteriores.

98. Actualmente se considera que la mejor vía para medir ecográficamente el cuello uterino dentro del diagnóstico de amenaza de parto prematuro es:

a) Transperineal.
b) Transvaginal.
c) Transabdominal.
d) La precisión es independiente de la vía utilizada.

99. En embazos únicos, con la intención de evitar el parto pretérmino, no se recomienda realizar un cerclaje cervical cuándo se presenten:

a) Antecedente de tres abortos precoces.
b) Cuatro abortos tardíos.
c) Antecedente de dos abortos previos por incompetencia cervical.
d) Longitud cervical ≤ 25 mm e historia de parto pretérmino previo.

100. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en la atención a la amenaza de parto pretérmino?

a) No se debe administrar sulfato de magnesio antes de las 34 semanas.
b) El sulfato de magnesio 0,5 gramos vía intravenosa en perfusión continua disminuye el riesgo de parálisis cerebral.
c) Se recomienda administrar Betametasona: 2 dosis de 12 mg vía intramuscular con 24 horas de diferencia entre las 24 y 34 semanas.
d) En la gestación gemelar puede obviarse la administración de corticoides porque la maduración pulmonar fetal se consigue antes que en las gestaciones únicas.

101. En la prevención secundaria del parto pretérmino (señale la respuesta correcta):

a) Se recomienda la administración de progesterona natural micronizada vaginal en gestantes asintomáticas con antecedente de parto pretérmino previo independientemente de la longitud cervical.
b) Se recomienda la administración de progesterona natural micronizada vaginal en gestantes asintomáticas con gestación única y longitud cervical menor o igual a 25 mm independientemente de si tienen o no antecedente de parto pretérmino previo.

c) Existe evidencia suficiente para recomendar el uso de pesario como profilaxis de parto pretérmino en gestaciones gemelares con cérvix corto.
d) Ante el antecedente de un parto pretérmino previo y una longitud cervical menor o igual de 25 mm, no se recomienda la realización de un cerclaje cervical.

102. Primigesta de 21semanas y fumadora de 10 cigarrillos/día y sin otros antecedentes de interés. En control ecográfico rutinario se identifica un cérvix de 14 mm vía vaginal. ¿Cuál de las siguientes medidas NO es procedente?

a) Progesterona natural micronizada vaginal 200 miligramos al día hasta la 36 semana.
b) Administración profiláctica de corticoides vía intramuscular.
c) Informar a la paciente del proceso y de signos de alarma.
d) Abandonar el tabaco.

103. Respecto a la neuroprotección con sulfato de magnesio:

a) Está indicado entre las 24 y 32 semanas en mujeres con parto pretérmino inminente.
b) Está indicado en todas las gestantes en trabajo de parto pretérmino
c) No tiene utilidad en la prematuridad.
d) Sustituye al uso de corticoides.

104. El riesgo de un segundo parto ≤ 34 semanas si en la primera gestación el parto fue ≤ 34 semanas es aproximadamente:

a) 6%.
b) 11%.
c) 16%.
d) 26%.

105. Con respecto a la rotura prematura de membranas (RPM) a término, señale la respuesta falsa.

a) Aunque la evidencia es escasa, parece que el uso de antibióticos profilácticos reduce la morbilidad infecciosa materna sin reducir la morbilidad neonatal.
b) La RPM no contraindica el uso de prostaglandinas para la maduración cervical con Bishop desfavorable.
c) Aunque la evidencia es escasa, parece que la maduración/inducción del parto en las primeras 24 horas presenta mejores resultados que la conducta expectante.
d) Aunque la evidencia es escasa, el manejo domiciliario de las RPM a término no conlleva una mayor necesidad de antibióticos ni una mayor tasa de infección neonatal.

106. Entre las pautas antibioticas propuestas para la rotura prematura de membranas en pretermino, ¿cual es la más correcta?

a) Ampicilina 2gr IV/6h + eritromicina 250mg IV/6h durante 48 horas, seguido de 5 días con amoxicilina y eritromicina oral.
b) Ampicilina 1gr IV/6h + gentamicina 80mg/8h + azitromicina 1gr oral/72 horas hasta una semana.
c) Azitromicina en dosis única (1gr oral) + cefuroxima 750mg/6h IV durante 48 horas, seguido de cefuroxima 500mg/12h vía oral 5 días más.
d) No hay evidencia que permita recomendar una pauta sobre otra.

107. Con respecto al manejo de la rotura prematura de membranas pretérmino es <u>falso</u> que:

a) El manejo ambulatorio en casos seleccionados es una opción válida.
b) El oligoamnios se ha relacionado con un menor periodo de latencia entre la RPM y el parto.
c) Es recomendable el reposo absoluto en cama cuando la rotura ocurre antes de las 30 semanas de gestación.
d) Se desconoce la periodicidad adecuada para los controles analíticos (leucocitos y PCR).

108. En el diagnóstico de la rotura prematura de membranas (RPM) tiene mayor utilidad clínica:

a) El test de la nitracina cuyo pH vira a azul-violeta (pH > 6,5) en presencia de líquido amniótico.
b) La determinación de PAMG-1 (placental alpha microglobulin-1) o IGFBP-1 en muestra vaginal en casos dudosos.
c) La visualización directa de salida de líquido por orificio cervical externo en espéculo.
d) a), b) y c) son correctas.

109. En relación a la corioamnionitis clínica:

a) No hay una correlación clara entre el tiempo de rotura y su aparición.
b) En el caso de diagnóstico, hay que iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro, que suele resolver la mayoría de los casos prematuros.
c) La fiebre es el único indicador fiable de este diagnóstico.
d) Si sospechamos posible infección fetal, la vía de parto es una cesárea.

110. En relación a la rotura prematura de membranas:

a) Conviene hacer una exploración cervicovaginal digital para confirmarla.
b) Es esencial la determinación del pH vaginal.
c) Un porcentaje elevado tiene un trasfondo infeccioso.
d) No hay pruebas de laboratorio disponibles hoy en día.

111. En el embarazo múltiple (gestación espontánea), una de las siguientes afirmaciones es falsa.

a) Los gemelares monozigóticos son menos frecuentes que los bizigóticos.
b) Los gemelares bizigóticos son siempre bicoriales biamnióticos.
c) Los gemelares monozigóticos nunca pueden ser bicoriales biamnióticos.
d) Los gemelares monocoriales son siempre monozigóticos.

112. En la gestación gemelar monocorial biamniótica (señale la respuesta correcta):

a) La discordancia biométrica superior al 10 % en el primer trimestre es por si sola indicación de biopsia corial o amniocentesis.
b) La translucencia nucal aumentada en uno de los gemelos en el primer trimestre puede ser un signo precoz de transfusión feto-fetal.

c) Cuando se realice una amniocentesis, se aconseja obtener muestra de ambos sacos mediante una sola punción y obtener la muestra transmembrana del segundo gemelo.
d) Todas las respuestas son incorrectas.

113. El síndrome de transfusión feto-fetal:

a) Es una complicación exclusiva de las gestaciones gemelares monocoriales-monoamnióticas.
b) Afecta a las gestaciones monocoriales-biamnióticas y se diagnostica por la combinación de polihidramnios en el receptor (saco máximo > 8 cm) y oligoamnios en el donante (saco máximo < 2 cm).
c) Afecta a las gestaciones monocoriales-biamnióticas y se diagnostica por la diferencia de pesos entre los gemelos > 20 %.
d) El tratamiento de elección es la cesárea inmediata a cualquier edad gestacional.

114. En una gestación gemelar bicorial-biamniótica a término, con primer gemelo en cefálica y segundo gemelo no cefálico:

a) Está indicada cesárea electiva en todos los casos.
b) Es razonable el intento de parto vaginal con maniobras obstétricas (versión interna y gran extracción del segundo gemelo o asistencia en pelviana) por personal experimentado.
c) Debe realizarse cesárea sólo del segundo gemelo tras parto vaginal del primero.
d) El intento de parto vaginal está absolutamente contraindicado.

115. Un feto PEG (pequeño para edad gestacional):

a) Es un feto un poco más pequeño del percentil 50, con resultados siempre normales a largo plazo.
b) Es un feto constitucionalmente pequeño entre p3 y p10 y que puede presentar unos peores resultados neurológicos, cardiovasculares y endocrinológicos a largo plazo.
c) Un feto con un percentil menor (<) al p3.
d) Un feto con un percentil entre el p3 y el p10, con alteraciones hemodinámicos severas en el estudio doppler intraútero.

116. Una de las siguientes afirmaciones sobre el CIR (crecimiento intrauterino retardado) no es correcta.

a) Peso fetal estimado por ecografía por debajo del percentil 3 para edad gestacional y sexo, independientemente de la presencia de alteración hemodinámica Doppler.
b) Peso fetal estimado por ecografía entre el percentil 3 y 10 para edad gestacional y sexo, asociado a índice cerebroplacentario (ICP) por debajo del percentil 5.
c) Peso fetal estimado por ecografía entre un percentil 10 y 25 para edad gestacional y sexo, asociado a índice cerebroplacentario (ICP) por debajo del percentil 5.
d) Peso fetal estimado por ecografía entre el percentil 3 y 10 para edad gestacional y sexo, asociado a índice pulsatilidad de arteria cerebral media menor al percentil 5.



117. En relación al Crecimiento Intrauterino Retardado <u>NO</u> es cierto que:

a) Tanto la policitemia como la hiperbilirrubinemia son complicaciones neonatales del feto con CIR.
b) Aunque hay descritas muchas causas implicadas en la etiología del CIR, hay hasta un 50 % de los casos en lo que no se puede identificar una causa determinada.
c) La etiología infecciosa del CIR alcanza hasta un 25 %.
d) Se asocia con el desarrollo en el adulto de obesidad, resistencia a la insulina, enfermedad cardiovascular y dislipemia.

118. En la etiología del CIR se han implicado estos factores <u>EXCEPTO</u>:

a) Fármacos antiepilépticos como el ácido valproico.
b) Hidroxicloroquina.
c) Consumo de heroína o cocaína.
d) Warfarina.

119. En el estudio del CIR precoz es recomendable incluir:

a) Prueba invasiva para conocer cariotipo fetal.
b) Estudio de posibles infecciones con afectación fetal.
c) Estudio Doppler úteroplacentario.
d) Todo lo anterior.

120. Gestante de 36 semanas que acudió a realizar la ecografía del tercer trimestre. Se objetivó un peso fetal estimado en percentil 5 para la edad gestacional. El estudio Doppler fue el siguiente: índice de pulsatilidad (IP) de la arteria umbilical 0,81 (percentil 35), IP de la arteria cerebral media 1,52 (percentil 24), índice cerebro-placentario 1,87 (percentil 34) e IP medio de las arterias uterinas 0.83 (percentil 82). La columna vertical máxima de líquido amniótico era de 4 centímetros. Con estos datos podemos clasificar al feto como (señale la repuesta correcta):

a) Pequeño para la edad gestacional (PEG).
b) Crecimiento Intrauterino restringido (CIR) en estadio I.
c) CIR en estadio II.
d) CIR en estadio III.

121. En relación con el riesgo de muerte fetal, uno de los siguientes es un signo ominoso en el estudio mediante Doppler.

a) Flujo diastólico invertido en la arteria umbilical.
b) Redistribución cerebral.
c) Flujo diastólico creciente en aorta abdominal.
d) Escotadura postsistólica en las venas arcuatas.



122. Se estima que en torno al 5% de los fetos pequeños para la edad gestacional (PEG) son de causa infecciosa. El patógeno más frecuentemente implicado es:

a) Infección recidivante por HPV (Virus del papiloma humano).
b) CMV (Citomegalovirus).
c) Sífilis.
d) Toxoplasma.

123. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de Doppler ultrasonido en la evaluación de la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es correcta?

a) El Doppler de la arteria cerebral media no aporta información relevante sobre el riesgo de acidosis neonatal en fetos con RCIU.
b) El Doppler de la arteria umbilical no tiene utilidad clínica en la diferenciación entre fetos constitucionalmente pequeños y aquellos con RCIU.
c) La presencia de flujo diastólico ausente o reverso en la arteria umbilical mediante Doppler se asocia con mayor riesgo de muerte perinatal y daño neurológico en fetos con RCIU.
d) El Doppler de la arteria uterina es el único parámetro recomendado para guiar el momento del parto en casos de RCIU.

124. Mujer que acude a ecografía de rutina de segundo trimestre a las 22 semanas de gestación. Las biometrías corresponden a un feto de 19 semanas. ¿Cuál es el siguiente paso para orientar el caso?:

a) Valorar estudio genético teniendo en cuenta el riesgo de anomalía cromosómica en primer trimestre.
b) Valorar si la gestación está correctamente datada según la longitud craneocaudal fetal de la ecografía del primer trimestre.
c) Repetir ecografía para nuevas biometrías en 2 semanas.
d) Estudio para descartar preeclampsia.

125. Mujer con gestación monocorial bianmiótica de 22 semanas que acude a urgencias por dinámica uterina ocasional. En la ecografía se observa feto 1 con peso estimado en el percentil 80 y columna máxima vertical de líquido amniótico de 11 cm, vejiga urinaria distendida y aumentada de tamaño y feto 2 con un peso en el percentil 25 con una columna máxima de líquido amniótico de 0,5 cm y vejiga urinaria no visible. Exploración vaginal anodina. La longitud cervical es de 36 mm. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

a) Trasfusión feto-fetal.
b) Discordancia de crecimiento fetal con crecimiento fetal restringido selectivo del feto 2.
c) Rotura prematura de membranas de feto 2.
d) Malformación renal feto 2



126. Gestante de 29 semanas remitida por sospecha de crecimiento intrauterino restringido (CIR). En la ecografía se observa un peso fetal estimado en el percentil 1 con Doppler de la arteria umbilical con onda de velocidad de flujo con diástole revertida. ¿En qué momento se aconseja la finalización de la gestación?:

a) Se trata de un feto pequeño para la edad gestacional: finalización a las 40 semanas.
b) Se trata de un feto CIR tipo 1: finalización a las 37 semanas.
c) Se trata de un feto CIR tipo 2: finalización a las 34 semanas.
d) Se trata de un feto CIR tipo 3: finalización a las 30 semanas

127. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la isoinmunización eritrocitaria en la gestación?

a) Se produce hemólisis fetal.
b) Se origina por el paso de inmunoglobulinas IgG durante el primer trimestre de gestación.
c) Se elevan los niveles de bilirrubina en sangre fetal.
d) Cursa con hepato-esplenomegalia fetal.

128. Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la isoinmunización Rh:

a) El parto y el alumbramiento son el principal momento en el que existe paso de hematíes fetales a la circulación materna.

b) Se estima que el volumen mínimo de sangre fetal capaz de producir respuesta inmune en la madre es de 0,1 mililitros. Sin embargo, la probabilidad de sensibilización no es dependiente del volumen de hemorragia feto-materna.
c) Se deben administrar 300 microgramos de inmunoglobulina anti D en gestantes Rh negativas no sensibilizadas dentro de las 72 horas siguientes al parto de un recién nacido Rh positivo, así como de la expulsión de un feto muerto del que no disponemos el Rh.
d) Una de las limitaciones de la velocidad sistólica máxima de la arteria cerebral media para predecir la anemia fetal es su mayor tasa de falsos positivos a partir de la semana 34-35 de gestación.

129. Cuál de las siguientes es VERDADERA en relación con la profilaxis de enfermedad hemolítica perinatal por isoinmunización de Rh de la madre con gammaglobulina anti-Rh:

a) La profilaxis posparto se realiza antes de trascurrir 7 días de la fecha del parto.
b) En caso de amniocentesis precoz en madres Rh negativas, no se inmuniza antes de las 20 semanas ya que no se han manifestado aun los antígenos de hematíes fetales.
c) Se recomienda administrar alrededor de la semana 28 una dosis de 250 µg de gammaglobulina en las embarazadas con Rh negativas no inmunizadas, cuando el padre es Rh positivo o desconocido.
d) Una dosis de 250-300 µg es suficiente para todos los casos de inmunización.

130. En la incompatibilidad Rh. ¿En qué situación NO está indicada la profilaxis con inmunoglobulina anti-D?

a) Interrupción voluntaria del embarazo.
b) Después del parto.
c) Embarazo ectópico.
d) A las 28 semanas de gestación, en mujeres con detección de anticuerpos positiva.

131. Respecto a la enfermedad hemolítica del recién nacido, señale la respuesta correcta:

a) Es una reacción mediada por IgE.
b) Esta mediada por anticuerpos de la clase IgG de la madre.
c) Esta mediada por anticuerpos del recién nacido, tanto IgM como IgG.
d) Es una reacción mediada por células T CD8+.

132. ¿Cuál es el factor de riesgo más importante para que se presente una gestación prolongada?

a) Obesidad.
b) Antecedente de gestación prolongada.
c) Feto masculino.
d) Nuliparidad.

133. Respecto al tratamiento del sindrome de HELLP, señale la respuesta falsa.

a) La profilaxis de las convulsiones se puede realizar con sulfato de magnesio, en pauta similar a la preeclampsia grave.
b) El tratamiento de la hipertensión severa se puede realizar con los mismos fármacos y pautas que en la preeclampsia grave.
c) A diferencia de la preeclampsia grave, la evidencia recomienda en el síndrome de Hellp el tratamiento con dexametasona IV a dosis de 10mg/12horas.

d) Puede ser recomendable dejar un drenaje subaponeurótico en caso de cesárea por el riesgo de hematoma subfascial o en la herida quirúrgica.

134. Uno de los siguientes no forma parte de los criterios diagnósticos actuales para etiquetar a una preeclampsia como severa.

a) Crecimiento intrauterino retrasado.
b) Alteraciones cerebrales o visuales.
c) Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho severo y persistente.
d) Creatinina sérica >1.2mg/dl.



135. Con respecto al tratamiento de la preeclampsia señale la respuesta correcta.

a) El tratamiento con labetalol presenta ventajas sobre los otros antihipertensivos, por lo que se recomienda como 1ª elección.
b) El tratamiento definitivo es la finalización de la gestación.
c) El reposo absoluto forma parte de la actitud terapéutica.
d) La dieta debe ser normocalórica e hiposódica.

136. En una gestante de menos de 34 semanas con diagnóstico de preeclampsia, una de las siguientes circunstancias no es indicación de finalizar el embarazo, señálela.

a) Pródromos de eclampsia que no ceden con el tratamiento profiláctico con sulfato de magnesio
b) Deterioro de la función renal y/o hepática
c) Hipertensión grave que no se controla con labetalol oral 200 mg/6 horas
d) Pérdida de bienestar fetal

137. Con respecto a los efectos secundarios del sulfato de magnesio, es falso que:

a) Puede producir déficit de acomodación visual, náuseas, vómitos y cefalea.
b) La infusión rápida puede provocar sensación de flushing, calor y disminución de la presión arterial.
c) Hay riesgo de insuficiencia respiratoria y/o parada cardiorrespiratoria si se acumula el fármaco.
d) Provoca un aumento de la frecuencia y variabilidad cardiaca basal fetal.

138. En la clasificación de la preeclampsia, todos los siguientes se consideran criterios de gravedad EXCEPTO:

a) Oliguria.
b) Alteraciones visuales persistentes.
c) Datos analíticos de hemólisis.
d) Peso fetal estimado inferior al percentil 3 para la edad gestacional o inferior al percentil 10 con aumento de la pulsatilidad en la arteria umbilical.

139. Gestante de 35 semanas con diagnóstico reciente de preeclampsia que presenta de forma mantenida cifras tensionales superiores a 160/110 mm de Hg y epigastralgia. ¿Qué respuesta es correcta?

a) Se trata de una preeclampsia con criterios de gravedad y, por tanto, se programará finalización de la gestación en la semana 37 con control estricto del bienestar materno-fetal.
b) Está indicado iniciar tratamiento antihipertensivo, preferiblemente con labetalol.
c) Se trata de una preeclampsia con criterios de gravedad y, por tanto, está indicado finalizar la gestación mediante cesárea urgente.
d) El tratamiento antihipertensivo tiene como objetivo reducir rápidamente las cifras tensionales, idealmente por debajo de 110/80 mm de Hg.

140. Primigesta de 34 semanas y 5 días que acude a urgencias por cefalea, escotomas y dolor en hipocondrio derecho. TA 165/115. Hemograma, plaquetas y pruebas hepáticas normales Sedimento: 3+ de proteínas. Feto reactivo. ¿Qué actitud le parece la más recomendable?

a) Ingreso, reposo relativo, labetalol intravenoso y control analítico en 24 h.
b) Ingreso, administrar labetalol intravenoso más sulfato de magnesio intravenoso y finalizar gestación mediante cesárea o inducción de parto según condiciones.
c) Ingreso, administrar analgésico intravenoso, labetalol intravenoso y corticoides vía intramuscular para maduración pulmonar con reevaluación en 24-48 h.
d) Ingreso, analgesia intravenosa e inducción de parto.

141. ¿Cuál es el mejor predictor de gravedad de una preeclampsia en una embarazada?:

a) Edema en las piernas
b) Relación sFlt-1/PIG.
c) Proteinuria
d) Alteraciones electrolíticas.

