Osakidetza



MATRÓN/A

PREGUNTAS

1.- Según el Código Deontológico de la Enfermería Española, ¿cómo debe actuar la enfermera/o ante un/una paciente terminal?

a) Limitar su actuación únicamente a tratamientos curativos.
b) Priorizar la prolongación de la vida por encima del sufrimiento.
c) Proporcionar cuidados paliativos con competencia y compasión hasta el final.
d) Delegar el cuidado en la familia cuando no haya tratamiento curativo.

2.- En relación con el secreto profesional, ¿cuál es la actuación correcta de la enfermera/o si debe romperlo por motivos legales?

a) Limitar su actuación únicamente a tratamientos curativos.
b) Priorizar la prolongación de la vida por encima del sufrimiento.
c) Proporcionar cuidados paliativos con competencia y compasión hasta el final.
d) Delegar el cuidado en la familia cuando no haya tratamiento curativo.

3.- Según el Código Deontológico de la Enfermería Española, ¿cuál es una de las funciones principales de la enfermera/o respecto a las personas con discapacidad o incapacidad?

a) Limitar su actuación únicamente a los cuidados asistenciales básicos.
b) Identificar causas de la incapacidad y contribuir a su prevención, tratamiento o rehabilitación.
c) Delegar la integración social exclusivamente en trabajadores/as sociales.
d) Actuar solo cuando exista una enfermedad aguda.

4.- Según el Código Deontológico de la Enfermería Española, ¿cómo debe actuar la enfermera/o ante un caso de abuso infantil del que tenga conocimiento?

a) Mantener el secreto profesional en todo caso.
b) Informar únicamente a la familia del menor.
c) Denunciarlo a las autoridades competentes.
d) Esperar a tener confirmación absoluta antes de actuar.

5.- Según el Código Deontológico de la Enfermería Española ¿cuál es una de las responsabilidades de la enfermera/o para garantizar el desarrollo adecuado del niño/a?

a) Limitarse a la atención sanitaria hospitalaria.
b) Contribuir a que los/as niños/as tengan alimentación, vivienda, educación y cuidados de salud.

c) Delegar estas funciones exclusivamente en servicios sociales.
d) Actuar solo en situaciones de enfermedad grave.

6.- Según el Código Deontológico de las Matronas Españolas, ¿qué derecho tiene el matrón/a respecto a actuaciones que entren en conflicto con sus creencias éticas o morales?

a) Puede negarse mediante el derecho a la objeción de conciencia, sin sufrir discriminación.
b) Debe ejecutarlas siempre, aunque generen conflicto personal.
c) Solo puede negarse si cuenta con autorización judicial.
d) Debe delegarlas automáticamente a otro/a profesional sin informar.

7.- Según el Código Deontológico de las Matronas Españolas, ¿qué responsabilidad tiene el matrón/a respecto a los residentes en formación clínica a su cargo?

a) Permitir que actúen de forma autónoma sin supervisión.
b) Evaluarlos únicamente al final del periodo formativo.
c) Delegar completamente su formación en otros/as profesionales.
d) Velar por que cumplan el Código Deontológico aplicable y comunicar su nivel formativo.

8.- Según el Código deontológico de las Matronas Españolas, ¿cómo debe actuar el matrón/a ante la negativa de una mujer a un tratamiento?

a) Debe imponer el tratamiento si lo considera necesario.
b) Debe respetar la decisión de la mujer, salvo riesgo probado para ella o su hijo/a.
c) Debe ignorar la decisión si la familia no está de acuerdo.
d) Debe derivar siempre el caso a otro/ profesional.

9.- ¿Cuál de las siguientes actuaciones refleja mejor el enfoque asistencial del matrón/a en el Código Deontológico de las Matronas Españolas?

a) Proporcionar cuidados integrales basados en evidencia científica y perspectiva holística.
b) Atender únicamente aspectos biológicos de la mujer.
c) Centrarse exclusivamente en el embarazo y el parto.
d) Priorizar protocolos sobre las necesidades individuales.

10.- Según la Ley Orgánica 10/1995, en el artículo 199 del Código Penal, ¿qué consecuencia tiene para un profesional revelar secretos de otra persona incumpliendo su deber de sigilo?

a) Únicamente una sanción administrativa.
b) Prisión de uno a cuatro años, multa e inhabilitación profesional.
c) Solo una multa económica sin otras consecuencias.

d) Ninguna si la información es veraz.

11.- Según el principio del deber de informar, ¿cuál es la actuación correcta del profesional sanitario?

a) Ocultar la información a la persona paciente para evitarle sufrimiento.
b) Informar solo a la familia, aunque la persona paciente quiera saber la verdad.
c) Mentir a la persona paciente si el diagnóstico es grave.
d) Proporcionar a la persona paciente la información relevante que solicite, respetando su derecho a decidir.

12.- En relación con personas pacientes capaces de decidir, ¿qué papel tiene la calidad de vida en la toma de decisiones?

a) No debe tenerse en cuenta en ningún caso.
b) Es valorada exclusivamente por el/la profesional sanitario/a.
c) Puede tener la máxima importancia según la valoración de la propia persona paciente.
d) Solo se considera en enfermedades terminales.

13.- En el caso de niños/as con malformaciones congénitas graves, ¿qué criterio suele aplicarse en la toma de decisiones?

a) Siempre se aplican todos los tratamientos disponibles.
b) Se decide exclusivamente según criterios médicos.
c) Se tiende a respetar la decisión de las personas progenitoras, aunque exista controversia.
d) Se ignora la gravedad de la malformación.

14.- La taxonomía NANDA-II en la edición 13 (2024-2026) se organiza en:

a) 10 dominios y 30 clases con 5 ejes.
b) 13 dominios y 47 clases con 6 ejes.
c) 12 dominios y 36 clases con 8 ejes.
d) 12 dominios y 36 clases con 7 ejes.

15.- Una persona paciente encamada presenta a la vez: deterioro de la movilidad física, riesgo de caídas, deterioro de la integridad cutánea y estreñimiento. Comparten factores de riesgo e intervenciones similares. Según la NANDA esto corresponde a:

a) Diagnóstico múltiple.
b) Diagnóstico de riesgo acumulado.
c) Diagnóstico de síndrome.
d) Diagnóstico prioritario complejo.

16.- **Una paciente gestante acude a la consulta de enfermería y manifiesta: "Me gustaría aprender técnicas de relajación y ejercicios de respiración para prepararme mejor para el parto". No presenta complicaciones obstétricas. El personal de enfermería valora su motivación para mejorar su bienestar. ¿qué tipo de diagnóstico NANDA es el más apropiado?**

a) Diagnóstico de promoción de la salud.
b) Diagnóstico de riesgo.
c) Diagnóstico real.
d) Diagnóstico de síndrome.

17.- **La Nursing Outcomes Classification (NOC), se estructura como un sistema de medición que permite evaluar la evolución de la persona paciente. ¿De las siguientes afirmaciones cuál es correcta?**

a) La NOC incluye intervenciones de enfermería codificadas que permiten medir la productividad asistencial.
b) La NOC utiliza escalas de tipo Likert de 5 puntos para medir un total de 612 resultados sensibles a los cuidados de enfermería.
c) La NOC es una taxonomía diagnóstica que sustituye a la NANDA en el proceso de valoración.
d) La NOC se compone de 614 etiquetas de resultados, todas ellas con una definición única y sin necesidad de indicadores.

18.- **La Nursing Interventions Classification (NIC), define una intervención de enfermería como "cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que realiza un/una profesional de enfermería para mejorar los resultados de la persona paciente". ¿cuál de las siguientes opciones describe una característica fundamental de la taxonomía NIC?**

a) La NIC clasifica exclusivamente las intervenciones dependientes de la prescripción médica.
b) Cada intervención en la NIC tiene una etiqueta, una definición y un conjunto de actividades específicas, y existen más de 500 intervenciones.
c) La NIC solo es aplicable en el ámbito hospitalario de agudos, no en atención primaria o comunitaria.
d) La NIC prioriza los resultados económicos por encima de los resultados clínicos de la persona paciente.

19.- **La Nursing Outcomes Classification (NOC) se organiza en una estructura taxonómica de tres niveles (Dominios, Clases y Resultados). Además, cada resultado se acompaña de una serie de indicadores. ¿qué utilidad práctica tienen los indicadores dentro de la NOC?**

a) Los indicadores son sinónimos de las intervenciones NIC y sirven para ejecutar el cuidado.
b) Los indicadores son síntomas mayores que confirman un diagnóstico NANDA.

c) Los indicadores son estados o conductas específicas y observables de la persona paciente que se puntúan en una escala para determinar si se ha alcanzado el resultado.
d) Los indicadores son códigos numéricos que sirven exclusivamente para la facturación (reimbursement).

20.- Dentro de la taxonomía NIC, las intervenciones pueden ser de distintos niveles (por ejemplo, Dominio 2: Fisiológico: Complejo; Dominio 3: Conductual). Una persona paciente que requiere manejo de la ventilación mecánica y otra que requiere educación sanitaria para dejar de fumar. Según la clasificación NIC, estas intervenciones se clasifican respectivamente en:

a) Dominio Fisiológico: Básico y Dominio Conductual.
b) Dominio Fisiológico: Complejo y Dominio de la Familia.
c) Dominio Fisiológico: Complejo y Dominio Conductual.
d) Dominio Fisiológico: Básico y Dominio de Seguridad.

21.- En el contexto de un Diagnóstico de Enfermería enfocado en el problema, ¿cuál es la función principal de los "factores relacionados" según la Taxonomía II de NANDA-I?

a) Describir los signos y síntomas que confirman la presencia del diagnóstico.
b) Identificar las causas o factores contribuyentes que deben ser el objetivo de las intervenciones enfermeras.
c) Categorizar el diagnóstico dentro de un dominio y una clase específicos.
d) Determinar la susceptibilidad de la persona paciente a desarrollar un evento adverso.

22.- Al planificar los cuidados, si un/una matrón/a utiliza la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), ¿en qué momento del proceso se debe seleccionar el resultado deseado?

a) Después de implementar las intervenciones, para ver si estas funcionaron.
b) Durante la fase de valoración, para comparar el estado basal con el diagnóstico.
c) Antes de elegir las intervenciones (NIC), para establecer la meta que guiará el tratamiento.

23.- En la práctica clínica, el personal de enfermería utiliza instrumentos estandarizados para complementar la valoración, ¿cuál de los siguientes enunciados sobre los instrumentos de valoración (escalas) es correcto?

a) Los instrumentos estándar, basados en la práctica basada en la evidencia, son herramientas que ayudan a la recogida sistemática de datos y cribado de riesgos.
b) Las escalas estandarizadas sustituyen por completo el juicio clínico del personal de enfermería.
c) Las escalas de valoración solo son útiles en unidades de cuidados intensivos.
d) Los resultados de las escalas no necesitan ser registrados en la historia clínica.

24.- ¿Cómo se estructura jerárquicamente la Taxonomía II de NANDA-I para organizar los diagnósticos de enfermería?

a) Se divide en 13 dominios, que a su vez se organizan en clases.
b) Se organiza por orden alfabético según la etiqueta diagnóstica.
c) Se agrupa únicamente según los sistemas del cuerpo humano (digestivo, respiratorio, etc.).
d) Se estructura en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson exclusivamente.

25.- Un diagnóstico de "Promoción de la Salud" se diferencia de uno "Enfocado en el Problema" principalmente porque:

a) Siempre requiere la presencia de signos y síntomas de enfermedad activa.
b) Se utiliza exclusivamente en el ámbito comunitario y nunca en hospitales.
c) Su prioridad siempre es mayor que la de un diagnóstico de riesgo por su carácter preventivo.
d) No requiere necesariamente de factores relacionados, sino que se centra en la disposición y el deseo de mejorar el bienestar.

26.- Al vincular las tres taxonomías (NANDA-NOC-NIC), ¿qué elemento actúa como "puente" para evaluar objetivamente si la intervención (NIC) ha sido efectiva para el diagnóstico inicial?

a) La eliminación total de todos los factores relacionados del diagnóstico.
b) El cambio en la puntuación de los indicadores del resultado (NOC).
c) La realización estricta de todas las actividades descritas en la intervención.
d) La reclasificación de la persona paciente en un dominio diferente de NANDA-I.

27.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la investigación cuantitativa y cualitativa es correcta?

a) La investigación cuantitativa se centra en la comprensión de fenómenos desde una perspectiva subjetiva y naturalista.
b) La investigación cualitativa utiliza datos numéricos para describir variables y examinar relaciones causa-efecto.
c) La investigación cuantitativa se corresponde con el paradigma positivista y busca medir fenómenos desde fuera.
d) La investigación cualitativa se corresponde con el paradigma positivista y busca medir fenómenos desde dentro.

28.- Un/Una matrón/a desea estudiar la vivencia del parto en mujeres que han tenido una muerte fetal anteparto. Para ello, planea realizar entrevistas en profundidad para comprender el significado de esta experiencia. ¿qué tipo de diseño de investigación cualitativa sería el más adecuado?

a) Investigación fenómenológica.
b) Investigación etnográfica.
c) Teoría fundamentada.
d) Método biográfico.

29.- En un estudio que compara la eficacia de dos tratamientos para el alivio del dolor en el parto, se asigna aleatoriamente a las mujeres a un grupo que recibe analgesia epidural y a otro que recibe óxido nitroso. ¿qué tipo de diseño de investigación se está utilizando?

a) Estudio de cohortes.
b) Estudio de casos y controles.
c) Estudio cuasi-experimental.
d) Ensayo clínico aleatorizado.

30.- ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente la diferencia entre los errores Tipo I y Tipo II en el contraste de hipótesis?

a) Error Tipo I es aceptar la hipótesis nula cuando es falsa; Error Tipo II es rechazarla cuando es verdadera.
b) Error Tipo I es rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera; Error Tipo II es aceptarla cuando es falsa.
c) Error Tipo I se minimiza aumentando el tamaño muestral; Error Tipo II se minimiza disminuyendo la seguridad (alfa).
d) La probabilidad de Error Tipo I es beta y la de Error Tipo II es alfa.

31.- Según el contenido del volumen, ¿cuál de las siguientes opciones corresponde a una medida de tendencia central?

a) Rango.
b) Varianza.
c) Desviación típica.
d) Mediana.

32.- En la estructura de un artículo original, la sección de "Material y métodos" debe responder a la pregunta "¿Cómo se ha hecho el estudio?" e incluir varias áreas. ¿Cuál de las siguientes NO se menciona como una de esas áreas?

a) Diseño.
b) Resultado esperado.
c) Población sobre la que se ha hecho el estudio.
d) Análisis estadístico.

33.- **Un/Una matrón/a realiza un estudio para determinar la relación entre la estatura materna y la posibilidad de parto eutócico, sin administrar ningún tratamiento ni intervención. Este tipo de estudio, según la clasificación por manipulación, se denomina:**

a) Experimental.
b) Cuasi-experimental.
c) Observacional.
d) De intervención comunitaria.

34.- **Cuando se desea analizar si más de dos grupos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias en una variable medida en un nivel por intervalos, ¿cuál es la prueba estadística paramétrica más adecuada?**

a) Prueba t de Student.
b) Coeficiente de correlación de Pearson.
c) Análisis de varianza unidireccional (ANOVA one-way).
d) Chi cuadrada (x^2).

35.- **En el proceso cuantitativo, se define como "el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones" y debe situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo. ¿A qué concepto se refiere esta definición?**

a) Muestra.
b) Población o universo.
c) Unidad de análisis.
d) Marco muestral.

36.- **Un/Una matrón/a desea conocer el grado de asociación entre la satisfacción con el parto (medida en una escala ordinal) y el número de meses de lactancia materna (variable de razón). ¿Qué coeficiente de correlación sería el más apropiado para analizar esta relación?**

a) Coeficiente de correlación de Pearson (r).
b) Coeficientes rho de Spearman o tau de Kendall.
c) Coeficiente de contingencia C de Pearson.
d) Coeficiente Eta.

37.- **En relación con las medidas de tendencia central, el texto señala que una de ellas es "particularmente útil cuando hay valores extremos en la distribución" porque "no es sensible a éstos". ¿A qué medida se refiere?**

a) Media aritmética.
b) Moda.
c) Rango.

d) Mediana.

38.- En la estructura metodológica de un trabajo científico cuantitativo, la sección de "Discusión" cumple múltiples funciones. Entre las siguientes opciones, señale la que NO corresponde a una función de esta sección:

a) Relacionar los resultados con los estudios existentes y la literatura previa.
b) Reconocer las limitaciones de la investigación con honestidad.
c) Presentar los datos crudos y los resultados del análisis estadístico descriptivo.
d) Sugerir nuevas preguntas, hipótesis o líneas de investigación para el futuro.

39.- Son criterios o herramientas para incrementar la "credibilidad" (validez cualitativa) de un estudio, EXCEPTO:

a) Realizar estancias prolongadas en el campo para disminuir distorsiones provocadas por la presencia de la persona investigadora.
b) Utilizar muestras probabilísticas con un error muestral inferior al 5% para asegurar la representatividad estadística.
c) Llevar a cabo triangulación de datos, investigadores o métodos para obtener mayor riqueza interpretativa.
d) Efectuar chequeo con los participantes para verificar si las interpretaciones del investigador reflejan lo que ellos quisieron expresar.

40.- Si, durante el taller de comunicación grupal, una persona participante comenta que en su familia "cada persona tiene tareas muy claras: el padre trabaja fuera, la madre cuida de la casa y los hijos deben encargarse de sus estudios", ¿qué función del entorno familiar, de las mencionadas en el texto, estaría identificando principalmente?

a) La afectividad, porque las tareas demuestran el amor que se tienen.
b) La socialización de las personas miembros, ya que les enseña a vivir en comunidad.
c) La integración en el núcleo social, por el trabajo del padre.
d) La división del trabajo, al asignar responsabilidades específicas a cada persona miembro.

41.- Durante una sesión de terapia grupal, Marta, una participante, comenta que siempre ha sentido que sus problemas de ansiedad son únicos y que nadie puede entenderla. Para su sorpresa, al escuchar los testimonios de otras personas del grupo, descubre que varias de ellas comparten experiencias y miedos muy similares a los suyos. Esto le genera un gran alivio y disminuye su sensación de aislamiento. ¿qué factor terapéutico de Sadock se está manifestando principalmente en esta situación?

a) Universalización.
b) Cohesión.
c) Catarsis.
d) Imitación.

42.- **Un equipo de personas creativas que trabaja en remoto necesita realizar una sesión de "lluvia de ideas" (brainstorming) para un nuevo proyecto. Buscan una herramienta que les permita, a todos/as a la vez, plasmar y organizar visualmente sus conceptos de manera interactiva, como si estuvieran frente a una pizarra física en una sala de reuniones. Según las descripciones de las herramientas proporcionadas, ¿cuál de las siguientes opciones sería la más especializada y adecuada para esta necesidad?**

a) iWork.
b) Onedrive.
c) Mindnode.
d) Stormboard.

43.- **Durante una reunión grupal para organizar una campaña de sensibilización, Laura interrumpe constantemente a sus compañeros/as cuando exponen sus ideas, hace comentarios sarcásticos sobre sus propuestas y, en una ocasión, le dice a uno de ellos: "Esa idea es una tontería, mejor deja que opine alguien que sepa del tema". Su comportamiento está generando un ambiente tenso y desmotivador en el equipo. Según la clasificación de roles negativos, ¿qué rol está desempeñando principalmente Laura?**

a) Inconformista, porque siempre encuentra algo malo en las propuestas de los demás.
b) Sabelotodo, porque cree saber más que los demás sobre el tema.
c) Agresor, porque anula a otras personas y destruye su autoestima.
d) Buscador de reconocimiento, porque quiere ser el centro de atención.

44.- **En una primera entrevista de relación de ayuda, después de la acogida inicial, el/la profesional ayuda a la persona a ordenar sus ideas y emociones para comprender mejor su situación. ¿En qué fase se encuentra?**

a) Acogida y orientación.
b) Exposición y clarificación del problema.
c) Confrontación del problema.
d) Plan de acción.

45.- **Una persona atraviesa un momento de gran confusión: se siente desbordada por sus emociones, actúa de forma desorganizada y no logra reflexionar con claridad sobre lo que le está ocurriendo. Según los cuatro tiempos de la vivencia de la crisis, ¿en qué fase se encuentra?**

a) Primer tiempo: agitación y actividad desordenada.
b) Segundo tiempo: tensión interior y sensación de catástrofe.
c) Tercer tiempo: aparición de nuevas posibilidades.
d) Cuarto tiempo: conclusión de la crisis.

46.- **Según las características de la relación de ayuda, cuando el/la profesional busca que la persona aprenda a manejar sus propias dificultades sin depender siempre de él, está aplicando el principio de:**

a) Ayuda concreta y puntual.
b) Ayuda eficaz.
c) Ayuda en la comunicación.
d) Ayuda que favorece el crecimiento personal y la autonomía.

47.- **Un/Una profesional sanitario/a mantiene un encuentro con una persona paciente en el que acapara la palabra, le da consejos sin escuchar sus necesidades y finaliza la conversación sin haber comprendido realmente su situación. Esta actuación se aleja del concepto de relación de ayuda porque se ha convertido en:**

a) Una relación social.
b) Una confesión.
c) Un discurso.
d) Un interrogatorio.

48.- **De las siguientes opciones, ¿cuál es una acción fundamental que se debe realizar de forma continuada durante la entrevista y, sobre todo, al finalizar la sesión?**

a) Tomar notas detalladas en una libreta sin mirar a la persona paciente.
b) Interrumpir a la persona paciente cuando haga una pausa para demostrar que entendemos el tema.
c) Cambiar de tema de conversación si la persona paciente se muestra demasiado emocional.
d) Pedir a la persona paciente un resumen de lo que cree que es más importante (feedback).

49.- **Si hablamos de aspectos de la comunicación, ¿cuál es el propósito principal de utilizar un enfoque de resolución de problemas centrado en la persona paciente?**

a) Demostrar a la persona paciente que el/la profesional tiene la solución correcta para todos sus problemas.
b) Evitar que la persona paciente se convierta en un agente pasivo y fomentar su participación activa durante la entrevista.
c) Reducir el tiempo de la consulta para poder atender a más pacientes.
d) Impedir que la persona paciente exprese sus emociones para no alargar la entrevista.