142. Secundigesta de 29 años, 32 + semanas de gestación, que acude por cefalea intensa. La TA es de 158/102 mmHg y tiene edemas en extremidades inferiores. Aporta analítica de orina con proteinuria de 24 horas de 420 mg y Doppler de arterias uterinas con alta resistencia y notch (incisura protodiastólica) bilateral. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico más directamente implicado en la progresión de este cuadro?

a) Disminución de la síntesis de prostaciclina endotelial con vasodilatación compensatoria renal.
b) Remodelado adecuado pero insuficiente de las arterias uterinas que conduce a hipoperfusión placentaria.
c) Falta de invasión trofoblástica y liberación de factores antiangiogénicos que generan disfunción endotelial sistémica.
d) Aumento de sensibilidad materna a la angiotensina II con incremento de volemia efectiva.

143. ¿Cómo clasificaría a una gestación que antes del embarazo tenía tensiones arteriales normales y que en la primera consulta realizada en la semana 8 se le detecta una TA de 140/90 mmHg y que en la semana 28 tiene una TA de 170/90 mmHg, sin edemas y con una proteinuria de 24 horas de 300 mg?

a) Preeclampsia leve.
b) Preeclampsia grave.
c) HTA inducida por el embarazo.
d) Hipertensión crónica con preclampsia sobreañadida.



144. Mujer secundigesta de 30 años. Presenta un IMC de 30. Acude en la semana 28 de gestación para control. El test de O`Sullivan muestra una glucemia de 160 mg/dL. Se realiza el test de sobrecarga con 100 gr de glucosa que presenta dos valores alterados. Se indica tratamiento con dieta y ejercicio. Ala semana presenta glucemia en ayunas de 108 mg/dL y postpandriales a 1 hora de 160 mg/dL. ¿Cuál es la conducta a seguir?

a) Repetir SOG 100 en dos semanas.
b) Iniciar tratamiento con insulina.
c) Agregar metformina como primera opción de tratamiento.
d) Ingreso hospitalario y monitorización de glucemias.

145. Uno de los siguientes no es indicación de realizar un test de O'Sullivan en el primer trimestre de la gestacion.

a) Pertenencia a grupo étnico de riesgo.
b) Antecedente personal de diabetes mellitus gestacional.
c) Índice de masa corporal (imc) mayor a 25 kg/m2.
d) Macrosoma en gestación anterior.

146. La alteración metabólica que más frecuentemente se asocia al embarazo afectando al pronóstico materno fetal es:

a) El hipotiroidismo.
b) La diabetes mellitus.
c) La diabetes insípida.
d) El hipoparatiroidismo.

147. ¿En qué caso solicitaría un test de O´Sullivan a una mujer embarazada en el primer trimestre?

a) Edad $\geq$ 35 años.
b) Paridad $\geq$ 3.
c) CRL mayor a la edad gestacional.
d) IMC < 30.

148. En el cribado de la Diabetes gestacional es cierto que:

a) En una gestante en tercer trimestre con polihidramnios para descartar la presencia de una diabetes gestacional se solicitará un test de O´Sullivan.
b) Una glucemia al azar por encima de 180 mg/dl es diagnóstica de diabetes gestacional. No necesitamos solicitar sobrecarga oral de glucosa.
c) La obesidad constituye un factor de riesgo si el IMC es superior a 35.
d) Para realizar el test de O´Sullivan no es necesario el ayuno previo.

149. ¿En cuál de estas situaciones solicitaría un test de O´Sullivan en el primer trimestre de gestación?

a) Gestante con IMC (índice de masa corporal) de 29 kg/m2.
b) Abuela diabética insulinodependiente.
c) Gestante de 34 años.
d) Ninguna de las anteriores

150. ¿Cuál de los siguientes está cuestionado hoy en día en el protocolo de estudio de la muerte fetal?

a) Estudio genético fetal.
b) Estudio de hemorragia feto-materna.
c) Estudio de trombofilias congénitas.
d) Estudio anatomopatológico de la placenta.

151. ¿Qué periodo comprende la llamada muerte neonatal precoz?

a) Aquella que se produce en las primeras 24 horas de vida.
b) Aquella que se produce entre el nacimiento y los 28 primeros días de vida.
c) Aquella que se produce en la primera semana de vida.
d) Aquella que se produce en la primera hora de vida.

152. Con respecto al sindrome antifosfolípido señale la respuesta correcta.

a) Representa la principal causa tratable de aborto de repetición.
b) Se trata de una trombofilia congénita que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos circulantes.
c) La sola presencia de alguno de los anticuerpos antifosfolípidos es suficiente para el diagnóstico.
d) NO está indicado el tratamiento ni con aspirina ni con heparina.

153. Se estima que en torno a un 5% de los fetos PEG son de causa infecciosa. El patógeno mas frecuentemente implicado es:

a) CMV (citomegalovirus).
b) Toxoplasma.
c) Sífilis.
d) Virus de la gripe.

154. El objetivo ante una gestante con hipotiroidismo subclínico que decidimos tratar mediante L-Tiroxina es:

a) Mantener el nivel de TSH por debajo de 2,5mUI/I en el primer trimestre.
b) Mantener el nivel de TSH por debajo de 3mUI/I en el segundo trimestre.
c) Mantener el nivel de TSH por debajo de 3mUI/I en el tercer trimestre.
d) Todas las respuestas son ciertas.

155. El período de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH ocurre:

a) En el momento de la fecundación.
b) Intraparto.
c) En el tercer trimestre.
d) En el segundo trimestre.

156. De las siguientes afirmaciones una de ellas es falsa en realización con la mifepristona, señálela:

a) Aumenta la sensibilidad uterina al misoprostol.
b) Produce necrosis decidual.
c) Madura el cuello del útero.
d) Su farmacocinética es lineal.

157. Con respecto a la infección urinaria y gestación, se considera ITU (infección del tracto urinario) si:

a) Cultivo de orina con >100.000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml de un único uropatógeno en orina por micción espontánea.
b) Cultivo de orina con >1.000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml de un único uropatógeno en orina por sondaje vesical.
c) Cualquier cantidad si la muestra se obtiene por punción suprapúbica.
d) Todas las anteriores son correctas.

158. ¿Cuál de los siguientes fármacos no se recomienda en una embarazada con Lupus Eritematoso Sistémico?

a) Prednisona
b) Azatioprina
c) Ciclofosfamida
d) Hidroxicloroquina

159. En el contexto de una paciente con una diabetes pregestacional ¿Qué situación de las descritas a continuación no haría desaconsejable una gestación?

a) Cardiopatía isquémica.
b) Niveles de HbA1c superiores a 10 %.
c) Nefropatía e hipertensión arterial en tratamiento farmacológico.
d) Neuropatía autonómica grave.

160. En el asesoramiento y tratamiento previo a la gestación de una paciente con Diabetes Mellitus ¿qué medida no es correcta?

a) El tiempo en rango (TIR) de la glucemia debe superar el 70 %.
b) Los objetivos en cuanto a control glucémico deben ser más estrictos antes de la gestación, consiguiendo un nivel de HbA1c de 5,5 % o menor para que no exista riesgo de malformaciones por esta causa.

c) Si la paciente se encuentra en tratamiento con estatinas deben suspenderse por el riesgo teratogénico.
d) Se recomienda el empleo de insulina humana, aunque existen varios estudios sobre análogos de insulina lenta y rápida según los cuales parecen ser alternativas seguras y eficaces.

161. ¿Qué afirmación sobre la Diabetes Mellitus y gestación NO es cierta?

a) La diabetes constituye un factor de riesgo para el desarrollo de preeclapmsia por lo que debe indicarse tratamiento con AAS oral independientemente del resultado del cribado contingente de preeclampsia.
b) La retinopatía diabética no constituye una contraindicación para el parto por vía vaginal.
c) Las pacientes con una nefropatía diabética grave presentan un mayor riesgo de malformaciones congénitas.
d) La anomalía congénita más frecuente es la cardiopatía congénita seguida de las malformaciones de sistema nervioso central.

162. En el control metabólico de las gestantes con diabetes mellitus tipo I pregestacional, el TIR (tiempo en rango) de las glucemias está entre 63 y 140 mg/dl. ¿Cuál es el TIR óptimo?

a) > 70 %.
b) > 50 %.
c) 30-50 %.
d) < 10 %.

163. Respecto a la infección por VIH en la gestación, señale la respuesta correcta:

a) Se solicitará el test de VIH en el primer trimestre a todas las gestantes. En el tercer trimestre, sólo se repetirá si la gestante presenta factores de riesgo de infección por VIH.
b) Si es necesario realizar una técnica invasiva de diagnóstico prenatal como una amniocentesis, se realizará bajo tratamiento antirretroviral. con carga viral indetectable y, si es posible, se considerará la realización de una prueba no invasiva como el ADN libre circulante en sangre materna.
c) En el parto vaginal de la gestante con VIH, si se requiere la realización de un parto instrumental, puede ser preferible la ventosa al fórceps o las espátulas.
d) Debe suspenderse el tratamiento antirretroviral durante el parto.

164. Primigesta en la semana 38 que presenta disnea en reposo, taquicardia y edemas. El ecocardiograma urgente revela FEVI 28% con dilatación ventricular izquierda. Se confirma el diagnóstico de miocardiopatía periparto. La paciente permanece hemodinámicamente estable, saturando bien con oxígeno. El feto muestra un CTG reactivo. ¿Cuál es la mejor estrategia de manejo inicial?

a) Estabilización materna con diuréticos de asa, betabloqueante seguro en embarazo y planificación del parto según estado materno-fetal.
b) Administrar IECA e iniciar betabloqueantes de inmediato durante la gestación.
c) Realizar cesárea urgente por el alto riesgo de muerte materna.

d) Retrasar el parto hasta alcanzar una FEVI >40% para evitar descompensación cardiaca.

165. Primigesta que refiere cansancio progresivo y palpitaciones leves. La analítica muestra una Hbg de 9,2 gr/dl, VCM 72 fl, ferritina 8 ng/ml, transferrina elevada y saturación de transferrina del 10%. En el frotis sanguíneo destaca microcitosis e hipocromía. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Anemia megaloblástica por déficit de B12 y/o folato.
b) Talasemia beta minor.
c) Anemia gestacional por dilución.
d) Anemia ferropénica propia del embarazo.

166. Paciente de 22 años con tres brotes previos de colitis ulcerosa con buena respuesta a esteroides y 5-ASA. Actualmente asintomática y en tratamiento con 5-ASA. Le solicita consejo para quedarse embarazada. ¿Cuál sería la respuesta correcta?

a) No existe asociación entre gestación y exacerbaciones de colitis ulcerosa.
b) La mitad de las pacientes embarazadas sufrirán un brote de colitis, aunque pueden utilizarse 5-ASA y esteroides con seguridad.
c) No puede utilizarse 5-ASA por sus efectos teratogénicos.
d) El embarazo ejerce un "efecto protector" sobre los brotes, observándose una disminución estadísticamente significativa de los mismos durante la gestación.

167. En relación al empleo de antiepilépticos durante la gestación. Señale la respuesta FALSA.

a) No debe suspenderse la medicación.
b) La carbamazepina parece incrementar el riesgo de malformaciones.
c) Las malformaciones más frecuentes asociadas a la utilización de antepilépticos son las anomalías de la región orofacial como el paladar hendido y el labio leporino.
d) Siempre que sea posible, durante la gestación se recomienda pasar la politerapia a monoterapia.

168. Respecto a la infección por VIH durante la gestación. Señala la respuesta FALSA:

a) Se asocia mayor riesgo de prematuridad, crecimiento intrauterino retardado y muerte intrautero.
b) Incrementa el riesgo de malformaciones fetales.
c) Si la gestante presenta una amenaza de parto pretérmino, se administrará zidovudina con el tratamiento tocolítico, independientemente de la terapia previa, que seguirá tomando.
d) La cesárea electiva disminuye de forma significativa el riesgo de transmisión vertical respecto al parto vaginal.

169. En relación a la actitud ante pacientes obstétricas expuestas a la varicela, señale la respuesta FALSA:

a) Todas las pacientes obstétricas expuestas, sin certeza de inmunidad previa, deben realizarse una determinación serológica de su estado de inmunización.
b) Es recomendable administrar inmunoglobulina específica a las pacientes obstétricas expuestas no inmunes.
c) El plazo máximo para administrar la inmunoglobulina específica tras el contacto es de

96 horas.

d) Las gestantes sin inmunidad al virus Varicela-Zóster pueden vacunarse durante la gestación para prevenir la primoinfección.

170. El uso prolongado de indometacina puede provocar:

a) Hipotensión.
b) Cierre prematuro del conducto arterioso.
c) Insuficiencia placentaria.
d) Hidrops fetal.

171. En relación con la gestación en el lupus eritematoso sistémico, es cierto que:

a) La fertilidad no se ve afectada.
b) Durante la gestación los brotes suelen ser más frecuentes y graves.
c) En el puerperio, la enfermedad no suele reactivarse.
d) Una paciente con anticuerpos anti-Ro y bloqueo AV fetal tiene menos riesgo de presentar el bloqueo AV fetal en la siguiente gestación.

172. ¿Cual de las siguientes afirmaciones en el embarazo en la adolescencia es verdadera?

a) En menores de 15 años existe riesgo médico ligado a la edad por darse mayor mortalidad y morbilidad perinatal.
b) Actualmente el embarazo en adolescentes no se considera de riesgo.
c) NO existen diferencias entre un embarazo controlado y no controlado cuando éste ocurre en una adolescente.
d) Las adolescentes NO requieren ni consideración especial ni una respuesta especial adecuada a su edad por parte de los profesionales.

173. Respecto al manejo del Cáncer de Cérvix uterino en el embarazo, ¿cuál de estas afirmaciones es FALSA?

a) El examen clínico y la verificación histológica del cáncer de cuello uterino son obligatorios.
b) La confirmación anatomopatológica se puede obtener mediante biopsia orientada por colposcopia o con cono pequeño (apropiado solo durante el primer trimestre del embarazo).
c) Los métodos de estudio por imágenes preferidas para la estadificación clínica en pacientes con cáncer de cuello uterino en el embarazo incluyen resonancia magnética pélvica o ecografía experta como parte del estudio primario.
d) El PET-TC, con contraste a base de gadolinio, puede realizarse en el embarazo.

174. ¿Cuál de estas complicaciones de la histeroscopia se asocia al medio de distensión

a) Perforación uterina.
b) Hiponatremia.
c) Formación de adherencias.
d) Dolor.

175. Con respecto a los criterios diagnósticos ecográficos de ovario poliquístico, señale la respuesta <u>INCORRECTA</u>:

a) Presencia en el ovario de 12 o más folículos de 2-9 mm de diámetro y/o volumen ovárico superior a 10 ml.
b) Debe cumplirse en ambos ovarios.
c) No es aplicable a mujeres que toman anticonceptivos hormonales.
d) En las mujeres con ciclo menstrual se realizará en fase folicular temprana.

176. Le avisan desde paritorio por el ingreso de una gestante a término de 14 años que ingresó por fase activa del parto. Señale la respuesta falsa:

a) La edad es un factor de riesgo obstétrico.
b) Es más frecuente la presencia de anemia en las gestantes adolescentes.
c) En caso de lactancia materna habrá que vigilar el riesgo de desmineralización ósea.
d) La cesárea como finalización de la gestación es menos frecuente en las gestantes adolescentes.

177. En la gestante adolescente, el control previo al parto debe ser:

a) En las Unidades de Medicina Fetal.
b) Precisa más visitas de las indicadas según la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal del Ministerio de Sanidad.
c) Es necesario una evaluación prenatal precisa y multicéntrica para identificar pacientes vulnerables y descartar abusos.
d) Es importante la atención por distintas matronas para identificar posibles factores de riesgo.

178. El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 que forma parte del tratamiento farmacológico de la interrupción voluntaria de la gestación. Con respecto a este fármaco señale la respuesta incorrecta:

a) Las vías de administración del misoprostol son las siguientes: oral, bucal, sublingual y vaginal.
b) Los efectos secundarios son ligeramente superiores en la vía bucal que en la vaginal.
c) El misoprostol vaginal es más eficaz que la administración oral y tiene menos efectos secundarios que la administración sublingual o bucal.
d) El uso de misoprostol humedecido aporta ventajas con respecto al misoprostol seco.

179. La práctica del consejo genético NO debe contar con:

a) Historial basado en antecedentes familiares que permitan determinar la posibilidad estadística de una enfermedad.
b) Información sobre el tipo de herencia de la enfermedad, riesgos y consecuencias y posibilidades de tratamiento.
c) Información sobre los recursos psicosociales públicos y privados.
d) Opinión sobre la actitud a tomar.



180. Avisan por una paciente que pasa de planta a paritorio por fase activa del parto, se ha colocado un dispositivo de dinoprostona esta mañana por un embarazo en vías de prolongación y nos preguntan cuando tiempo ha de pasar entre la retirada del dispositivo y el inicio de la perfusión de oxitocina, en caso de que sea necesario.

a) 4 horas.
b) 1 hora.
c) Media hora.
d) Dado que se le ha administrado dinoprostona para la inducción ya no está indicado administrar oxitocina.

181. ¿Cuál de los siguientes factores NO se incluye en la puntuación de Bishop para evaluar la madurez cervical antes de la inducción del trabajo de parto?

a) Dilatación cervical
b) Consistencia cervical.
c) Estación de la presentación fetal.
d) Longitud cervical.

182. El manejo de la pérdida de bienestar fetal intraparto puede requerir:

a) Empleo de ritodrine o atosiban.
b) Decúbito lateral izquierdo.
c) Cese de la perfusión de oxitocina.
d) Todas pueden ser necesarias.

183. Los siguientes valores obtenidos de sangre de cuero cabelludo fetal durante el parto definen un tipo de acidosis, señálela (pH < 7,25 / PCO2 > 60 mmHg / exceso de bases dentro de los límites normales)

a) No hay información suficiente para definir un tipo de acidosis.
b) Acidosis respiratoria.
c) Acidosis metabólica.
d) Acidosis mixta.

184. Gestante de 39 semanas de gestación, dilatación completa, posición OIIA, presentación en tercer plano de Hodge. Presenta bradicardia fetal de 70 latidos/minuto, constatándose la existencia de una acidosis metabólica (pH de 7,18, PCO2 de 45 mmHg, EB de -6 mEq/L) ¿Cuál sería la actitud correcta?

a) Cesárea urgente.
b) Extracción fetal mediante fórceps.
c) Colocación de pulsioxímetro a la gestante para conocer la saturación de O2.
d) Aplicación de O2 a la madre y repetición del pH en 10 minutos.

185. En cuanto a la conducta a seguir ante fase activa del parto prolongada;

a) Si las membranas están intactas se debe ofrecer la amniorrexis a la paciente.
b) Se considera prolongación de la fase activa del parto cuando tras 1 hora de la última exploración no ha progresado más de 1 cm en la dilatación.
c) Para valorar la conducta se ofrecerá una exploración vaginal cada 1-2 horas.
d) Si la paciente tiene analgesia neuroaxial se cesará la perfusión analgésica para favorecer el progreso del parto.

186. Ante la sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda:

a) Amniorrexis si la bolsa está íntegra.
b) Establecido el retardo en fase activa, se ofrecerá estimulación con oxitocina.
c) Tacto vaginal tras 4 h de estimulación con oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm, considerar la posibilidad de practicar una cesárea.
d) Todas las anteriores.

187. En una gestante con inicio de trabajo de parto, la admisión en maternidad se recomienda cuando se cumplen los siguientes criterios.

a) Dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50 % y dilatación de 3-4 cm.
b) Cualquier contracción aislada con cuello largo y Cerrado pero antecedente de parto precipitado.
c) Pérdida del tapón mucoso y contracciones.
d) Dilatación de 3 cm, aunque no haya dinámica regular.

188. En embarazos de bajo riesgo, respecto a la cardiotocografía en la admisión, se recomienda:

a) Realizarla de forma rutinaria en todas las gestantes.
b) Combinarla con amnioscopia sistemática.
c) No usarla de forma rutinaria en la valoración inicial.
d) Mantenerla durante unos 30 minutos antes del ingreso.

189. En el trabajo de parto normal, el uso del enema de rutina:

a) Se recomienda para acortar la dilatación y evitar lesiones esfinterianas.
b) No se recomienda de forma rutinaria.
c) Debe realizarse siempre antes de un parto instrumental.
d) Solo está contraindicado en multíparas.

190. Durante la fase activa del parto, se recomienda que la mujer sea atendida:

a) De forma intermitente exclusivamente por el obstetra.
b) Individualmente y de forma continua por una matrona.
c) Por el obstetra si solicita analgesia neuroaxial.
d) Mediante monitorización remota sin necesidad de presencia continuada.

191. En un parto vaginal que progresa de forma normal, la amniorrexis artificial y la perfusión de oxitocina:

a) Se recomiendan de rutina para reducir la duración del parto.
b) Solo se recomiendan en multíparas.
c) No deben realizarse de forma rutinaria.
d) Se indican siempre antes de utilizar partograma.

192. Si se utiliza partograma durante el parto, el modelo recomendado es:

a) El de línea de acción de 2 horas.
b) El de línea de acción de 4 horas.
c) El de doble línea con tactos horarios obligatorios.
d) Cualquier modelo, pues no hay preferencia.

193. En condiciones normales, las exploraciones vaginales durante la dilatación deberían realizarse:

a) Cada 3 horas.
b) Cada 2 horas.
c) Cada 4 horas.
d) Al ingreso y al final del expulsivo.