50.- **¿Qué actitud debe tener el/la profesional sanitario/a antes de iniciar la entrevista con la persona paciente?**

a) Ser consciente de su estado físico y emocional.
b) Ignorar su propio estado emocional para no interferir.
c) Centrarse únicamente en el estado de la persona paciente.
d) Mantener una actitud distante para evitar implicación.

51.- **Durante una entrevista clínica, una persona paciente inmigrante muestra dificultad para comprender las indicaciones del/de la profesional sanitario/a y asiente con la cabeza, aunque posteriormente no sigue las recomendaciones. ¿Cuál es la actuación más adecuada por parte del/de la profesional?**

a) Repetir la información utilizando términos más técnicos para mayor precisión.
b) Dar por hecho que la persona paciente ha entendido, ya que ha asentido.
c) Adaptar el lenguaje, explorar su comprensión y pedirle que resuma la información.
d) Finalizar la entrevista para no generar incomodidad.

52.- **Una/Uno enfermera/o, tras una jornada especialmente estresante, inicia una entrevista con una persona paciente que se muestra emocionalmente alterada. Durante la conversación, la/el enfermera/o responde de forma automática y poco empática. ¿Qué principio de la comunicación terapéutica NO se ha respetado?**

a) Fijar objetivos con la persona paciente.
b) Ser consciente del propio estado emocional antes de la entrevista.
c) Resaltar aspectos positivos de la persona paciente.
d) Acordar la duración de la entrevista.

53.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la epidemiología es correcta?**

a) La epidemiología se limita al estudio de la muerte, la enfermedad y la discapacidad, sin considerar los estados sanitarios positivos.
b) La epidemiología descriptiva se ocupa de buscar los factores que determinan la distribución de las enfermedades y de identificar asociaciones causales.
c) La epidemiología analítica estudia la distribución de las enfermedades en relación con las variables lugar, tiempo y persona.
d) Entre los objetivos de la epidemiología se incluye planificar y evaluar medidas preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras y organizativas vinculadas a la salud comunitaria.

54.- **En una residencia de tercera edad aparece un brote de gripe. Se decide vacunar a las personas residentes no inmunizadas. ¿Sobre qué eslabón de la cadena epidemiológica actúa esta medida?**

a) Agente causal.
b) Reservorio.

c) Mecanismo de transmisión.
d) Huésped susceptible.

55.- Una persona paciente con tuberculosis activa es ingresada en aislamiento respiratorio. ¿Qué objetivo tiene esta medida?

a) Eliminar el agente.
b) Reducir la susceptibilidad del huésped.
c) Interrumpir la transmisión.
d) Mejorar el estado general.

56.- En un brote infeccioso, se observa aumento de casos en una zona concreta en poco tiempo. Esto corresponde a:

a) Epidemiología analítica.
b) Epidemiología descriptiva.
c) Ensayo clínico.
d) Prevención terciaria.

57.- ¿Cuál de las siguientes medidas rompe la cadena epidemiológica actuando sobre el mecanismo de transmisión?

a) Vacunación.
b) Aislamiento de la persona paciente.
c) Mejora del estado nutricional.
d) Tratamiento etiológico.

58.- En relación con la esterilización, todas las afirmaciones son correctas, EXCEPTO:

a) Es equivalente a desinfección de alto nivel.
b) Elimina esporas.
c) Elimina bacterias y virus.
d) Se puede realizar mediante calor húmedo.

59.- Respecto a los antisépticos y desinfectantes, señale la opción correcta, EXCEPTO:

a) Los desinfectantes pueden aplicarse sobre piel intacta.
b) Los desinfectantes se utilizan en superficies.
c) Los antisépticos se aplican sobre tejidos vivos.
d) Los antisépticos previenen infecciones.

60.- La vigilancia epidemiológica se define como:

a) Diagnóstico individual.
b) Recogida puntual de datos.
c) Proceso continuo de recogida y análisis.
d) Tratamiento poblacional.

61.- Las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO):

a) Deben notificarse a sistemas sanitarios.
b) Son solo hospitalarias.
c) No requieren notificación.
d) No tienen relevancia epidemiológica.

62.- Se detecta aumento de casos de infección en varios hospitales. Se decide recoger datos, analizarlos y actuar. Esto corresponde a:

a) Prevención primaria.
b) Vigilancia epidemiológica.
c) Diagnóstico clínico.
d) Rehabilitación.

63.- El Sistema de Información Microbiológica (SIM):

a) Solo registra mortalidad.
b) No forma parte de vigilancia.
c) Solo se usa en hospitales.
d) Recoge datos de infecciones confirmadas.

64.- Un/Una profesional promueve hábitos saludables (dieta, ejercicio) en población sana. Esto corresponde a:

a) Prevención secundaria.
b) Prevención terciaria.
c) Diagnóstico.
d) Promoción de la salud.

65.- En la relación causa-efecto, una causa necesaria es:

a) Siempre suficiente por sí sola.
b) No influye en la enfermedad.
c) Imprescindible pero no suficiente.
d) Factor protector.

66.- **¿Cuál de los siguientes es un objetivo explícitamente mencionado en la seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio?**

a) Implementar paquetes de medidas (Bundles) en la hemorragia postparto.
b) Desarrollar sistemas de verificación para eliminar los riesgos en los diferentes procedimientos.
c) Unificar criterios asistenciales en un único protocolo corporativo de atención al embarazo normal.
d) Promover la participación de las mujeres y familiares en el proceso de seguridad en embarazo, parto y puerperio.

67.- **El manual de Osakidetza (2017) establece varias situaciones en las que es obligatorio cambiar los guantes durante su uso. ¿Cuál de los siguientes enunciados es INCORRECTO respecto a cuándo hay que cambiarse los guantes?**

a) Hay que cambiarse los guantes en la atención a distintas personas pacientes.
b) Hay que cambiarse los guantes en los cuidados a una misma persona paciente si se pasa de una zona más contaminada a una zona más limpia.
c) Hay que cambiarse los guantes al finalizar la jornada laboral, aunque no se hayan roto ni manipulado materiales contaminados.
d) Hay que cambiarse los guantes en caso de sufrir una salpicadura, rotura o perforación.

68.- **De acuerdo con el manual de Osakidetza (2017) sobre el uso adecuado de guantes sanitarios frente a la exposición a citostáticos y otros fármacos peligrosos, señale la opción correcta:**

a) Para la manipulación y administración de citostáticos se recomienda el uso de guante de nitrilo no estéril.
b) Los guantes de látex estéril son los recomendados para la administración de medicamentos citostáticos a personas pacientes.
c) Los guantes utilizados en la preparación de citostáticos en cabina de Farmacia pueden reutilizarse si no presentan roturas visibles.
d) El cambio de guantes entre paciente y paciente no es necesario cuando se administran citostáticos, solo al finalizar la jornada.

69.- **¿Cuál es el objetivo principal de las precauciones basadas en la transmisión?**

a) Sustituir las precauciones estándar.
b) Interrumpir la transmisión de patógenos específicos.
c) Reducir costes hospitalarios.
d) Mejorar el confort de la persona paciente.

70.- **Respecto al Sistema de Notificación para el Aprendizaje en Seguridad de la persona Paciente (SNASP), señala la opción correcta:**

a) Es un sistema obligatorio y punitivo.
b) Solo permite notificar eventos adversos con daño.
c) Es un sistema voluntario, no punitivo y orientado al aprendizaje.
d) Solo puede ser utilizado por personal médico.

71.- **¿Cuál es el objetivo principal de la gestión de eventos adversos dentro de la estrategia de seguridad de la persona paciente?**

a) Sancionar a los/las profesionales implicados/as.
b) Ocultar los errores para proteger la imagen institucional.
c) Reducir el tiempo de estancia hospitalaria exclusivamente.
d) Minimizar el impacto y favorecer el aprendizaje para evitar recurrencias.

72.- **Durante una guardia, un/una matrón/a detecta que se ha administrado una dosis incorrecta de medicación a una persona paciente, pero no ha producido daño. Decide registrarlo en el sistema de notificación del hospital. ¿Cuál es la finalidad principal de esta notificación?**

a) Analizar el incidente para prevenir futuros errores.
b) Registrar únicamente eventos con daño.
c) Sancionar al/a la profesional implicado/a.
d) Informar solo a la persona paciente afectada.

73.- **En un hospital se revisan los eventos adversos ocurridos durante el último año y se concluye que una gran proporción podría haberse evitado con medidas adecuadas. ¿Cuál de los siguientes rangos refleja mejor la evitabilidad según el documento?**

a) 5–10%.
b) 43–70%.
c) 15–25%.
d) >90%.

74.- **Una persona paciente sufre una complicación derivada de una atención sanitaria que prolonga su estancia hospitalaria y requiere tratamiento adicional. Este evento se clasifica principalmente por su:**

a) Frecuencia.
b) Impacto.
c) Notificación.
d) Intencionalidad.

75.- **En una unidad de maternidad, tras varios días con aumento de infecciones puerperales, se realiza una auditoría. Se detecta que el personal sanitario utiliza guantes de forma sistemática, pero la adherencia a la higiene de manos es baja. Además, muchos/as profesionales consideran que el uso de guantes es suficiente para prevenir la transmisión. ¿Cuál sería la medida prioritaria a implementar?**

a) Reforzar el uso de guantes en todos los procedimientos.
b) Implantar aislamiento de contacto a todas las personas pacientes.
c) Mejorar la adherencia a la higiene de manos.
d) Administrar profilaxis antibiótica sistemática.

76.- **Un/Una matrón/a atiende un parto eutócico. Durante la asistencia, entra en contacto con fluidos biológicos sin incidencias. Posteriormente, atiende a otra persona paciente sin cambiarse los guantes, aunque no hay contacto visible con sangre. Desde el punto de vista de seguridad de la persona paciente, ¿cuál es la afirmación más correcta?**

a) Debe cambiarse los guantes y realizar higiene de manos entre personas pacientes.
b) Los guantes pueden reutilizarse en el mismo turno.
c) Es correcto si no hay sangre visible.
d) Solo debe lavarse las manos si hay contaminación visible.

77.- **En una planta hospitalaria, se detecta un caso de infección nosocomial. El/La matrón/a participa en la revisión del caso y propone medidas. Durante la sesión, algunos/as profesionales sugieren aplicar medidas solo a personas pacientes con diagnóstico confirmado de infección. ¿Cuál es la actuación más adecuada según los principios de seguridad de la persona paciente?**

a) Aplicar precauciones estándar solo en personas pacientes con infección confirmada.
b) Aplicar precauciones estándar a todas las personas pacientes.
c) Aplicar aislamiento únicamente si hay síntomas graves.
d) Limitar las medidas preventivas para evitar sobrecarga asistencial.

78.- **¿Cuál de las siguientes es una acción específicamente mencionada para el ámbito del parto en la seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio?**

a) Despliegue e implantación del protocolo de Atención al parto de emergencia fuera de las áreas de parto.
b) Evaluar periódicamente el cumplimiento de los protocolos difundidos en el parto.
c) Crear, impulsar y mantener el grupo de trabajo del proceso asistencial en el parto.
d) Involucrar a las mujeres y familiares en la toma de decisiones a través del consentimiento informado.

79.- En relación con la consulta preconcepcional dentro de la atención maternoinfantil, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Su población diana son las mujeres embarazadas.
b) Entre sus actividades se incluye identificar riesgos que durante el embarazo puedan ser un peligro para la salud de la madre o del feto.
c) Su objetivo principal es el control y seguimiento del embarazo trimestre a trimestre.
d) Se dirige exclusivamente a mujeres con patologías previas conocidas.

80.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la menarquia?

a) La menarquia suele aparecer inmediatamente después del inicio del desarrollo mamario, con un intervalo medio de menos de un año.
b) En los primeros años después de la menarquia es frecuente que los ciclos sean regulares y ovulatorios desde el principio.
c) Una vez que los ciclos están establecidos, la duración normal del ciclo menstrual es de entre 21 y 35 días, siendo el promedio de 28 días.
d) La cantidad de pérdida menstrual normal es superior a 8 apósitos empapados por día.

81.- Desde la perspectiva planteada para la educación grupal en salud de la mujer, ¿cuál de las siguientes definiciones corresponde a la concepción del "aprendizaje grupal"?

a) Es un proceso donde el conocimiento es transmitido desde la persona educadora (que lo posee) hacia las personas del grupo (que carecen de él), de forma jerárquica y unidireccional.
b) Es un proceso de elaboración conjunta donde el conocimiento se construye a partir del análisis de situaciones problemáticas, superando la idea de que es algo acabado que posee una sola persona.
c) Es un método que busca principalmente la eficiencia administrativa, reduciendo costes sanitarios y el tiempo de consulta mediante la estandarización de la información.
d) Es una técnica que permite a los/las profesionales sanitarios/as imponer cambios de conducta a las mujeres, utilizando la presión del grupo para modificar hábitos insanos.

82.- ¿Cuál es su objetivo principal de la educación para la salud en la mujer?

a) Transmitir información sanitaria exclusivamente.
b) Fomentar cambios en actitudes y estilos de vida.
c) Reducir costes sanitarios.
d) Sustituir la atención clínica.



83.- En relación con la educación sanitaria en la adolescencia, ¿cuál es el papel más adecuado del/de la matrón/a?

a) Limitarse a tratar patologías ginecológicas.
b) Centrarse solo en anticoncepción.
c) Promover la salud sexual y prevenir conductas de riesgo.
d) Intervenir solo si hay embarazo.

84.- Respecto a la educación sanitaria en el climaterio y menopausia, ¿cuál es la intervención más adecuada?

a) No realizar intervención educativa.
b) Limitarse a tratamiento farmacológico.
c) Proporcionar cuidados específicos e información.
d) Derivar siempre a atención especializada.

85.- ¿Cuál es el enfoque correcto del/de la matrón/a como agente de educación sanitaria en las distintas etapas evolutivas?

a) Actuar solo en enfermedad.
b) Adaptar la educación a las transiciones vitales.
c) Aplicar el mismo contenido a todas las edades.
d) Priorizar únicamente el ámbito hospitalario.

86.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es correcta?

a) La mayor tasa de hospitalización por enfermedad pélvica inflamatoria (EIP) se encuentra en el grupo de 15 a 19 años cuando se ajusta por actividad sexual.
b) Cuando se calculan las tasas utilizando el porcentaje de personas sexualmente activas por grupo de edad, la mayor tasa de gonorrea, sífilis y clamidias se encuentra en el grupo de 20 a 24 años.
c) El mayor número de casos de ETS se presenta de forma consistente en el grupo de 15 a 19 años según todos/as los/as autores/as.
d) La adolescencia no se considera una etapa de especial riesgo para ETS porque las personas adolescentes tienen menos parejas sexuales.

87.- ¿Cuál de las siguientes opciones refleja correctamente el papel de la educación para la salud en la prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

a) La educación sexual debe iniciarse después del inicio de la actividad sexual, cuando ya se han comenzado las conductas de riesgo.
b) La educación sexual retrasa el inicio de la actividad coital pero no mejora el uso de métodos anticonceptivos.
c) La educación para la salud debe realizarse de forma sistemática y universal en las escuelas, iniciándola antes de los 15-16 años.

d) A partir de los 16 años, cualquier intervención educativa en salud sexual tiene la misma eficacia que en edades más tempranas.

88.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las campañas de promoción sanitaria para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es correcta?

a) Las campañas generales de información sanitaria son muy eficaces en los colectivos de alto riesgo.
b) La promoción del preservativo debe ofertar aspectos positivos como el disfrute del placer sexual y la tranquilidad.
c) Utilizar el miedo como herramienta en campañas es muy efectivo porque la amenaza de las ETS se percibe como cercana y cierta.
d) La mejor medida de prevención de ETS es el uso sistemático del preservativo en todas las relaciones sexuales.

89.- Teniendo en cuenta el diseño de programas de prevención del consumo de sustancias adictivas en jóvenes, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre las características de las personas adolescentes y jóvenes es la correcta?

a) Las personas adolescentes consultan frecuentemente al sistema sanitario porque perciben su salud como frágil y vulnerable.
b) La baja percepción del riesgo y el sentimiento de invulnerabilidad son factores protectores frente al consumo de sustancias.
c) Las personas adolescentes y jóvenes rara vez consultan al sistema sanitario porque su salud autopercibida es buena.
d) El sistema sanitario es percibido por las personas jóvenes como un promotor activo de su bienestar y salud.

90.- En el contexto de los programas de personas jóvenes para la promoción de estilos de vida saludables, el texto señala que el área de "sexualidad y salud" tiene como objetivo principal:

a) Conocer las dimensiones del hecho sexual humano (placer, afectos, sentimientos, comunicación y reproducción).
b) Aprender a utilizar correctamente los diferentes métodos anticonceptivos tanto teórica como prácticamente.
c) Que los jóvenes perciban el riesgo de infección y reconozcan las prácticas sexuales seguras e inseguras.
d) Desarrollar competencias para favorecer el ajuste psicosocial, como autoestima y habilidades sociales.

91.- Entre las principales causas que intervienen en el desarrollo de conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes (como el consumo de alcohol o drogas) se incluyen todas las siguientes EXCEPTO:

a) Una alta percepción del riesgo y sentimiento de vulnerabilidad.

b) La falta de conocimientos y habilidades.
c) La falta de apoyo familiar.
d) La búsqueda de sensaciones nuevas.

92.- Una mujer acude a consulta de enfermería por dolores de cabeza crónicos e insomnio. Al explorar su situación, refiere que su pareja "a veces se pone de mal humor" y le insulta, pero dice que "no es para tanto" y que "todas las parejas discuten". Según el modelo de Prochaska y Diclemente, ¿cuál sería la actuación más adecuada en esta fase?

a) Derivarla inmediatamente a servicios sociales y a la casa de acogida más cercana.
b) Proponerle que asista a un grupo de mujeres para fortalecer su autoestima y comenzar el cambio.
c) Ayudarla a elaborar un plan de seguridad detallado y analizar los obstáculos para separarse de su pareja.
d) Fomentar la duda respecto a la aceptabilidad de la situación, identificando el maltrato con la pérdida de salud y explicando el círculo de la violencia.

93.- Una mujer que ya ha iniciado el proceso de separación de su agresor y ha tomado medidas para proteger a sus hijos e hijas, acude a una consulta de seguimiento. Manifiesta sentirse sola, con miedos e incertidumbre sobre el futuro, aunque afirma que no quiere volver con su expareja. Según el modelo de Prochaska y Diclemente, ¿cuál debería ser el objetivo principal del profesional sanitario en este momento?

a) Ayudar a mantener las acciones emprendidas, identificar estrategias para prevenir recaídas y mantener la vigilancia sobre el riesgo.
b) Acompañar a la mujer para determinar el mejor plan a seguir y evitar la precipitación en las decisiones.
c) Aumentar la toma de conciencia y solucionar la incertidumbre a favor de establecer cambios, analizando obstáculos y miedos.
d) Ayudar a reconducir el proceso hacia la contemplación, evitando sentimientos de fracaso si reconsidera volver con su pareja.

94.- Según la guía rápida de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi, ¿cuál es la consecuencia principal de que una/un profesional de enfermería active en el programa OSANAIA el check "Mujer víctima de violencia de género" dentro del dominio 9?

a) Se genera automáticamente un parte de lesiones y una notificación obligatoria al juzgado de guardia.
b) El sistema ofrece un plan de cuidados preconfigurado y, al integrarse con un RIC, activa una guía específica en Osabide Global.
c) Se bloquea la posibilidad de modificar cualquier otro dato del dominio 9 durante las siguientes 72 horas.
d) Se envía un aviso inmediato al equipo de servicios sociales de referencia y al agente de igualdad del centro de salud.

95.- **Según la guía rápida de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi, ¿en qué situación o situaciones se debe emitir el parte de lesiones?**

a) Cuando la mujer lo solicite o lo consienta; cuando se valore un alto riesgo cercano en el tiempo de un episodio grave; o cuando la mujer esté convencida de su utilidad y en proceso de recuperación.
b) Siempre que se identifiquen lesiones físicas visibles, aunque la mujer se niegue a dar su consentimiento.
c) Únicamente cuando la mujer lo solicite expresamente, independientemente de la valoración del riesgo.
d) Solo cuando el personal facultativo considere que existe suficiente evidencia para que el agresor sea condenado.

96.- **Según la guía rápida de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi, señala la actuación correcta en relación con los aspectos prácticos del parte de lesiones:**

a) Antes de la redacción definitiva del parte, este debe leerse a la mujer y solicitar su consentimiento para el envío al juzgado, informándole sobre los pasos y consecuencias.
b) Se debe evitar detallar el parentesco o la relación con el presunto agresor para no influir en la decisión judicial.
c) El parte de lesiones debe ser cumplimentado exclusivamente por personal facultativo responsable de la asistencia, quedando prohibida su elaboración por otros profesionales de la salud.
d) Una vez cumplimentado, el parte de lesiones se archiva únicamente en la historia clínica de la mujer, sin entregar copia a ella ni al juzgado para proteger su confidencialidad.

97.- **Según la Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia sexual en mujeres mayores de 14 años, ¿cuál de las siguientes medidas se indica en el plan de actuación en el Servicio de Urgencias para minimizar el impacto psíquico en la mujer agredida?**

a) Realizar la evaluación ginecológica y médica forense en días distintos para no saturar a la paciente.
b) Mantener a la mujer en la sala de espera junto a otras personas pacientes para evitar el aislamiento.
c) Indicar a la mujer que se lave y se cambie de ropa para eliminar restos de agresión antes de la exploración.
d) Realizar la evaluación ginecológica y médica forense en un solo acto, de manera simultánea y coordinada.

98.- **Según la Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia sexual en mujeres mayores de 14 años, en el apartado de anamnesis y examen clínico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) El consentimiento informado para la recogida de muestras médico-legales puede ser únicamente verbal, al igual que para el resto de exploraciones.
b) La mujer puede mostrar una alta sensibilidad durante la exploración ginecológica, por lo que se debe actuar con lentitud y preguntarle con frecuencia si puede proseguir.
c) Durante la exploración ginecológica se debe proceder con rapidez para minimizar el malestar emocional de la mujer.
d) El médico forense puede fotografiar las lesiones sin necesidad de consentimiento informado de la mujer, siempre que lo considere necesario para la investigación.

99.- **Según la Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia sexual en mujeres mayores de 14 años, en el apartado de tratamiento preventivo de enfermedades de transmisión sexual (ETS), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) La profilaxis frente al VIH debe iniciarse siempre que hayan transcurrido menos de 72 horas desde la agresión, siendo su eficacia máxima en las primeras 2 horas, por lo que no debe demorarse su inicio en Urgencias.
b) La profilaxis frente al VIH solo se indica si el agresor es conocido y tiene serología positiva confirmada, independientemente del tipo de exposición.
c) En mujeres correctamente vacunadas frente a hepatitis B con HBsAC > 10 mUI/ml, se debe administrar siempre una dosis de gammaglobulina en las primeras 24 horas.
d) La vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) está claramente recomendada por todas las sociedades científicas en todos los casos de agresión sexual.

100.- **Según la Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia sexual en mujeres mayores de 14 años, en el apartado de atención social, psicológica y jurídica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) Cuando la agresión sexual se produce dentro de la relación de pareja, no es necesario evaluar el riesgo de que la mujer vuelva a su domicilio, ya que la atención se centra exclusivamente en las lesiones físicas.
b) La mujer agredida puede recibir atención social a través del servicio social de base de su Ayuntamiento, donde le orientarán sobre recursos como alojamiento temporal, ayuda psicológica y asesoramiento jurídico.
c) En caso de que la persona agredida sea menor de edad, únicamente se debe informar a la familia, sin necesidad de contactar con los servicios sociales.
d) El centro de crisis de atención a víctimas de violencia sexual 24 horas solo ofrece atención jurídica, excluyendo el acompañamiento psicológico y social.

101.- **Según la Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi sobre mutilación genital femenina (MGF), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) La OMS, en su clasificación de 1995, define el Tipo III como la resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio, conocida como clitoridotomía.
b) En la revisión de 2007, la OMS enfatiza que el Tipo III se centra en el estrechamiento de la abertura vaginal más que en la eliminación de órganos.
c) La mutilación genital femenina se practica exclusivamente en niñas menores de 5 años, sin casos documentados en adolescentes o durante el embarazo.
d) Estudios recientes indican que la edad de las niñas sometidas a MGF está aumentando gradualmente debido a una mayor resistencia por parte de las comunidades.

102.- **Según la Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi sobre mutilación genital femenina (MGF), identifica la afirmación correcta sobre las consecuencias para la salud:**

a) Las complicaciones derivadas de la MGF son exclusivamente a corto plazo, como dolor intenso y hemorragia, sin consecuencias obstétricas a largo plazo.
b) El grado de mutilación no influye en el tipo de complicación, siendo similares en todos los casos independientemente de si la mujer está infibulada o no.
c) Entre las consecuencias a medio y largo plazo se incluyen alteraciones ginecológicas, urinarias, fístulas, dispareunia, esterilidad y complicaciones obstétricas como partos prolongados o mayor tasa de cesárea.
d) Las organizaciones internacionales consideran que la MGF es principalmente un problema cultural sin relación con los derechos humanos fundamentales.

103.- **Según el apartado de fundamentación ética de la Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi sobre mutilación genital femenina (MGF), identifica la afirmación correcta:**

a) La MGF vulnera el principio de no maleficencia por las graves consecuencias para la salud de las afectadas, y también vulnera el principio de justicia por ser una práctica discriminatoria basada en el sexo.
b) La MGF es considerada éticamente admisible por el Comité Nacional de Bioética de Italia siempre que se realice en condiciones de higiene adecuadas.
c) La MGF vulnera únicamente el principio de justicia, respetando el principio de no maleficencia al tratarse de una práctica tradicional consentida.
d) La Convención sobre eliminación de toda forma de discriminación de la mujer (1979) no considera la MGF como una práctica discriminatoria, sino como una cuestión cultural.

104.- **Según el apartado de actuaciones preventivas generales de la Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi sobre mutilación genital femenina (MGF), señala la respuesta correcta:**

a) La estrategia de prevención de la MGF debe desarrollarse exclusivamente en el nivel comunitario, siendo innecesaria la intervención individual o familiar.
b) La detección de una MGF en una mujer no implica riesgo para sus hijas o niñas de su misma familia, por lo que no requiere medidas de alerta adicionales.
c) La intervención educativa para la prevención puede incluir de manera proactiva a los hombres de estas comunidades, utilizando herramientas de Atención Familiar y adaptándose a sus características culturales.
d) Las actuaciones preventivas y de detección de riesgo de MGF recaen exclusivamente en el ámbito hospitalario de ginecología y obstetricia, sin participación de Atención Primaria.

105.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la histología y estructura del ovario es correcta?**

a) La médula ovárica es la zona donde se encuentran la mayoría de los folículos en sus diferentes estados de maduración, incluyendo los folículos de Graaf.
b) El ovario está recubierto externamente por la túnica albugínea, una capa de tejido conjuntivo denso fibroso con función protectora, y por debajo de esta se encuentra el epitelio ovárico.
c) Durante la menopausia, el ovario mantiene una actividad folicular constante, aunque los folículos son predominantemente atrésicos.
d) En la médula del ovario, además de tejido conectivo fibroelástico laxo, vasos y nervios, se pueden encontrar ocasionalmente formaciones como la rete ovarii.

106.- **En relación con la irrigación, inervación y estructuras de las trompas de Falopio y el útero, indique la opción correcta:**

a) Las trompas de Falopio reciben irrigación arterial exclusivamente de la arteria uterina, sin participación de la arteria ovárica.
b) El cuello uterino (cérvix) presenta el mismo tipo de epitelio en toda su superficie: un epitelio cilíndrico con numerosas glándulas que se extiende desde el orificio cervical interno hasta el externo.
c) La porción más ancha y larga de la trompa de Falopio es la porción ampular, que puede llegar a medir hasta 6 cm y su diámetro aumenta hacia el infundíbulo.
d) Los vasos linfáticos del cuerpo uterino drenan exclusivamente en los nódulos linfáticos inguinales superficiales, a través del ligamento redondo del útero..

107.- **En relación con la anatomía de los genitales externos femeninos, ¿cuál de los siguientes enunciados es el verdadero?**

a) Los labios menores se insertan en el clítoris mediante dos hojas: la hoja posterior forma el prepucio del clítoris y la hoja anterior forma el frenillo del clítoris.

b) El clítoris está compuesto por cuerpos cavernosos de tejido eréctil con grandes mallas vasculares, mientras que el glande del clítoris es de naturaleza conjuntiva con revestimiento mucocutáneo muy sensible.

c) Las glándulas de Bartolino se abren en la base de los labios mayores y su función principal es secretar un líquido lubricante durante el coito, desarrollándose a partir de la menopausia.

d) El himen es un septo completo que cierra totalmente el ostio vaginal en la mujer virgen, y sus formas más comunes son semilunar, anular y labiado.

108.- "Una enfermera está realizando una valoración de la glándula mamaria a una gestante en el tercer trimestre. Durante la anamnesis, la paciente le pregunta por los cambios que está notando en sus mamas. La enfermera recuerda la anatomía mamaria." ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la glándula mamaría es FALSA?

a) La glándula mamaria se extiende desde la segunda hasta la sexta costilla y desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media, presentando una prolongación hacia la axila llamada "prolongación axilar".

b) Los conductos galactóforos, antes de desembocar en el pezón, presentan unas dilataciones bajo la areola denominadas senos lactíferos, donde se acumula la leche que el/la niño/a debe exprimir al mamar.

c) La irrigación arterial de la mama proviene principalmente de la arteria mamaria interna, la torácica lateral y las intercostales posteriores, formando una rica red de anastomosis que permite incisiones cutáneas sin riesgo de necrosis.

d) Durante el embarazo y la lactancia, el tamaño de la mama aumenta exclusivamente por el crecimiento del tejido adiposo, mientras que el tejido glandular permanece inalterado hasta la menopausia.

109.- Señala el tipo de pelvis que se considera el más favorable para el parto debido a su morfología:

a) Pelvis androide.
b) Pelvis antropoide.
c) Pelvis platipeloide.
d) Pelvis ginecoide.

110.- Señala el principal desencadenante hormonal de la ovulación en el ciclo ovárico:

a) Disminución de estrógenos.
b) Aumento brusco de LH.
c) Aumento progresivo de progesterona.
d) Disminución de FSH.

111.- De las siguientes características, identifica la que corresponde a la fase secretora del ciclo endometrial:

a) Proliferación activa del endometrio por acción de los estrógenos.
b) Presencia de glándulas rectilíneas y mitosis abundantes.
c) Aparición de vacuolas subnucleares y secreción glandular por acción de la progesterona.
d) Descamación de la capa funcional del endometrio.

112.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el proceso de la gametogénesis?

a) Es un proceso en el que células haploides producen gametos diploides mediante mitosis.
b) Es el proceso por el cual células diploides experimentan meiosis para formar gametos haploides especializados.
c) Ocurre únicamente en la mujer y comienza antes de la pubertad.
d) No depende de la acción de hormonas como FSH y LH.

113.- "Un/Una estudiante de enfermería está comparando la gametogénesis femenina y masculina. Al estudiar la ovogénesis, identifica varias diferencias clave respecto a la espermatogénesis. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la ovogénesis es cierta?"

a) Cada ovocito primario origina cuatro óvulos funcionales tras la meiosis.
b) La ovogénesis comienza en la pubertad con la formación de las ovogonias.
c) El resultado final de la ovogénesis es un óvulo funcional y tres corpúsculos polares no funcionales.
d) Los ovocitos de primer orden completan la meiosis I antes del nacimiento.

114.- Identifica la afirmación correcta sobre la espermatogénesis:

a) Durante la meiosis, un espermatocito primario origina cuatro espermátidas haploides.
b) La espermatogénesis es un proceso discontinuo que se inicia antes de la pubertad y se detiene en la edad adulta.
c) Cada espermatocito primario da lugar a un único espermatozoide funcional.
d) La espermiogénesis corresponde a la fase en la que las espermatogonias se dividen por mitosis.

115.- Con respecto a la irrigación y el drenaje linfático del aparato genital femenino, indique cuál de las siguientes afirmaciones es la verdadera.

a) La arteria ovárica se origina en la arteria hipogástrica y, tras recorrer el ligamento infundibulopélvico, se anastomosa con la arteria uterina en el ángulo formado por la trompa y el útero.

b) La vagina recibe irrigación de múltiples fuentes arteriales, incluyendo ramas cervicovaginales de la uterina, arterias vaginales de la hipogástrica, y ramas de la pudenda interna y de la hemorroidal media.

c) Los vasos linfáticos procedentes del fondo uterino drenan exclusivamente en los ganglios inguinales superficiales, siguiendo el trayecto del ligamento redondo, sin alcanzar nunca los ganglios preaórticos o aórticos laterales.

d) Las arterias espirales, que son ramas de las arterias radiales internas, alcanzan la proximidad del epitelio superficial únicamente durante la fase proliferativa del ciclo menstrual.

116.- En relación con la inervación del aparato genital femenino, todas las siguientes afirmaciones son correctas EXCEPTO una. ¿Cuál de ellas es FALSA?

a) Los genitales externos y el tercio inferior de la vagina reciben inervación somática del nervio pudendo (S2-S4), además de inervación autónoma.

b) El plexo uteroovárico se origina en los ganglios aorticorrenal y mesentérico superior, sigue la arteria ovárica e inerva ovario, trompa y fondo uterino.

c) Las fibras parasimpáticas del útero y vagina proceden de los nervios esplácnicos pélvicos (S2-S4) a través del plexo hipogástrico inferior.

d) El plexo de De Lee Frankenhäuser está situado a la altura del fondo uterino y está formado exclusivamente por fibras simpáticas.

117.- En relación con la histología del cuerpo del útero, todas las siguientes afirmaciones son correctas EXCEPTO una. ¿Cuál de ellas es FALSA?

a) El endometrio es la capa interna del útero y se descama cíclicamente durante la menstruación.

b) El miometrio es la capa más gruesa del útero y está constituido por fibras musculares lisas.

c) El peritoneo (serosa) es la capa que recubre externamente el fondo y la cara posterior del cuerpo uterino.

d) El miometrio no experimenta cambios significativos durante el embarazo, manteniéndose con el mismo grosor y número de fibras.

118.- ¿A partir de qué estructuras se forma la placenta y cuál es el orden correcto de las capas del corion embrionario en sus etapas iniciales?

a) Se forma por la interacción entre la decidua endometrial y el corion; y este se compone, de dentro a fuera de mesénquima extraembrionario, citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto.

b) Se forma por la fusión del saco vitelino y el amnios; con capas ordenadas de fuera a dentro: sincitiotrofoblasto, mesénquima y citotrofoblasto.

c) Se forma por la unión del miometrio y el epiblasto; las capas del corion son, de dentro a fuera, sincitiotrofoblasto, citotrofoblasto y mesénquima extraembrionario.

d) Se forma a partir del trofoblasto; y sus capas internas desaparecen tras la implantación.

119.- Respecto a la formación de los cotiledones fetales, señale la opción correcta:

a) Los cotiledones fetales se originan directamente de las vellosidades libres del espacio intervelloso, sin intervención de los troncos vellositarios de primer orden, y el número habitual es de 2 a 5 por placenta.

b) A partir de las vellosidades de anclaje se forman troncos vellositarios de primer, segundo y tercer orden que se ramifican ampliamente en el espacio intervelloso; existen entre 60 y 70 troncos vellositarios de primer orden y entre 10 y 30 cotiledones fetales por placenta.

c) Los troncos vellositarios primitivos se unen para formar exclusivamente vellosidades terciarias que luego reemplazan a los cotiledones fetales, por lo que estos desaparecen en las últimas semanas de gestación.

d) El número de troncos vellositarios de primer orden y el número de cotiledones fetales es constante en todas las placentas humanas, fijado en 20 estructuras para cada uno.

120.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la función de los vasos del cordón umbilical?

a) El cordón umbilical contiene una arteria y dos venas; las venas llevan sangre desoxigenada hacia la placenta.

b) El cordón umbilical contiene dos arterias que llevan sangre desoxigenada hacia la placenta y una vena que devuelve al feto sangre rica en oxígeno, todo ello rodeado por gelatina de Wharton.

c) Las arterias umbilicales transportan sangre oxigenada hacia el feto y la vena umbilical lleva sangre desoxigenada hacia la placenta.

d) El cordón umbilical no contiene tejido conectivo y está formado únicamente por vasos sanguíneos recubiertos por el amnios.

121.- ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente la función endocrina de la placenta y algunas de las hormonas que produce?

a) La placenta únicamente produce progesterona y estradiol, mientras que todas las demás hormonas necesarias para la gestación proceden del hígado fetal.

b) La placenta produce exclusivamente hormonas proteicas tipo hipofisario, como la hCG y la hPL, pero no interviene en la síntesis de esteroides ni de factores de crecimiento.

c) La placenta actúa como una glándula endocrina capaz de sintetizar más de 30 hormonas, entre ellas esteroideas (progesterona, E1, E2, E3), hormonas proteicas tipo hipofisario (hCG, hPL, hGH, hCT, ACTH) y hormonas tipo hipotalámico (GnRH, CRH, GHRH, somatostatina), además de factores de crecimiento como inhibina, activina y folistatina.

d) La placenta solo libera hormonas a la circulación materna, mientras que las hormonas fetales se producen exclusivamente en las glándulas fetales durante toda la gestación.

122.- **¿Qué proceso fundamental ocurre durante la tercera semana de gestación y establece las tres capas germinales del embrión?**

a) Neurulación.
b) Implantación.
c) Segmentación.
d) Gastrulación.

123.- **¿En qué días aproximadamente se cierran los neuroporos embrionarios durante el desarrollo?**

a) Neuroporo craneal día 21 y neuroporo posterior día 24.
b) Neuroporo craneal día 25 y neuroporo posterior día 28.
c) Neuroporo craneal día 30 y neuroporo posterior día 32.
d) Neuroporo craneal día 28 y neuroporo posterior día 25.

124.- **¿Cuál de las siguientes opciones NO es un proceso o característica relacionada con la formación del tubo intestinal derivado del endodermo?**

a) El endodermo forma el techo del saco vitelino.
b) El plegamiento cefalocaudal incorpora parte del endodermo al embrión.
c) El tubo gastrointestinal deriva principalmente del endodermo.
d) El plegamiento lateral evita que el endodermo se incorpore al embrión.

125.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el feto alrededor del sexto mes de gestación (24 semanas) es INCORRECTA?**

a) La piel puede verse rosada o rojiza debido a la visibilidad de los capilares.
b) Las células alveolares comienzan a producir surfactante pulmonar.
c) El lanugo se incrementa progresivamente y ya no se desprende.
d) El feto empieza a acumular grasa y se cubre de vérnix caseoso.

126.- **¿Cuál de los siguientes tejidos deriva del ectodermo?**

a) Músculo esquelético.
b) Epitelio sensitivo.
c) Bazo.
d) Hígado.

127.- **¿Cuál de las siguientes estructuras es un derivado del mesodermo?**

a) Páncreas.
b) Sistema nervioso central.
c) Cartílago.
d) Amígdalas.

128.- **¿Qué estructura deriva del endodermo?**

a) Glándulas sudoríparas.
b) Hígado.
c) Médula espinal.
d) Hueso.

129.- **El mesodermo de la placa lateral se divide en:**

a) Parietal y visceral.
b) Paraxial y axial.
c) Somítico y esplácnico.
d) Intermedio y somático.

130.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO corresponde al desarrollo embrionario durante el primer mes?**

a) Los primeros miembros en aparecer son los brazos, seguidos de las piernas.
b) El embrión mide menos de 1,5 cm al final del primer mes.
c) El corazón comienza a latir aproximadamente 60 veces por minuto.
d) La sangre del embrión circula mezclada con la sangre materna.

131.- **Gestante de 38 años, sin antecedentes personales relevantes, acude a consulta en la semana 12 de gestación. En el cribado combinado del primer trimestre presenta riesgo elevado de trisomía 21. ¿Cuál es la actuación MÁS adecuada?**

a) Repetir el cribado en el segundo trimestre.
b) Realizar directamente tratamiento intrauterino.
c) Ofrecer una técnica invasiva para confirmación diagnóstica.
d) No hacer nada, ya que es un falso positivo frecuente.

132.- **Pareja acude a consulta porque su primer/a hijo/a presenta una enfermedad genética monogénica autosómica recesiva. La mujer está embarazada de 10 semanas. ¿Cuál es la actuación MÁS adecuada en este momento?**

a) Realizar directamente cordocentesis.
b) Ofrecer consejo genético y valorar diagnóstico prenatal.
c) Esperar al nacimiento para confirmar.
d) Realizar solo ecografías de control.

133.- **En relación con las técnicas de diagnóstico prenatal, señale la opción correcta:**

a) Las técnicas invasivas permiten diagnóstico definitivo.
b) Las técnicas no invasivas confirman el diagnóstico genético.

c) Las técnicas invasivas se utilizan exclusivamente como cribado.
d) Las técnicas no invasivas presentan mayor riesgo fetal.

134.- Respecto a las enfermedades genéticas, ¿Cuál de las siguientes asociaciones es INCORRECTA?

a) Anomalía cromosómica: alteración en número o estructura.
b) Monogénica: mutación en un solo gen.
c) Multifactorial: interacción genes y ambiente.
d) Multifactorial: exclusivamente genética.

135.- ¿Cuál de las siguientes características corresponde a un programa de screening prenatal?

a) Identificación de población de riesgo.
b) Ausencia de falsos positivos.
c) Alta especificidad diagnóstica absoluta.
d) Confirmación de enfermedad genética.

136.- ¿Cuál de las siguientes combinaciones es más adecuada para el diagnóstico prenatal de cromosopatías?

a) Ecografía y marcadores bioquímicos: diagnóstico definitivo.
b) Screening positivo: confirmación con técnica invasiva.
c) Cariotipo: técnica no invasiva.
d) Biología molecular. técnica de cribado.

137.- En relación con las técnicas invasivas, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Permiten estudio cromosómico fetal.
b) Incluyen amniocentesis y cordocentesis.
c) No presentan riesgos para el feto.
d) Permiten diagnóstico mediante biología molecular.

138.- Respecto a las anomalías genéticas, señale la opción correcta:

a) Las enfermedades multifactoriales dependen exclusivamente de un gen.
b) Las anomalías cromosómicas afectan a la estructura o número de cromosomas.
c) Las enfermedades monogénicas siempre son letales.
d) Las cromosopatías no pueden detectarse prenatalmente.

139.- El consejo genético tiene como principal objetivo:

a) Diagnosticar enfermedades genéticas.

b) Curar enfermedades hereditarias.
c) Sustituir el diagnóstico prenatal.
d) Informar y asesorar a la pareja sobre riesgos genéticos.

140.- ¿Cuál de los siguientes métodos corresponde a una técnica de screening prenatal?

a) Marcadores bioquímicos.
b) Biopsia corial.
c) Cariotipo fetal.
d) Amniocentesis.

141.- En el contexto del diagnóstico prenatal, ¿qué combinación corresponde correctamente a una estrategia de cribado seguida de confirmación diagnóstica?

a) Ecografía y Test de Apgar.
b) Biopsia corial y Screening bioquímico.
c) Amniocentesis y Ecografía.
d) Marcadores bioquímicos y Cariotipo fetal.

142.- ¿Cuál de los siguientes elementos forma parte del estudio genético prenatal básico?

a) Electrocardiograma fetal.
b) Determinación del cariotipo.
c) Test de Apgar.
d) Monitorización uterina.

143.- ¿Cuál de los siguientes factores está relacionado con la aparición de defectos congénitos y se evalúa en el diagnóstico prenatal?

a) Infecciones durante la gestación.
b) Grupo sanguíneo materno.
c) Edad paterna exclusivamente.
d) Sexo fetal.

144.- En cuanto a las recomendaciones en la consulta preconcepcional en relación con las enfermedades crónicas más frecuentes, todas las siguientes afirmaciones son correctas EXCEPTO una:

a) Se recomienda realizar el cribado de diabetes mellitus a todas las mujeres con un índice de masa corporal superior a 25 y uno o más factores de riesgo para diabetes mellitus.
b) Se recomienda realizar cribado de hipotiroidismo a todas las mujeres sintomáticas.

c) Se recomienda realizar cribado de trombofilias a todas las mujeres que presenten antecedentes familiares y/o personales de riesgo.
d) Se recomienda a las pacientes epilépticas con tratamiento anticonvulsivante tomar 4 mg de ácido fólico desde al menos 3 meses antes de la gestación y durante todo el embarazo.