194. Ante sospecha de retardo de la fase activa y membranas íntegras, la pauta recomendada es:

a) Administrar oxitocina y valorar a los 30 minutos.
b) Proceder a amniorrexis y reevaluar tras 2 horas, si el progreso es < 1 cm, se diagnostica retardo de la dilatación.
c) Indicar cesárea por sospecha de desproporción.
d) Esperar 6 horas antes de cualquier intervención.

195. De los siguientes factores de riesgo para la distocia de hombros señale el que está asociado de forma más sólida con dicha distocia.

a) Tener un antecedente previo de distocia de hombros.
b) La diabetes gestacional.
c) La terminación del parto como parto instrumental
d) La macrosomía fetal

196. Uno de los siguientes es un criterio de selección para la elección de la vía de parto en una presentación de nalgas a termino.

a) Diámetro biparietal (DBP).
b) Edad Materna.
c) Pelvimetría clínica.
d) Paridad.

197. En una gestante en paritorio en proceso de parto activo donde palpamos el mentón como punto guía, es cierto que:

a) Si la presentación es mento anterior o mento púbica el parto vaginal es posible.
b) Si la presentación es mento posterior o mento sacra el parto vaginal es posible.
c) Mento anterior y mento posterior son indicación electiva de cesárea.
d) Mento anterior y mento posterior son indicación de parto vaginal.

198. Ante la presencia de una distocia de hombros se debe:

a) Pedir a la mujer que mantenga el pujo para facilitar la liberación de los hombros.
b) Tactar la vagina por si existe una circular de cordón para cortarla.
c) Realizar inmediatamente una episiotomía.
d) Analizar la posición fetal para indicar el sentido de las presiones sobre el abdomen materno.

199. Al explorar a una paciente en paritorio se palpa una prominencia ósea que sugiere el mentón como punto guía, ¿qué afirmación es verdadera?

a) Si la presentación es mento anterior el parto vaginal no es posible.
b) Si la presentación es mento posterior el parto vaginal no es posible.
c) Tanto si es mento anterior como mento posterior es indicación de cesárea.
d) Tanto si es mento anterior como mento posterior, si se trata de una multípara, es posible el parto vaginal.

200. ¿Cuál es la variedad de presentación cefálica deflexionada más distócica?

a) Sincipucio.
b) Frente.
c) Cara.
d) Ninguna de las anteriores

201. En la segunda etapa del parto, la recomendación general respecto a los pujos es:

a) Indicar pujos dirigidos desde el inicio del expulsivo si la paciente tiene analgesia neuroaxial.
b) Recomendar el pujo espontáneo; si no hay sensación de pujo, no dirigirlo hasta finalizar la fase pasiva.
c) Evitar cualquier pujo materno hasta la coronación.
d) Limitar los pujos a las mujeres sin analgesia neuroaxial.

202. Para la prevención del trauma perineal durante la segunda etapa del parto, la guía recomienda:

a) Masaje perineal intraparto.
b) Aplicación de anestésico local en la region perineal.
c) Posibilitar la aplicación de compresas calientes.
d) Episiotomía profiláctica en nulíparas.

203. Respecto a la episiotomía en el parto espontáneo, la opción correcta es:

a) Practicarla de rutina reduce las lesiones perineales.
b) No debe practicarse de rutina.
c) Está indicada en toda gestante con analgesia epidural.
d) Debe realizarse en primíparas.

204. Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es:

a) Media o con ángulo de 15°.
b) Mediolateral, con un ángulo de 45 a 60° respecto al eje vertical.
c) Lateral pura, a 90°.
d) No hay preferencia técnica establecida.

205. En la reparación de un desgarro perineal de segundo grado, la técnica de sutura recomendada es:

a) Sutura discontinua en todos los planos.
b) Sutura continua.
c) No es preciso reparar nunca el músculo perineal.
d) Sutura con material no reabsorbible.

206. Respecto a la maniobra de Kristeller durante el parto normal:

a) Se recomienda como ayuda al expulsivo.
b) Se reserva para multíparas con analgesia epidural.
c) No se recomienda.
d) Se considera recomendable si no hay pujos eficaces.

207. Respecto al parto vaginal tras cesárea, señale la respuesta <u>falsa</u>:

a) Si no hay contraindicación para el parto vaginal, es adecuado el intento de parto por vía vaginal.
b) En caso de desconocer el tipo de incisión en la cesárea anterior, se debe indicar una cesárea electiva.
c) Si la cesárea anterior fue hace menos de 18 meses se debe comunicar a la gestante el mayor riesgo de rotura uterina.

d) La tasa de éxito de parto vaginal tras cesárea anterior oscila entre 72-76 % y puede alcanzar el 90 % si ha habido un parto vaginal previo.

208. Una de las siguientes afirmaciones sobre el parto vaginal tras cesarea es falsa.

a) El parto pretérmino tras cesárea anterior tiene el mismo éxito que el parto a término en cuanto a conseguir un parto vaginal.
b) La inducción con prostaglandinas E2 es más segura que la inducción con oxitocina.
c) Si se desconoce el tipo de incisión uterina al 100% pero la probabilidad de que haya sido segmentaria transversa es alta, podemos ofrecer prueba de parto vaginal.
d) No está demostrado que el uso rutinario de un catéter de presión interna sea beneficioso.

209. Una de las siguientes no es una contraindicación absoluta para el parto instrumental.

a) Infecciones virales maternas (hepatitis, VIH).
b) Sospecha de desproporción pélvico cefálica.
c) Predisposición fetal a fracturas (osteogénesis imperfecta…).
d) Presentación de frente o de cara.

210. En paritorio se encuentra una tercigesta de 39 semanas y 5 días de gestación, con dilatación completa. La paciente aporta un hemograma de hace 7 días con los siguientes resultados: 3,33 x10^6 hematies, Hb: 8,5 g/dl, Hto: 26, VCM: 77,6 fl, Hemoglobina corpuscular media 24 pg, Concentración de hemoglobina corpuscular media: 34 g/dL, 10.660 leucocitos, 77,5 % de neutrófilos, 15 % de linfocitos, 279.000 plaquetas. ¿Cuál será la conducta más efectiva con esta paciente en este momento?

a) Recomendar un manejo activo del alumbramiento a la matrona.
b) Repetir el hemograma.
c) Pautar tratamiento con hierro parenteral ya que parece no tener una adecuada absorción gástrica de hierro.
d) Pedir sangre con extrema urgencia para iniciar la transfusión de forma inmediata.

211. ¿Cuál de las siguientes es la causa más frecuente de hemorragia postparto precoz?

a) Atonía uterina.
b) Acretismo placentario.
c) Rotura uterina.
d) Retención de restos placentarios.

212. La tercera etapa del parto se considera prolongada cuando no se completa:

a) En 20 minutos con manejo activo y en 40 minutos con alumbramiento espontáneo.
b) En 30 minutos con manejo activo y en 60 minutos con alumbramiento espontáneo.
c) En 45 minutos en los casos en que no hay analgesia epidural.
d) En 90 minutos, independientemente del manejo.

213. Para la profilaxis de la hemorragia posparto en el alumbramiento dirigido, la guía recomienda administrar:

a) 5 UI de oxitocina intramuscular.
b) 10 UI de oxitocina intravenosa lenta.
c) 20 UI de oxitocina en bolo rápido.
d) Metilergometrina intramuscular.

214. El test de POSE o prueba de tolerancia a las contracciones está indicado en:

a) Gestante con 3 cesáreas anteriores como prueba de parto.
b) Embarazo cronológicamente prolongado entre la semana 41 y 42 como vigilancia.
c) En un CTG (cardiotocograma) con un patrón decelerativo que muestra deceleraciones tardías en más del 50% de las contracciones.
d) Gestante con Test no estresante no reactivo.

215. En relación a la rotura prematura de membranas pretérmino tras amniocentesis, es cierto que:

a) El pronóstico es similar al de la rotura espontánea.
b) En un 5 % de las amniocentesis, se produce una pérdida leve o moderada e intermitente de líquido amniótico.
c) Al igual que en la rotura espontáneas, la probabilidad de que se autolimite la pérdida de líquido amniótico es muy baja.
d) La rotura suele ocurrir a un nivel más alto en la bolsa amniótica que en el caso de las roturas espontáneas.

216. Señale un criterio ecográfico diagnóstico de aborto temprano:

a) Embrión de al menos 7 mm sin latido cardiaco fetal.
b) Tamaño de la vesícula germinal de al menos 20 mm sin objetivarse embrión.
c) Presencia de embrión con latido cardiaco fetal al menos 2 semanas después de realizar ecografía donde se visualice vesícula germinal sin vesícula vitelina.
d) A y B son correctas.

217. Dentro de la trompa de falopio, el lugar más frecuente de implantación del embarazo ectópico es:

a) Cornual.
b) Ístmico.
c) Ampular
d) Fímbrico.

218. El tratamiento médico del embarazo ectópico se realiza habitualmente con:

a) Metotrexate vía intramuscular mediante una o varias inyecciones.
b) Metotrexate vía intravenosa mediante una o varias inyecciones.
c) Metotrexate vía oral administrando uno o dos comprimidos.
d) Metotrexate en inyección intrasacular mediante manejo ecoguiado.

219. Señale la respuesta INCORRECTA sobre el tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico:

a) En presencia de una trompa contralateral sana no existe evidencia clara de que la salpingostomía deba ser usada preferentemente a la salpinguectomía.
b) La salpingostomía entraña un menor riesgo de hemorragia inmediata postoperatoria, de enfermedad trofoblástica persistente y posibilidad de un EE recurrente.
c) La salpinguectomía puede estar indicada si existen antecedentes de cirugía tubárica reconstructiva previa.
d) La salpinguectomía puede estar indicada si el embarazo ectópico está roto.

220. En relación al coriangioma placentario, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Ecográficamente son lesiones circunscritas y predominantemente hipoecogénicas indistinguibles de los hematomas.
b) Los de pequeño tamaño suelen ser asintomáticos.
c) En ocasiones pueden producir insuficiencia cardiaca, hidrops e incluso muerte fetal.
d) Una de las complicaciones descritas es la hemólisis por destrucción de eritrocitos fetales.

221. En la evaluación del líquido anmiótico señale la respuesta FALSA:

a) El método semicuantitativo se puede evaluar por la máxima columna vertical (MCV) y el índice de líquido anmiotico (ILA).
b) El uso del ILA reduce la tasa de diagnósticos de oligohigramnios y de inducciones, mejorando los resultados perinatales.
c) ILA <5 se considera oligohidramnios.
d) MCV ≤2 se considera oligohidramnios.

222. En la exploración ecográfica del corazón fetal en el segundo trimestre, con respecto al ventrículo derecho, ¿qué afirmación no es correcta?

a) Posee banda moderadora.
b) Su tracto de salida es más posterior que el del ventrículo izquierdo.
c) La válvula auriculo-ventricular tiene una inserción más apical.
d) Su tamaño es similar al del ventrículo izquierdo.

223. En el estudio anatómico fetal mediante ecografía en la semana 20 de gestación, ¿cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?

a) El *cavum* del *septum pellucidum* es visible tanto en el plano transventricular como en el transtalámico en la exploración de la cabeza fetal.
b) La columna fetal debe ser explorada en los planos axial, coronal y sagital.
c) En el plano de cuatro cámaras cardiacas, la inserción de la válvula tricúspide es más distal que la mitral.
d) Se considera normal una pelvis renal con diámetro anteroposterior de hasta 7 mm.

224. En la ecografía del 2 trimestre señale la respuesta CORRECTA:

a) Se debe ofrecerá toda la población, ya que la prevalencia de anomalías morfológica mayores es menor 3,5%.
b) El cavum del septum pellicidum es visible a partir de semana 16 y siempre entre la 18 y 37.
c) La hiperrefrigencia intestinal se considera un marcador de trisomía 21 y puede estar presente ante determinadas infecciones.
d) Todas son ciertas.

225. El cribado de elección en la gestación gemelar bicorial biamniotica es:

a) La combinación en primer trimestre de edad materna + marcadores bioquímicos.
b) La combinación en primer trimestre de edad materna + marcadores bioquímicos + translucencia nucal.
c) La combinación en segundo trimestre de edad materna + marcadores bioquímicos + translucencia nucal.
d) Solo emplearemos translucencia nucal; los marcadores bioquímicos no son válidos en la gestación gemelar.

226. ¿De qué anomalía es un signo ecográfico indirecto el cráneo fetal en forma de limón?

a) Malformación de Dandy-Walker.
b) Ventriculomegalia borderline.
c) Agenesia del cuerpo calloso.
d) Defecto del tubo neural.

227. ¿Cuál de los siguientes NO es un signo ecográfico de agenesia del cuerpo calloso en el feto?

a) Ausencia de cavum del septum pellucidum.
b) Fusión de los tálamos.
c) Atrio ventricular en forma de lágrima.
d) Dilatación de astas posteriores de los ventrículos laterales.

228. ¿Cuándo se considera que existe una dilatación del tracto urinario fetal en ecografía prenatal, tomando la medida anteroposterior en corte transversal de la pelvis renal?

a) Pelvis de 6 mm en la 34 semana.
b) Pelvis de 5 mm en la semana 20.
c) Pelvis de 3 mm en la semana 20.
d) Ninguna de las anteriores.

229. ¿Cuál es el parámetro más adecuado para realizar el datado de la gestación en el segundo trimestre?

a) Circunferencia abdominal.
b) Circunferencia cefálica.
c) Longitud de fémur.
d) Tamaño de la cisterna magna.

230. En la medición ecográfica del diámetro biparietal, ¿cuál de las siguientes estructuras fetales no debe ser visible?

a) Tálamos.
b) Atrio ventricular.
c) Cerebelo.
d) Cavum del Septum Pelucidum.

231. La ecografía del 3 trimestre permite evaluar todas, EXCEPTO:

a) Evalúa el crecimiento fetal.
b) Permite detección de anomalías fetales.
c) No se utiliza para la datación de la gestación.
d) Determina la estática fetal.

232. Señale la afirmación INCORRECTA en el manejo del feto con CIR:

a) Una onda a inversa del ductus venoso implica una inestabilidad cardiovascular y compromiso metabólico que empeora la mortalidad perinatal independientemente de la finalización de la gestación.
b) La única intervención que ha demostrado ser efectiva en la disminución de la morbi-mortalidad en los fetos con CIR es la administración de corticoides en caso de

un parto pretérmino.

c) Para la finalización de los fetos con CIR que presentan un flujo diastólico final ausente en arteria umbilical, la vía de elección para finalizar la gestación es la cesárea independientemente de la edad gestacional.
d) En los casos de CIR sin repercusión en el estudio Doppler y volumen de líquido amniótico normal, se recomienda la finalización de la gestación en semana 38-39.

233. En una paciente de 45 años que consulta por sangrado menstrual abundante NO debemos practicar en primera línea de estudio:

a) Ecografía transvaginal.
b) Hemograma, test de coagulación.
c) Biopsia endometrial (en función de grosor endometrial).
d) Analítica hormonal.

234. La presencia de levaduras en un estudio citológico (señale la respuesta correcta):

a) No es significativa en ausencia de clínica.
b) Obliga a realizar un estudio microbiológico.
c) Obliga a realizar tratamiento tópico.
d) b) y c) son ciertas.

235. Son factores protectores de desarrollar dismenorrea, todos EXCEPTO:

a) Fumadora.
b) Edad avanzada.
c) Paridad
d) Uso de anticonceptivos hormonales combinados.

236. Ante la sospecha clínica de enfermedad inflamatoria pélvica en una mujer sexualmente activa, se inicia tratamiento antibiótico. ¿cuál de las respuestas es falsa?

a) El tratamiento debe cubrir gonococo y chlamydia aún con cultivo endocervical negativo.
b) En situaciones especiales se debe asociar la cobertura para anaerobios.
c) Se debe ofrecer detección de gonococo, chlamydia y otras infecciones de trasmisión sexual a las parejas sexuales.
d) En las mujeres positivas a M. genitalium el tratamiento debería ser sin moxifloxacino.

237. ¿Cuál de las siguientes respuestas es falsa en relación a la infección por virus del papiloma humano (VPH)?

a) La infección por VPH es la enfermedad de trasmisión sexual más frecuente.
b) La prevalencia de infecciones subclínicas en las edades de mayor actividad sexual se aproxima al 40% de la población.
c) La mayoría de las infecciones persisten a los 24 meses.
d) La infección evoluciona de forma natural hacia la curación en el 90% de los casos.

238. En relación con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual señale la respuesta <u>INCORRECTA</u>:

a) La infección por Chlamydia se encuentra frecuentemente asociada a una infección por Neisseria gonorrhoeae, por lo que ambas deben ser tratadas conjuntamente
b) Una infección por chlamydia puede cursar con pocos síntomas. Estos casos no precisan tratamiento
c) Los organismos predominantes responsables de una enfermedad pélvica inflamatoria son Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae
d) Entre las ETS caracterizadas por úlceras genitales se encuentran el herpes, la sífilis y el chanchroide

239. Seleccione la respuesta CORRECTA en relación a las enfermedades de transmisión sexual:

a) El linfogranuloma venéreo es una infección de transmisión sexual ocasionada por algunas cepas de Chlamydia trachomatis
b) El molusco contagioso está ocasionado por una bacteria gram negativa
c) Una infección por haemophilus ducreyi suele cursar con úlceras indoloras y adenopatías inguinales supuradas
d) La sífilis está ocasionada por un virus de la familia de las espiroquetas

240. La vulvovaginitis recurrente por Cándida ssp. (señale la respuesta correcta):

a) Afecta a un 20 % de las mujeres adultas.
b) Se considera cuando una mujer presenta más de 2 episodios de vulvovaginitis por cándida en un año.
c) Es más frecuente en pacientes con Diabetes descompensada.
d) Se asocia al uso de anticonceptivos de solo gestágenos.

241. La vaginosis bacteriana (señale la respuesta correcta):

a) Se diagnostica exclusivamente por la presencia de *Gardnerella vaginalis* en frotis o cultivo.
b) Debe tratarse siempre con antibióticos sistémicos (clindamicina o metronidazol).
c) Se considera una ITS (infección de transmisión sexual).
d) Ninguna de las anteriores es cierta.

242. En el diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica es FALSO:

a) Es necesario la presencia de uno de los tres criterios mínimos: dolor a la movilización cervical, sensibilidad uterina o dolor anexial.
b) Precisa de uno o más criterios adicionales: temperatura >38ºC, secreción mucopurulenta cervical anormal o friabilidad, PCR elevada, infección cervical por N gonorrhoeae o C. trachomatis documentada.
c) La ausencia de alteraciones en la ecografía, laparoscopia o biopsia descarta el diagnostico.
d) Las maniobras intrauterinas recientes son factores de riesgos que nos pueden apoyar el diagnóstico.

243. Puérpera con lactancia materna, que tras 2 meses del parto presenta dolor mamario y fiebre. Es diagnosticada de mastitis, ¿cuál sería la medida más apropiada a realizar?:

a) Realizar pruebas de imagen.
b) No estimular la lactancia.
c) Iniciar tratamiento con Cloxacilina o cefalexima.
d) Realizar cultivo de la leche.

244. Son factores desencadenantes bien conocidos en la vulvovaginitis candidiasica, EXCEPTO:

a) Diabetes mellitus mal controlada.
b) Niveles elevados de estrógenos: como uso de anticonceptivos, embarazo y terapia estrogénica.
c) Enfermedades inmunodepresoras: como VIH, lupus sistémico u otras.
d) Hipotiroidismo.

245. La clasificación de la endometriosis de la sociedad americana de medicina reproductiva (ASRM) incluye todo excepto:

a) Clasifica la endometriosis en leve, moderada, severa y extensa.
b) Valora la presencia de implantes y/o adherencias a peritoneo, ovarios y trompas.
c) La puntuación obtenida tiene un valor pronóstico a nivel reproductivo.
d) La profundidad de la infiltración de los implantes.

246. En la valoración ecográfica de la endometriosis, además del estudio del útero y ovarios, deben valorarse los signos ecográficos conocidos como marcadores menores o "soft markers" entre los que se encuentran todos los siguientes, EXCEPTO:

a) Útero en forma de Y
b) Útero en coma o signo del interrogante
c) Presencia de líquido libre tabicado en Douglas
d) Ovarios adheridos entre sí o kissing ovaries

247. Seleccione cuál de los siguientes factores se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar endometriosis:

a) Menopausia temprana.
b) Macrosomía al nacer.
c) Ciclos menstruales cortos.
d) Multiparidad.

248. En relación a la endometriosis, seleccione la respuesta FALSA:

a) Los principales síntomas de la endometriosis son el dolor pélvico y la infertilidad, pudiendo también cursar de manera asintomática.
b) Se pueden distinguir tres tipos de lesiones endometriósicas pélvicas; la endometriosis

peritoneal, la endometriosis infiltrante profunda y el endometrioma ovárico.

c) En la ecografía transvaginal el "sliding sign" es considerado positivo si el recto y la vejiga se deslizan por la cara posterior y anterior del útero al aplicar una presión suave contra el cuello uterino.
d) La terapia add-back para el tratamiento de la endometriosis consiste en la administración de agonistas de la GnRH conjuntamente con AINEs.

249. En una paciente con sospecha de endometriosis de tabique rectovaginal NO está indicado realizar:

a) Ecografía transvaginal.
b) Determinación de CA125.
c) RMN.
d) Colonoscopia.

250. En el hallazgo ecográfico de un endometrioma único y asintomático de 5 cm (señale la respuesta correcta):

a) Debemos plantear un seguimiento ecográfico en unos 3 meses.
b) Debemos solicitar determinación de Ca 125.
c) Es preceptiva la realización de una laparoscopia para practicar una quistectomía.
d) Debemos plantear tratamiento con análogos de GnRh.

251. Son síntomas de sospecha de endometriosis profunda (señale la respuesta correcta):

a) Náuseas y vómitos premenstruales.
b) Dispareunia, disquecia y disuria sin relación con el ciclo.
c) Migraña menstrual.
d) Hemorragia menstrual abundante.

252. Señale la respuesta FALSA en la endometriosis:

a) La palpación de nódulos útero sacro y en el fondo de saco de Douglas son signos específicos de endometriosis.
b) Pacientes con familiares de primer grado con endometriosis tienen 20 veces más riesgo de desarrollar endometriosis.
c) La posibilidad de endometriosis no está excluida si la ecografía y la RM son normales.
d) La determinación de Ca125 no ayuda al diagnóstico ni seguimiento.

253. Paciente de 17 años que consulta por amenorrea primaria. Presenta un útero rudimentario o ausente y las gonadas son ovarios. El cariotipo es 46XX. ¿cuál es el diagnóstico más probable?

a) Síndrome de Swyer.
b) Síndrome de Rokitansky.
c) Síndrome de Noonan.
d) Síndrome de Morris.

254. ¿Cuál de las siguientes es la malformación más frecuentemente asociada a historia de infertilidad y abortos de repetición?

a) Útero didelfo.
b) Útero subsepto/septo.
c) Útero arcuato.
d) Útero bicorne.

255. Con respecto a las malformaciones uterinas, señale la <u>FALSA</u>:

a) Las malformaciones uterinas suelen ser de naturaleza esporádica, pero también pueden tener un origen multifactorial.
b) Las malformaciones uterinas se producen por falta de desarrollo de los conductos de Müller, por trastornos en su fusión y/o por alteraciones en la reabsorción del tabique intermülleriano.
c) Las trompas de Falopio, el útero y la parte superior de la vagina proceden de los conductos de Müller o paramesonéfricos.
d) La parte superior de la vagina y el útero proceden de los conductos de Müller, mientras que las trompas de Falopio proceden de los conductos de Wolf o mesonéfricos.

256. La decisión de realizar una corrección quirúrgica del septo uterino se debe basar en:

a) La historia reproductiva.
b) Si se asocia o no a útero bicorne.
c) Si existen dos cérvix documentados.
d) Debe de tratarse tras ser diagnosticado.

257. Según el ACOG, la primera opción terapéutica en la agenesia vaginal sería:

a) La técnica de Vechietti.
b) La técnica de McIndoe.
c) La técnica laparoscópica de Davydov.
d) El uso de dilatadores vaginales.

258. Respecto a las malformaciones uterinas:

a) El útero bicorne puede ser causa de abortos tardíos y parto prematuro.
b) Todas requieren cirugía.
c) El septo uterino es de las menos frecuentes.
d) El útero didelfo tiene mal pronóstico reproductivo.

259. En la clasificación de malformaciones uterinas ESHRE/ ESGE, señale la respuesta INCORRECTA:

a) U1 corresponde a utero dismorfico como el útero en T.
b) U4 corresponde a Unicorne.
c) U3 corresponde a utero septado.



d) U0 corresponde a útero normal.

260. Paciente de 73 años que acude a consulta por prurito genital y presenta lesión atrófica blanquecina multifocal vulvar confluyente en labios mayores y menores. No presenta afectación vaginal. ¿cual es el diagnóstico más probable?

a) Úlcera de Lipschütz.
b) Liquen atrófico.
c) Hiperplasia de células escamosas.
d) Enfermedad de Fox Fordyce.

261. En relación a la adenomiosis, ¿cuál de los siguientes enunciados es incorrecto?

a) Aparece sobre todo en mujeres entre 40-50 años.
b) Histológicamente se visualizan elementos glandulares rodeados de estroma y, alrededor de ellos, haces de fibras musculares lisas.
c) Se presenta mayoritariamente en mujeres nulíparas.
d) Los síntomas clínicos asocian dolor, hipermenorrea y aumento del tamaño uterino.

262. Paciente de 32 años a la que en una revisión rutinaria se le palpa un útero aumentado de tamaño. Ecográficamente se visualiza un mioma de 5 cm, vascularizado. Se repite la ecografía a los 6 meses y la imagen es similar. La paciente no tiene deseo gestacional. ¿cuál es la actitud más recomendable?

a) Actitud expectante.
b) DIU de levonorgestrel.
c) Anticonceptivos orales.
d) Miomectomía.

263. En relación a los miomas, ¿cuál de las siguientes respuestas es falsa?

a) La mayoría de los miomas son asintomáticos.
b) Siempre que hay sangrado anómalo asociado a mioma se debe hacer biopsia endometrial.
c) Los miomas de gran tamaño pueden producir trombosis.
d) Durante el embarazo se produce un crecimiento del mioma en el 70-80% de los casos.

264. Paciente varón de 13 años que acude por aumento de tamaño de la mama derecha con dolor y nódulo retroareolar a la palpación. ¿cuál es el diagnóstico más probable?

a) Mastitis aguda.
b) Carcinoma de mama.
c) Papiloma intraductal.
d) Ginecomastia puberal.

265. El tratamiento del tumor Phyllodes de mama es:

a) Radioterapia, porque son radiosensibles.
b) En los malignos siempre mastectomía con/sin reconstrucción inmediata.
c) Básicamente quirúrgico tanto para los benignos como para los malignos.



d) Linfadenectomía axilar siempre en los tumores malignos.

266. Según el protocolo de miomas uterinos de la SEGO, en una paciente asintomática, sin deseos genésicos, con un mioma vascularizado que ha crecido en la revisión de los 6 meses la actitud a tomar será:

a) Miomectomía o histerectomía en función de los deseos genésicos y preferencia de la paciente
b) Ablación de miomas por radiofrecuencia vía vaginal
c) Alta, con recomendación de volver a consultar ni aparecen nuevos síntomas
d) Revisión en 6 meses

267. En cuál de las siguientes situaciones <u>NO</u> sería recomendable la embolización de arterias uterinas:

a) Paciente portadora de mioma tipo 3 de la FIGO de 6 cm sintomático con deseos genésicos incompletos
b) Paciente portadora de mioma tipo 4 de la FIGO de 5 cm que ocasiona síntomas compresivos
c) Paciente portadora de mioma tipo 3 de la FIGO de 7 cm que ocasiona sangrado menstrual abundante
d) Paciente portadora de mioma tipo 3-5 de la FIGO de 8 cm que presenta sangrado menstrual abundante

268. Respecto a las opciones de tratamiento de miomas uterinas recogidas en el protocolo de la sociedad española de Ginecología y Obstetricia, señale la <u>FALSA</u>:

a) Los miomas asintomáticos que por estudio Doppler color no presenten vascularización intramiomatosa, ni perimiomatosa no precisan seguimiento
b) El tratamiento profiláctico para prevenir futuras complicaciones de los miomas se recomienda en mujeres que presentan compresión ureteral por el mioma que cause hidronefrosis moderada o severa
c) La actitud expectante es una opción razonable en pacientes sin anemia o metrorragia cercanas a la menopausia porque presentan un tiempo limitado de desarrollo de los síntomas
d) Ante crecimiento de un mioma mayor del 50% del volumen previo objetivado en al menos en 2 exámenes ecográficos se recomienda tratamiento quirúrgico y análisis anatomopatológico para descartar la presencia de sarcoma

269. Señale cuál es el primer tratamiento de elección del liquen escleroso vulvar:

a) Tacrolimus
b) Láser
c) Clobetasol
d) Pimecrolimus



270. Ante una masa sospechosa / indeterminada de ovario, señale los marcadores que solicitaría en una mujer menor de 40 años:

a) Ca 125, Ca 19.9, HE4.
b) Ca 125, Ca 19.9, CEA.
c) Ca 125, Ca 19.9, HCG, AFP.
d) Ca 125, Ca 19.9, HE4, HCG, AFP.

271. Señale un criterio de benignidad de los criterios IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) de ovario:

a) Tumor multilocular > 10 cm con áreas sólidas.
b) Tumor sólido contornos irregulares.
c) Componente sólido < 7 mm.
d) Vascularización abundante.

272. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera correcta, respecto al diagnóstico del hidrosálpinx?

a) La HSG (histerosalpingografía) ha sido abandonada como técnica de screening en el diagnóstico del hidrosálpinx.
b) La ecografía transvaginal es capaz de diagnosticar más casos que la HSG ya que se obvia la oclusión por espasmo.
c) El volumen del hidrosálpinx no varía durante el ciclo menstrual.
d) El volumen del hidrosálpinx puede aumentar durante los tratamientos de inducción de la ovulación.

273. Según la clasificación de la FIGO de los leiomiomas ¿cuáles de estos miomas son resecables por histeroscopia?

a) Los miomas tipo 4.
b) Los miomas tipo 5.
c) Los miomas tipo 0.
d) a) y b) son correctas.

274. En una exploración ecográfica transvaginal del útero ¿cuál de estos parámetros es sugestivo de adenomiosis?

a) Lesión redonda bien definida.
b) Miometrio heterogéneo.
c) Vascularización circunferencial.
d) Anillo perilesional.

275. En el estudio Doppler de masas ováricas se considera sospechoso de malignidad:

a) La presencia de vasos de alta resistencia.
b) La presencia de vasos de baja resistencia.
c) La presencia de patrón Doppler de alta vascularización.
d) b) y c) son correctas.

276. En una paciente con diagnóstico ecográfico de mioma tipo 2 de 3 cm en el contexto clínico de hemorragia menstrual abundante (señale la opción correcta):

a) El tratamiento óptimo es la resección por histeroscopia.
b) El tratamiento óptimo es la miomectomía laparoscopia.
c) El tratamiento óptimo es la inserción de un DIU liberador de progesterona.
d) El tratamiento óptimo es la ablación con radiofrecuencia.

277. Señale la repuesta INCORRECTA sobre el papiloma intraductal

a) El riesgo de cáncer depende de la existencia o no de atipias con un riesgo relativo variable entre 2 y 13.
b) El rango de edad de aparición es muy variable.
c) En caso de que se confirme papiloma sin atipias y no exista discordancia anatomorradiológica, se acepta el seguimiento radiológico.
d) La principal manifestación clínica de los papilomas solitarios es la masa palpable.

278. Respecto a los miomas y la fertilidad, que debemos informar a las pacientes. Cual es CIERTA:

a) La presencia de miomas uterinos intramurales > 4 cm que no deforman o desplazan la cavidad endometrial, reduce la efectividad de la fecundación invitro en términos de probabilidad de implantación embrionaria, gestación clínica y nacido vivo.
b) La presencia de miomas uterinos intramurales de > 4 cm, que no deforman o desplazan la cavidad endometrial, no reduce la fertilidad espontánea.
c) La presencia de miomas uterinos submucosos (FIGO 0 a 3) no reduce la efectividad de la fecundación in vitro en términos de probabilidad de implantación embrionaria, gestación clínica y nacido vivo.
d) a) y b) son ciertas.

279. Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA sobre los miomas:

a) El síntoma más habitual es el sangrado uterino anómalo (SUA), habitualmente en forma de sangrado menstrual abundante (SMA) y prolongado.
b) A nivel de la repercusión sobre la fertilidad, entre el 5 y el 10% de las pacientes infértiles presentan al menos un mioma y en el 1-2,4% de los casos este constituye el único hallazgo patológico.
c) Los miomas que provocan alteraciones en la anatomía de la cavidad uterina (tipos FIGO 0, 1y 2) son los clásicamente asociados a un mayor riesgo de abortos y de dificultades para la concepción.
d) Todas son ciertas.

280. Señale la respuesta CORRECTA, respecto a los pólipos endometriales

a) El riesgo de malignización en mujer postmenopáusica representa entre 7-10%.
b) La edad fértil de las mujeres es un factor de riesgo.
c) El riesgo de malignización en mujer premenopáusica representa el 1,1%.
d) La técnica de primera línea para el diagnóstico es la histeroscopia.

281. Señale la respuesta CORRECTA sobre el tumor Filodes de mama:

a) Es un tumor de mama muy frecuente.
b) Aparece fundamentalmente a edades precoces.
c) La diseminación se produce vía hematógena.
d) Es un tumor de crecimiento lento.

282. En el diagnostico ecográfico de tumoraciones ováricas, señale la respuesta INCORRECTA

a) Las tumoraciones grandes y complejas con tabiques de >3cm, bilaterales tienen más riego de ser malignas.

b) El uso del índice de pulsatibilidad mediante Doppler no diferencia claramente masas benignas de malignas.
c) Las masas catalogadas como benignas por ecografía presentan un riesgo de malignidad superior al 9 %.
d) La resonancia magnética resulta útil cuando la ecografía no es concluyente.

283. Según la clasificación POP-Q del prolapso genital, ¿qué estadío correspondería a una mujer que acude con un prolapso en el que el punto más declive se encuentra a más de 1 cm por debajo de los restos del himen?

a) Estadío I.
b) Estadío II.
c) Estadío III.
d) Estadío IV.

284. En cuál de las siguientes estrategias No está demostrada la mejora de la incontinencia de orina:

a) Ejercicios Kegel.
b) Reducción de peso corporal.
c) Reducción hábito tabáquico.
d) Estimulación eléctrica o biofeedback.

285. Señale la respuesta INCORRECTA sobre la prevención de desgarros en el parto:

a) La posición materna en cuclillas no se ha identificado como factor de riesgo para la aparición de lesiones perineales de 3.er y 4. º grado.
b) El ángulo de la episiotomía lateral es un factor de riesgo, debe ser de sesenta grados para que sea protector.
c) La aplicación de compresas calientes y el masaje perineal pueden reducir el número de desgarros de tercer y cuarto grado.
d) La episiotomía sistemática no ha demostrado ser útil para la prevención de los desgarros perineales, por esto se aconseja realizar episiotomía restrictiva.

286. Paciente que acude a consulta por prolapso genital apical (compartimento central). ¿cuál sería el tratamiento quirúrgico de elección?

a) Histerectomía vaginal.
b) Histeropexia.
c) Sacrocolpopexia.
d) Cualquiera de los anteriores.

287. ¿Cuál de los siguientes fármacos utilizados en el tratamiento de la incontinencia urinaria no tiene efecto anticolinérgico?

a) Solifenacina.
b) Trospio.
c) Tolterodina.
d) Mirabegrón.

288. La ecografía ha demostrado ser una técnica tan eficaz como la RM en la formación de imágenes del suelo pélvico. Seleccione la respuesta <u>FALSA</u>:

a) El plano medio sagital se obtiene con sondas de mayor ángulo y debe verse de izquierda a derecha la sínfisis púbica, uretra, vejiga, la vagina con el útero, unión anorrectal y músculo puborrectal
b) Un deslizamiento uretral superior a 20 mm diagnostica con gran sensibilidad y especificidad la incontinencia urinaria de esfuerzo
c) El cálculo del volumen residual mediante una ecografía introital con la fórmula (Acm x Bcm x 5,6=ml), puede ayudarnos a descartar una disfunción del vaciado
d) La ecografía permite conocer que órgano está implicado en el prolapso, evaluando los tres compartimentos a la vez

289. Según la OMS son criterios que influyen en el mal pronóstico (recidiva de la fístula y/o aparición de incontinencia) tras su corrección quirúrgica, todos EXCEPTO:

a) Fistula Rectovaginal, fistula cervical.
b) Defecto circunferencial.
c) Afectación de los esfínteres.
d) Presencia de tejido cicatricial.

290. Paciente de 38 años que acude por amenorrea secundaria de 2 años de evolución. ¿cuál es la determinación preferible y más exacta para el diagnóstico de menopausia precoz?

a) Inhibina A.
b) Hormona antimulleriana.
c) LH.
d) Testosterona



291. ¿En cuál de los siguientes casos no se produce un pseudohermafroditismo femenino?

a) Ingesta de la madre durante el embarazo de sustancias con potencial androgénico.
b) Síndrome de insensibilidad a los andrógenos.
c) Déficit de 21 alfa hidroxilasa.
d) Tumor productor de andrógenos durante la gestación.

292. ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo para la osteoporosis en la mujer?

a) Índice de masa corporal >20 Kg/m2.
b) Historia materna de fractura de cadera.
c) Insuficiencia renal crónica.
d) Consumo de alcohol >3 unidades/día.

293. Mujer de 32 años con prolactina de 50 y esterilidad primaria de 1 año de evolución. ¿cuál es la respuesta correcta?

a) La hiperprolactinemia justificaría la esterilidad.
b) Repetiría la prolactina estando en reposo y con 2 tomas separadas 20 minutos.
c) Solicitaría una RMN.
d) Ese valor es habitual y no tiene importancia.

294. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de Rotterdam del 2003 del síndrome de ovario poliquístico?

a) Hiperandrogenismo clínico / analítico.
b) Anovulación / disovulación.
c) Resistencia a la Insulina.
d) Aspecto ecográfico de ovario poliquístico.

295. Señale cuál de las siguientes determinaciones hormonales indicadas para el estudio del síndrome de ovario poliquístico se considera como marcador bioquímico más sensible:

a) Cociente FSH/LH.
b) 17-OH-Progesterona.
c) Índice de Testosterona Libre.
d) Dehidroepiandrosterona sulfato.

296. En el estudio de amenorreas, si la prueba de gestágenos es negativa y tras ella, el test estrógenos y gestágenos es positivo. El único diagnóstico posible de entre los siguientes es:

a) Síndrome de ovarios poliquísticos
b) Insuficiencia ovárica primaria
c) Síndrome de Morris
d) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

297. En una amenorrea secundaria en una adolescente que aporta analítica con FSH alta debemos pensar en:

a) Amenorrea por pérdida de peso por debajo 10 %-15 % del peso ideal
b) Síndrome de ovario poliquístico
c) Insuficiencia ovárica primaria
d) Amenorrea por ejercicio físico intenso

298. La prevalencia del síndrome de Turner se estima que ronda:

a) 1/1.000 - 1.500 niñas.
b) 1/ 2.500 - 5.000 niñas.
c) 1/10.000 - 15.000 niñas.
d) 1/20.000 - 25.000 niñas.

299. Respecto a los efectos metabólicos del Síndrome del Ovario Poliquístico (SOP) consideraría (señale la respuesta correcta):

a) La dislipemia es poco común, salvo en el fenotipo A.
b) La resistencia a la insulina puede surgir independientemente del IMC (índice de masa corporal).
c) La insulina potencia la síntesis de andrógenos en las células de la granulosa.
d) Las mujeres con SOP tienen menor riesgo de desarrollar diabetes gestacional.

300. Son causas de amenorrea central, todas EXCEPTO:

a) Sindrome de Swyer.
b) Cirugía y radioterapia craneal.
c) Ejercicio competición.
d) Craneofaringioma.

301. Respecto a las amenorreas primarias es FALSO:

a) En el síndrome de Morris la secreción de factor inhibidor mülleriano es la responsable de la ausencia de útero y vagina.
b) El Síndrome de Morris tiene cariotipo 46XY.
c) El Síndrome de Mayer-RokitanskyKüster-Hauser tiene un cariotipo 46 XX.
d) En el Síndrome de Mayer-RokitanskyKüster-Hauser y síndrome de Morris se recomiendo gonadectomia.

302. En la hiperplasia suprarrenal congénita es CIERTO que:

a) La forma más leve es el fenotipo clásico.
b) Engloban alteraciones en la síntesis de cortisol y se caracteriza con una disminución de los niveles de ACTH.
c) Solo afecta a personas con cariotipo 46XX.
d) La deficiencia de 21 –hidroxilasa se puede diagnosticar en base a los niveles de 17-OHP en suero.

303. El uso de terapia hormonal en la menopausia ha demostrado su eficacia en el alivio y prevención de los siguientes síntomas y patologías excepto:

a) Síntomas vasomotores
b) Osteoporosis
c) Deterioro cognitivo asociado a edad
d) Insomnio

304. Respecto a las opciones terapéuticas en terapia hormonal señale la opción FALSA:

a) El tratamiento con tibolona ha demostrado un efecto superior sobre la función sexual a la terapia hormonal convencional, incrementando el flujo sanguíneo y la lubricación vaginal, el deseo y las fantasías sexuales
b) La terapia TSEC (complejo estrogénico tejido-selectivo) está indicada en el tratamiento de los síntomas de la deficiencia de estrógenos en mujeres posmenopáusicas no histerectomizadas para las que resulte apropiada una terapia con gestágenos
c) Las mujeres menores de 60 años, o en los 10 años desde la menopausia, sin contraindicaciones, son las candidatas ideales para el tratamiento de síntomas vasomotores y riesgo elevado de pérdida ósea, e incluso fractura
d) Los preparados de terapia hormonal en forma transdérmica merecen ser considerados en relación a sus menores efectos adversos, pues es posible que al evitar el primer paso hepático no exista acumulación de metabolitos con actividad estrogénica

305. En mujeres con insuficiencia ovárica primaria, señale la afirmación FALSA:

a) Es recomendable que las pacientes sean controladas de forma anual para monitorizar y detectar patología asociada o de nueva aparición mediante mamografía y citología
b) Las estrategias terapéuticas van encaminadas fundamentalmente al alivio de los síntomas y la prevención de los riesgos a largo plazo
c) En estas mujeres se recomienda iniciar la terapia hormonal en cuanto se diagnostique la insuficiencia ovárica primaria y debe mantenerse hasta al menos los 50 años
d) Con respecto al tipo de terapia hormonal, no se han establecido cuáles son las dosis o formulaciones adecuadas para estas mujeres

306. Respecto al tratamiento con ospemifeno, señale afirmación FALSA:

a) Los sofocos son los efectos adversos más comunes
b) Presenta efecto agonista sobre el epitelio vaginal
c) Muestra un efecto agonista en la mama
d) Está contraindicado en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno

307. En una paciente con osteoporosis después de la menopausia consideraría:

a) Iniciar tratamiento hormonal de la menopausia sin más pruebas.
b) Iniciar tratamiento con difosfonatos sin más pruebas.
c) Cribado de enfermedad celiaca.
d) Cribado de función renal.