145.- La potencial repercusión de la infección prenatal sobre el desarrollo del feto, así como su alta prevalencia, justifican el cribado de algunas infecciones en la consulta preconcepcional. Entre ellas cabe destacar el siguiente cribado:

a) Se recomienda realizar a todas las mujeres cribado de sífilis con prueba específica, treponémica (TPHA, MHA-TP o FTA-ABS).
b) La tasa de transmisión vertical de VIH sin medidas preventivas es del 40-50%; sin embargo, si durante la gestación se toman las medidas oportunas, la transmisión vertical es inferior al 1%.
c) Se debe investigar la inmunidad frente a la rubéola de aquellas mujeres que acudan a la consulta preconcepcional y que nunca se hayan realizado las pruebas serológicas o no recuerden haber recibido vacuna.
d) Está recomendada la investigación de la infección por Listeria para la prevención de malformaciones fetales.

146.- La consulta preconcepcional es un tipo de:

a) Prevención primaria.
b) Prevención secundaria.
c) Prevención terciaria.
d) Prevención cuaternaria.

147.- La mayoría de las mujeres con una edad inferior a 15 o superior a 40 años tienen embarazos que cursan con normalidad, pero en este rango de edades la posibilidad de complicaciones en la gestación aumenta. A este respecto, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos/as con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores.
b) Las gestantes mayores de 35 años presentan mayor riesgo de cromosomopatías, mayor riesgo de infertilidad y presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas.
c) Las gestantes mayores de 35 años presentan mayor riesgo de complicaciones durante la gestación y el parto como diabetes gestacional, hipertensión o alteraciones de la placenta.
d) Las gestantes mayores de 35 años tienen con mayor frecuencia complicaciones durante el parto como: alteración en el RCTG, alteraciones en la tercera etapa y mayores tasas de reanimación neonatal.

148.- En cuanto a la diabetes mellitus y la gestación es cierto que:

a) Las gestantes diabéticas tienen de 4 a 5 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural y alteraciones génito-urinarias), preeclampsia o parto prematuro.
b) En la consulta preconcepcional uno de los objetivos es alcanzar previa a la gestación un nivel de hemoglobina glicosilada lo más cercana posible a la normalidad (≤media + 4DE).
c) Se desaconseja la gestación en mujeres diabéticas cuando el nivel de hemoglobina glicosilada sea superior a la media + 7DE.
d) Se desaconseja la gestación cuando exista nefropatía grave (creatinina plasmática >4mg/dl o proteinuria >3g/24 horas y/o HTA de difícil control).

149.- Las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación. Es cierto que:

a) Se debe estudiar el estado general de las pacientes con hipertensión arterial crónica, así como informar de los riesgos de la gestación pero no es el momento adecuado para realizar cambios en la medicación.
b) Como primera medida se aconsejarán dieta y reposo.
c) Como tratamiento de elección se recomiendan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS).
d) Todas las respuestas son correctas.

150.- En la consulta preconcepcional, los/as futuros/as padres/madres deben ser interrogados/as sobre el antecedente de enfermedades hereditarias en los/as miembros/as de la familia. Se debe preguntar sobre los siguientes antecedentes familiares:

a) Distrofia muscular, hemoglobinopatías y anomalías cromosómicas, entre otras.
b) Hemofilia, anomalías cromosómicas e hipotiroidismo, entre otras.
c) Distrofia muscular, hemoglobinopatías y alteraciones de la glándula suprarrenal, entre otras.
d) Hemofilia, alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis y distrofia muscular, entre otras.

151.- Entre las pruebas complementarias en la consulta preconcepcional caben destacar las siguientes:

a) Se recomendará a todas las mujeres el análisis de hemoglobina y hematocrito, grupo sanguíneo y Rh y test de VPH.
b) Se ofertará a todas las mujeres cribado de VIH y de Chlamydia Trachomatis mediante la prueba TPHA.
c) Se solicitará antígeno de superficie (HBsAg) de la hepatitis B en aquellas mujeres que presenten factores de riesgo.
d) Existe evidencia sobre la importancia de la detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática durante el periodo preconcepcional.

152.- **Para mejorar el estado de los folatos en la mujer en edad reproductiva se pueden utilizar tres estrategias. Una de las siguientes es INCORRECTA:**

a) Consumir preparados farmacológicos con ácido fólico y vitaminas liposolubles.
b) Dar consejo y educación sobre alimentación.
c) Complementar la alimentación con ácido fólico.
d) Consumir preparados farmacológicos con ácido fólico y derivados de los folatos.

153.- **En cuanto a la suplementación farmacológica con yodo es cierto que:**

a) La carencia de yodo durante el embarazo aumenta las probabilidades de muerte materna, aborto espontáneo y mortalidad fetal precoz.
b) La carencia de yodo durante el embarazo es la principal causa de lesiones cerebrales y problemas de aprendizaje reversibles.
c) La Organización Mundial de la Salud estima que un 50% de la población mundial está en riesgo de presentar deficiencia de yodo.
d) El consumo dietético recomendado durante el embarazo es de 430 µg/día, y durante la lactancia de 490 µg/día.

154.- **Las indicaciones de cariotipo en la consulta preconcepcional son:**

a) Padres/Madres de niños/as con alguna enfermedad cromosómica.
b) Síndrome de Klinefelter.
c) Síndrome de Turner.
d) Todas las respuestas son correctas.

155.- **Las acciones para la promoción de la salud durante la asistencia preconcepcional pueden ser muy eficaces, ya que la mujer y su entorno están más motivados. Se recomiendan las siguientes acciones con el siguiente nivel de evidencia, EXCEPTO una de ellas:**

a) Recomendar una ingesta equilibrada de nutrientes: IV.
b) Si el índice de masa corporal es superior a 30 kg/$m^{2,}$ valorar pérdida de peso: Ib.
c) Aconsejar un consumo moderado de cafeína: IV.
d) Promover una vida sexual saludable: IV.

156.- **Durante la gestación es primordial que la dieta sea equilibrada y el aporte de vitamina y oligoelementos sea el adecuado. Se recomendarán:**

a) 1500 mg al día de calcio.
b) Un aporte inferior a 20.000 UI/día de vitamina A.
c) 30 mg/día de hierro.
d) Todas las respuestas son correctas.

157.- **El embarazo por sí solo produce cambios en la anatomía y fisiología de la mujer, que suponen una adaptación continua para permitir el adecuado desarrollo del feto, preparación al parto y la lactancia. Entre los primeros cambios que se suceden, cabe destacar las modificaciones en los genitales. Todas las que se exponen a continuación son modificaciones en los genitales EXCEPTO una de ellas:**

a) La vulva adquiere una coloración azulada, purpúrea o rojo intensa debido al incremento de su vascularización e hiperemia en la piel y músculos del periné. Esto se conoce con el nombre de Signo de Jaquemier-Chadwick.
b) El útero aumenta su tamaño de forma progresiva adaptándose al crecimiento fetal. Su forma va cambiando gradualmente, al principio tiene forma de pera y va modificando a forma de esfera, para finalmente adoptar forma ovoidea. Esta modificación se conoce como el Signo de Noble-Budin.
c) La secreción vaginal aumenta, sobre todo al final del embarazo, provocando que aumente la acidez vaginal, con un pH que oscila entre 3,7-6. Esto evita infecciones vaginales, a excepción de la Cándida Albicans que prolifera en medio ácido.
d) Durante toda la gestación el útero mantiene una actividad contráctil que no llega a producir dilatación cervical, ya que su intensidad no sobrepasa los 10-20 mmHg. A partir de la semana 24 cuando se perciben las llamadas contracciones de Braxton-Hicks, que son contracciones breves, ocasionales e indoloras.

158.- **Según avanza la gestación, la gestante sufre también modificaciones cardíacas y cardiovasculares. Caben destacar las siguientes. Sólo una de ellas es correcta:**

a) La tensión arterial disminuye durante el primer y segundo trimestre, alcanzando los valores mínimos alrededor de la semana 28. Esto es debido a una disminución de las resistencias vasculares periféricas. Durante el tercer trimestre la tensión arterial irá elevándose progresivamente hasta llegar a normalizarse.
b) Durante el embarazo el corazón aumenta su tamaño en un 20-30% por hipertrofia del músculo cardíaco (cardiomegalia). Debido al aumento del volumen abdominal, el diafragma se eleva y desplaza al corazón hacia arriba y hacia la izquierda; esto se refleja en el electrocardiograma como una desviación del eje eléctrico hacia la izquierda.
c) El gasto cardíaco se define como el producto de la frecuencia cardíaca y del volumen sistólico. Durante la gestación, el gasto cardíaco aumenta entre un 20-30% respecto a las mujeres no gestantes.
d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas.

159.- **El volumen sanguíneo aumenta entre el segundo y el tercer mes de embarazo. Esta volemia aumenta a expensas de:**

a) Volumen plasmático (25%) y masa eritrocitaria (75%).
b) Volumen plasmático (50%) y masa eritrocitaria (50%).
c) Volumen plasmático (75%) y masa eritrocitaria (25%).
d) El volumen sanguíneo aumenta únicamente a expensas del volumen plasmático.

160.- Durante la gestación se considera anemia cuando la concentración de hemoglobina es:

a) Menor de 11g/dl durante el primer y tercer trimestre, o menor de 10,5 g/dl durante el segundo trimestre.
b) Menor de 10,5 g/dl durante el primer y tercer trimestre, o menor de 11 g/dl durante el segundo trimestre.
c) Menor de 11 g/dl durante el primer y segundo trimestre, o menor de 10,5 g/dl durante el tercer trimestre.
d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

161.- Las modificaciones anatómicas de la caja torácica durante la gestación conllevan cambios en los volúmenes y capacidades pulmonares. Se inician al principio de la gestación y alcanzan su máximo en el 5º-6º mes para descender al final del embarazo. Los principales cambios de los volúmenes y capacidades pulmonares son los siguientes EXCEPTO uno:

a) Volumen espiratorio de reserva disminuye alrededor del 20%.
b) La capacidad inspiratoria aumenta alrededor de un 10%.
c) La capacidad vital no sufre modificaciones.
d) La capacidad residual funcional aumenta alrededor de un 20%.

162.- La placenta es considerada un órgano fundamental en el papel de control hormonal a lo largo de toda la gestación. La placenta humana es la encargada de sintetizar tanto hormonas placentarias proteicas como esteroideas. Una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) La hormona placentaria proteica Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) se detecta en sangre materna tras la implantación (aproximadamente tercera semana) y en orina a partir de la quinta semana. Los niveles de esta hormona se triplican cada 48 horas hasta alcanzar su pico máximo alrededor de la semana 10.
b) La secreción de estrógenos comienza en la placenta, cuando cesa su producción en el ovario. La placenta necesita precursores maternos (el principal el estriol) y sobre todo fetales para producir estrógenos.
c) En la gestación incipiente el encargado de producir progesterona es el cuerpo lúteo, hasta la semana 10 que será secretada por la placenta.
d) La hormona placentaria proteica Lactógeno Placentario Humano (HPL) se detecta en sangre materna a partir de la tercera semana.

163.- La gestación es un estado fisiológico cuyo diagnóstico ha pasado por diferentes etapas, muy marcadas desde la más remota antigüedad. Una de las siguientes pruebas diagnósticas se utilizaba en la antigüedad:

a) Alrededor del año 1750 a.C., el diagnóstico del embarazo se realizaba humedeciendo con sangre materna granos de trigo. Si germinaban había embarazo.

b) Hipócrates de Cos utilizaba la técnica que se basaba en la ingestión de un jarabe elaborado con miel y agua antes de ir a dormir. Si la mujer estaba embarazada, la pócima producía cólicos y si no lo estaban un agradable descanso.

c) El Papiro de Brugsch, también conocido como Papiro de Berlín (1350 a.C) recoge la prueba diagnóstica basada en beber jugo de piña mezclado con sangre de una puérpera: si la mujer vomitaba estaría embarazada.

d) Todas las mencionadas fueron pruebas diagnósticas utilizadas en la antigüedad.

164.- Actualmente, el diagnóstico de la gestación no suele plantear dificultades, debido al avance en las últimas décadas de las pruebas complementarias, que permiten identificar un embarazo precozmente y con una sensibilidad y especificidad muy cercana al 100 %, con un margen de error casi inexistente. Una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) La hCG aparece en sangre materna a los 8-9 días después de la ovulación, pero su detección en orina no es posible hasta alcanzar un nivel de 500 mUI/ml, lo que corresponde al 4º-5º día de retraso menstrual.

b) La hCG es sintetizada por el tejido trofoblástico normal (en el embarazo) y patológico (mola hidatiforme y coriocarcinoma). Su función en el embarazo normal es mantener la esteroideogénesis del cuerpo lúteo hasta el momento en que la placenta alcance el desarrollo adecuado para tomar esta función.

c) Es una glucoproteína formada por dos subunidades: la alfa, que es común a la de la hormona luteinizante (LH), folículo-estimulante (FSH) y tirotropina (TSH); y la beta, que es específica de la hCG.

d) La hCG es producida en la placenta por el citotrofoblasto, constituyendo la principal fuente de progesterona durante las primeras 6 semanas de embarazo, hasta que la placenta asume su producción.

165.- La ecografía transvaginal supone el método de elección para el diagnóstico precoz de la gestación. Podemos afirmar que:

a) A partir de las 4 semanas de amenorrea o 18-20 días postfecundación, se puede visualizar la existencia de un saco gestacional de 2 o 3 mm de diámetro.

b) Entre las semanas 4 y 6 aparece la vesícula vitelina. En este momento es posible visualizar el embrión de 2-5 mm de tamaño y detectar la vitalidad del feto mediante el latido cardíaco.

c) A partir de las 7 semanas podemos diferenciar el polo cefálico, las extremidades y la bolsa amniótica del embrión; alcanzando éste los 25-27 mm de tamaño.

d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

166.- Entre las pruebas inmunológicas para el diagnóstico de la gestación cabe destacar la inmunocromotografía que consiste en:

a) Es una prueba inmunológica cuantitativa, y es el método diagnóstico en el que se basan los test de embarazo que se realizan en el domicilio.

b) Constan de dos membranas porosas que contienen anticuerpos monoclonales.

c) Es una prueba inmunológica cualitativa, y es el método diagnóstico en el que se basan los test de embarazo que se realizan en el domicilio.

d) Constan de dos membranas porosas que contienen anticuerpos policlonales.

167.- Entre las modificaciones funcionales que sufre la hipófisis durante la gestación se hallan las siguientes. Sólo una es correcta:

a) La hormona del crecimiento está inhibida por los efectos del lactógeno placentario.
b) La hormona Antidiurética o Vasopresina (ADH) aumenta sus niveles.
c) Los niveles de Hormona Prolactina (PRL) disminuyen desde el inicio de la gestación.
d) La Hormona Luteinizante (LH) se encuentra aumentada debido al mecanismo de retroalimentación positivo.

168.- Durante la gestación se producen las siguientes modificaciones endocrinas EXCEPTO una:

a) Los niveles de Tiroxina (T4) y Triyodotironina (T3) aumentan progresivamente durante el embarazo hasta alcanzar la semana 20.
b) La relación T3/T4 debe permanecer inalterada en el embarazo normal.
c) La aldosterona se encuentra aumentada desde el principio del embarazo.
d) Se produce una disminución del cortisol libre y del cortisol unido a proteínas transportadoras.

169.- Las modificaciones que se producen en el aparato locomotor son las responsables de muchos de los síntomas que se producen durante el embarazo y pueden llegar a desembocar en alguna patología. Una de las siguientes afirmaciones es correcta:

a) A medida que avanza la gestación, se va a producir una hipercifosis para compensar el desplazamiento del centro de gravedad provocado por el peso del feto y los anejos fetales.
b) Los estrógenos y la relaxina tienen gran influencia en las articulaciones pelvianas; estas hormonas aumentan la laxitud de las articulaciones sacroilíacas, sacro coccígeas, y pubiana.
c) La gestante adopta una marcha contoneante o de pato. Esta marcha característica puede provocar que la embarazada no pueda permanecer de pie por periodos prolongados de tiempo.
d) Los músculos oblicuos del abdomen pueden separarse de la línea media produciendo una diástasis de los músculos rectos.

170.- En la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se sugiere que las visitas prenatales programadas deben coordinarse por:

a) Matrón/as.
b) Matrón/as y médico/as de familia.
c) Matrón/as y ginecólogo/as.

d) Matrón/as, ginecólogo/as y médico/as de familia.

171.- En relación al número de visitas y resultados en salud-materno fetal, la evidencia disponible según la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es la siguiente:

a) Se han observado diferencias estadísticamente significativas entre los programas de atención prenatal con visitas reducidas (4-9 visitas) frente a la atención prenatal estándar (13-14 visitas) para los resultados relacionados con la mujer o con el neonato.
b) En los estudios analizados, las mujeres estuvieron más satisfechas con el esquema de visitas reducidas y los costes del programa de visitas reducidos fueron inferiores, aunque aumentaron los costes en relación a la duración de la estancia hospitalaria de los neonatos, lo que determinó la fuerza de la recomendación.
c) Con una fuerza de recomendación débil se sugiere un programa de seguimiento de entre 6 y 9 visitas en mujeres con bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo o el parto.
d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

172.- En relación a la utilidad de la exploración rutinaria del Índice de Masa Corporal (IMC), vigilancia de peso y toma de tensión arterial la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad concluye lo siguiente, EXCEPTO:

a) Un IMC patológico previo al embarazo y una ganancia ponderal escasa o excesiva durante el embarazo se asocian a varias complicaciones como el parto pretérmino, el aborto, la muerte perinatal, la diabetes gestacional, dar a luz por cesárea, la hipertensión gestacional o dar a luz a un/una bebé pequeño/a o grande para la edad gestacional.
b) La identificación de proteinuria en la gestante, se relaciona con el desarrollo de la preeclampsia.
c) Los valores altos de presión arterial sistólica y diastólica se han asociado a un aumento del riesgo de la aparición de preeclampsia en el embarazo.
d) Debido a que la mayoría de los estudios valorados fueron observacionales, se recomienda calcular el IMC en la primera visita prenatal pero con una fuerza de recomendación débil.

173.- Según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio, indique la opción INCORRECTA respecto a la utilidad de exploraciones y procedimientos durante las visitas prenatales:

a) La exploración mamaria durante el embarazo no ha demostrado aportar beneficios para promover la lactancia materna ni como método de cribado de cáncer de mama.
b) La pelvimetría mediante rayos X incrementa el riesgo de cesárea y no aporta beneficios adicionales para la madre o el recién nacido.

c) La separación de membranas antes del término (37–40 semanas) debe realizarse de manera rutinaria para facilitar el inicio del trabajo de parto.

d) La citología cervical no debe realizarse de rutina en el embarazo si la mujer tiene citologías previas negativas, recomendándose posponerla hasta 6–8 semanas tras el parto salvo excepciones.

174.- En relación con la utilidad de la determinación de urea, creatinina y ácido úrico en mujeres con embarazos sin complicaciones, según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio, señale la opción correcta:

a) La determinación rutinaria de urea está recomendada en el embarazo, ya que múltiples estudios de alta calidad han demostrado una clara relación entre niveles elevados de urea y el riesgo de preeclampsia, especialmente cuando los valores superan los 20 mg/100 mL antes de la semana 20 de gestación.

b) Aunque algunos estudios retrospectivos han mostrado una asociación entre niveles elevados de creatinina en las primeras 20 semanas del embarazo y el desarrollo posterior de preeclampsia, la evidencia es inconsistente y procede de estudios con limitaciones metodológicas, por lo que no se recomienda su determinación rutinaria en gestantes de bajo riesgo.

c) La determinación de ácido úrico presenta una alta capacidad predictiva para preeclampsia cuando se mide entre las semanas 11 y 14, por lo que constituye uno de los principales marcadores bioquímicos recomendados para cribado universal según la guía.

175.- Según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, señale la opción correcta respecto al cribado de las hepatitis víricas en la gestación:

a) La guía recomienda el cribado universal de hepatitis B únicamente en mujeres con factores de riesgo, como antecedentes de transfusiones, uso de drogas por vía parenteral o prácticas sexuales de riesgo, ya que el beneficio del cribado universal en gestantes no ha sido demostrado.

b) La guía desaconseja el cribado universal de hepatitis C en las gestantes, ya que la prevalencia en población general es baja y no existe evidencia clara de que su detección permita reducir la transmisión vertical; sin embargo, sí recomienda realizar cribado dirigido en mujeres con factores de riesgo específicos.

c) La detección del antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) en gestantes solo debe realizarse si existen sospechas clínicas de infección activa, dado que identificar portadoras asintomáticas no tiene implicaciones en el manejo perinatal.

d) En el caso de las gestantes con hepatitis C, la guía recomienda repetir sistemáticamente la serología en el tercer trimestre debido a que el riesgo de seroconversión durante el embarazo es significativamente alto en comparación con la población general.

176.- **Según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio, señale la opción correcta respecto al cribado del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes:**

a) El cribado del VIH debe reservarse únicamente para mujeres con factores de riesgo conocidos, ya que el beneficio del cribado universal no ha sido demostrado.
b) Se recomienda repetir el cribado de VIH a todas las mujeres en el tercer trimestre, independientemente de su nivel de riesgo, porque existe un riesgo elevado de seroconversión durante la gestación.
c) La guía recomienda ofrecer un cribado universal de VIH en la primera visita prenatal, y repetirlo solo en gestantes con riesgo de infección o seroconversión.
d) El cribado de VIH debe posponerse hasta el segundo trimestre, ya que la realización temprana de la prueba aumenta el riesgo de falsos negativos.

177.- **Según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, señale la opción correcta respecto al cribado y manejo de toxoplasmosis, rubeola y sífilis durante el embarazo:**

a) La guía recomienda realizar un cribado universal de toxoplasmosis a todas las gestantes, con serología inicial y controles mensuales si son seronegativas, debido al riesgo elevado de infección primaria durante el embarazo.
b) El cribado de rubeola debe realizarse exclusivamente en mujeres con factores de riesgo o sin registro vacunal, pero no es necesario si la gestante refiere haber pasado la enfermedad en la infancia.
c) La guía recomienda ofrecer un cribado universal de sífilis en la primera visita del embarazo, y en caso de resultados positivos, debe confirmarse por pruebas específicas dado el riesgo de falsos positivos.
d) La guía recomienda realizar cribado sistemático de toxoplasmosis, sífilis y rubeola en el tercer trimestre, incluso si las pruebas del primer trimestre fueron negativas, para garantizar una adecuada vigilancia de seroconversiones.