308. ¿Cuál de las afirmaciones acerca del síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) es FALSA?

a) Las mujeres con SGM presentan dispareunia y disminución del deseo sexual.
b) El SGM se debe a la disminución de los niveles de estrógenos y andrógenos tras la menopausia.
c) El SGM incluye síntomas que afectan al área vulvovaginal, uretra y vejiga.
d) Las mujeres con SGM no presentan cambios en la microbiota vaginal.

309. La determinación de FSH durante el Tratamiento Hormonal de la Menopausia (THM):

a) Puede ser útil para ajustar la dosis de estrógeno.
b) Se relaciona con la eficacia de la THM.
c) Resulta ineficaz a causa de la caída de inhibina.
d) Resulta ineficaz al usar estrógenos transdérmicos por la ausencia del paso hepático.

310. En una mujer histerectomizada con síntomas menopáusicos severos. ¿Consideraría el uso de progestágenos asociados a los estrógenos?

a) No son necesarios.
b) En caso de antecedentes de endometriosis.
c) En casos BRCA +.
d) En casos con Síndrome de Lynch.

311. En una paciente de 52 años con antecedente de cáncer de mama hormonodependiente con tratamiento adyuvante ya completado, que padece síndrome genitourinario de la menopausia moderado ¿cuál de estos fármacos utilizaría?

a) Estriol.
b) Ospemifeno.
c) Raloxifeno.
d) Prasterona.

312. ¿Cuál de estas afirmaciones acerca de la terapia hormonal de la menopausia (THM) es FALSA?

a) Los síntomas vasomotores son la principal indicación de la THM.
b) En mujeres que sólo padecen síndrome genitourinario de la menopausia los estrógenos vaginales son más eficientes que los sistémicos.
c) La terapia hormonal de la menopausia se recomienda como prevención primaria o secundaria de enfermedad cardiovascular.
d) La terapia hormonal de la menopausia no se recomienda como prevención primaria o secundaria del deterioro cognitivo.

313. En la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM):

a) Para minimizar el riesgo de trombosis se recomienda la vía transdérmica
b) Todas las combinaciones de THM son superiores al placebo.

c) Existe una ventana temporal de 10 años desde la última regla.
d) Todas son correctas.

314. En la menopausia es FALSO:

a) Los síntomas vasomotores están presentes en la mayoría de las mujeres menopaúsicas.
b) La dieta mediterránea, actividad física y peso corporal adecuado son factores protectores de sofocos.
c) Más del 80 % de mujeres reportan dificultad para dormir.
d) El síndrome genitourinario se manifiesta como sequedad, irritación, ardor, falta de lubricación en relaciones sexuales, además de disuria e infecciones del tracto urinario.

315. En relación a la anticoncepción en la adolescencia:

a) NO existe un método anticonceptivo ideal para los adolescentes.
b) Según la legislación y jurisprudencia española, los menores maduros, tienen derecho a recibir información y pueden prestar consentimiento.
c) Un estudio de la Cochrane 2011 dice que la combinación de intervenciones educacionales y anticonceptivas, puede disminuir el número de embarazos no deseados.
d) Todas las anteriores son ciertas.

316. ¿Cuál de los siguientes no es un efecto asociado a la ingesta de anticonceptivos orales hormonales combinados en adolescentes?

a) Disminuye la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica.
b) Aumenta la enfermedad fibroquística mamaria.
c) Disminuye la dismenorrea y síndrome de tensión premenstrual.
d) Protege la densidad mineral ósea en adolescentes con hipoestronismo.

317. Respecto a la vacuna frente al virus del papiloma humano, señale la respuesta incorrecta:

a) Se recomienda el uso de la vacuna tetravalente o la nonavalente en pacientes con papilomatosis respiratoria recurrente.
b) En pacientes infectados por el VIH se recomienda la vacunación frente al VPH de 12 a 26 años.
c) Las mujeres mayores de 25 años pueden beneficiarse de la vacunación frente al VPH, independiente de si presentan infección por algún tipo de VPH.
d) Las mujeres con infecciones por VPH previas y aclaramiento viral que deciden vacunarse pueden protegerse de la reinfección, pero no de la reactivación.

318. ¿Cuál de los siguientes es el anticonceptivo más recomendable en una mujer que ha tenido un hijo hace 6 semanas y está con lactancia materna exclusiva?

a) Anticonceptivos orales hormonales combinados.
b) Progestágenos solamente.
c) Estrógenos equinos solamente.
d) b) y c) son verdaderas.

319. Los requisitos previos imprescindibles para la prescripción de la anticoncepción hormonal combinada son:

a) Historia clínica detallada, toma de tensión arterial y citología
b) Historia clínica detallada, peso y determinación de tensión arterial
c) Historia clínica detallada, determinación de tensión arterial y analítica de función hepática
d) Historia clínica detallada, peso y estudio de trombofilias

320. El uso de anticoncepción hormonal combinada se ha relacionado con los siguientes efectos excepto:

a) Reducir el sangrado, la dismenorrea y síndrome premenstrual
b) Efecto protector frente al cáncer de ovario, endometrio y cáncer colo-rectal
c) Disminución de la densidad mineral ósea
d) Mejora de los síntomas climátericos

321. Según los criterios de elegibilidad de la OMS, NO supone una contraindicación (categoría 4) para la toma de anticoncepción hormonal combinada una de las siguientes condiciones:

a) Cirugía mayor con inmovilidad prolongada
b) Lupus Eritematoso Sistémico con Ac anti-P (+)s o desconocidos
c) Diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada de 8% sin vasculopatía, nefropatía o neuropatía
d) Cefaleas migrañosas con aura

322. Según los criterios de elegibilidad de la OMS es una contraindicación relativa o absoluta (categorías 3 y 4) para la toma de anticoncepción hormonal combinada una de las siguientes condiciones:

a) Puerperio (menos de 21 días desde el parto) sin lactancia materna y sin otros factores de riesgo vascular
b) Presencia de venas varicosas
c) Obesidad con índice de masa superior a 30 kg/m2
d) Antecedente materno de cáncer de mama

323. Según los criterios de elegibilidad de la OMS, NO supone una contraindicación absoluta o relativa (categorías 3 y 4) para la inserción de un dispositivo intrauterino una de las siguientes condiciones:

a) Alto riesgo de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
b) Postparto, independientemente que se esté o no lactando, pasadas mas ≥ 48 horas del parto hasta antes de 4 semanas postparto
c) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea
d) Cáncer de endometrio



324. ¿Cuál de los siguientes requisitos es imprescindible antes de la colocación de un dispositivo intrauterino como método anticonceptivo?

a) Exploración ginecológica.
b) Ecografía ginecológica.
c) Encontrarse en primera fase del ciclo.
d) Citología cervicovaginal.

325. Señale ¿cuál de las siguientes situaciones se incluiría como categoría 4, según los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos hormonales combinados?

a) Índice de masa corporal (IMC) >35.
b) Inmovilidad no relacionada con cirugía.
c) Hiperlipidemia.
d) Migraña con aura.

326. En una mujer que utiliza anticonceptivos hormonales combinados por vía oral y que debe ser tratada de una micosis, intentaría EVITAR:

a) Clotrimazol.
b) Ketoconazol.
c) Griseofulvina.
d) Fenticonazol.

327. ¿En cuál de estos supuestos NO está contraindicada la inserción de un DIU de levonorgestrel?

a) Anomalía uterina congénita que deforma la cavidad uterina.
b) Hemorragia uterina anormal no diagnosticada.
c) Diabetes mellitus tipo I con hipertensión arterial asociada.
d) Cáncer de mama activo.

328. La pauta extendida en anticoncepción es:

a) Anticonceptivos de solo gestágenos sin interrupción.
b) Anticonceptivos hormonales combinados sin descanso semanal durante 90 o 360 días.
c) Anticonceptivos hormonales combinados en pauta 24+4.
d) Anticonceptivos hormonales combinados sin el descanso preceptivo de un mes al año.

329. Respecto a la anticoncepción de urgencia, sobre el mecanismo de acción del levonorgestrel (señale la respuesta correcta):

a) Tiene efecto antiimplantatorio.
b) El mecanismo de acción probado es el retraso de la ovulación.
c) Tiene acción antagonista sobre el receptor de progesterona.
d) Actúa una vez se ha iniciado el ascenso de LH.



330. En una paciente de 15 años con diagnóstico de dismenorrea primaria y deseo anticonceptivo está indicado:

a) Anticoncepción hormonal combinada en pauta extendida.
b) Anticoncepción hormonal de solo gestágenos.
c) DIU de levonorgestrel de baja carga.
d) Cualquiera de las anteriores.

331. En la actual clasificación de métodos contraceptivos reversibles de larga duración (LARC), NO se incluye:

a) Píldora anticonceptiva combinada en pauta extendida.
b) Implante anticonceptivo de gestágenos.
c) DIU de gestágenos.
d) DIU de cobre.

332. ¿Cuál de estos métodos anticonceptivos recomendarías a una paciente de 40 años con antecedentes de cáncer de mama diagnosticado y tratado a los 37 años, con deseo genésico?

a) Ligadura tubárica.
b) DIU de levonorgestrel.
c) DIU de cobre.
d) Implante anticonceptivo subcutáneo.

333. Respecto a la anticoncepción hormonal combinada, es FALSA:

a) Existe evidencia de una disminución del riesgo del cáncer de endometrio después de 2-3 años de uso que se mantiene durante 10-15 años tras suspender el tratamiento.
b) Disminuyen el volumen del sangrado menstrual por lo que son eficaces en el tratamiento del sangrado menstrual abundante de origen funcional, disminuyendo así el riesgo de anemia ferropénica.
c) Existe un aumento del riesgo de embarazo ectópico.
d) Protegen de desarrollar una enfermedad inflamatoria pélvica, tras un periodo de uso de 12 meses.

334. El esquema terapeútico de mujer < 35 años con esterilidad asociada a síndrome de ovario poliquístico (SOPQ) en ausencia de otra causa de esterilidad propone:

a) Si es obesa o tiene sobrepeso, el primer paso es modificar los hábitos de vida.
b) Inducción con gonadotropinas.
c) Fertilización in vitro.
d) Drilling o multipunción ovárica.



335. En la fertilización *in vitro* en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico ¿cuál de las siguientes es falsa?

a) Es una alternativa de tratamiento cuando fracasan los tratamientos inductores de la ovulación.
b) Puede considerarse tratamiento de elección en mujeres> de 38 años.
c) Produce menor tasa de hiperestimulación ovárica.
d) Hay que ajustar la dosis de gonadotropinas según el recuento de folículos antrales y hormona antimulleriana.

336. Alrededor del 9-14% de las pacientes que se someten a un ciclo de fertilización in vitro, presentan una baja respuesta. ¿cuál de los criterios debe cumplir una baja respondedora?

a) Edad > 39 años.
b) Hormona antimulleriana <0.5-1 pg/ml.
c) Ciclo previo con <4 ovocitos recuperados.
d) Todas las respuestas son ciertas.

337. Señale la respuesta CORRECTA respecto a la valoración de la reserva ovárica:

a) La determinación de progesterona sérica en primera fase del ciclo es indicador de reserva ovárica.
b) La determinación de FSH y Estradiol basal en día 21 de ciclo se considera un marcador de reserva ovárica.
c) El recuento de folículos antrales (RFA) se considera un método adecuado de estimar la reserva ovárica.
d) El recuento de folículos > 10 mm en primera fase del ciclo es un método útil para la valoración de la reserva ovárica.

338. En condiciones normales, ¿cuál de los siguientes porcentajes se corresponde con la tasa de fecundabilidad estimada de la especie humana?

a) 1-5 % al mes.
b) 10-15 % al mes.
c) 20-25 % al mes.
d) 35-45 % al mes.

339. En la valoración de la reserva ovárica, NO se recomienda la determinación de:

a) Inhibina B.
b) FSH basal.
c) Hormona antimulleriana.
d) Estradiol sérico

340. ¿Cuál de los siguientes patrones consideraría como patrón favorable de receptividad endometrial en un tratamiento de reproducción asistida?

a) Patrón isoecogénico de 7,5 mm.
b) Patrón trilaminar de 7,5 mm.
c) Patrón hiperecogénico de 7,5 mm.
d) Patrón que muestra conglutinación.

341. En una paciente que presenta problemas para la canalización cervical en el transcurso de una transferencia embrionaria, la mejor opción sería:

a) Programar la transferencia bajo anestesia.
b) Programar una cervicohisteroscopia.
c) Programar el uso de una cánula rígida.
d) Plantear el uso de misoprostol rectal.

342. Una paciente con diagnóstico de ovarios poliquístico ha logrado embarazo tras tratamiento de reproducción asistida hace 2 semanas. Acude a urgencias con malestar abdominal, ovarios aumentados de tamaño, ascitis moderada y sospecha de trombosis venosa. Sospecharía de:

a) Síndrome de hiperestimulación ovárica moderado.
b) Síndrome de hiperestimulación ovárica grave Grado B.
c) Síndrome de hiperestimulación ovárica grave Grado C.
d) Apendicitis.

343. En una pareja con dificultades para conseguir gestación y que tras 3 abortos de repetición se detectó un cariotipo 46, XX+22 en el examen de los restos del último aborto. Para planificar su próximo tratamiento, sugeriría:

a) Donación de óvulos.
b) Estudio preimplantacional de aneuploidías (PGT-A).
c) Estudio inmunológico.
d) Tratamiento con heparina.

344. El embarazo múltiple se considera una complicación de las técnicas de reproducción, señale la afirmación FALSA:

a) En los últimos 20 años se ha aumentado la transferencia de un único embrión.
b) Genera más estrés en las familias y gasto socio sanitario.
c) En las gestaciones gemelares con cérvix corto la tasa de parto prematuro alcanza el 55%.
d) El 1,6% de los embarazos espontáneos tienen de más de un feto.

345. Respecto a la punción folicular, señale la afirmación FALSA:

a) La recuperación ovocitara se realiza 39 horas después del hCG o agonista de GnRH.
b) Existe menos de 1% de complicaciones.
c) Un número elevado de ovocitos recuperados es un factor de riego de complicaciones.

d) La infección y el sangrado son las complicaciones más frecuentes.

346. Respecto al síndrome de hiperestimuación ovárico es FALSO:

a) Se produce un aumento de la permeabilidad vascular secundario al incremento de factor crecimiento vascular derivado del endotelio (VEGF).
b) El uso de antagonistas de GnRH predispone a su aparición.
c) Actualmente su frecuencia ha disminuido drásticamente, debido a estrategias de prevención: evitando el uso de hCG y vitrificando embriones.
d) Es posible que ocurra en mujeres con amenorrea hipotalámica.

347. Señale que es CIERTO sobre la fertilidad y el estilo de vida:

a) Estudios epidemiológicos de varones sanos, determinan que existe un riesgo del 50% superior de subfertilidad en hombres obesos.
b) El ejercicio de alta intensidad no tiene efectos perjudiciales.
c) El consumo de tabaco es uno de los hábitos que más impacto negativo tiene en la fertilidad.
d) Está probado el consumo de cafeína como factor de riesgo para abortos de repetición.

348. En el síndrome ovario poliquistico (SOP) señále la respuesta CORRECTA

a) Todas las mujeres con SOP presentan trastornos de la ovulación.
b) 50-60% de las mujeres con SOP serán obesas.
c) Inducir la ovulación en el SOP es una tarea sencilla.
d) Clásicamente un cociente LH/FSH superior a 1 ha sido considerado criterio diagnóstico de SOP.

349. Señale la respuesta FALSA en relación con el manejo de la tercera fase del parto:

a) Se recomienda la utilización rutinaria de oxitocina en el manejo de la tercera fase del parto.
b) Se recomienda el manejo activo del alumbramiento.
c) La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento con el alumbramiento espontáneo.
d) La hemorragia postparto durante el alumbramiento es la responsable de la cuarta parte de las muertes maternas en el mundo.

350. Los marcadores tumorales (señale la respuesta correcta):

a) Deben pedirse en todo diagnóstico ecográfico de quiste anexial.
b) Son útiles en el seguimiento de pacientes con carcinoma epitelial de ovario.
c) Son eficaces en el diagnóstico de cáncer ovárico.
d) Todas las anteriores son ciertas.

351. En relación al carcinoma basaloide de vulva ¿cuál de las siguientes respuestas es falsa?

a) Se relaciona con el HPV 16.
b) Afecta a mujeres >70 años habitualmente.
c) NO es un carcinoma basocelular.
d) Su incidencia va en aumento.

352. En el cáncer de vulva, ¿cuál de los siguientes es excluyente para realizar estudio de ganglio centinela?

a) Tumor < 4 cm.
b) Lesión unifocal.
c) Sospecha clínica de afectación ganglionar inguinal o por ecografía.
d) Carcinoma escamoso.

353. La cirugía debe ser el tratamiento de elección en el cáncer de vulva, siempre que sea factible. En la actualidad la excisión de la lesión con criterios de radicalidad es posible si los márgenes quirúrgicos macroscópicos tienen un mínimo DE:

a) 5 mm.
b) 10 mm.
c) 15 mm.
d) 20 mm.

354. Paciente que acude a consulta con lesión exofítica vulvar sangrante de 3 cm en labio mayor derecho. Presenta afectación de ganglios inguinofemorales ipsilaterales fijos y ulcerados. Tras realización de punción, la A.P. informa carcinoma escamoso G3. ¿cuál es el estadio?

a) IIIA.
b) IIIB.
c) IVA.
d) IVB

355. La enfermedad de Paget vulvar se asocia a cáncer en diferentes localizaciones. Señale cuál de los siguientes <u>NO</u> se asocia a enfermedad de Paget vulvar:

a) Mama
b) Tiroides
c) Gastrointestinal
d) Genitourinario

356. Señale cuál es el tratamiento indicado en un VIN tipo común:

a) 5- fluoruracilo
b) Imiquimod
c) Excisión
d) Todos los anteriores



357. Señale el factor pronóstico principal del cáncer de vulva:

a) Afectación ganglionar (número y tamaño de ganglios positivos)
b) Tamaño de la lesión
c) Asociación a VIN II-III
d) Afectación del espacio linfovascular

358. En ganglio centinela en el carcinoma escamoso de vulva es utilizado cada vez con más frecuencia. Señale la respuesta <u>FALSA</u>:

a) El uso de radiocoloide junto al colorante blue dye incrementa la tasa de detección
b) Se considerará como ganglio centinela aquel nódulo con una radioactividad 5 veces la normal
c) No hay limitaciones del tamaño de la lesión vulvar para su uso
d) La exploración ganglionar clínico-radiológica debe ser negativa

359. Cuál de las siguientes características es indicación de radioterapia adyuvante en el cáncer de vulva estadio IB-II:

a) Tamaño 3 cms
b) Sin invasión del estroma
c) Márgen < 8 mm en la pieza histológica
d) Sin invasión del espacio linfovascular

360. Una paciente de 80 años tiene un cáncer de vulva de 4 cms que no afecta a las estructuras perineales, con 1 ganglio inguinal positivo (6 mm) sin extensión extracapsular. Señale en que estadio se encuentra el tumor:

a) Estadio II
b) Estadio IIIA
c) Estadio IIIB
d) Estadio IIIC

361. ¿Cuál es la variedad más frecuente de cáncer de vulva?

a) Carcinoma de células escamosas.
b) Sarcoma.
c) Melanoma.
d) Carcinoma de células basales.

362. La base del tratamiento quirúrgico en cáncer de vulva es la escisión de la lesión con criterio de radicalidad, para lo que es necesario conseguir en la cirugía:

a) Un margen macroscópico libre de tumor de 5 mm.
b) Un margen macroscópico libre de tumor de ≥ 10 mm.
c) Un margen anatomopatológico libre de tumor de 5 mm.

d) Colocación de colostomía, si es necesaria por afectación de ano.

363. Respecto a la HSIL (VaIN), señale la respuesta correcta:

a) Es una entidad sin potencial precursor de cáncer.
b) La infección por VPH está implicada causalmente hasta en el 90 % de los casos.
c) Se relaciona principalmente con alteraciones por senescencia celular.
d) Es más frecuente que las lesiones premalignas cervicales.

364. En pacientes con HSIL (VaIN) que afecta a fondo vaginal y antecedente de histerectomía por HSIL (CIN), el tratamiento de elección es:

a) Control estricto cada 6 meses.
b) Braquiterapia vaginal como primera opción.
c) Colpectomía parcial.
d) Tratamiento tópico de inicio.

365. Paciente de 28 años que tras cribado de cérvix presenta ASC-US. Se le realiza HPV y es negativo. ¿cuál es la conducta más recomendable a seguir?

a) HPV de control al año.
b) Cotest al año.
c) Colposcopia.
d) Cotest a los 3 años.

366. Paciente de 36 años a la que se le ha realizado conización por lesion cervical. Los márgenes son negativos. ¿cuál es el seguimiento posterior?

a) Cotest a los 6 meses.
b) Cotest a los 12 meses.
c) Colposcopia al año.
d) Cotest a los 24 meses.

367. En el cáncer de cérvix escamoso, ¿cuál es el factor de mal pronóstico prequirúgico más significativo?

a) Tamaño tumoral >4 cm.
b) Invasión del espacio linfovascular ILV.
c) Profundidad de invasión del estroma cervical.
d) Afectación ganglionar.

368. Según la clasificación de la FIGO de cáncer de cérvix, en un tumor primario, que afecta a la pared pélvica y produce hidronefrosis y los riñones son funcionantes, ¿a qué estadío corresponde?

a) IIA.
b) IIB
c) IIIA.
d) IIIB.

369. Paciente de 23 años que acude por citología HSIL. Se le realiza una colposcopia que es adecuada y sin evidencia de lesión exocervical. ¿cuál es la actitud más recomendable?

a) Citología y colposcopia a los 6 meses.
b) Conización.
c) Legrado endocervical.
d) Cribado rutinario.

370. Según la guía de la Asociación Española de Patología Cervical (2022), señale en que caso estaría indicado realizar seguimiento al año:

a) LSIL con VPH 16/18
b) LSIL con VPH que no sea 16 o 18
c) Citología normal y VPH 16 o 18
d) Citología ASC-US y VPH negativo

371. Paciente de 39 años, sin deseos gestacionales, diagnosticada de adenocarcinoma in situ de cérvix en una citología. Señale cuál es la respuesta <u>FALSA</u>:

a) Hay que realizar colposcopia y legrado endocervical a continuación
b) Si la colposcopia y el legrado endocervical confirma el diagnóstico, el tratamiento es la histerectomía sin necesidad de realizar conización
c) Después de la colposcopia y el legrado endocervical hay que realizar una conización
d) Si en la conización hay márgenes afectos hay que realizar una nueva conización

372. Paciente de 42 años con diagnóstico de HSIL/CIN2 en pieza de conización con márgenes libres. Señale cuál es el seguimiento indicado en esta paciente:

a) Cotest al año y si es negativo posterior programa de cribado rutinario durante 15 años
b) Cotest a los 6 meses y si es negativo cotest al año y posterior programa de cribado rutinario durante 15 años
c) Cotest a los 6 meses y si es negativo cotest anual durante dos años y posterior programa de cribado rutinario durante 20 años
d) Cotest a los 6 meses y si es negativo cotest anual durante dos años y posterior programa de cribado rutinario al menos durante 25 años

373. Paciente de 39 años con diagnóstico de HSIL/CIN3 a la que se le ha realizado una conización. Indique la respuesta correcta:

a) No está recomendada la vacunación si el tipaje realizado coincide con los serotipos de la vacuna
b) Está recomendada la vacunación al finalizar el tratamiento con una sola dosis
c) Está recomendada la vacunación lo antes posible en pauta de 3 dosis (0, 1-2 y 6 meses)
d) Está recomendada la vaculación al finalizar el tratamiento con dos dosis (0 y 6 meses)

374. Señale los serotipos que incluye la vacuna nonavalente del HPV:

a) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58
b) 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 y 59
c) 6, 11, 18, 31, 33, 45, 52, 58 y 66
d) 6, 11, 16, 31, 33, 45, 52, 58 y 68

375. Un carcinoma escamoso de cérvix de 3 por 3 cm, sin afectación ganglionar ni extensión a parametrios ni a vagina, es un estadio:

a) IB1
b) IB2
c) IB3
d) IIA1

376. Señale cuál de las siguientes condiciones recomienda realizar una ooforectomía bilateral durante la cirugía del cáncer de cérvix IA-IIA1, según la oncoguía cáncer de cérvix de la SEGO:

a) 40 años
b) Invasión del istmo o del cuerpo uterino
c) Sin invasión del estroma
d) Sin invasión linfovascular

377. Con respecto al concepto de cribado del cáncer de cérvix, ¿cuál de estas afirmaciones es FALSA?

a) Su objetivo es reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.
b) La mejor forma de valorar su eficacia en la práctica es mediante la tasa de detección de CIN 3.
c) No existe un riesgo residual de cáncer tras una ronda de cribado.
d) Su principal limitación está en la dificultad de acceso por parte de un segmento de la población.

378. Con respecto a las pruebas para la detección del HPV (Virus del papiloma humano) utilizadas para la realización del cribado de cáncer de cérvix, ¿qué afirmación es FALSA?

a) Tienen mayor sensibilidad que la citología para detectar lesiones escamosas.
b) Su valor predictivo negativo es cercano al 99 % en mujeres mayores de 30 años.
c) Aunque son muy sensibles para la detección del carcinoma escamoso tienen una tasa de detección del adenocarcinoma cervical menor que la citología.
d) Su uso no está indicado en el cribado de mujeres menores de 30 años.

379. Según la Guías Clínicas de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, ¿cuándo se recomienda iniciar el cribado de cáncer de cuello uterino?

a) A los 20 años.
b) A los 25 años.
c) Tres años tras el inicio de las relaciones sexuales.
d) A los 35 años en pacientes vacunadas frente al HPV.

380. Ante el diagnóstico de un tumor invasivo de cérvix uterino estadío T1a 1 (FIGO IA1) con invasión del espacio linfovascular, ¿cuál de estas actitudes terapéuticas es la correcta?

a) Conización cervical.
b) Histerectomía simple.
c) Estudio ganglionar antes de iniciar el tratamiento.
d) Traquelectomía simple.

381. Si el nivel de radicalidad en la cirugía del cáncer de cérvix, según la clasificación de Querleu-Morrow, es de movilización lateral del uréter y resección de parametrio lateral a nivel de su túnel, con escisión parcial de ligamento vesicouterino y resección parcial del tabique rectovaginal y úterosacro, hablamos de (señale la respuesta correcta):

a) Histerectomía radical Tipo A.
b) Histerectomía radical Tipo B1.
c) Histerectomía radical Tipo C1.
d) Histerectomía radical Tipo C2.

382. En relación con la Clasificación del Cáncer de Cérvix FIGO 2018, señale la respuesta correcta:

a) Si es un carcinoma invasivo diagnosticado solo con microscopio, con invasión estromal ≥ 3 mm y < 5 mm en profundidad, se trata de un estadio IA1.
b) Si el tumor invade la vagina hasta 2/3 superior, sin invasión de parametrios y su mayor dimensión es < 4 cm, se trata de un estadio IIA2.
c) Si el tumor invade la mucosa de la vejiga o el recto (con biopsia confirmada) y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera, afectando órganos pélvicos adyacentes, se trata de un estadio IVB.
d) Si el tumor invade los ganglios linfáticos paraaórticos, independientemente del tamaño tumoral y la extensión, se trata de un estadio IIIC2.

383. Respecto al diagnóstico clínico-radiológico del Cáncer de Cérvix uterino, ¿cuál de estas afirmaciones es FALSA?

a) El examen pélvico y la biopsia ± colposcopia, no son obligatorios para diagnosticar el cáncer de cuello uterino.
b) La cistoscopia o la proctoscopia no se recomiendan de forma rutinaria.
c) La resonancia magnética nuclear (RMN) pélvica es obligatoria para la evaluación

inicial de la extensión del tumor pélvico y para guiar las opciones de tratamiento.
d) La ecografía endovaginal / transrectal es una opción si la realiza un ecografista debidamente capacitado.

384. Gestante de 32 años y 12 semanas de gestación con diagnóstico por biopsia cervical de CIN III. ¿Cuál es la opción preferente?

a) No precisa ninguna actitud durante el resto de la gestación y realizar conización postparto.
b) Legrado endocervical.
c) Citología y colposcopia cada 3-4 meses y 6-8 semanas postparto.
d) Citología y colposcopia cada 3-4 meses y conización 6-8 semanas postparto.

385. En mujeres no vacunadas frente al VPH o vacunadas a partir de los 15 años, la guía AEPCC 2025 recomienda:

a) Citología cada 3 años entre 25-29 años y prueba VPH con genotipado a partir de los 30 años cada 5 años.
b) Prueba VPH desde los 20 años cada 2 años.
c) Co-test anual desde los 25 años.
d) Citología anual hasta los 65 años.

386. En mujeres vacunadas frente al VPH antes de los 15 años con al menos una dosis, la guía AEPCC 2025 recomienda iniciar el cribado a los:

a) 25 años, con citología cada 3 años.
b) 30 años, con prueba VPH cada 5 años.
c) 35 años, con co-test cada 5 años.
d) 40 años, con prueba VPH si existen síntomas.

387. En una mujer de 65 años sin antecedentes de HSIL/CIN2+ o AIS y con cribado previo adecuado negativo durante los últimos 10 años, la guía AEPCC 2025 recomienda:

a) Finalizar el cribado sin más pruebas.
b) Realizar una prueba VPH y, si es negativa, finalizar el cribado.
c) Mantener citología trienal hasta los 70 años.
d) Realizar co-test cada 3 años hasta el cese de relaciones sexuales.

388. Tras una histerectomía total por patología benigna, sin antecedente ni hallazgo de HSIL/CIN2+ o AIS, la guía AEPCC 2025 establece que:

a) Debe mantenerse cribado vaginal trienal hasta los 65 años.
b) Debe continuarse cribado cada 5 años hasta los 70 años.
c) Puede finalizarse el cribado independientemente de la edad.
d) Debe realizarse co-test trienal durante al menos 10 años.

389. En relación con la autotoma vaginal para la detección del VPH en el cribado del cáncer de cuello uterino, señale la afirmación correcta:

a) Presenta menor aceptabilidad que la toma realizada por profesionales sanitarios, por lo que no mejora la participación en programas de cribado.
b) No es una alternativa válida en programas de cribado poblacional debido a su baja sensibilidad diagnóstica.
c) Facilita el acceso al cribado al reducir barreras culturales, personales o geográficas, siendo una alternativa válida cuando se utilizan pruebas VPH clínicamente validadas.
d) En caso de resultado positivo, no requiere confirmación posterior con pruebas adicionales.

390. Ante una citología HSIL en una mujer adulta, la recomendación preferente es:

a) Observación con citología anual.
b) Remitir a colposcopia; la terapia escisional directa solo es aceptable en situaciones muy concretas.
c) Plantear realizar histerectomía simple.
d) Solicitar prueba VPH como único cirterio para tomar decisiones.

391. En pacientes tratadas por SIL/CIN, la guía AEPCC 2022 recomienda respecto a la vacunación frente al VPH:

a) No vacunar si la prueba VPH pos-tratamiento es positiva.
b) Vacunar con pauta de 3 dosis, de forma precoz tras el diagnóstico y preferentemente antes del tratamiento.
c) Vacunar solo a las menores de 35 años.
d) Esperar al aclaramiento del virus para de decidir sobre la vacunación.

392. Paciente que acude a consulta por metrorragia postmenopaúsica. Tras realizar biopsia endometrial se diagnostica adenocarcinoma endometrial tipo seroso. ¿cuál de las siguientes no es una característica de este tipo de tumor?

a) Presenta un alto potencial de diseminación.
b) La alteración molecular más frecuente es PTEN.
c) El grado tumoral suele ser alto.
d) Se acompaña de invasión miometrial profunda.

393. ¿Cuál es el punto de corte de grosor endometrial para hacer una biopsia, tras realizar una ecografía vaginal a una paciente postmenopausica que presenta sangrado genital anómalo y sospecha de patología neoplásica?

a) 2 mm.
b) 3 mm.
c) 4 mm.
d) 5 mm.

394. Paciente de 63 años con adenocarcinoma de endometrio tratada con histerectomia más salpingooforectomía bilateral laparoscopica y disección bilateral de ganglio centinela. El resultado A.P. es adenocarcinoma endometrioidE G2 de 25 mm de tamaño máximo, con infiltración miometrial < 50% y ganglios centinelas negativos. ¿cuál es la recomendación de tratamiento adyuvante?

a) Observación médica.
b) Braquiterapia de cúpula vaginal.
c) Radioterapia externa.
d) Braquiterapia + Radioterapia externa.

395. La radioterapia pélvica en el cáncer de endometrio:

a) Aumenta la supervivencia global.
b) NO tiene impacto sobre el periodo libre de enfermedad.
c) NO cumple ninguna función en el cáncer de endometrio.
d) Reduce el riesgo de recidiva pélvica.

396. Según la estadificación de la FIGO 2023 del cáncer de endometrio, las metástasis de los ganglios pélvicos y/o paraaórticos ¿a qué estadío corresponden?

a) IIIA.
b) IIIB.
c) IIIC.
d) IVA.

397. Respecto a los sarcomas uterinos ¿cuál es falsa?

a) Los sarcomas uterinos suponen el 7-8% de todos los cánceres uterinos.
b) Se estima que 1:350 mujeres sometidas a histerectomía o miomectomía tendrá un sarcoma uterino oculto.
c) La morcelación está contraindicada en los casos en que se sospecha o confirma malignidad.
d) La morcelación uterina nunca puede utilizarse de manera segura y eficaz en las cirugías ginecológicas.

398. Señale cuál es el tipo histológico de cáncer de endometrio de mejor pronóstico:

a) Carcinoma de células claras
b) Adenocarcinoma endometroide
c) Carcinosarcoma
d) Carcinoma seroso

399. En la clasificación molecular del The Cancer Genoma Atlas, el cáncer de endometrio con POLE (ultramutado) se relaciona con:

a) Carcinoma de células claras
b) Adenocarcinoma endometroide

c) Carcinosarcoma
d) Carcinoma seroso

400. Señale cuando se recomienda realizar linfadenectomía pélvica en un cáncer de endometrio según la oncoguía de la SEGO:

a) Adenocarcinoma endometroide IA G1
b) Adenocarcinoma endometroide IA G2
c) Adenocarcinoma endometroide IB G1
d) En ninguno de los anteriores

401. Según la clasificación molecular del cáncer de endometrio, ¿cuál de estos subgrupos tiene pronóstico excelente?

a) Subgrupo molecular con mutación en P53.
b) Subgrupo molecular con mutación en gen POLE.
c) Subgrupo molecular con inestabilidad de microsatélites.
d) Subgrupo de tumores con baja variación en el número de copias génicas.

402. ¿Cuál de estos tratamientos hormonales es el más recomendado en el tratamiento conservador del carcinoma de endometrio?

a) DIU de Levonorgestrel de alta carga.
b) Letrozol.
c) Tamoxifeno.
d) Triptorelina.

403. Al referirnos a las Lesiones Precursoras del Cáncer de Endometrio, ¿cuál de las siguientes respuestas es la correcta?

a) La hiperplasia sin atipia no aumenta el riesgo de cáncer de endometrio.
b) La hiperplasia atípica también se conoce como neoplasia endometrioide intraepitelial.
c) Hasta el 30 % de pacientes con el diagnóstico de hiperplasia atípica en una biopsia, muestran focos de carcinoma endometrioide en la pieza de histerectomía.
d) La b) y la c) son afirmaciones ciertas.

404. Si nos referimos al diagnóstico de confirmación del Cáncer de Endometrio, ¿cuál de las siguientes respuestas es la correcta?

a) Ante la sospecha clínica y ecográfica se recomienda una biopsia endometrial.
b) Si la biopsia endometrial no es satisfactoria o es negativa y persiste la clínica, se recomienda realizar una histeroscopia diagnóstica y biopsia o legrado uterino.
c) Actualmente se dispone de análisis de expresión génica de biomarcadores, que mejoran la sensibilidad de la biopsia por aspirado sola y con resultados ligeramente superiores a los de la histeroscopia.
d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

405. El principal síntoma de sospecha del cáncer de endometrio es:

a) Dolor pélvico crónico.
b) Sangrado genital anómalo, especialmente en la posmenopausia.
c) Leucorrea purulenta.
d) Sensación de masa pélvica.

406. En una paciente posmenopáusica sintomática, el punto de corte ecográfico recomendado para indicar biopsia endometrial es un grosor endometrial de:

a) > 2 mm.
b) > 3 mm.
c) > 5 mm.
d) > 8 mm.

407. Respecto al proceso diagnóstico inicial del cáncer de endometrio, la opción correcta es:

a) La histeroscopia diagnóstica es el método de primera elección.
b) La biopsia endometrial ambulatoria mediante cánula tipo Cornier es la recomendación inicial.
c) Nunca debe realizarse biopsia si hay baja sospecha.
d) El estudio histológico no es requisite indispensable para iniciar el tratamiento.

408. La Oncoguía SEGO 2023 recomienda realizar la caracterización molecular del cáncer de endometrio:

a) Solo tras la cirugía.
b) Desde el momento del diagnóstico, siempre que la muestra sea adecuada.
c) Solo en los tumores de alto grado.
d) Únicamente si precisa tratamiento adyuvante.

409. El tipo histológico más frecuente del cáncer de endometrio es el carcinoma endometrioide, que representa aproximadamente:

a) 20 % de los casos.
b) 40 % de los casos.
c) 60 % de los casos.
d) 80 % de los casos.

410. La hiperplasia atípica/neoplasia endometrioide intraepitelial (EIN) se asocia a que hasta alrededor del siguiente porcentaje de pacientes presenten focos de carcinoma endometrioide en la pieza de histerectomía:

a) 5 %.
b) 10 %.
c) 30 %.
d) 60 %.

411. En la clasificación molecular del cáncer de endometrio, el subgrupo con mejor pronóstico es:

a) p53abn.
b) NSMP.
c) MSI/MMRd.
d) POLEmut.

412. En el cáncer de endometrio en estadio preoperatorio inicial, la vía de abordaje de elección es:

a) Cirugía abierta laparotómica.
b) Vía vaginal V-notes.
c) Vía mínimamente invasiva (laparoscópica o robótica).
d) Histeroscopia quirúrgica.

413. La afectación de los ganglios linfáticos inguinales en el cáncer de ovario es un estadío:

a) IIIA.
b) IIIB.
c) IVA.
d) IVB.

414. Paciente de 54 años que acude a nuestra consulta por dolor abdominal y a la exploración presenta una tumoración pélvica. Se realiza una ecografía y se objetiva una tumoración anexial. ¿cuál de los siguientes no es un criterio ecográfico de malignidad según iota para las tumoraciones anexiales?

a) Tumor sólido de contornos irregulares.
b) Vascularización irregular.
c) Sombra acústica.
d) Ascitis.

415. Paciente de 35 años nuligesta. Presenta una tumoración anexial derecha sospechosa de malignidad. La paciente desea preservar la fertilidad si es posible. ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?

a) Deben realizarse biopsias peritoneales múltiples.
b) NO es imprescindible realizar histerectomía y anexectomía contralateral.
c) NO es necesario el estadiaje ganglionar para adecuar el tratamiento posterior.
d) Todas las respuestas son verdaderas.

416. El riesgo de malignidad de la endometriosis es muy raro. En las pacientes con endometriosis, el subtipo histologico de cáncer de ovario que más frecuentemente se encuentra es:

a) Carcinoma seroso de bajo grado.
b) Carcinoma de células claras.

c) Carcinoma mucinoso.
d) Carcinoma seroso de alto grado.

417. Indique en que caso de los siguientes no es segura la preservación de la fertilidad en el cáncer de ovario:

a) IA G3
b) IB G1
c) IB G2
d) IA G2

418. Señale en cuál de los siguientes casos de cáncer de ovario está indicada la quimioterapia adyuvante:

a) Células claras estadio IA
b) Seroso de bajo grado estadio IA
c) Mucinoso (subtipo expansivo) estadio IA
d) Mucinoso (subtipo expansivo) estadio IB

419. La afectación de los ganglios paraaórticos sin afectación peritoneal en el cáncer de ovario es un estadio:

a) IC
b) IIA
c) IIB
d) IIIA1

420. ¿Cuál de los siguientes tumores ováricos es productor de estrógenos?

a) Fibrotecoma
b) Tumor células granulosa
c) Struma ovarii
d) Teratoma quístico benigno

421. Sobre los procedimientos que se deben realizar ante una tumoración de ovario sospechosa de malignidad, señale la respuesta correcta:

a) No hace falta hacer lavado pélvico si no existe líquido ascítico.
b) Es conveniente extirpar la tumoración sin romper intraperitonealmente, siempre que sea técnicamente posible.
c) Como no hay que revisar la cavidad abdominal de manera minuciosa, la incisión de Pfannenstiel es válida en el caso de mujer joven.
d) Son ciertas las respuestas a) y b).



422. ¿Cuál de estos agentes quimioterápicos utilizados en el cáncer de ovario está especialmente indicado en pacientes con BRCA mutado tras una respuesta parcial o completa a la quimioterapia de primera línea?

a) Platino.
b) Taxol.
c) Bevacizumab.
d) Olaparib.

423. ¿Cuál de los siguientes hallazgos nos pueden hacer sospechar malignidad al evaluar intraquirúrgicamente una masa ovárica?

a) Una superficie ovárica lisa.
b) La ausencia de adherencias.
c) Excrecencias papilares intra o extraquísticas y multiloculación.
d) Todos los hallazgos de las respuestas anteriores son de sospecha de malignidad.