178.- **Según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio, señale la opción correcta sobre el consumo de alcohol en el embarazo:**

a) El consumo moderado de alcohol (1-2 unidades al día) no se ha relacionado con efectos adversos fetales, por lo que puede considerarse seguro.
b) Las mujeres deben ser informadas de que el consumo excesivo de alcohol en una sola ocasión supone un riesgo para el feto.
c) La guía recomienda permitir el consumo ocasional de bebidas fermentadas (vino o cerveza) a partir del segundo trimestre.
d) El consumo de alcohol únicamente supone riesgo en embarazos de alto riesgo, pero no en embarazos sin complicaciones.

179.- Respecto a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio en relación con el consumo de alcohol durante la gestación, señale la opción INCORRECTA:

a) La guía recomienda la abstinencia completa de alcohol durante el embarazo, e incluso en la etapa preconcepcional, debido a la ausencia de un nivel seguro demostrado de consumo.
b) Las mujeres deben ser informadas de que los episodios de consumo agudo ("atracones") definidos como más de cinco bebidas estándar o 7,5 unidades en una sola ocasión, presentan un riesgo significativo para el feto.
c) Si, pese al consejo profesional, la mujer decide consumir alcohol durante la gestación, la guía indica que el límite seguro se sitúa en un máximo de una unidad al día, ya que cantidades por encima de este umbral se han asociado consistentemente con defectos congénitos mayores.
d) La guía recomienda realizar intervenciones dirigidas a la reducción del consumo en aquellas mujeres en las que se detecte un consumo de riesgo, particularmente cuando existe un patrón de ingesta repetido o intenso.

180.- Según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio, indique la opción correcta respecto al manejo del tabaquismo durante la gestación:

a) La guía indica que las terapias de reemplazo con nicotina (NRT) son seguras para todas las mujeres embarazadas y deben utilizarse como primera línea en cualquier gestante fumadora.
b) Las mujeres embarazadas que no desean dejar de fumar y rechazan las intervenciones no farmacológicas deben ser informadas sobre los riesgos y beneficios de la terapia sustitutiva con nicotina antes de considerarla.
c) Se recomienda el uso de parches de nicotina como primera opción, incluso en mujeres que no han intentado previamente una intervención psicológica o conductual.
d) La guía señala que la consejería para dejar de fumar no debe ofrecerse durante el embarazo, ya que la evidencia de efectividad es limitada y no reduce significativamente el número de gestantes fumadoras.

181.- Según la evidencia presentada en la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio, señale la opción correcta sobre el impacto del ejercicio físico regular durante el embarazo en mujeres sin complicaciones:

a) El ejercicio físico aeróbico regular durante el embarazo reduce de forma consistente la incidencia de preeclampsia, disminuye el porcentaje de cesáreas y aumenta la edad gestacional al parto, con evidencia considerada de calidad moderada.
b) El ejercicio físico regular durante el embarazo incrementa el riesgo de parto pretérmino, especialmente cuando se realiza más de tres veces por semana, motivo por el cual la guía recomienda limitar su práctica en mujeres previamente sedentarias.
c) Según la revisión sistemática de Kramer y otros estudios incluidos, el ejercicio físico regular no muestra efectos significativos sobre la ganancia ponderal

materna, la incidencia de preeclampsia, el parto pretérmino, la tasa de cesáreas, la edad gestacional al parto ni el peso del recién nacido, debido a que la calidad de la evidencia disponible es muy baja.

d) La realización de ejercicio aeróbico durante el embarazo aumenta de manera significativa el peso al nacer y mejora el Apgar a los 5 minutos, por lo que la guía lo recomienda específicamente como estrategia para mejorar resultados neonatales.

182.- La estática fetal se debe explorar a partir de la semana 28 de gestación. Se realizará mediante palpación, utilizando las cuatro maniobras de Leopold. Una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) La segunda maniobra de Leopold se realiza con la mujer en decúbito supino, el/la explorador/a al lado derecho de la gestante mirando hacia su cara. El/La explorador/a situará las manos a los lados del útero; mientras que una mano fija al útero, para evitar su desplazamiento y la otra realiza la palpación del feto. Mediante esta maniobra se diagnosticará la posición fetal que podrá ser derecha o izquierda y la situación fetal.

b) En la tercera manioba de Leopold el/la explorador/a se colocará en la misma posición que al realizar la segunda maniobra, aplicando la mano abierta en forma de «C», oponiendo el pulgar al resto de los dedos, por encima de la sínfisis del pubis con el objetivo de diagnosticar la presentación fetal y la posición fetal.

c) La cuarta maniobra se realiza con la paciente en decúbito supino y el explorador situado a su derecha y mirando hacia los pies de la gestante. Se diagnostican la presentación fetal, la posición fetal, la actitud fetal y la relación entre la presentación y la pelvis.

d) Todas las respuestas son correctas.

183.- En relación con los métodos clínicos de valoración del bienestar fetal, señale la opción correcta:

a) El recuento de movimientos fetales carece de utilidad clínica porque presenta una tasa de falsos positivos superior al 70 %.

b) La medición de la altura uterina no forma parte de la valoración clínica del bienestar fetal, ya que no se correlaciona con el crecimiento fetal.

c) El recuento materno de movimientos fetales constituye un método simple, útil y recomendado como valoración clínica básica del bienestar fetal.

d) La percepción materna de movimientos fetales solo debe considerarse a partir de la semana 32.

184.- Con respecto al test basal o test no estresante (NST) como método de monitorización biofísica, indique la opción INCORRECTA:

a) Evalúa la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal en ausencia de contracciones uterinas.

b) Un patrón reactivo se caracteriza por aceleraciones adecuadas de la frecuencia cardiaca fetal.

c) Se considera un método fundamental en la monitorización del bienestar fetal.

d) El test basal está contraindicado en embarazos de bajo riesgo, ya que puede inducir contracciones.

185.- Respecto al Test Basal (o Test No Estresante) empleado en la monitorización biofísica del bienestar fetal, señale la opción INCORRECTA:

a) El test basal evalúa la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal en ausencia de contracciones uterinas y requiere que la gestante permanezca en decúbito lateral izquierdo para evitar hipotensión materna.
b) Una variabilidad fetal inferior a 5 latidos por minuto mantenida durante más de 40 minutos puede asociarse a hipoxia fetal y constituye un patrón potencialmente patológico en el test basal.
c) En gestaciones menores de 32 semanas, las aceleraciones consideradas reactivas son de ≥10 lpm y con una duración mínima de 10 segundos, en lugar de los 15×15 que se exigen a partir de esa edad gestacional.
d) La ausencia de aceleraciones durante un test basal no reactivo siempre indica acidosis fetal, por lo que debe finalizarse la gestación de manera inmediata.

186.- Durante la monitorización antenatal de una gestante de 34 semanas se obtiene un registro cardiotocográfico basal. La línea de base es de 140 latidos por minuto (lpm). La variabilidad se mantiene por debajo de 5 lpm durante 55 minutos, sin cambios tras la aplicación de estimulación vibro acústica. No se observan aceleraciones y aparecen dos deceleraciones variables típicas de menos de 60 segundos. La gestante refiere movimientos fetales durante el registro. En controles previos se habían documentado ciclos de sueño fetal. Según los criterios de interpretación de la monitorización fetal anteparto, señale la opción correcta:

a) El registro debe considerarse normal, ya que existen movimientos fetales percibidos y las deceleraciones variables típicas no se relacionan con hipoxia.
b) La variabilidad <5 lpm durante 55 minutos clasifica el registro como no tranquilizador, por lo que debe completarse la valoración con un perfil biofísico o Doppler.
c) La ausencia de aceleraciones y la presencia de deceleraciones variables indican acidosis fetal, siendo necesaria la finalización inmediata de la gestación.
d) La variabilidad <5 lpm es compatible con un ciclo de sueño fetal prolongado, por lo que debe repetirse el test basal en 24–48 horas.

187.- ¿Dónde se produce inicialmente la oxitocina en su forma inactiva durante la gestación?

a) En el lóbulo posterior de la hipófisis.
b) En los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo.
c) En el sincitiotrofoblasto placentario.
d) En las membranas fetales.

188.- El inicio de las contracciones del parto se debe principalmente a:

a) Un aumento brusco y sostenido de los niveles circulantes de oxitocina.
b) Una mayor sensibilidad del miometrio a la oxitocina debido al aumento de receptores y gap junctions.
c) Un incremento progresivo de la vasopresina durante la gestación.
d) La inhibición de la oxitocinasa placentaria al final del embarazo.

189.- La prostaglandina que se considera más fisiológica en el inicio y mantenimiento del trabajo de parto es:

a) PGF2α.
b) PGE1.
c) PGI2 (prostaciclina).
d) TXA2 (tromboxano).

190.- ¿Cuál de los siguientes factores puede adelantar el inicio del parto por estímulo mecánico y distensión uterina?

a) Miomas uterinos pequeños.
b) Ingesta elevada de ácidos grasos esenciales.
c) Hidramnios, embarazos múltiples o macrosomía.
d) Disminución de catecolaminas al final del embarazo.

191.- ¿Cuál de los siguientes diámetros del estrecho superior se considera el más utilizado para el descenso fetal?

a) El diámetro transverso máximo (≈13,5 cm).
b) El conjugado anatómico (11–11,5 cm).
c) El diámetro oblicuo (≈12 cm).
d) El diámetro conjugado diagonal.

192.- ¿Cuál es el diámetro anteroposterior del estrecho inferior durante el parto cuando el cóccix se desplaza hacia atrás?

a) 9–10 cm.
b) 11 cm.
c) 13 cm.
d) 12 cm.

193.- ¿Cuál de los siguientes factores puede reducir de forma significativa la amplitud del estrecho inferior y dificultar el desprendimiento fetal?

a) Una sínfisis púbica con unión de las ramas isquiopubianas formando un ángulo agudo.
b) Un diámetro transverso verdadero del estrecho superior de 13 cm.

c) Un promontorio poco prominente.
d) La presencia de espinas ciáticas poco marcadas.

194.- ¿Cuál es la circunferencia correspondiente al diámetro suboccipitobregmático fetal?

a) 32 cm.
b) 33 cm.
c) 34 cm.
d) 35 cm.

195.- La circunferencia occipitomentoniana se asocia a una medida aproximada de:

a) 33 cm.
b) 35 cm.
c) 27 cm.
d) 32 cm.

196.- La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró en el año 2018 una serie de recomendaciones sobre cuidados durante el parto para una experiencia positiva. Entre las recomendaciones durante el trabajo de parto y nacimiento, recomienda una serie de directrices para la atención respetuosa a la maternidad. Cabe destacar la siguiente:

a) En situaciones docentes, la confidencialidad puede flexibilizarse sin autorización expresa, siempre que no se revelen nombres completos ni datos de contacto.
b) Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
c) La OMS prioriza la seguridad clínica sobre la movilidad y el confort; por ello, recomienda la monitorización cardiotocográfica continua de rutina en gestantes de bajo riesgo aunque restrinja la libre deambulación.
d) La atención respetuosa permite el ‘consentimiento tácito’ en procedimientos intraparto de baja complejidad, siempre que la mujer haya recibido información general al ingreso.

197.- ¿Cuál de las siguientes opciones NO corresponde a los recursos necesarios para garantizar una atención respetuosa de la maternidad (ARM) según las recomendaciones sobre cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva de la OMS?

a) Establecer mecanismos accesibles de quejas y procesos formales de rendición de cuentas ante maltrato o incumplimiento.

b) Garantizar un entorno físico con privacidad suficiente, iluminación adecuada y suministro continuo de energía en las áreas de parto.
c) Incorporar comités externos de auditoría clínica encargados de autorizar cada procedimiento obstétrico antes de su realización.
d) Proporcionar materiales educativos accesibles, formularios estandarizados de consentimiento informado y medicamentos esenciales disponibles en todo momento.

198.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO coincide con la definición de las fases del período de dilatación según la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva?

a) La fase latente incluye contracciones uterinas dolorosas con cambios cervicales variables y una progresión más lenta de la dilatación hasta los 5 cm.
b) La fase activa comienza a partir de los 5 cm, con contracciones dolorosas y regulares, un borramiento importante y una dilatación más rápida.
c) La fase activa puede identificarse también como "fase establecida", y la OMS recomienda sustituir dicha denominación en los protocolos clínicos.
d) La fase latente puede describirse como "fase inicial" o "fase pasiva", aunque la OMS prefiere mantener el término clásico "fase latente".

199.- ¿Cuál de los siguientes elementos NO forma parte de los recursos necesarios para adoptar las nuevas definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación según la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva?

a) Disponer de manuales de capacitación actualizados, materiales didácticos para las mujeres y un partograma modificado que indique el inicio de la fase activa.
b) Proporcionar camas suficientes para ofrecer atención de apoyo a las mujeres antes de que alcancen los 5 cm de dilatación.
c) Establecer auditorías regulares y mecanismos de seguimiento que evalúen la aplicación de la nueva definición de fase activa.
d) Implementar programas de formación centrados en la toma de decisiones clínicas avanzadas para acelerar el progreso del trabajo de parto en la fase latente.

200.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO coincide con lo indicado por la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva respecto a la duración de las fases del período de dilatación?

a) La fase latente no tiene una duración estándar establecida debido a la dificultad para determinar su inicio real.
b) La fase activa, desde los 5 cm hasta la dilatación completa, suele durar ≤12 h en primíparas y ≤10 h en multíparas.
c) La decisión de intervenir cuando la dilatación parece prolongarse debe basarse exclusivamente en el tiempo transcurrido.
d) La duración del trabajo de parto es muy variable y depende de factores individuales y del embarazo.

201.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO coincide con lo indicado por la Organización Mundial de la Salud en la guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva respecto al umbral de 1 cm/h durante la fase activa?**

a) El umbral de 1 cm/h no es preciso para identificar riesgo de resultados adversos y no se recomienda su uso.
b) La aplicación estricta de la línea de alerta ha llevado a intervenciones innecesarias por interpretar erróneamente la lentitud del progreso.
c) La OMS recomienda mantener la progresión de 1 cm/h como referencia universal para reducir la variabilidad clínica.
d) La evidencia disponible es insuficiente para justificar el uso de la línea de alerta del partograma como criterio diagnóstico.

202.- **Según el Grupo de Elaboración de Directrices de la guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva de la Organización Mundial de la Salud, la mediana de duración de la fase activa del período de dilatación, tomando como referencia el inicio a los 5 cm, es de aproximadamente:**

a) 6 horas en primíparas y 4 horas en multíparas.
b) 4 horas en primíparas y 3 horas en multíparas.
c) 3 horas en primíparas y 2 horas en multíparas.
d) 12 horas en primíparas y 10 horas en multíparas.

203.- **Según la Organización Mundial de la Salud en la guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, en caso de una presunta lentitud en la progresión del trabajo de parto, el abordaje adecuado consiste en:**

a) Iniciar automáticamente aceleración con oxitocina para evitar prolongación del parto.
b) Evaluar cuidadosamente a la mujer para descartar complicaciones y revisar sus necesidades emocionales, psicológicas y físicas.
c) Aplicar la línea de actuación de 4 horas del partograma de forma sistemática.
d) Repetir tactos cada hora para confirmar la lentitud y decidir intervención inmediata.

204.- **¿Qué afirma la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, sobre el uso del umbral de 1 cm/h de dilatación cervical?**

a) Que no es un criterio preciso y no se recomienda su uso.
b) Que debe aplicarse como referencia universal.
c) Que siempre predice complicaciones.
d) Que solo se aplica en multíparas.

205.- **¿Cuál es la recomendación de la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, en relación con la aceleración del trabajo de parto antes de los 5 cm de dilatación cervical?**

a) Se recomienda siempre iniciar oxitocina antes de los 5 cm para evitar un progreso lento.
b) La cesárea temprana está indicada si no se alcanza 1 cm/hora antes de los 5 cm.
c) No se recomiendan intervenciones médicas para acelerar el parto antes de los 5 cm si madre y feto están en buenas condiciones.
d) Debe realizarse estimulación sistemática del parto al inicio de la fase latente.

206.- **La Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, recomienda para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, una política de demora del ingreso a la sala de preparto hasta el período de dilatación activa:**

a) Falso. La Organización Mundial de la Salud no recomienda la demora del ingreso hasta el periodo de dilatación activa.
b) Verdadero. La Organización Mundial de la Salud recomienda la demora del ingreso hasta el periodo de dilatación activa únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.
c) Verdadero. La Organización Mundial de la Salud recomienda la demora del ingreso hasta el periodo de dilatación activa.
d) Verdadero. La Organización Mundial de la Salud recomienda la demora del ingreso hasta el periodo de dilatación activa pero con una certidumbre muy baja.

207.- **Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. ¿Cuál es el método adecuado para evaluar el bienestar fetal al ingreso en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo?**

a) Cardiotocografía (CTG) de rutina en todos los ingresos.
b) Auscultación con Doppler o estetoscopio de Pinard.
c) Toma sistemática de muestras de sangre fetal.
d) Monitorización fetal continua durante las primeras dos horas.

208.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se ajusta a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva; sobre el uso de CTG en el ingreso?**

a) El CTG en el ingreso aumenta probablemente el riesgo de cesárea sin mejorar los resultados perinatales.
b) El CTG en el ingreso puede desencadenar intervenciones adicionales innecesarias, como CTG continua o la toma de muestras de sangre fetal.
c) La OMS respalda el uso rutinario de CTG al ingreso.
d) Una buena historia clínica y un registro claro de la auscultación podrían proteger mejor al profesional frente a demandas que el CTG rutinario.

209.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO coincide con los comentarios asociados a la recomendación sobre el tacto vaginal en la guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva de la Organización Mundial de la Salud?**

a) Debe evitarse que múltiples profesionales realicen tactos vaginales en la misma mujer para reducir riesgo de infección.
b) La frecuencia de tactos vaginales puede ajustarse si la condición materna o fetal lo requiere.
c) Existe evidencia sólida que determina la frecuencia óptima de tactos vaginales para prevenir infecciones.
d) Debe limitarse el número total de exploraciones, especialmente si hay factores de riesgo de infección.

210.- **Según la Organización Mundial de la Salud en el documento de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, ¿cuál es la técnica recomendada para evaluar la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante el trabajo de parto en embarazadas sanas?**

a) Cardiotocografía continua desde el ingreso hasta el expulsivo.
b) Auscultación intermitente mediante Doppler o estetoscopio de Pinard.
c) Toma sistemática de muestras de sangre fetal cada hora.
d) Registro electrónico continuo durante la fase activa únicamente.

211.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO concuerda con el protocolo recomendado de auscultación intermitente durante el trabajo de parto según la Organización Mundial de la Salud en el documento de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva?**

a) Auscultar cada 15–30 minutos en fase activa y cada 5 minutos en expulsivo.
b) Registrar FCF inicial y presencia de aceleraciones o deceleraciones.
c) Auscultar durante la contracción y continuar 30 segundos después.
d) Realizar cada auscultación durante 10 segundos.

212.- **Según la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, ¿cuál es la práctica adecuada respecto a la ingesta oral en mujeres de bajo riesgo durante el trabajo de parto?**

a) Restringir líquidos y alimentos para evitar complicaciones anestésicas.
b) Permitir solo líquidos claros y prohibir alimentos sólidos.
c) Permitir la ingesta de líquidos y alimentos según los deseos de la mujer.
d) Suspender toda ingesta oral desde el inicio de la fase activa.

213.- **Según la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, ¿cuál de las siguientes técnicas sí se recomienda para reducir el traumatismo perineal durante el período expulsivo?**

a) Maniobra de Ritgen.
b) Masaje perineal.
c) Tracción del mentón fetal para acelerar el desprendimiento.
d) Presión en el fondo uterino.

214.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta según la evidencia revisada por la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva?**

a) Las compresas tibias reducen los desgarros perineales de tercer y cuarto grado.
b) El masaje perineal puede aumentar la probabilidad de un perineo indemne.
c) La maniobra de Ritgen cuenta con evidencia sólida y se recomienda su uso rutinario.
d) La protección activa del perineo puede reducir desgarros de primer grado.

215.- **Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1996, ¿cuál de las siguientes características forma parte de la definición de parto normal?**

a) Se inicia mediante inducción farmacológica y finaliza sin necesidad de instrumentación.
b) Se inicia de forma espontánea y el recién nacido nace en posición de vértice entre las 37 y 42 semanas.
c) Se considera siempre un proceso de bajo riesgo, independientemente de la evolución del trabajo de parto.
d) El recién nacido debe pesar más de 3.500 gramos y nacer antes de las 40 semanas.

216.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe con mayor precisión el propósito y funcionamiento del plan de parto según las recomendaciones actuales?**

a) Es un documento que establece instrucciones cerradas para el personal sanitario, las cuales deben seguirse estrictamente salvo riesgo vital.
b) Permite a la mujer planificar de manera detallada el desarrollo del parto, incluyendo la secuencia de intervenciones que se deben aplicar en cada fase.
c) Funciona como una guía flexible donde la mujer expresa preferencias y expectativas, que pueden modificarse durante el proceso, y cuya aplicación se adapta según la evolución del parto y las indicaciones del equipo profesional.
d) Se recomienda elaborarlo únicamente a partir de la semana 36 de gestación, cuando se conoce con mayor exactitud la evolución final del embarazo.

217.- **Según las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe adecuadamente la monitorización fetal en mujeres de bajo y alto riesgo durante el trabajo de parto?**

a) En mujeres de bajo riesgo, se recomienda una monitorización continua desde el inicio del trabajo de parto, mientras que en mujeres de alto riesgo solo es necesaria de forma intermitente cada 30 minutos en ambos estadios.

b) En las gestantes de bajo riesgo, la monitorización fetal intermitente debe realizarse cada 30 minutos en el primer estadio y cada 15 minutos en el segundo, mientras que en pacientes de riesgo se recomienda considerar el registro cardiotocográfico tanto al ingreso como durante todo el trabajo de parto.

c) La monitorización intermitente en mujeres de bajo riesgo debe hacerse únicamente durante el segundo estadio del parto, ya que no se ha demostrado beneficio durante el primero.

d) Para las mujeres de bajo riesgo, el ACOG permite sustituir la monitorización fetal intermitente por auscultación manual cada 60 minutos en ambos estadios, ya que no aumenta el riesgo fetal.