424. Respecto a la cirugía del cáncer de ovario avanzado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) La cirugía citorreductora es la que incluye todos los procedimientos necesarios para resecar la mayor cantidad de tumor.
b) No suele ser necesario hacer el máximo esfuerzo quirúrgico para conseguir una cirugía completa.
c) Los índices de cirugía completa en cáncer de ovario son muy altos.
d) Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.

425. ¿Cuál de las siguientes respuestas es falsa en relación a las mastitis no puerperales?

a) Son más frecuentes que las mastitis puerperales y aparecen en las mujeres más jóvenes.
b) Tienen tendencia a la cronicidad, siendo la forma más habitual la infección subareolar recidivante.
c) Una vez resuelto el proceso, es necesario un estudio por imagen con mamografía y ecografía para descartar patología subyacente.
d) Los estados de inmunosupresión, tratamiento con corticoides, diabetes y consumo de tabaco son factores predisponentes.

426. La quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama se considera un tratamiento estandar que cumple los siguientes requisitos excepto:

a) Se utiliza en los tumores localmente avanzados T3 y T4, N2 y N3, pero nunca en los inicialmente operables.
b) Reduce el tamaño tumoral y permite convertir un tumor inoperable en candidato a cirugía.
c) Permite determinar la quimiosensibilidad in vivo del tumor.
d) Es un factor de buen pronóstico si se consigue una respuesta completa patológica.



427. El ganglio centinela en el carcinoma ductal in situ de mama:

a) Nunca debe proponerse por su nulo valor en el manejo clínico.
b) Debe hacerse sólo en la enfermedad de Paget.
c) Debe hacerse a todas las pacientes con carcinoma in situ.
d) Debe hacerse seleccionando las pacientes con factores de riesgo de infiltración.

428. Paciente que en biopsia de mama presenta un cáncer de mama con receptores de estrógenos positivos, receptores de progesterona 20%, HER2NEU negativo y KI 67 bajo. ¿cuál es el tipo?

a) Luminal A-like.
b) Luminal B-like.
c) Basal-like.
d) Her2Neu sobreexpresado.

429. ¿Cuál de los siguientes es un factor predictor de la respuesta a hormonoterapia en el cáncer de mama?

a) Bajo grado histológico.
b) Alta expresión de receptores hormonales.
c) Baja proliferación tumoral Ki 67 < 20-30%.
d) Todos los anteriores son factores predictores.

430. Un carcinoma de mama T3N1M0 corresponde a un estadío:

a) IIB.
b) IIIA.
c) IIIB.
d) IIIC.

431. Señale las pruebas complementarias indicadas en pacientes con cáncer de mama estadio I (T1N0) inicial:

a) Analítica (hemograma, pruebas de coagulación, bioquímica)
b) Gammagrafía ósea
c) TAC tóracico o abdominal
d) Todas las anteriores

432. Señale cuál es una contraindicación de la biopsia selectiva del ganglio centinela en cáncer de mama según la oncoguía de la SEGO:

a) Carcinoma de mama inflamatorio
b) Tumores multifocales o multicéntricos
c) Antecedentes de cirugía mamaria plástica
d) Todos los anteriores

433. Señale las características moleculares que tiene el tumor de mama basal like:

a) Receptores estrógenos positivo, receptores progesterona positivo, HER 2 positivo
b) Receptores estrógenos negativo, receptores progesterona negativo, HER 2 negativo
c) Receptores estrógenos positivo, receptores progesterona negativo, HER 2 positivo
d) Receptores estrógenos negativo, receptores progesterona positivo, HER 2 positivo

434. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA en relación a las mastitis no puerperales?

a) El tabaquismo y la diabetes son factores predisponentes.
b) Tienen tendencia a la cronicidad, siendo la forma más habitual la infección subareolar recidivante.
c) Son más frecuentes que las mastitis puerperales y aparecen en mujeres más jóvenes.
d) Una vez resuelto el proceso, es necesario un estudio por imagen con mamografía y ecografía para descartar patología subyacente.

435. Mujer de 52 años. La mamografía y ecografía muestran una lesión espiculada de 3,5 cm en CSExterno de mama derecha. La ecografía axilar no detecta adenopatías axilares sospechosas. Se realiza biopsia percutánea de mama. El diagnóstico anatomopatológico es de carcinoma ductal infiltrante GIII RE y RP negativos. Ki-67 + 40% Her 2 +++. ¿Qué recomendaría a la paciente como primer paso terapéutico?

a) Recomendaría realizar una plataforma genética (Oncotype / Mamaprint para conocer la necesidad de administrar quimioterapia y actuar en consecuencia.
b) Cuadrantectomia + Linfadenectomia axilar. (si se confirma negatividad axilar, no precisa QMT)
c) Mastectomia + Biopsia selectiva de ganglio centinela y posterior QMT adyuvante
d) Quimioterapia neoadyuvante con trastuzumab/pertuzumab.

436. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso del Olaparib en cáncer de mama es correcta?

a) Olaparib está aprobado por la FDA como tratamiento adyuvante en paciente con carcinoma de mama temprano Her 2 negativo de alto riesgo y con mutación germinal BRCA 1 o BRCA 2, tras QMT neoadyuvante o adyuvante.
b) Olaparib solo está indicado en cáncer de mama metastásico Her 2 positivo con mutación germinal BRCA 1-2.
c) Olaparib está contraindicado en pacientes con mutación germinal BRCA 1-2
d) Olaparib se utiliza exclusivamente en combinación con inmunoterapia en cáncer de mama

437. ¿Cuál de las siguientes características histopatológicas es más típica del carcinoma lobulillar infiltrante de mama?

a) Formación de túbulos y patrón cohesivo
b) Alta frecuencia de Her2 positivo.
c) Presencia de necrosis central y cancerización lobulillar.
d) Pérdida de expresión de e-cadherina y patrón de células “en fila india”.

438. Usted recibe el informe anatomopatológico de una biopsia percutánea ecoguiada de una lesión espiculada mamaria en una mujer de 38 años. Informe: Carcinoma ductal infiltrante basal – like. La paciente está esperando en la sala de espera a pasar a consulta. ¿Qué la va a comentar?

a) Que el tratamiento será con trastuzumab y quimioterapia.
b) Le interrogará sobre antecedentes familiares de carcinoma de mama y ovario.
c) Descartará la cirugía conservadora y recomendará mastectomia (y si quiere la paciente reconstrucción inmediata).
d) Comentará a la paciente que si el ganglio centinela no muestra lesión metastásica, el tratamiento sistémico se basará en hormonoterapia y casi seguro se descartará la quimioterapia.

439. En el carcinoma intraductal de mama, debemos realizar biopsia selectiva de ganglio centinela:

a) En todas las pacientes, dado el posible infradiagnóstico de la biopsia percutánea.
b) Únicamente en casos de afectación de complejo areola –pezón (Enfermedad de Paget).
c) En casos de mastectomía no está indicado puesto que ya evitamos el tratamiento radioterápico.
d) En pacientes seleccionados con factores de riesgo de infiltración.

440. Una de las siguientes respuestas es FALSA respecto al cáncer de mama.

a) La afectación ganglionar axilar contraindica la realización de cirugía conservadora, independientemente del tamaño tumoral.
b) El subtipo molecular basal – like se asocia a mutación en la línea germinal BRCA 1.
c) Los subtipos luminales son los más frecuentes.
d) La presencia de receptores estrógenicos en las células tumorales es un factor tanto pronóstico como predictivo de la enfermedad.

441. Mujer de 40 años que consulta porque desde hace un mes se nota un bulto en el cuadrante superoexterno de la mama derecha. Aporta un informe de una mamografía que describe una lesión BIRADS 3. ¿Cuál es la actitud a seguir?:

a) Tranquilizarle, puesto que ya se ha hecho una prueba de imagen y se ha descartado malignidad.
b) Esa clasificación implica probablemente cirugía dado que la probabilidad de cáncer es mayor del 10 %. Se lo explica y le deriva de forma preferente a la Unidad de Mama.
c) Se trata de un hallazgo probablemente benigno, dado que hay menos de un 2 % de probabilidad de cáncer. Le explica que requiere de un seguimiento cada 6-12 meses hasta los 24 meses o una biopsia.
d) Los hallazgos son de baja sospecha de cáncer (entre un 2 y un 10 %) pero es necesario hacer una biopsia.

442. ¿Cuál de los siguientes síndromes heredo-familiares cursa con sarcomas, tumores óseos y adrenocorticales además de cáncer de mama?

a) Síndrome de Lynch.
b) Síndrome de Cowden.
c) Síndrome de Li- Fraumeni.
d) Síndrome de Peutz-Jeghers.

443. Ante el diagnóstico de cáncer de mama en el embarazo, ¿cuál de las respuestas es correcta?

a) La ecografía es la primera exploración complementaria que se debe realizar en toda lesión palpable de nueva aparición en el embarazo.
b) Se puede realizar BAG en las lesiones sólidas.
c) La interrupción de la gestación no altera el pronóstico del cáncer.
d) Todas las anteriores son correctas.

444. ¿Cuál de estas afirmaciones son verdaderas sobre los efectos de la quimioterapia y la radioterapia en fertilidad?

a) La fertilidad puede afectarse de forma transitoria.
b) La fertilidad puede afectarse de forma permanente.
c) El fallo ovárico prematuro es una consecuencia frecuente a corto plazo de la quimioterapia y la radioterapia.
d) Todas son verdaderas.

445. Respecto al grosor endometrial valorado por ecografía transvaginal en la mujer posmenopáusica como indicador de riesgo de cáncer de endometrio:

a) El grosor endometrial es independiente del riesgo de cáncer en la mujer posmenopáusica.
b) Una línea endometrial engrosada por ecografía aumenta el riesgo de presentar un cáncer de endometrio; un grosor > 5 mm en su zona de máximo grosor obliga a estudios diagnósticos adicionales.
c) El punto de corte para considerar engrosamiento endometrial sospechoso es siempre > 15 mm.
d) La ecografía transvaginal no permite estudiar el grosor del endometrio en mujeres con sangrado.

446. Respecto al uso del Doppler color en el estudio de las tumoraciones ováricas:

a) Las tumoraciones malignas presentan vascularización de alta resistencia.
b) El Doppler color no aporta información sobre la naturaleza benigna o maligna de las masas anexiales.
c) Las tumoraciones malignas tienden a tener una vascularización de baja resistencia, debido a la neoangiogénesis anómala.
d) El índice de pulsatilidad de la arteria intratumoral suele ser superior a 2,5 en los tumores malignos.

447. Sobre los procedimientos invasivos guiados por imagen en ginecología:

a) La histeroscopia permite la localización de DIU migrados en cavidad abdominal
b) La aspiración de quistes anexiales debe realizarse siempre por vía abdominal, nunca por vía transvaginal.
c) El drenaje de los abscesos pélvicos está formalmente contraindicado por vía guiada por imagen.
d) La ecografía permite guiar la punción de tumores quísticos o colecciones quísticas intraabdominales con finalidad diagnóstica o terapéutica.

448. Respecto a las técnicas de biopsia percutánea de la mama dirigidas por imagen:

a) La PAAF (punción-aspiración con aguja fina) permite establecer si la lesión es in situ o infiltrante con seguridad diagnóstica equivalente a la biopsia con aguja gruesa (BAG).
b) La biopsia con aguja gruesa (BAG) está limitada exclusivamente a lesiones palpables y no puede emplearse en lesiones detectadas sólo por ecografía o mamografía.
c) La biopsia de mama asistida por vacío (BIMAV / Mamotomo / Vacu Flash) permite la obtención de un mayor número de muestras de la lesión con menor dosis de radiación y menor duración del procedimiento, y se utiliza fundamentalmente en lesiones no palpables guiadas por estereotaxia o ecografía.
d) La biopsia escisional con localización radiológica (con arpón) es siempre más fiable que el ABBI (Advanced Breast Biopsy Instrumentation).

449. La ley de interrupción voluntaria del embarazo, permite la interrupción desde la semana 23 hasta el final del embarazo:

a) En ningún caso.
b) Solo en caso de riesgo vital materno.
c) Cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.
d) Cuando se detecte en el feto con anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención y así lo confirme un comité clínico.

450. El tratamiento farmacológico para la interrupción del embarazo no esta recomendado si:

a) Terapia con corticoides de larga duración.
b) Lactancia materna.
c) Embarazo gemelar.
d) Alteraciones tiroideas.

CASOS CLINICOS

CASO CLINICO 1 PREGUNTAS 451-452

Secundigesta de 35 años, con antecedente de preeclampsia grave en el embarazo anterior, que acude a la consulta de embarazo en la semana 12ª de gestación.

451. Con respecto a este embarazo, ¿qué conducta es más adecuada en la visita del primer trimestre para detectar una nueva preeclampsia?

a) Cribado combinado con Doppler de arterias uterinas y valor e PAPP-A
b) Cribado combinado con Tensión arterial, Doppler de arterias uterinas y valor de PlGF
c) Cribado combinado con Doppler de arterias uterinas, valor de PlGF y valor de PAPP-A
d) Prescribir Aspirina solo por su antecedente

452. Tras la detección de riesgo de preeclampsia, ¿qué conducta es la más adecuada?

a) Prescribir 100 mg de ácido acetilsalicílico desde el primer trimestre hasta el parto
b) Prescribir 150 de ácido acetilsalicílico desde el primer trimestre hasta la semana 36ª
c) Prescribir 75 mg de ácido acetilsalicílico desde el primer trimestre hasta la semana 34ª
d) Prescribir 100 mg de ácido acetilsalicílico hasta la semana 34ª, pero no comenzar hasta la semana 16ª por el riesgo que supone tomarlo en el primer trimestre

CASO CLINICO 2 PREGUNTAS 453-454

Gestante de 37 años, semana gestacional 25, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Se lleva a cabo analítica de segundo trimestre y el resultado del test de O' Sullivan de 160 mg/dL. Se solicita sobrecarga oral con 100 g de glucosa (SOG) cuyo resultado es de glucemia basal 85 mg/dL, primera hora 198 mg/dL, segunda hora 175 mg/dL, tercera hora 110 mg/dL.

453. Cuando informamos a la gestante del resultado y de sus implicaciones podremos afirmar todo lo siguiente <u>EXCEPTO</u>:

a) Dado que el Índice de Masa Corporal (IMC) de la paciente es de 29 y se trata de una gestación única, se recomienda una ganancia ponderal entre 6-11 Kg.
b) Habrá que realizar una reevaluación del metabolismo hidrocarbonado de la paciente en el postparto que puede llevarse a cabo mediante la determinación de la hemoglobina glicosilada sobre la semana 6 - 8 postparto.
c) Dado el diagnóstico de diabetes gestacional, una de las recomendaciones sobre la dieta será que los hidratos de carbono deben suponer entre un 40-50 % de las calorías totales diarias.
d) La gestante tendrá que llevar a cabo mediciones pre y postprandiales de la glucemia. El empleo de la medición seriada de la Hemoglobina glicosilada para control metabólico no está indicado.

454. Si con la modificación de los hábitos de vida de la gestante no conseguimos un control adecuado de la glucemia, habrá que iniciar medidas farmacológicas. En cuanto al tratamiento <u>NO</u> es cierto que:

a) Hay estudios que han demostrado que la glibenclamida presenta un aumento de la hipoglucemia neonatal y de macrosomía respecto a la insulina o la metformina.
b) El empleo de metformina se asocia con una menor incidencia de hipertensión inducida por el embarazo que la insulina.
c) Es recomendable el empleo de insulina humana NPH, insulina detemir o insulina degludec
d) La dosis inicial de insulina basal es de 0,1-0,2 UI/Kg/día.

CASO CLINICO 3 PREGUNTAS 455-456

Paciente de 35 años, sin antecedentes familiares de interés. Antecedente personal de anemia moderada, nulípara con deseos genésicos a medio plazo. Refiere diagnóstico previo de mioma cuyo tipo o localización no sabe precisar. Consulta por sangrado menstrual abundante anemizante que actualmente trata con ácido tranexámico sin apreciar mejoría.

455. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas <u>NO</u> es de primera línea ante la sospecha clínica de un mioma en esta paciente?

a) Biopsia endometrial
b) Ecografía transvaginal y abdominal
c) Doppler
d) RMN

456. La ecografía realizada muestra un mioma tipo 1 de la FIGO de 5 cm, la paciente solicita información acerca de su posible tratamiento y de las implicaciones del mioma y de los posibles tratamientos sobre su fertilidad futura y evolución del embarazo. Señale la afirmación <u>FALSA</u>:

a) La aplicación de las nuevas técnicas poco invasivas como la ablación por radiofrecuencia de miomas o el tratamiento con ultrasonido de alta intensidad focalizado guiado por RMN ultrasonido (MRgFUS) O ECOGRAFÍA (US- gFUS) muestran resultados prometedores en pacientes con miomas y deseos genésicos aunque se requieren más estudios para establecer totalmente su seguridad y eficacia en pacientes con deseos genésicos
b) La inserción de un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel hasta que la paciente inicie búsqueda de embarazo es una alternativa segura y eficaz en este caso. Idealmente deberá retirarse un mes antes del inicio de búsqueda de gestación para iniciar tratamiento con iodo y ácido fólico
c) La miomectomía quirúrgica es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticas con deseos genésicos aunque no está exenta de complicaciones como riesgo de rotura uterina en gestación posterior, necesidad de transfusión de sangre en el postoperatorio o en contados casos riesgo de histerectomía.
d) La seguridad del embarazo tras la Embolización de arterias uterinas no está aún establecida por lo que el procedimiento se reserva habitualmente para mujeres con deseo genésico cumplido

CASO CLINICO 4 PREGUNTAS 457-458

Paciente de 42 años, gestante de 10 semanas de gestación que consulta por metrorragia escasa. Refiere además vómitos importantes en las semanas previas que ha tratado con metoclopramida. A la exploración se evidencia sangrado vaginal escaso y útero aumentado de tamaño como gestación de 15 semanas. En la ecografía hay ausencia de embrión, con saco gestacional deformado y placenta de aspecto quístico. Ante la sospecha de gestación molar, solicita una determinación de hcG que es superior a 100.000 UI.

457. ¿ Cuál sería su actuación?

a) Realizaría un legrado por aspiración con control ecográfico
b) Administraría prostaglandinas para realizar cuando antes un legrado obstétrico
c) Tomaría una biopsia por aspiración para determinar antes el diagnóstico anatomopatológico.
d) Realizaría un TC torácico o radiografía para descartar metástasis pulmonares

458. Tras realizar el tratamiento de la paciente se solicita nueva determinación de bHCG observándose que persiste en valores superiores a 100.000 U. La paciente refiere que continúa con sangrado y en la evaluación ecográfica parece observarse persistencia de tejido molar residual. En este escenario seleccione la respuesta <u>FALSA</u>

a) Podríamos indicar un segundo legrado en este caso, no aconsejando realizar un tercero por el riesgo de sinequias uterinas
b) La presencia de una enfermedad trofoblástica gestacional en el segundo legrado aumenta las probabilidades de requerir quimioterapia

c) De confirmarse una neoplasia trofoblástica gestacional deberíamos realizar un diagnóstico de extensión con TC toráco-abdomino-pélvico con contraste, RM cerebral si existen metástasis pulmonares, RM pélvica y PET-TC en caso de dudas
d) Se puede considerar realizar histerectomía en mujeres que no desean preservar la fertilidad, asociando la realización de anexectomía bilateral especialmente si presenta quistes tecaluteínicos

CASO CLINICO 5 PREGUNTAS 459-460

Mujer de 22 años que acude al servicio de urgencias solicitando la píldora del día después. Ha tenido una relación sexual sin protección hace 76 horas. No tiene antecedentes de interés y nunca ha estado embarazada.

459. Señale las opciones anticonceptivas que recomendaría para la prevención del embarazo:

a) Acetato de ulipristal como única opción
b) Estrógenos y gestágenos a altas dosis (método Yuzpe)
c) Levonorgestrel
d) Acetato de ulipristal o DIU de cobre

460. Posteriormente acude a consulta de ginecología solicitando consejo anticonceptivo, prefiriendo la utilización del anillo vaginal. En la anamnesis refiere que su padre tuvo una trombosis cuando tenía 35 años. A preguntas suyas refiere desconocer si tiene una trombofilia porque no tiene contacto con él. Indique cuál sería la conducta más apropiada:

a) Solicitaría un estudio de coagulación básico
b) Solicitaría un estudio de trombofilia
c) Recomendaría el anillo vaginal puesto que no hay antecedentes personales de interés
d) Contraindicaría para siempre la toma de anticonceptivos combinados hormonales

CASO CLINICO 6 PREGUNTAS 461-462

Paciente de 34 años que acude a consulta refiriendo notar nódulo de mama de 2 cms. A la exploración se detecta una tumoración fija, poco móvil, de 2 cms en cuadrante supero- externo de mama derecha, sospechosa de malignidad. Entre los antecedentes familiares la madre de la paciente fue diagnosticada de cáncer de mama con 50 años y tiene una hermana con cáncer de ovario a los 40 años.