218.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja de manera más precisa la evidencia disponible sobre la utilidad del partograma en el manejo del trabajo de parto?**

a) Su uso reduce significativamente la tasa de cesáreas y de partos instrumentados, aunque no tiene impacto en la duración del parto.

b) Aunque no se ha demostrado que disminuya intervenciones como la oxitocina o las cesáreas, se recomienda su uso porque facilita la estandarización de la asistencia, la visualización de la evolución del parto y la comparación de resultados.

c) Su principal beneficio demostrado es mejorar las puntuaciones de Apgar a los 5 minutos, especialmente cuando se emplean modelos de partograma con líneas de alerta múltiples.

d) Existe un consenso claro sobre cuál es el diseño de partograma más efectivo, motivo por el cual su implementación es homogénea en la mayoría de sistemas sanitarios.

219.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja de forma más precisa la evidencia actual sobre el pinzamiento tardío del cordón umbilical?**

a) El pinzamiento tardío disminuye la incidencia de ictericia neonatal y aumenta el volumen de sangre disponible para donación, por lo que se recomienda especialmente en madres con baja ferritina.

b) En neonatos pretérmino, el pinzamiento tardío se asocia a una mayor estabilidad hemodinámica pero aumenta el riesgo de hemorragia intraventricular, por lo que se aconseja restringirlo a embarazos de bajo riesgo.

c) Una de las principales ventajas en neonatos a término es el incremento de reservas de hierro durante los primeros meses de vida, aunque implica un leve aumento en la incidencia de ictericia que puede requerir fototerapia.

d) Está contraindicado en gestaciones monocoriales, neonatos pretérmino y casos de retraso del crecimiento intrauterino debido al elevado riesgo de policitemia y descompensación hemodinámica.

220.- ¿Cuál de los siguientes conjuntos describe correctamente los signos clásicos que indican la separación placentaria durante el tercer periodo del parto?

a) Retracción del útero, acortamiento del cordón umbilical y disminución del sangrado vaginal.
b) Alargamiento del cordón umbilical, salida de mayor volumen de sangre y cambio de la forma uterina de discoide a globular.
c) Aumento del tono uterino, retracción del cordón hacia el interior y disminución del volumen sanguíneo expulsado.
d) Descenso de la altura uterina, ausencia de sangrado y aumento de la presión abdominal materna.

221.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de manera más precisa los criterios diagnósticos y factores de riesgo de la hemorragia posparto (HPP)?

a) La hemorragia posparto se define como una pérdida superior a 1.000 ml tras un parto vaginal, y los principales factores de riesgo incluyen edad materna joven, IMC bajo y trabajo de parto corto.
b) La hemorragia posparto severa se diagnostica cuando la pérdida sanguínea supera los 500 ml.
c) La hemorragia posparto normal se considera toda pérdida inferior a 1.000 ml, siempre que no existan signos clínicos de inestabilidad hemodinámica.
d) La hemorragia posparto se define como una pérdida superior a 500 ml tras un parto vaginal, y presenta mayor riesgo en casos de sobredistensión uterina, IMC > 35, gran multiparidad y antecedentes de HPP.

222.- Respecto a la hemorragia posparto (HPP), ¿cuál de las siguientes afirmaciones integra correctamente los criterios diagnósticos y los factores de riesgo más relevantes, según la evidencia?

a) La HPP se define por ≥ 500 ml en partos vaginales, pero las pérdidas ≥ 1.000 ml solo se consideran severas si van asociadas a inestabilidad hemodinámica. Entre los factores de riesgo destaca la nuliparidad y la edad materna < 20 años.
b) La clasificación de hemorragia "muy severa" comienza a partir de 2.500 ml y se asocia típicamente a polihidramnios, partos rápidos, gran multiparidad y antecedentes de HPP, entre otros. La inducción del parto, sin embargo, no se considera un factor de riesgo establecido.
c) La pérdida hemática fisiológica suele ser < 500 ml. La HPP severa se define como ≥ 1.000 ml y la muy severa ≥ 2.500 ml. Entre los factores de riesgo se incluyen IMC > 35, sobredistensión uterina, inducción al parto y partos precipitados.
d) La HPP se diagnostica únicamente mediante estimación visual de la pérdida sanguínea. Los factores de riesgo validados incluyen solo los relacionados con la placenta (acretismo, retención placentaria), mientras que el IMC o la multiparidad no han mostrado asociación significativa.

223.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones integra con mayor precisión la complejidad multidimensional del dolor en el parto según la evidencia?

a) El dolor percibido durante el parto depende fundamentalmente de factores fisiológicos maternos, siendo mínima la influencia de variables psicológicas o socioculturales en su modulación.

b) Aunque el dolor en el parto puede ser intenso, no tiene repercusión posterior significativa en la salud física o mental de la mujer, salvo en casos de complicaciones obstétricas graves.

c) El dolor del parto constituye un síndrome somático-emotivo influido por factores físicos, psicológicos y socioculturales, pudiendo su falta de tratamiento asociarse a consecuencias como depresión posparto, estrés postraumático y deterioro cognitivo.

d) La percepción del dolor es homogénea entre mujeres primíparas, y las diferencias reportadas (como dolor intenso o intolerable) se deben principalmente a variaciones en el tamaño fetal y la relación feto pélvica.

224.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe la farmacología y clasificación de los opiáceos utilizados en obstetricia?

a) Los opiáceos de forma dextrógira (D) son los que presentan mayor potencia analgésica, y los agonistas parciales como la buprenorfina actúan aumentando la liberación presináptica de neurotransmisores como acetilcolina y sustancia P.

b) La eficacia analgésica de los opiáceos se explica por su acción sobre receptores opioides, inhibiendo la adenilciclasa y disminuyendo la liberación de neurotransmisores. Los agonistas puros incluyen fentanilo, morfina y remifentanilo.

c) Los antagonistas puros como nalorfina y pentazocina son los fármacos preferidos en obstetricia porque bloquean completamente los receptores opioides evitando el riesgo de depresión respiratoria materna.

d) Los opiáceos carecen de utilidad en analgesia regional (peridural o intradural), razón por la cual su administración obstétrica se limita exclusivamente a la vía intravenosa o intramuscular.

225.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe con mayor exactitud las características farmacológicas, efectos adversos y limitaciones del uso de opiáceos en obstetricia?

a) La variabilidad en la liposolubilidad explica las diferencias en vida media entre distintos opiáceos; además, pueden producir depresión respiratoria materna y neonatal, rigidez torácica, bradicardia y liberación de histamina, siendo especialmente peligrosos si se administran junto a inhibidores de la monoaminooxidasa.

b) Los opiáceos tienen vida media similar entre sí debido a que todos comparten una liposolubilidad comparable; su mayor riesgo es la hipotensión severa y no presentan paso placentario significativo, por lo que se consideran seguros para el recién nacido.

c) La eliminación de los opiáceos es principalmente hepática, con muy poca participación renal; su depresión del SNC no se potencia cuando se asocian a otros

depresores centrales, y no existe contraindicación conocida con inhibidores de la monoaminooxidasa.

d) La administración por vía intradural está desaconsejada en obstetricia debido a su elevada incidencia de prurito y retención urinaria; por ello, su principal uso se limita a analgesia intravenosa en la segunda fase del parto.

226.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de forma más precisa las características farmacológicas y las recomendaciones clínicas sobre el tramadol?

a) El tramadol es un agonista selectivo del receptor μ y carece de efectos sobre la recaptación de neurotransmisores, lo que explica su bajo riesgo de depresión respiratoria y su recomendación durante el parto.

b) Aunque el tramadol posee menor potencial de depresión respiratoria que otros opiáceos, actúa como agonista puro no selectivo de receptores opioides y también inhibe la recaptación de noradrenalina, por lo que no se recomienda su administración antes o durante el parto.

c) El tramadol presenta un efecto analgésico exclusivamente mediado por la intensificación de la liberación de serotonina, motivo por el cual se considera una alternativa preferente durante la lactancia.

d) El tramadol no atraviesa la leche materna, por lo que se considera el analgésico de elección en el posparto inmediato, incluso en mujeres en periodo de lactancia.

227.- Respecto a los anestésicos locales tipo éster y tipo amida utilizados por vía epidural, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Los anestésicos tipo éster, al metabolizarse en el hígado, presentan vidas medias más largas pero permiten esterilización por calor; por ello su dosis máxima en mg suele ser mayor que la de las amidas, como con la tetracaína frente a la bupivacaína.

b) La estabilidad de la unión amida permite que anestésicos como lidocaína y mepivacaína toleren la esterilización por calor, pero al requerir metabolismo plasmático por seudocolinesterasa presentan dosis máximas más bajas que los ésteres como la clorprocaína.

c) Los anestésicos tipo éster, al ser hidrolizados rápidamente por la seudocolinesterasa plasmática, tienen vidas medias cortas y permiten un mayor margen de seguridad; un ejemplo es que la clorprocaína presenta una dosis máxima mayor (8 mg/kg) que la de las amidas como la bupivacaína (2 mg/kg).

d) Los anestésicos tipo amida no pueden asociarse a adrenalina porque su unión química es inestable ante cambios de pH; esto explica que la ropivacaína tenga una dosis máxima más baja que los anestésicos tipo éster como la procaína.

228.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el bloqueo peridural en el trabajo de parto NO es correcta?

a) Aunque el bloqueo peridural puede producir hipotensión materna por bloqueo simpático, esta complicación puede minimizarse mediante precarga de fluidos y administración de vasopresores.

b) El bloqueo peridural puede modificar la dinámica uterina durante su instauración inicial debido a una disminución transitoria de catecolaminas maternas, aunque una vez establecido no altera la contractilidad.
c) La aparición de cefalea postpunción se debe al descenso de presión del LCR tras perforación de la duramadre, pudiendo requerir un parche hemático para su resolución.
d) La presencia de infección sistémica controlada con foco local en la zona de punción no contraindica la colocación del peridural.

229.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el bloqueo peridural es FALSA?

a) El bloqueo peridural no modifica la dinámica uterina una vez instaurada y favorece la dilatación del cuello uterino.
b) La técnica no modifica la adaptación del feto a la vida extrauterina.
c) La presencia de temblores y escalofríos en la parturienta tras el peridural es indicativa de infección en el espacio peridural.
d) Entre las complicaciones se incluyen hipotensión por bloqueo simpático, punción accidental de duramadre con cefalea, lesiones de raíces nerviosas e inyecciones intravasculares o intratecales.

230.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la indicación de analgesia neuroaxial en obstetricia es INCORRECTA?

a) La analgesia neuroaxial está fuertemente recomendada en partos de nalgas y partos gemelares.
b) En pacientes con obesidad mórbida, la analgesia neuroaxial puede ser especialmente útil al disminuir la necesidad de anestesia general.
c) En el parto prematuro, la analgesia neuroaxial se considera una técnica beneficiosa.
d) El bloqueo epidural facilita la identificación clínica del dolor asociado a la rotura uterina en pacientes con cesárea previa.

231.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de técnicas manuales para el alivio del dolor durante el trabajo de parto es INCORRECTA según la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva?

a) La evidencia cualitativa existente indica que el masaje puede reducir el dolor y mejorar la experiencia del parto.
b) Las compresas tibias podrían ser perjudiciales para algunas mujeres, por lo que requieren una evaluación individualizada antes de su aplicación.
c) La experiencia del profesional que atiende el parto puede influir en la necesidad y elección de técnicas de alivio del dolor.
d) Las técnicas manuales presentan evidencia de beneficios, pero con certidumbre muy baja respecto a su efecto.

232.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con lo expuesto en la guía de la Organización Mundial de la Salud de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva?**

a) Las opciones no farmacológicas para aliviar el dolor pueden variar ampliamente según el contexto y el entorno donde se atiende el parto.
b) Las técnicas como hipnoparto o acupuntura cuentan con fuerte evidencia cuantitativa de eficacia para reducir el dolor del trabajo de parto.
c) Los profesionales deben informar a las mujeres sobre las opciones de alivio del dolor disponibles en su establecimiento y discutir ventajas y desventajas durante la atención prenatal.
d) La certeza de la evidencia sobre los efectos beneficiosos de las técnicas manuales para el alivio del dolor es muy baja.

233.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con lo expuesto en la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de cuidados durante el parto para una experiencia positiva respecto al uso de técnicas de relajación durante el trabajo de parto?**

a) La evidencia cualitativa existente indica que las técnicas de relajación pueden aliviar el dolor, reducir las molestias y mejorar la experiencia materna del parto.
b) El contexto en el que se presta la atención y el tipo de profesional sanitario pueden influir en la necesidad de alivio del dolor y en las decisiones que toman las mujeres.
c) Las técnicas de hipnoparto y acupuntura se consideran técnicas de relajación incluidas en la recomendación principal de la OMS para embarazadas sanas.
d) Las preferencias de la mujer deben guiar la elección de técnicas de relajación, siempre que sean seguras y estén disponibles en el entorno de atención.

234.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con lo expuesto en la guía de la Organización Mundial de la Salud de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva sobre el uso de opioides para el alivio del dolor durante el trabajo de parto?**

a) Los opioides parenterales como fentanilo, diamorfina y petidina se consideran opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor, en función de las preferencias de la mujer.
b) La petidina no es la opción opioide preferida debido a que los opioides de acción más corta suelen presentar menos efectos secundarios.
c) Antes de administrar opioides, los profesionales deben informar sobre efectos secundarios como somnolencia materna, náuseas, vómitos y el riesgo de depresión respiratoria neonatal.
d) En mujeres con antecedentes o presencia actual de adicción a opioides, se recomienda priorizar opioides de larga duración para evitar síndrome de abstinencia durante el parto.

235.- Respecto a la alimentación en el puerperio, ¿cuál de las siguientes recomendaciones es correcta?

a) La mujer que amamanta debe reducir su ingesta calórica en 300 kcal respecto al embarazo.
b) La mujer que no amamanta debe mantener la misma ingesta calórica que durante el embarazo.
c) No es necesario modificar la ingesta de líquidos durante la lactancia.
d) La mujer que amamanta debe aumentar su ingesta calórica en unas 500 kcal respecto a sus necesidades previas al embarazo.

236.- Según las etapas descritas por Rubin en los cambios fisiológicos en el puerperio, señala la características que corresponde a la etapa de aceptación:

a) La mujer muestra independencia total y asume completamente su rol materno.
b) La madre permanece pasiva, dependiente y suele relatar repetidamente su experiencia del parto.
c) La mujer toma decisiones firmes y no necesita apoyo externo.
d) Se produce el establecimiento del vínculo afectivo definitivo con el/la recién nacido/a.

237.- Respecto a la tristeza posparto o maternity blues, señala la respuesta correcta:

a) Es un trastorno grave que afecta a menos del 5% de las puérperas.
b) Aparece inmediatamente tras el parto y dura varios meses.
c) Es un proceso leve y transitorio que suele aparecer alrededor del tercer día y resolverse en 7-10 días.
d) Requiere tratamiento farmacológico en todos los casos.

238.- Indica qué afirmación sobre adaptación psicosocial en el puerperio es correcta:

a) Los cambios psicosociales tras el nacimiento del bebé son poco frecuentes y suelen indicar un problema de adaptación que requiere intervención psicológica inmediata.
b) Volver a vivir la experiencia del nacimiento mediante el relato a los demás ayuda a los padres a integrar lo vivido y compararlo con sus expectativas previas.
c) El padre suele estar completamente preparado para la experiencia del nacimiento y comprende sin dificultad todos los cambios físicos y psicosociales que experimenta su pareja.
d) La única respuesta emocional importante tras el parto es la reacción materna, siendo la paterna y la de los hermanos irrelevantes para la adaptación psicosocial.

239.- Señala la respuesta correcta sobre los cuidados durante el posparto inmediato (primeras dos horas) y la prevención de complicaciones.

a) El uso sistemático de oxitocina intramuscular días después del parto es la medida más eficaz para reducir la pérdida de sangre en mujeres normales.
b) La valoración del estado de la vejiga debe realizarse cada 15 minutos durante las dos primeras horas para evitar el riesgo de retención y hemorragia.
c) Los factores de riesgo como el parto prolongado o la primiparidad eximen de realizar el control de constantes vitales cada 15 minutos.
d) La consistencia del útero y la cuantía de la pérdida sanguínea solo deben comprobarse si la mujer presenta antecedentes de hemorragia en partos previos.

240.- ¿Cuál es el mecanismo fisiológico que explica el incremento de la diuresis (aprox. 3 litros diarios) durante los primeros 4-5 días tras el parto?

a) La recuperación inmediata del tono muscular de la vejiga y el esfínter uretral.
b) La presencia de proteinuria residual y bacteriuria en una vejiga traumatizada.
c) El mantenimiento de una tasa de filtración glomerular alta junto con un mayor volumen de sangre circulante.
d) La normalización anatómica de los uréteres y pelvis renales en las primeras 48 horas.

241.- Señala la respuesta correcta sobre los cambios fisiológicos durante el puerperio, específicamente en el proceso de involución uterina y la regeneración endometrial:

a) El útero disminuye su peso de 1.000 g a unos 300 g al final de la primera semana gracias a la reducción en el número de células miometriales.
b) Los entuertos son contracciones dolorosas que suelen ser más intensas en mujeres primíparas debido a que su útero mantiene un grado de contracción permanente.
c) La regeneración del endometrio se produce a partir de la capa profunda de la decidua, cubriendo toda la cavidad uterina en un periodo de 1 a 2 semanas.
d) En las mujeres que no lactan, la primera menstruación ocurre habitualmente a los 15 días del parto y presenta un carácter bifásico (ovulatorio).

242.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente los cambios hematológicos y cardíacos en el puerperio inmediato?

a) Se observa leucocitosis con aumento de granulocitos, posible trombocitosis y aumento transitorio del gasto cardiaco que se normaliza en días o semanas.
b) Aparece leucopenia con linfocitosis y el gasto cardiaco disminuye de forma permanente.
c) Se produce anemia constante, disminución de plaquetas y reducción del gasto cardiaco mantenida durante meses.
d) La volemia permanece disminuida de forma prolongada y la bradicardia es permanente.

243.- En la vigilancia de la puérpera pasadas las primeras 2 horas tras el parto, señala la respuesta correcta:

a) La fiebre puerperal se define como cualquier temperatura superior a 37,5 °C en una única medición.
b) La deambulación debe retrasarse varios días para evitar complicaciones tromboembólicas.
c) La retención urinaria es excepcional y no requiere especial vigilancia en el puerperio.
d) Un sangrado vaginal excesivo obliga a descartar causas como desgarros, restos placentarios o atonía uterina.

244.- ¿Cuál de las siguientes recomendaciones es correcta al alta de la puérpera?

a) Se recomienda el baño diario en lugar de la ducha para mejorar la higiene.
b) El reinicio de las relaciones sexuales puede considerarse, en general, a partir de las 2 semanas si hay adecuada recuperación.
c) Las pérdidas de sangre deben desaparecer completamente en las primeras 24 horas.
d) El ejercicio físico debe evitarse durante al menos 2 meses en todos los casos.

245.- ¿Cuál es uno de los objetivos principales de la atención en el puerperio inmediato?

a) Evitar completamente cualquier cambio fisiológico tras el parto.
b) Favorecer la involución de los cambios del embarazo y detectar precozmente posibles complicaciones.
c) Limitar el contacto entre la madre y el recién nacido durante las primeras horas.
d) Administrar tratamiento farmacológico de forma sistemática.

246.- Durante las primeras 2 horas del puerperio, ¿cuál de los siguientes parámetros debe ser controlado de forma sistemática?

a) Únicamente la temperatura corporal cada 24 horas.
b) Las constantes vitales cada 15-20 minutos, el sangrado genital y la contracción uterina.
c) Solo la alimentación de la madre.
d) Exclusivamente el estado emocional de la madre.

247.- En el puerperio inmediato, una mujer presenta escaso sangrado vaginal externo, útero aumentado de tamaño y mal contraído a la palpación abdominal. Señala la respuesta correcta:

a) Es un hallazgo normal debido a la involución uterina fisiológica.
b) Puede indicar una hemorragia interna con acumulación de sangre en el útero.
c) Sugiere una adecuada contracción uterina y evolución favorable.
d) Es un signo de infección puerperal precoz.

248.- ¿Cuál es la recomendación sobre la realización de la visita domiciliaria a la madre y al/a la recién nacido/a tras el alta puerperal?

a) Debe realizarse únicamente si la madre solicita expresamente una revisión a domicilio, y nunca antes de la segunda semana de vida.
b) Se considera una buena práctica realizarla en la primera semana de vida, antes de ser atendidos en el centro de atención primaria, por una matrona o enfermera con habilidades en cuidados neonatales y puerperales.
c) Solo está indicada en familias con problemas socioeconómicos graves o cuando el recién nacido presenta bajo peso al nacer.
d) Debe ser realizada exclusivamente por el pediatra durante el primer mes de vida, y su objetivo principal es administrar las vacunas del recién nacido.

249.- ¿Cuál es la recomendación de la OMS sobre la frecuencia de las evaluaciones posparto de rutina?

a) Una única visita integral a las 12 semanas del nacimiento.
b) Una visita a las 3 semanas y otra a las 12 semanas posparto.
c) Evaluaciones a los 3 días, 1 a 2 semanas y 6 semanas posparto.
d) Contacto diario durante la primera semana, luego a las 4 y 8 semanas.

250.- ¿Qué acciones se recomiendan específicamente durante la visita posparto integral?

a) Realizar únicamente exploración mamaria y de genitales externos.
b) Evaluación del suelo pélvico, detección universal de depresión posparto con escala de Edimburgo y recomendación de anticoncepción individualizada.
c) Solicitar una mamografía a todas las pacientes y descartar violencia intrafamiliar solo si hay antecedentes.
d) Limitar la exploración al abdomen y posponer los temas de lactancia y salud mental para una visita posterior.

251.- Según las recomendaciones sobre atención domiciliaria en el puerperio, señala la respuesta correcta:

a) El primer contacto con el/la matrón/a de Atención Primaria debe realizarse antes del alta hospitalaria, programándose para el séptimo u octavo día de vida del/de la recién nacido/a.
b) Se recomienda ofrecer al menos dos consultas en los primeros 40 días tras el alta: la primera entre las 24-48 horas después del alta y la otra al final de la cuarentena.
c) Las visitas domiciliarias son obligatorias para todas las mujeres, sin posibilidad de realizarlas en un centro de salud u hospital.
d) La exploración del estado emocional de la mujer solo se sugiere si ella o su familia manifiestan explícitamente algún cambio de ánimo.

252.- **Una mujer de 32 años, primigesta, ha dado a luz hace 6 semanas y acude a consulta de rehabilitación del suelo pélvico para prevenir incontinencia urinaria futura. Durante la evaluación, se le enseñan ejercicios de contracción selectiva del suelo pélvico. Señala la respuesta correcta sobre la práctica de estos ejercicios:**

a) Para garantizar la correcta realización del ejercicio de contracción selectiva, se recomienda realizar un tacto muscular vaginal antes de comenzar el entrenamiento; si no es posible, basta con una valoración del núcleo fibroso central.
b) La contracción selectiva de los músculos del suelo pélvico debe realizarse manteniendo la contracción durante 8-10 segundos y relajando 4-5 segundos.
c) Durante el ejercicio de contracción perineal y abdominal, se debe realizar una inspiración prolongada y posteriormente una espiración manteniendo la contracción durante 10 segundos.
d) El reconocimiento de la pelvis ósea y su movilidad se realiza exclusivamente con una maqueta, sin exploración de la pelvis propia de la embarazada.

253.- **Una mujer de 28 años, primigesta, asiste a un curso de preparación al nacimiento. Durante la sesión dedicada al entrenamiento del suelo pélvico, la matrona le explica la técnica correcta para iniciar los ejercicios y evitar riesgos. Teniendo en cuenta el protocolo de preparación al nacimiento, señala la respuesta correcta:**

a) Durante la contracción selectiva, es fundamental realizar una apnea (contener la respiración) para maximizar la fuerza del ejercicio.
b) La valoración del núcleo fibroso central es necesaria para detectar una "contracción inversa", la cual podría afectar negativamente al suelo pélvico.
c) Para asegurar la eficacia del ejercicio de contracción selectiva, la mujer debe contraer simultáneamente los glúteos y los músculos abdominales.
d) El ejercicio de contracción perineal y abdominal requiere realizar una inspiración profunda mientras se mantiene la contracción durante 3 segundos.

254.- **¿Cuál es uno de los principales beneficios del ejercicio físico en el posparto?**

a) Disminuir la producción de leche materna.
b) Prevenir problemas como disfunción del suelo pélvico y molestias musculoesqueléticas.
c) Evitar completamente el cansancio en la madre.
d) Sustituir la necesidad de descanso.

255.- **¿Cuál de los siguientes es un objetivo fundamental del programa de ejercicios posnatales?**

a) Restaurar el suelo pélvico y fortalecer la musculatura abdominal y dorsal.
b) Evitar cualquier tipo de movimiento durante las primeras semanas.
c) Incrementar exclusivamente la masa muscular de las extremidades superiores.
d) Reducir la ingesta calórica mediante ejercicio intenso.

256.- Respecto a los ejercicios de Kegel en el posparto, señala la respuesta correcta:

a) Solo sirven para mejorar la estética corporal.
b) Están contraindicados en todas las mujeres tras el parto.
c) Deben realizarse una vez a la semana para ser efectivos.
d) Se basan en contraer y relajar el músculo pubococcígeo para fortalecer el suelo pélvico.

257.- ¿Qué dificultad principal hace que la rehabilitación del suelo pélvico sea especialmente compleja en comparación con otros músculos del cuerpo?

a) Que la contracción del músculo perineal no es apreciable visualmente por ser un músculo interno.
b) Que los músculos del periné se fatigan muy rápidamente, impidiendo sesiones largas de ejercicio.
c) Que solo puede rehabilitarse mediante cirugía, ya que el ejercicio no es efectivo en esta zona.
d) Que los ejercicios de Kegel están contraindicados en la mayoría de mujeres postparto.

258.- ¿Cuál de las siguientes situaciones o factores NO se menciona como causa de debilidad o agresión del suelo pélvico?

a) El embarazo, debido al mayor peso del útero y el efecto de hormonas como la relaxina.
b) La falta de estrógenos en el periodo postmenopáusico, que produce flacidez y debilidad muscular.
c) Realizar ejercicios de Kegel de forma precoz en el postparto, ya que incrementan la presión abdominal.
d) El uso de ropa ajustada, el estreñimiento y el tabaquismo (por la tos crónica).

259.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los métodos de rehabilitación del suelo pélvico es correcta?

a) La electroestimulación para la incontinencia urinaria de esfuerzo debe aplicarse con frecuencias de 10 Hz y con la intensidad máxima tolerable.
b) El stop test consiste en cortar la micción durante la eliminación y repetir esa contracción treinta veces al terminar de orinar, y se considera el biofeedback más fácil que pueden realizar las pacientes.
c) En la exploración manual, para valorar la tensión muscular se introducen los dedos pulgar e índice en la vagina, separados 5 cm, apoyados en el músculo pubococcigeo.
d) Los deportes considerados de menor riesgo para el suelo pélvico son gimnasia, aeróbic, baloncesto y equitación.



260.- ¿Cuál es la recomendación actual sobre la estancia hospitalaria tras un parto normal?

a) Permanece siempre a criterio exclusivo de la puérpera, sin límite establecido.
b) Depende únicamente de si se realizó o no episiotomía.
c) Debe ser de al menos 72 horas para garantizar la seguridad.
d) No debe superar las 48 horas, según la SEGO y la SEN.

261.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con lo expuesto en la guía de la Organización Mundial de la Salud de cuidados en el parto para una experiencia de parto positiva respecto al contacto piel con piel (CPP) del recién nacido?

a) El contacto piel con piel inmediato ayuda a prevenir la hipotermia en recién nacidos sin complicaciones.
b) El contacto piel con piel inmediato favorece el inicio de la lactancia materna.
c) La guía recomienda mantener al recién nacido sin complicaciones en CPP con su madre durante la primera hora tras el nacimiento.
d) La guía establece que la duración recomendada del contacto piel con piel debe extenderse más allá de la primera hora para recién nacidos sin complicaciones.

262.- ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sobre el baño del recién nacido es correcta según la Organización Mundial de la Salud en su guía de cuidados en el parto para una experiencia de parto positiva?

a) El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas.
b) El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos ocho horas.
c) El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos cuatro horas.
d) El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos doce horas.

263.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con los cuidados del recién nacido durante el período de transición?

a) Durante el período de transición, la resistencia vascular pulmonar disminuye y el flujo sanguíneo a los pulmones aumenta de forma considerable.
b) Las principales alteraciones del período de transición incluyen dificultad respiratoria, mala perfusión y necesidad de oxígeno complementario.
c) El recién nacido debe ser valorado cada 30 a 60 minutos, evaluando frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, coloración y tono muscular.
d) Todo recién nacido con sospecha de alteración de la transición debe ser trasladado inmediatamente a una unidad de mayor nivel de cuidados.

264.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con la palpación de los pulsos femorales en el/la recién nacido/a?

a) Los pulsos femorales pueden ser débiles durante los primeros dos días de vida, por lo que deben palparse con el/la niño/a tranquilo/a.
b) Para facilitar la palpación, el explorador debe extender suavemente las extremidades inferiores del neonato hasta que queden planas sobre la cama.
c) En caso de duda sobre la palpación de pulsos femorales, debe repetirse la exploración varias veces antes de considerar cualquier prueba adicional.
d) Si persisten dudas respecto a los pulsos femorales, debe medirse la presión arterial en extremidades superiores e inferiores para investigar una posible coartación aórtica.

265.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con lo que se conoce sobre la exploración y manejo de las clavículas en el/la recién nacido/a?

a) Las fracturas de clavícula en el/la recién nacido/a suelen requerir tratamientos específicos porque con frecuencia dejan secuelas a largo plazo.
b) Algunas fracturas de clavícula pueden no ser evidentes inmediatamente tras el nacimiento y hacerse más palpables en los días posteriores.
c) Una fractura de clavícula consolidada puede detectarse durante las revisiones posteriores como una protuberancia endurecida.
d) Muchas fracturas claviculares pasan desapercibidas en el período neonatal y no requieren más intervención que una manipulación cuidadosa para evitar molestias.

266.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con los distintos tipos de edema en el/la recién nacido/a?

a) El caput puede cruzar las líneas de sutura y suele desaparecer en 1–2 días.
b) El cefalohematoma es una hemorragia subperióstica que no cruza las suturas y puede tardar semanas o meses en resolverse.
c) La hemorragia subgaleal produce una tumefacción muy blanda que puede extenderse desde la nuca hasta la frente debido a la hemorragia bajo la aponeurosis.
d) El cefalohematoma se presenta típicamente como una tumefacción blanda y laxa que fluye libremente entre planos, pudiendo desplazarse con facilidad hacia regiones alejadas del cuero cabelludo.

267.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la exploración de los huesos del cráneo del recién nacido es correcta?

a) La presencia de craneotabes requiere estudios complementarios, ya que suele ser un signo de patología ósea que no se resuelve espontáneamente.
b) La ausencia de movilidad en las suturas sagital, coronal, lamboidea o metópica es un hallazgo normal durante los primeros días de vida del recién nacido.
c) El moldeamiento de los huesos del cráneo observado en la exploración inicial suele resolverse espontáneamente en los días siguientes al nacimiento.

d) La movilidad de las suturas indica una posible craneosinostosis y debe investigarse con estudios de imagen.

268.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El parto por cesárea bajo anestesia regional entre las 37 y 39 semanas aumenta el riesgo de intubación neonatal.
b) El parto vaginal a término aumenta la necesidad de intubación endotraqueal comparado con la cesárea.
c) En ausencia de otros factores de riesgo prenatales, el parto por cesárea y bajo anestesia regional entre las 37 y 39 semanas de gestación no influye en la probabilidad de que el neonato requiera intubación endotraqueal.
d) La anestesia general en cesáreas entre las 37 y 39 semanas de gestación disminuye la necesidad de intubación neonatal.

269.- ¿Cuál es el rango de SpO_2 preductal ideal al minuto 1 de vida del recién nacido?

a) 70 %–75 %.
b) 60 %-65 %.
c) 80 %-85 %.
d) 85 %-95 %.

270.- A los 3 minutos después del nacimiento, la saturación preductal ideal es:

a) 70 %-75 %.
b) 75 %-80 %.
c) 65 %-70 %.
d) 85 %-95 %.

271.- ¿En qué minuto la SpO_2 preductal ideal debe encontrarse entre 80 % y 85 %?

a) Minuto 2.
b) Minuto 4.
c) Minuto 5.
d) Minuto 10.

272.- ¿Qué porcentaje aproximado de recién nacidos/as a término presenta respiración espontánea, FC >100 lpm y coloración rosada en los primeros minutos de vida?

a) 50%.
b) 70%.
c) 80%.

d) 90%.

273.- ¿Cuál es la recomendación sobre el cribado auditivo neonatal universal y el seguimiento de los/as niños/as que no superan la prueba?

a) El cribado debe realizarse únicamente en recién nacidos/as con factores de riesgo, y los que no pasen la prueba serán evaluados antes del año de vida.
b) La prueba de elección son las otoemisiones por su mayor especificidad, y el cribado debe completarse antes de los 6 meses de edad.
c) Todos los recién nacidos deben ser sometidos a cribado auditivo en su primer mes de vida, y los que no pasen la prueba deben recibir evaluación audiológica en los primeros 3 meses de vida.
d) El cribado universal solo está indicado si el coste por caso detectado es inferior al del hipotiroidismo, y los/as niños/as que no pasen la prueba se reevalúan al año.

274.- Un/Una recién nacido/a sano/a permanece en la maternidad junto a su madre. Se le realiza cribado neonatal de hipoacusia mediante otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos automatizados durante el periodo de estancia. La matrona explica a la madre la importancia de esta prueba. Teniendo en cuenta el cribado de hipoacusia neonatal, todas las siguientes afirmaciones son correctas EXCEPTO una:

a) Los potenciales auditivos automatizados presentan una sensibilidad del 97-100% y una especificidad del 86-96%.
b) Los potenciales auditivos evalúan la actividad de la vía auditiva desde el nervio auditivo (extremo distal) hasta el mesencéfalo.
c) La prevalencia de hipoacusia en recién nacidos/as se estima entre 1,5 y 10 casos por 1.000 nacidos vivos, según el grado de afectación.
d) En niños/as con factores de riesgo, la incidencia de hipoacusia grave puede elevarse hasta el 9%.

275.- ¿Cuál es la recomendación sobre la toma de muestras para el cribado metabólico neonatal en los/as recién nacidos/as que reciben el alta precoz durante las primeras 24 horas de vida?

a) Se les debe realizar la toma de muestra al cumplir los 15 días de vida, cuando ya han establecido una alimentación regular.
b) Se les realiza la toma de muestra inmediatamente antes del alta, sin necesidad de una segunda muestra posterior.
c) La toma de muestra se realizará inmediatamente antes del alta, y deben ser sometidos a cribado metabólico.
d) Estos niños/as no precisan cribado metabólico porque el alta precoz no afecta a los resultados de las pruebas.

276.- **¿Qué se recomienda específicamente para aliviar el dolor en los/as recién nacidos/as sometidos/as a la punción del talón para el cribado metabólico?**

a) Administrar siempre un antiséptico yodado antes de la punción para reducir la sensibilidad local.
b) Utilizar exclusivamente la estimulación sensorial táctil, sin permitir el amamantamiento ni la sacarosa.
c) Se debe utilizar el amamantamiento por su madre para aliviar el dolor; si no es posible, administrar sacarosa al 20% por vía oral 2 minutos antes del pinchazo.
d) Administrar una dosis de 2 a 5 ml de sacarosa al 10% por vía intravenosa inmediatamente después del pinchazo.

277.- **Un/Una recién nacido/a a término presenta temperatura de 35,5 ºC tras el parto. ¿Cuál es la causa MÁS probable?**

a) Pérdida de calor por evaporación tras el nacimiento.
b) Inmadurez del centro termorregulador hipotalámico.
c) Disminución del metabolismo basal.
d) Déficit de grasa blanca.

278.- **En relación con la respiración del RN, ¿Qué hallazgo obliga a sospechar patología?**

a) Frecuencia respiratoria de 50 rpm.
b) Respiración irregular con pausas <10 segundos.
c) Respiración abdominal predominante.
d) Tiraje intercostal persistente.

279.- **Un RN inicia lactancia materna. ¿Cuál es el signo MÁS fiable de una correcta alimentación?**

a) Llanto tras la toma.
b) Duración de la toma >10 minutos.
c) Aumento progresivo de peso y diuresis adecuada.
d) Succión frecuente.

280.- **Respecto a la eliminación en el RN, señale la opción correcta:**

a) La ausencia de meconio en 24 h es siempre fisiológica.
b) El meconio aparece tras la primera semana.
c) La eliminación de meconio tardía puede indicar patología.
d) La orina aparece a partir del tercer día.

281.- **En relación con la prevención del síndrome de muerte súbita del/de la lactante (SMSL), la medida MÁS efectiva es:**

a) Decúbito supino durante el sueño.
b) Uso de mantas térmicas.
c) Dormir en decúbito lateral.
d) Evitar lactancia materna nocturna.

282.- **Sobre el sueño y seguridad del/de la recién nacido/a, señale la FALSA:**

a) El sueño es irregular y fragmentado.
b) Debe colocarse en decúbito supino para dormir.
c) El colecho puede aumentar riesgos si no se realiza correctamente.
d) Es recomendable el uso de almohadas para confort.

283.- **En relación con la respiración del/de la recién nacido/a, señale la FALSA:**

a) La presencia de tiraje es un signo normal.
b) Las pausas respiratorias cortas son fisiológicas.
c) La respiración puede ser irregular.
d) La frecuencia respiratoria suele ser elevada.

284.- **Sobre la termorregulación del recién nacido, señale la FALSA:**

a) La grasa parda participa en la producción de calor.
b) La hipotermia puede aumentar el consumo de oxígeno.
c) El/La recién nacido/a produce calor principalmente mediante temblor.
d) La evaporación es un mecanismo importante de pérdida de calor.

285.- **¿Cuál es la función principal de un vínculo afectivo adecuado en el desarrollo del/de la niño/a?**

a) Evitar que el/la niño/a desarrolle autonomía.
b) Proporcionar seguridad afectiva y favorecer el desarrollo emocional y social.
c) Limitar la interacción con otras personas.
d) Generar dependencia absoluta de los/las cuidadores.

286.- **Respecto a la formación del vínculo afectivo en la familia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) Se crea de forma inmediata tras el nacimiento y no requiere mantenimiento.
b) Surge espontáneamente pero necesita tiempo, dedicación y cuidado para consolidarse.
c) Depende únicamente de factores biológicos.
d) No influye en la identidad ni en la autoestima del/de la niño/a.

287.- Respecto al contacto precoz piel con piel (CPP) entre madre y recién nacido/a, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Favorece la adaptación del/de la recién nacido/a, reduce el estrés y estimula la liberación de oxitocina en la madre.
b) Disminuye la secreción de oxitocina materna y retrasa la eyección de calostro.
c) Aumenta los niveles de cortisol en el recién nacido, favoreciendo su adaptación al estrés.
d) No influye en la lactancia ni en el vínculo afectivo madre-hijo/a.

288.- ¿Cuál de las siguientes opciones forma parte de la definición más amplia del Método de Cuidado Madre Canguro (MMC)?

a) El uso de incubadoras transparentes para mejorar la estimulación visual del neonato.
b) El contacto piel a piel exclusivamente con la madre durante las primeras 24 horas.
c) La lactancia materna exclusiva o casi exclusiva y el intento de alta temprana del hospital.
d) La separación del/ de la recién nacido/a en una habitación individual para evitar infecciones.

289.- ¿Cuáles un beneficio del Método Madre Canguro (MMC) para los recién nacidos prematuros?

a) Aumenta la frecuencia de infecciones nosocomiales pero reduce su gravedad.
b) Disminuye la producción láctea materna para evitar sobrecarga al prematuro.
c) Acorta el periodo de sueño para favorecer la estimulación sensorial temprana.
d) Reduce el dolor ante estímulos dolorosos, con una diferencia de 2 puntos en la escala PIPP a los 90 segundos de una punción en el talón.

290.- ¿Cuál es una consecuencia de no protocolizar ni estructurar el Método Madre-Padre Canguro (MMC) en las unidades neonatales?

a) Los padres aumentan espontáneamente el tiempo de contacto piel con piel para compensar la falta de normas.
b) Las madres permanecen menos tiempo en canguro de forma espontánea.
c) Los/as recién nacidos/as presentan mayor estabilidad de constantes vitales por ausencia de manipulación.
d) Se reduce la variabilidad entre unidades europeas sobre qué niños/as pueden estar en canguro.

291.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la posición y el tiempo mínimo del contacto piel con piel en el Método Madre-Padre Canguro (MMC) es correcta?

a) El/La niño/a debe colocarse en decúbito supino sobre el abdomen de la madre para favorecer la digestión.

b) La duración diaria del contacto piel con piel no debería ser inferior a 30 minutos para evitar el estrés por transferencia.
c) El tiempo mínimo de cada sesión de MMC es de 20 minutos, tiempo suficiente para compensar el estrés de la transferencia.
d) El/La niño/a se coloca en posición vertical entre los pechos de la madre o sobre el tórax del padre, en decúbito ventral (posición de rana), con la cabeza girada hacia un lado.

292.- ¿Cuál es la recomendación sobre el cuidado canguro en relación con los procedimientos dolorosos?

a) Debe suspenderse durante cualquier procedimiento que pueda causar dolor al/a la recién nacido/a.
b) Se recomienda realizar los procedimientos dolorosos, si es posible, en método canguro.
c) Solo se recomienda para procedimientos dolorosos si el/la recién nacido/a tiene más de 37 semanas.
d) Está contraindicado durante procedimientos dolorosos porque aumenta el estrés del/de la neonato.

293.- ¿Qué se afirma sobre el cuidado canguro después del alta hospitalaria?

a) Solo puede realizarse en la unidad neonatal durante el ingreso, nunca en el domicilio.
b) Si el/la niño/a no ha llegado a la edad de término, se puede mantener el cuidado canguro en domicilio con el apoyo adecuado.
c) Está indicado únicamente para recién nacidos a término sin ninguna complicación.
d) No se recomienda bajo ningún concepto una vez que el/la recién nacido/a ha sido dado de alta.

294.- ¿Cuál de los siguientes beneficios se ha demostrado en los/las recién nacidos/as a término sanos que practican el contacto piel con piel precoz?

a) Aumento del tiempo de llanto y disminución de los niveles de glucosa.
b) Mayor frecuencia y duración de la lactancia materna.
c) Disminución de la estabilidad cardiorrespiratoria y aumento de la ansiedad materna.
d) El agarre al pecho materno en posición correcta se produce solo en el 20,5% de los casos.

295.- ¿Qué se afirma sobre el contacto piel con piel cuando la madre no puede realizarlo por problemas de salud?

a) Debe posponerse hasta que la madre se recupere, sin ninguna alternativa.
b) El recién nacido debe permanecer en la incubadora hasta que la madre pueda realizar el contacto.

c) Poner al/a la niño/a sobre el pecho desnudo del padre le ayudará en la lactancia y disminuirá el tiempo de llanto.
d) Solo se permite el contacto con el padre si el/la niño/a ha llorado durante más de 30 minutos.

296.- ¿Cuál es la relación entre el tiempo de contacto piel con piel sin interrupción y la probabilidad de que el/la recién nacido/a realice una toma de forma espontánea?

a) Con más de 50 minutos de contacto y hasta un máximo de 110 minutos, la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos.
b) Con menos de 30 minutos de contacto, la probabilidad de toma espontánea es 8 veces mayor que con más de 60 minutos.
c) La probabilidad de toma espontánea no se modifica por el tiempo de contacto, sino solo por el olfato materno.
d) Se necesita un mínimo de 120 minutos de contacto para duplicar la probabilidad de toma espontánea respecto a 50 minutos.