461. Señale cuál es la prueba a realizar:

a) Biopsia
b) Ecografía mama
c) Mamografía y ecografía mama / axilar
d) Resonancia magnética

462. Después de la prueba solicitada, el estudio histológico informa de carcinoma infiltrante de mama derecha luminal B. Se indica una tumorectomía mama con ganglio centinela. Señale cuando estaría indicado en este caso realizar linfadenectomía axilar homolateral:

a) Ganglio centinela con micrometástasis
b) Dos ganglios centinela metastásicos
c) Tres ganglios centinela metastásicos
d) Todas las anteriores

CASO CLINICO 7 PREGUNTAS 463-464

Paciente de 75 años que acude por metrorragia menopáusica de 30 días de evolución. Se realiza una exploración ginecológica y una ecografía vaginal. Posteriormente biopsia endometrial con cánula con resultado de adenocarcinoma de endometrio seroso.

463. ¿Qué prueba solicitaría?

a) Resonancia magnética de útero
b) TAC abdómino-pélvico
c) PET-TAC
d) Ecografía abdominal

464. Se realiza una histerectomía total con doble salpingo-ooforectomía, linfadenectomía pélvica y paraaórtica y omentectomía. El resultado histológico informa de carcinoma de endometrio seroso que infiltra más del 50 % del miometrio, sin afectación ganglionar, ni en trompas / ovarios, ni en omento. Indique cuál sería la conducta a seguir:

a) Seguimiento
b) Braquiterapia y radioterapia externa
c) Quimioterapia
d) Quimioterapia y braquiterapia con radioterapia externa

CASO CLINICO 8 PREGUNTAS 465-466

Mujer de 57 años de edad, obesa, fumadora sin otra patología de interés. Menopausia con 53 años. En citología realizada en el programa de cribado se informa de ASC-US con HPV positivo (16/18). Se realiza colposcopia con biopsia con resultado de LSIL/CIN1 (exocervical).

465. ¿Cuál sería la conducta a seguir?

a) Vacunación y seguimiento
b) Co-test al año
c) Tratamiento escisional
d) Cribado normal

466. En la siguiente revisión se realiza nueva citología y test HPV con resultado de LSIL y HPV negativo. ¿Cuál sería la recomendación a realizar?

a) Cribado normal
b) Colposcopia
c) Co-test al año
d) Tratamiento escisional

CASO CLINICO 9 PREGUNTAS 467-468

Paciente de 32 años que acude por dolor pélvico a urgencias. Al realizar una ecografía se observa una tumoración ovárica sospechosa, con posible torsión. Se indica cirugía realizando destorsión del ovario y quistectomía. Los resultados de la biopsia son de tumor borderline de ovario tipo mucinoso.

467. ¿Cuál sería la conducta recomendada?

a) Seguimiento estrecho
b) Histerectomía total con doble anexectomía y omentectomía
c) Anexectomía bilateral
d) Anexectomía unilateral del ovario afectado

468. ¿Cuál sería el seguimiento recomendado en estas pacientes?

a) No precisa seguimiento
b) Control semestral durante 2 años y anual hasta los 5 años
c) Seguimiento anual durante 10 años
d) Seguimiento anual y realizar histerectomía con anexectomía del ovario restante a los 40 años

CASO CLINICO 10 PREGUNTAS 469-472

Primigesta de 26 años sin antecedentes personales de interés. El cribado combinado de primer trimestre fue de bajo riesgo de cromosomopatías. En la semana 20 de gestación y, según el protocolo de su centro sanitario, se realizó, además de la ecografía morfológica fetal, una ecografía transvaginal con medida de la longitud cervical que resultó de 20 mm. En la semana 30 de embarazo, la gestante acudió al servicio de urgencias por contracciones uterinas dolorosas sin pérdida de líquido ni otra clínica asociada. En el tacto vaginal, el cérvix era blando, en posición media, acortado un 80 % y permeable a dos dedos con membranas íntegras y presentación cefálica. En el registro cardiotocográfico se observaron 4 contracciones en 30 minutos. Presentaba además una longitud cervical de 9 mm en la ecografía transvaginal.

469. ¿Qué se podría haber indicado en la semana 20 de gestación como prevención secundaria del parto pretérmino?

a) Realización de un cerclaje cervical.
b) Administración de progesterona natural micronizada vaginal.
c) Recomendar a la gestante reposo absoluto.
d) Suplementación profiláctica con hierro vía oral.

470. Señale la respuesta INCORRECTA en relación al episodio que se describe en la semana 30 de gestación:

a) Está indicada la administración de corticoides (dos dosis de betametasona intramuscular o cuatro dosis de dexametasona intravenosa).
b) Está indicado el tratamiento tocolítico durante 48 horas.
c) Está indicada la antibioterapia profiláctica.
d) Está indicado el sulfato de magnesio como neuroprotección.

471. La administración antenatal de corticoides se relaciona con todas las siguientes EXCEPTO:

a) Reducción del distrés respiratorio neonatal.
b) Aumento del riesgo de enterocolitis necrotizante.
c) Reducción del riesgo de hemorragia intraventricular.
d) Reducción de la necesidad de ventilación mecánica neonatal.

472. En relación al tratamiento tocolítico, señalar la respuesta correcta:

a) Su objetivo es retrasar el parto 48 horas para permitir que los corticoides y el sulfato de magnesio sean administrados.
b) Los betabloqueantes (ritodrine) tienen un perfil de seguridad similar al del atosiban y nifedipino.
c) Existe evidencia de que, tanto el atosiban como el nifedipino, mejoran los resultados perinatales.
d) La indometacina está indicada sobre todo en gestaciones de más de 32 semanas.

CASO CLINICO 11 PREGUNTAS 473-476

Primigesta de 36 años y 26 semanas de gestación, fumadora de 15 cigarrillos/día. En control rutinario se identifica una altura uterina menor de lo que correspondería, a un través de dedo bajo ombligo (unos 20 cm de altura uterina) y nota movimientos adecuados.

473. ¿Qué actitud es la más correcta?

a) Control ordinario en consulta a las 28 semanas porque presenta movimientos fetales.
b) Realización de ecografía para medir DBP y fémur únicamente.
c) Solicitar ecografía en dos semanas.
d) Realizar ecografía para estimar peso fetal.

474. Si realiza una ecografía y se estima un peso fetal con un percentil 8, ¿cuál de las siguientes medidas Doppler es obligada?

a) Índice de pulsatilidad de ductus venoso.
b) Índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media (ACM) si arterias uterinas patológicas.
c) Índice de pulsatilidad de arteria umbilical.
d) Índice de resistencia de arterias uterinas.

475. Todas las medidas Doppler realizadas en la situación anterior son normales. ¿Cómo etiquetaría ese feto?

a) Bajo peso para la edad gestacional.
b) CIR estadio I.
c) CIR estadio II.
d) CIR estadio III.

476. En el seguimiento ecográfico de esta gestación aparece ausencia de flujo diastólico en la arteria umbilical (en > 50% de los ciclos) e istmo aórtico reverso a las 30 semanas ¿cuándo finalizaría la gestación?

a) Inmediatamente.
b) A las 32 semanas.
c) A las 34 semanas.
d) A las 36 semanas.

Osakidetza



CASO CLINICO 12 PREGUNTAS 477-480

Paciente de 38 años, nuligesta, que consultó por dismenorrea secundaria, sin antecedentes de interés. Ha sido usuaria de anillo anticonceptivo vaginal desde los 26 años, con buena tolerancia. Hace 6 meses su médico de familia le indicó que lo debía retirar por su edad, y no le recomendó una alternativa contraceptiva más allá del preservativo.

477. El uso de anticoncepción hormonal combinada (señale la respuesta correcta):

a) Debe interrumpirse en cualquier caso a los 35 años.
b) Puede mantenerse a partir de los 35 años en no fumadoras.
c) No debe mantenerse más de 10 años.
d) Aumenta el riesgo de cáncer de mama a partir de los 40 años.

478. En la anamnesis la paciente también refiere que sus reglas son más abundantes de lo habitual. Cuenta que usa unas 4-6 compresas al día, cuando antes usaba escasamente una, y no llega a expulsar coágulos. Señale la opción correcta:

a) Debemos estudiar causas de hemorragia menstrual abundante.
b) Le decimos que no tiene importancia, ya que es normal que las reglas sean más escasas con el uso del anillo vaginal.
c) El diagnóstico de hemorragia menstrual abundante se establece en base a la percepción de la paciente.
d) a) y c) son correctas.

479. Realizamos una ecografía en la que hallamos un útero en retroflexión con endometrio de 12 mm bien delimitado, miometrio heterogéneo con engrosamiento asimétrico de la pared anterior, ovarios de aspecto normal adheridos entre sí en Douglas. Buen deslizamiento vesical y rectal. Establecemos un diagnóstico de sospecha de:

a) Adenomiosis.
b) Endometriosis ovárica.
c) Hiperplasia simple de endometrio.
d) a) y b) son ciertas.

480. Con este diagnóstico, y sabiendo que la paciente no tiene en la actualidad deseo genésico, le recomendaremos:

a) Implante de un DIU de gestágenos.
b) Retomar el uso del anillo vaginal anticonceptivo.
c) Realizar una laparoscopia diagnóstica.
d) Podemos ofrecer a) y b).

CASO CLINICO 13 PREGUNTAS 481-484

Paciente de 15 años que se consulta por distensión abdominal y sensación de ocupación, acompañada de dolor en hipogastrio de dos meses de evolución.

En la exploración se palpa una tumoración que llega a nivel de ombligo y la ecografía muestra una tumoración ovárica con contenido hiperecoico y algún área anecoica de unos 15 centímetros.

Los marcadores tumorales (MT), mostraron un CA 125 normal, βHCG negativa y un aumento de: Alfafetoproteina (AFP), Lactatodeshidrogenasa (LDH), Estradiol (E2) y de la Dehidroepiandrostenodiona (DHEA).

El tratamiento fue quirúrgico y el informe histopatológico indicaba la presencia desordenada de células de las tres capas germinales y tejido inmaduro con áreas de diferenciación neuronal, orientando a un Tumor Germinal Maligno del Ovario (TGMO).

481. Con la información anterior, ¿cuál sería la primera posibilidad diagnóstica?

a) Disgerminoma.
b) Tumor del Seno Endodérmico.
c) Teratoma inmaduro.
d) Teratoma maduro con degeneración maligna.

482. Respecto al manejo quirúrgico de los TGMO en pacientes jóvenes y adolescentes señale la respuesta INCORRECTA:

a) En caso de diagnóstico postoperatorio de tumor germinal maligno aparentemente limitado al ovario, es necesario la reintervención para realizar un estadiaje quirúrgico completo incluido el estadiaje ganglionar.
b) En caso de lesión bilateral, la anexectomía bilateral está fuertemente desaconsejada, y se recomienda preservar al menos un ovario o parte de ovario sano.
c) A la hora de decidir la vía de abordaje quirúrgico hay que minimizar el riesgo de rotura durante la cirugía.
d) En aquellas pacientes con tumor germinal maligno en los que el análisis genético revela una disgenesia gonadal la anexectomía bilateral es la cirugía recomendada

483. En relación a los TGMO, señale la respuesta INCORRECTA

a) El sistema de estadiaje adoptado para estos tumores es el mismo que la clasificación FIGO para el cáncer epitelial maligno de ovario.
b) El hecho que la mayoría de los casos se diagnostican en estadios iniciales y junto al hecho de que sean quimio sensibles hace que su supervivencia global sea excelente.
c) La quimioterapia estándar usada para estos tumores es bleomicina,etopósido y platino.
d) A diferencia del Ca 125 en el cáncer de ovario epitelial, si los marcadores tumorales séricos están elevados al diagnóstico, no se utilizan en la monitorización de la respuesta al tratamiento ni después en el seguimiento.

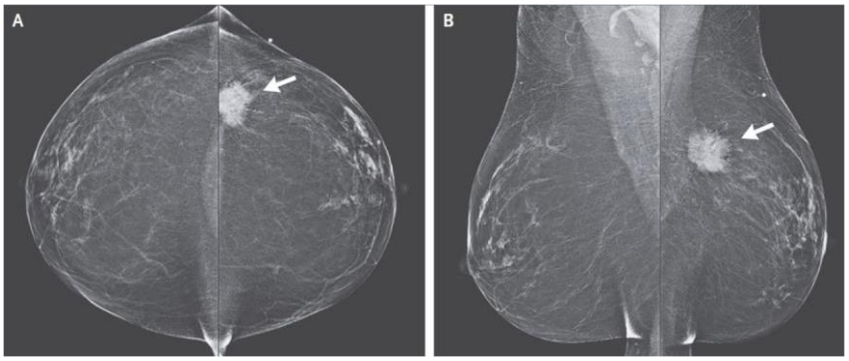


484. En relación con los Tumores Germinales Malignos de Ovario (TGMO) en jóvenes y adolescentes, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La cirugía preservadora de la fertilidad es la cirugía recomendada también en los casos de enfermedad avanzada (estadios III y IV).
b) Existe indicación de PET-TAC por su elevado valor predictivo negativo.
c) Estas pacientes deben ser referidas siempre a una unidad de Onco-Fertilidad para recibir asesoramiento.
d) En el caso de esta paciente la presencia de tejido embrionario inmaduro indica el potencial de malignidad y su grado de diferenciación tiene relevancia pronóstica.

CASO CLINICO 14 PREGUNTAS 485-488

Mujer de 62 años que consulta por notar bulto en mama izquierda desde hace unos 15 días. Antecedentes familiares: Sin interés clínico. Antecedentes Personales: Menarquia: 12, Tipo 4/28, Menopausia: 54. Nuligesta. Hace 15 años se sometió a una biopsia de mama por fibroadenoma. Última mamografía hace 7 años.
Exploración: Tumoración de 3 cm. Axila negativa. La mamografía realizada muestra la siguiente imagen:



485. ¿Cuál de las siguientes actuaciones a realizar considera más correcta?

a) Mamografía de control en 6 meses ya que es una tumoración regular de bordes no espiculados, no sugestiva de malignidad.
b) Realización de RNM.
c) BAG dirigida por ecografía.
d) Mastectomía.

486. En el supuesto de recibir un informe anatomopatológico de un carcinoma ductal infiltrante grado 2 de 1,6 cm, para planificar el tratamiento solicitaría al patólogo que incluyese en el informe:

a) Estado de la membrana basal.
b) Presencia de estructuras glandulares.
c) Presencia de infiltración difusa.
d) Estudio inmunohistoquímico.

487. ¿Qué opciones de manejo considera más apropiada en este caso?

a) Tumorectomía y radioterapia.
b) Tumorectomía, ganglio centinela y radioterapia.
c) Mastectomía.
d) Quimioterapia neoadyuvante seguida de mastectomía.



488. Si se confirma estadio T2N0, Grado 2, Receptores hormonales positivos y HER2 negativo, sugeriría:

a) Hormonoterapia.
b) Quimioterapia.
c) Inmunoterapia.
d) Terapia personalizada

CASO CLINICO 15 PREGUNTAS 489-492

Paciente de 37 años con gestación de 7 semanas de amenorrea que acude a urgencias por dolor abdominal de comienzo brusco de 4 h de evolución.
Como antecedentes personales destaca salpinguectomía derecha por embarazo ectópico hace 5 años y un aborto precoz hace 3 meses. Sin hijos.
A la exploración presenta dolor en hemiabdomen inferior con defensa positiva. No sangrado genital.
En la ecografía se visualiza útero en intermedia con endometrio de 7 mm, sin visualizarse saco gestacional. Ovario derecho de 24x30 mm de diámetro pegado a canto uterino. Ovario izquierdo de 25x35 mm con formación adyacente redondeada, heterogénea, de 28 mm de diámetro mayor, vascularizada en anillo, sugestiva de gestación ectópica tubárica.
Se determina B-HCG en sangre con valor mayor de 3.000 UI/L.

489. Si decidimos tratamiento conservador con metotrexato, ¿con qué niveles de B-HCG está indicado?

a) Con cualquier nivel de B-HCG por encima de 1.000 UI/L, si no existe hemoperitoneo.
b) Con niveles inferiores a 5.000 UI/L.
c) Con niveles inferiores a 10.000 UI/L.
d) Niveles entre 5.000 y 10.000 UI/L si no existe hemoperitoneo y no existe actividad cardiaca embrionaria.

490. Una vez iniciado el tratamiento con metotrexato la paciente continúa con dolor abdominal. ¿Cuál de estos fármacos asociaremos preferentemente como tratamiento analgésico?

a) Ibuprofeno.
b) Paracetamol.
c) Dexketoprofeno.
d) Cualquiera de los anteriores.

491. A las 48 h de la administración de metotrexato la paciente está hemodinámicamente estable, pero persiste dolor leve/moderado controlado con la analgesia pautada, hemograma con Hb: 12 gr/dl con fórmula normal, pruebas de función renal y hepática normales y los niveles de B-HCG en sangre presentan una elevación del 10 % con respecto a la inicial, la actitud a seguir es:

a) Tratamiento quirúrgico.
b) Repetir dosis de metotrexato intramuscular.



c) Inyección intrasacular de cloruro potásico.
d) Actitud expectante y repetir analítica general y nueva B-HCG en 48 horas.

492. En el caso de esta paciente si el tratamiento de la gestación ectópica anterior hubiera sido conservador en vez de quirúrgico, ¿estaría indicado de nuevo el tratamiento con metotrexato?

a) No, por el antecedente de tratamiento previo con metotrexato.
b) Sí, porque la gestación ectópica previa fue en la trompa contralateral.
c) Es necesario individualizar, según los deseos de gestación de la pareja.
d) El antecedente de gestación ectópica previa no debe influir en la conducta actual.

CASO CLINICO 16 PREGUNTAS 493-496

Paciente de 38 años que acude a la consulta refiriendo prurito intenso vulvovaginal, leucorrea y dispareunia. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II de reciente diagnóstico a tratamiento con dieta. No intervenciones quirúrgicas. Ciclos menstruales regulares. Nulípara. Refiere pareja sexual estable.
En la especuloscopia se objetiva una vagina y cérvix eritematosos, con punteado rojizo y abundante leucorrea verdosa con presencia de burbujas.

493. ¿Qué agente patógeno considera más probable?

a) Gardnerella vaginalis.
b) Trichomonas vaginalis.
c) Candida albicans.
d) *Neisseria gonorrhoeae*.

494. ¿Qué esperaría encontrar en una toma para examen en fresco?

a) Presencia de células clave (“clue cells”).
b) Presencia de células ovaladas, móviles, flageladas y con membrana ondulante.
c) Presencia de hifas y/o esporas.
d) Olor característico a “pescado” tras añadir KOH (hidróxido de potasio) al 10 %.

495. ¿Qué pauta considera que es más eficaz en el tratamiento de esta paciente?

a) Tratamiento tópico vaginal con Fenticonazol 600 mg/día durante 3 días.
b) Cloruro de decualinio vaginal.
c) Metronidazol 2 gramos vía oral dosis única.
d) Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular dosis única.



496. Respecto a las recomendaciones que le haría a esta paciente, señale la respuesta FALSA:

a) Los tratamientos tópicos son igual de eficaces que el tratamiento vía oral.
b) Se aconseja no consumir alcohol durante el tratamiento.
c) Se aconseja el tratamiento de la pareja sexual.
d) La higiene con jabón ácido puede resultar beneficiosa.

CASO CLINICO 17 PREGUNTAS 497-500

Paciente de 40 años, esterilidad de 3 años evolución. AF madre menopausia a los 42. AP: apendicectomia .AG : M 13 TM :cada 2-4 meses. Laparoscopia por endometriosis ovárica: quistectomia OI de 8 cm y salpinguectomia izquierda por hidrosalpinx. 1 gestación tras ciclo de FIV con PGT-A, único embrión disponible, que concluyó en aborto de 2 trimestre. La paciente acudió a urgencias a las 18 semanas de gestación por encontrarse "rara" sin objetivar contracciones. En la exploración vaginal, se objetivaba la bolsa en vagina. A las 6 horas rompió la bolsa y perdió la gestación. La paciente desea nueva gestación y tienen una AMH de 0,2. El varón presenta un seminograma con astenozaospermia de 30 %.

497. ¿Qué Tratamiento propondría con la mayor probabilidad de gestación?

a) Acumulación de ovocitos y nueva PGT-A.
b) Donación de ovocitos con semen conyugal.
c) No hacer nada desaconsejar gestación ya que el pronóstico es malo.
d) Donación de ovocitos con semen de donante.

498. pareja consiguió una nueva gestación y acude a la 1ª visita gestacional, de los siguientes factores cual NO sería factor de riesgo en el cribado de parto pretérmino:

a) Aborto 1º trimestre.
b) Cirugía cervical (conización, traquelectomía).
c) Anomalía uterina congénita.
d) Embarazo múltiple.

499. La paciente se ha informado y solicita realizar un cerclaje cervical, Cual sería la afirmación CIERTA:

a) Realización de un cerclaje cervical vía abdominal.
b) Realización de un cerclaje cervical en la semana 14.
c) Realizar un cerclaje de emergencia si vuelve a repetirse el cuadro.
d) Suplementación profiláctica con hierro vía oral.



500. La paciente pare a las 30 semanas un feto varón, que afortunadamente evolucionó sin complicaciones. Un año después el varón acude para congelar semen, tiene por un tumor cerebral estadio IV. A La pareja le queda 1 embrión vitrificado. Que recomendaríamos:

a) No congelar semen, puesto que ya tienen 1 embrión.
b) No hacer nada y cuando se muera el varón realizar la transferencia a los 2 años de la muerte.
c) Recomendar realizar testamento notificando el destino de semen y embrión.
d) Destruir el embrión.