297.- Según la definición de la OMS de 1977, ¿qué característica determina que una expulsión o extracción del producto gestacional sea considerada un aborto?

a) Edad gestacional menor de 22 semanas.
b) Peso del embrión o feto de 500 gramos o menos.
c) Ausencia de signos vitales tras el nacimiento.
d) Longitud cráneo-caudal menor de 25 centímetros.

298.- ¿Cuál es la incidencia estimada del aborto clínicamente reconocible en la población general?

a) Entre el 5 y el 15% de todas las gestaciones.
b) Entre el 10 y el 30% de todas las gestaciones.
c) Entre el 30 y el 50% de todas las gestaciones.
d) Más del 50% de todas las gestaciones.

299.- Respecto al sangrado vaginal en el embarazo temprano, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se ajusta mejor?

a) Aunque el sangrado vaginal es poco frecuente en el embarazo (<10%), cuando aparece indica en más del 50% de los casos una pérdida gestacional inminente.
b) El sangrado vaginal no complicado suele acompañarse de inestabilidad hemodinámica, lo que incrementa el riesgo de aborto en la mayoría de gestantes.
c) A pesar de ser un signo de alarma, la mayoría de las gestantes con sangrado (20–25%) continúan con una evolución favorable, y entre el 90 y el 96% mantienen la gestación.

d) La presencia de sangrado en el primer trimestre se considera un marcador con alto valor predictivo de mortalidad perinatal, motivo por el cual la mayoría de las gestaciones afectadas terminan en un mal resultado.

300.- Respecto a las distintas formas clínicas de aborto ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) En el aborto en curso, la distinción clásica entre fase incipiente y aborto inevitable sigue siendo clínicamente útil, ya que la dilatación cervical es fácilmente objetivable incluso en multíparas.

b) El aborto incompleto y el aborto completo se diferencian fundamentalmente en la presencia de dolor persistente, ya que en el aborto incompleto el dolor suele desaparecer tras la expulsión parcial del tejido gestacional.

c) El aborto diferido puede presentarse sin sangrado ni dolor, dado que la interrupción de la gestación no se acompaña de expulsión del tejido embrionario y puede no visualizarse el embrión incluso cuando no se trata de una gestación incipiente.

d) En el aborto completo siempre persiste la hemorragia vaginal debido a la retención parcial del contenido gestacional, lo que obliga a descartar un aborto diferido mediante ecografía.

301.- Respecto a la exploración física en la valoración del posible aborto espontáneo, señale la opción correcta:

a) La exploración con espéculo permite valorar la dilatación cervical de forma más precisa que el tacto vaginal, motivo por el cual es el método de elección para estimar la reversibilidad del proceso abortivo.

b) La presencia de un sangrado similar o superior al de una menstruación se asocia a un pronóstico habitualmente desfavorable para la continuidad del embarazo, aunque la extracción de restos ovulares a través del orificio cervical externo no modifica el dolor.

c) El tacto vaginal permite valorar, además de la dilatación cervical, si el tamaño y la forma del útero se correlacionan con la edad gestacional estimada; sin embargo, esta valoración puede ser difícil en mujeres con miomas, malformaciones uterinas u obesidad.

d) Debido a su alta fiabilidad, la anamnesis y la exploración física suelen ser suficientes para el diagnóstico de certeza, quedando la ecografía reservada solo para casos con inestabilidad hemodinámica o sangrado incoercible.

302.- Respecto al tratamiento médico ambulatorio del aborto espontáneo, señale la opción correcta:

a) La combinación de mifepristona seguida de misoprostol ofrece una tasa de éxito del 75% para gestaciones menores de 13 semanas, mientras que el empleo exclusivo de misoprostol alcanza tasas cercanas al 90%, especialmente por vía vaginal.

b) La mifepristona actúa como análogo de prostaglandina E1, favoreciendo las contracciones uterinas y facilitando la expulsión del tejido ovular al sensibilizar el miometrio al misoprostol.

c) En gestaciones del segundo trimestre, el protocolo difiere del primer trimestre, ya que se repite la administración de misoprostol hasta la evacuación completa, pudiéndose prescindir de mifepristona sin que ello contraindique el procedimiento cuando no esté disponible.

d) Entre las contraindicaciones del tratamiento médico ambulatorio destacan la hemorragia vaginal abundante, los abortos incompletos y la presencia de estenosis mitral, aunque la insuficiencia renal no supone un impedimento para iniciar el tratamiento.

303.- ¿Cuál de las siguientes opciones explica mejor el aumento observado en la incidencia del embarazo ectópico (EE) en los últimos años?

a) La disminución de la prevalencia de la enfermedad inflamatoria pélvica y el menor uso de técnicas de reproducción asistida.

b) El aumento del uso de métodos anticonceptivos, la cirugía tubárica reparadora y las técnicas de reproducción asistida, junto con un mejor diagnóstico precoz.

c) La reducción del uso de métodos anticonceptivos y una baja frecuencia de diagnóstico precoz.

d) La ausencia de avances en las técnicas de imagen que permitan detectar el EE de forma temprana.

304.- ¿Cuál de las siguientes localizaciones del embarazo ectópico aumenta notablemente su frecuencia en técnicas de fecundación asistida en comparación con los ciclos naturales?

a) Embarazo ístmico.

b) Embarazo en la ampolla tubárica.

c) Embarazo intersticial.

d) Embarazo fimbrial.

305.- Respecto a la clínica del embarazo ectópico (EE), señale la respuesta correcta:

a) La metrorragia suele ser abundante, debido a que la caída de progesterona provoca necrosis decidual masiva, siendo típica la expulsión de coágulos voluminosos.

b) El dolor abdominal es más frecuente que la amenorrea y puede irradiarse al hipogastrio en caso de rotura tubárica.

c) El shock hipovolémico continúa siendo una forma de presentación relativamente común, ya que la rotura tubárica ocurre en fases muy tempranas del EE gracias al déficit severo de β-hCG.

d) La clínica del EE se caracteriza por dolor unilateral, metrorragia escasa y amenorrea prolongada, que habitualmente supera las 12 semanas antes del diagnóstico.

306.- Respecto a las manifestaciones clínicas de la placenta previa, señale la opción correcta:

a) La hemorragia suele ser dolorosa debido a la distensión aguda del segmento inferior y se relaciona habitualmente con el esfuerzo físico.
b) El sangrado asociado a rotura de membranas es más oscuro, menos abundante y típicamente doloroso.
c) La placenta previa es la causa más frecuente de histerectomía posparto y supera a la atonía uterina como primera causa de transfusión.
d) La metrorragia de la placenta previa es típicamente roja brillante, indolora, recidivante y puede desencadenarse por coito o por la distensión del segmento inferior.

307.- En relación con los factores de riesgo del Desprendimiento Prematuro Placenta Normo Inserta (DPPNI), señale la respuesta correcta:

a) El mioma uterino y la edad materna avanzada son factores de riesgo bien establecidos, con un incremento del riesgo similar en ambos casos, y con odds ratios en rangos equivalentes.
b) La rotura prematura de membranas incrementa el riesgo de DPPNI por hipertensión materna secundaria a pérdida súbita de líquido amniótico, lo que desencadena vasoconstricción miometrial severa.
c) El antecedente de un DPPNI previo constituye el factor de riesgo más importante descrito, con un odds ratio muy superior al de otros factores, y su recurrencia suele aparecer más precozmente en gestaciones posteriores.
d) La cocaína y el tabaco son factores de riesgo bien establecidos con evidencia sólida, ya que su mecanismo hipertensivo y vasoconstrictor ha demostrado de forma concluyente aumentar la incidencia de DPPNI.

308.- Respecto a la clínica del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI), señale la respuesta INCORRECTA:

a) La hemorragia externa suele ser de color oscuro y de escasa intensidad, observándose en alrededor del 80% de los casos.
b) El dolor abdominal está presente en aproximadamente dos tercios de los casos y puede pasar inadvertido o confundirse con dinámica uterina.
c) La hemorragia vaginal es el mejor indicador clínico de gravedad materna, más útil que el dolor abdominal.
d) Puede existir discordancia importante entre la cantidad de hemorragia externa y el estado hemodinámico de la gestante.

309.- Respecto a los criterios diagnósticos de preeclampsia y preeclampsia grave, según la terminología recomendada por el National High Blood Pressure Education Program Working Group, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Para diagnosticar preeclampsia grave es imprescindible demostrar proteinuria ≥ 2 g/24 h o ≥ 3+ en tira reactiva, ya que la presencia de síntomas visuales, dolor en

epigastrio o restricción del crecimiento fetal no tiene valor diagnóstico sin proteinuria severa.

b) La preeclampsia se define por cifras tensionales ≥ 140/90 mmHg después de la semana 20 en una mujer previamente normotensa, asociadas a proteinuria ≥ 300 mg/24 h.

c) La presencia de presión arterial ≥ 160/110 mmHg constituye por sí sola un criterio de preeclampsia grave, incluso si la proteinuria no supera los 300 mg/24 h.

d) La oliguria < 500 ml/24 h, la elevación de transaminasas ≥ 70 U/l o la trombocitopenia < 100.000/mm³ son criterios de gravedad independientemente de las cifras tensionales.

310.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el manejo de la preeclampsia grave es INCORRECTA?

a) En la preeclampsia grave deben evitarse sobrecargas de volumen, manteniendo una infusión intravenosa en torno a 75 ml/h y sin superar los 100–125 ml/h para reducir el riesgo de edema pulmonar.

b) El sulfato de magnesio debe administrarse con una dosis de carga de 4 g en 5–10 minutos, seguido de una perfusión de 1–2 g/h, vigilando reflejos tendinosos profundos, diuresis y frecuencia respiratoria.

c) El tratamiento antihipertensivo debe iniciarse cuando la presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o la diastólica ≥ 110 mmHg se mantiene más de 15 minutos, pudiéndose utilizar hidralazina o labetalol según las dosis recomendadas.

d) En menores de 34 semanas, los corticoides sólo deben administrarse si no existen criterios de gravedad materna, pues en presencia de hipertensión severa o dolor en hipocondrio derecho se prefiere evitar su uso para no retrasar la resolución del embarazo.

311.- Respecto a la influencia de la diabetes en el embarazo, señale la respuesta correcta:

a) La hipertensión es una complicación frecuente en gestantes diabéticas, apareciendo en un 10–20% de los casos y asociándose con mayor probabilidad a preeclampsia, especialmente cuando existe mal control glucémico o nefropatía.

b) La incidencia de preeclampsia en mujeres con diabetes tipo 1 sin nefropatía es baja, y no se considera indicada la profilaxis con ácido acetilsalicílico en ninguna gestante diabética.

c) El polihidramnios es infrecuente en gestantes diabéticas, y cuando aparece suele acompañarse de fetos pequeños para la edad gestacional por insuficiencia placentaria.

d) El parto pretérmino tiene un riesgo similar al de la población general en embarazadas con diabetes bien controlada, por lo que no se considera un factor incrementado en esta población.

312.- Respecto a la patogenia de la diabetes gestacional (DG), señale la respuesta correcta:

a) La resistencia a la insulina en la diabetes gestacional deriva fundamentalmente de una disminución en la secreción de hormonas placentarias como el lactógeno placentario humano y el cortisol, lo que reduce la necesidad de compensación por parte de las células beta.
b) En la diabetes gestacional existe un incremento de la resistencia periférica a la insulina que no se explica por una disminución del número de receptores, sino por alteraciones posreceptoras, incluyendo defectos en la fosforilación del receptor de insulina y de proteínas intracelulares como IRS-1.
c) La principal diferencia fisiopatológica entre la DG y la diabetes tipo 2 radica en que en la DG no existe alteración de la célula beta, sino únicamente resistencia periférica a la insulina inducida por el embarazo.
d) La resistencia insulínica gestacional se considera un mecanismo simple y monofactorial originado por la acción de una única hormona placentaria, sin participación de citocinas como el TNF-α o de hormonas como la leptina.

313.- En relación a la profilaxis y absorción del hierro durante el embarazo, señale la respuesta correcta:

a) El hierro no hem, presente en legumbres, vegetales y cereales, tiene una absorción intestinal pobre que puede verse interferida por factores de la dieta, y su absorción mejora con vitamina C y empeora con lácteos, ácido fítico y polifenoles.
b) El hierro hem, de origen vegetal, tiene una absorción intestinal baja (menos del 5%) y depende en gran medida de la composición de la dieta, por lo que suele requerir suplementación adicional desde el inicio del embarazo.
c) La profilaxis de la anemia ferropénica requiere suplementación con 90 mg de hierro elemental al día desde el primer trimestre en todas las gestantes, independientemente de sus reservas iniciales de hierro.
d) La absorción del hierro complementario es mayor cuando se toma junto con las comidas, evitando su administración en ayunas para prevenir interferencias con la absorción intestinal.

314.- Según la clasificación modificada de la OMS del riesgo cardiovascular materno, ¿cuál de las siguientes condiciones se clasifica como riesgo OMS III?

a) Estenosis pulmonar no complicada
b) Tetralogía de Fallot reparada.
c) Defectos del tabique no reparados.
d) Válvula mecánica.

315.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la trombosis venosa profunda (TVP) en el embarazo es correcta?

a) La mayoría de las TVP en el embarazo se localizan a nivel poplíteo.

b) La diferencia de 2 cm o más en la circunferencia de la pantorrilla no tiene valor diagnóstico durante la gestación.
c) El 70% de las TVP en gestantes son de localización iliofemoral.
d) La TVP en el embarazo se presenta más frecuentemente en la pierna derecha por la compresión uterina.

316.- En relación con el abordaje clínico, terapéutico y organizativo de una gestante con diagnóstico confirmado de hiperemesis gravídica que requiere ingreso hospitalario debido a una deshidratación significativa, alteraciones electrolíticas iniciales y pérdida ponderal progresiva, ¿cuál de las siguientes opciones describe de manera más precisa, completa y acorde con las recomendaciones clínicas habituales la actuación inicial adecuada para estabilizar a la paciente, teniendo en cuenta la necesidad de mantener la homeostasis materno-fetal, evitar complicaciones metabólicas graves como la encefalopatía de Wernicke, reducir el riesgo de deterioro nutricional y garantizar una recuperación progresiva del estado general?

a) Establecer ingreso hospitalario preferiblemente en habitación individual, restringiendo las visitas para disminuir estímulos desencadenantes de náuseas; iniciar hidratación intravenosa con soluciones glucosadas alternadas con Ringer lactato hasta 3.000 mL en 24 horas, corrigiendo el desequilibrio hidroelectrolítico según ionograma, e incorporar tiamina intravenosa en pauta de 100 mg/día durante 2–3 días cuando los vómitos son persistentes, con el fin de prevenir encefalopatía de Wernicke antes de continuar el manejo antiemético.
b) Comenzar tratamiento antiemético de inmediato utilizando ondansetrón como primera línea para controlar el reflejo del vómito, evitando el uso de terapias intravenosas durante las primeras 24 horas para valorar la evolución espontánea del cuadro, ya que la rehidratación agresiva podría empeorar los síntomas digestivos y precipitar descompensación metabólica.
c) Priorizar la introducción precoz de nutrición parenteral total por catéter venoso central en las primeras horas del ingreso para garantizar un aporte calórico completo desde el inicio, reservando la hidratación intravenosa convencional para fases posteriores si el estado nutricional no mejora.
d) Limitar inicialmente la intervención al apoyo psicológico y la administración exclusiva de suero fisiológico a bajas velocidades, indicando la metoclopramida únicamente si persisten vómitos durante más de 72 horas, dado que la corrección del desequilibrio metabólico y vitamínico suele ser innecesaria en las primeras fases del tratamiento.

317.- En relación con la interpretación integrada de la evidencia disponible sobre el manejo farmacológico y no farmacológico de las náuseas, los vómitos y la pirosis durante el embarazo (considerando la calidad metodológica de los estudios, la ausencia de riesgos significativos asociados a los antiácidos, la equivalencia entre antiácidos simples y combinados con ranitidina en cuanto al alivio del dolor por pirosis, así como la recomendación generalizada de intervenciones dietéticas y de estilo de vida apoyadas en evidencia de muy baja calidad), ¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja de manera más ajustada las conclusiones que pueden derivarse del resumen de evidencia y de las recomendaciones clínicas disponibles?

a) La evidencia, aunque mayoritariamente de calidad baja o muy baja, sugiere que los antiácidos son una opción terapéutica razonable y segura para el alivio de la pirosis en embarazadas, mostrando mejoras parciales o completas frente al placebo, una baja incidencia de efectos adversos y sin diferencias significativas cuando se combinan con ranitidina, dentro de un enfoque que debe complementarse con medidas de estilo de vida como la elevación de la cabecera de la cama y la modificación de la dieta; mientras que para las náuseas y vómitos se recomienda iniciar piridoxina como primera opción, pudiendo considerarse antihistamínicos, jengibre o acupresión como alternativas, reservando las fenotiacinas como intervención de último recurso.

b) Los antiácidos deberían evitarse como tratamiento inicial en la pirosis del embarazo debido a la elevada incertidumbre sobre su eficacia y seguridad, siendo preferible iniciar inhibidores de la bomba de protones; además, medidas como la reducción de cafeína o el fraccionamiento de comidas carecen de cualquier forma de evidencia, por lo que no deben recomendarse.

c) La ranitidina ha demostrado de manera consistente ser superior a los antiácidos solos para disminuir el dolor por pirosis a corto y largo plazo, por lo que el manejo de elección debe basarse en antagonistas H2 en todas las embarazadas con pirosis, independientemente de la gravedad de los síntomas; los antiácidos deben reservarse exclusivamente para casos refractarios, y solo como coadyuvantes.

d) Las modificaciones en el estilo de vida y de la dieta, como reducir cafeína, grasas o tamaño de las comidas, constituyen el tratamiento único recomendado, ya que han demostrado evidencia sólida y de alta calidad para resolver tanto la pirosis como las náuseas y vómitos, por lo que no es necesario considerar opciones farmacológicas salvo en casos extremadamente excepcionales.

318.- Respecto al diagnóstico del cáncer de mama durante el embarazo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La mamografía mantiene durante la gestación su sensibilidad habitual y constituye la técnica de elección para explorar la mama, mientras que la ecografía se reserva únicamente para la evaluación de adenopatías axilares o para casos en los que la mamografía resulta indeterminada.

b) Aunque la mamografía puede realizarse durante el embarazo y supone un riesgo muy bajo para el feto, su sensibilidad disminuye notablemente debido a la densidad mamaria fisiológica aumentada (63–78%), por lo que la técnica de imagen preferida es la ecografía mamaria, ya que permite diferenciar lesiones sólidas de quísticas, evaluar la axila y no implica radiación; aun así, el diagnóstico definitivo debe realizarse mediante biopsia con aguja gruesa o trucut, reservando la extirpación quirúrgica únicamente cuando la biopsia no es concluyente y persiste una alta sospecha clínica.

c) La exposición a radiación en cualquier cantidad contraindica de manera absoluta la realización de mamografías durante la gestación, por lo que la única técnica diagnóstica adecuada es la ecografía; en caso de duda, se recomienda extirpar quirúrgicamente toda lesión palpable para evitar retrasos diagnósticos.

d) La ecografía mamaria presenta un rendimiento muy limitado durante el embarazo debido a la distorsión del tejido glandular, por lo que el método diagnóstico más fiable es la mamografía, que debe realizarse en todas las gestantes sintomáticas,

complementándose en la mayoría de los casos con resonancia magnética con contraste.

319.- Respecto al embarazo tras haber superado un cáncer, especialmente cáncer de mama, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El embarazo tras un cáncer de mama incrementa significativamente el riesgo de recurrencia, por lo que suele considerarse una contraindicación formal.
b) La gestación después de un cáncer de mama no empeora el pronóstico ni la supervivencia, incluso en mujeres portadoras de mutaciones BRCA1 o BRCA2.
c) Las mujeres que se quedan embarazadas tras el tratamiento de un cáncer de mama presentan una tasa de mortalidad claramente superior a la de mujeres que no se embarazan.
d) Debido a los niveles elevados de estrógenos durante la gestación, se recomienda evitar completamente el embarazo tras un cáncer de mama, especialmente en estadios precoces.

320.- Respecto a la profilaxis de la isoinmunización Rh(D) en gestantes Rh(D) negativo no sensibilizadas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Una dosis estándar de 150 µg de inmunoglobulina anti-D es suficiente para neutralizar cualquier hemorragia feto-materna, por lo que no se requieren dosis adicionales ni ajuste según el volumen de sangre fetal detectado.
b) La administración antenatal de 500 µg en la semana 28 está indicada si previamente se ha documentado una hemorragia feto-materna, ya que la profilaxis sistemática con anti-D antes del parto no ha demostrado disminuir el riesgo de sensibilización.
c) Tras una hemorragia feto-materna significativa cuantificada mediante test de Kleihauer, debe incrementarse la dosis de inmunoglobulina anti-D calculando 20 µg adicionales por cada ml de sangre fetal detectado que exceda la cantidad cubierta por la dosis estándar, ajustando así el total necesario.
d) El test de Coombs indirecto debe realizarse inmediatamente después de administrar 100 µg de anti-D para confirmar la aparición de anticuerpos anti-D endógenos, lo cual indica una profilaxis eficaz.

321.- Respecto a los mecanismos que regulan el crecimiento fetal desde el inicio de la gestación, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El regulador hormonal materno es el principal estimulante del crecimiento fetal y explica más del 50% de la variabilidad en el peso al nacer.
b) La contribución genética paterna es el principal determinante del peso al nacimiento y actúa de forma independiente al fenómeno de imprinting.
c) El regulador ambiental fetal es típicamente restrictivo y limita el efecto de los reguladores genéticos y hormonales maternos.
d) Aproximadamente el 35–40% de la variación del peso al nacer se atribuye a factores genéticos, predominando la influencia del genotipo materno.

322.- **En relación al tratamiento del crecimiento intrauterino restringido (CIR), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) El reposo materno es una de las intervenciones más recomendadas, ya que mejora el flujo uteroplacentario y ha demostrado aumentar el crecimiento fetal y mejorar el pronóstico perinatal.

b) La administración de soluciones glucosadas hipertónicas se recomienda como estrategia para mejorar la disponibilidad energética fetal, ya que reproduce el efecto de los embarazos diabéticos, favoreciendo un incremento significativo del crecimiento fetal.

c) El ácido acetilsalicílico en dosis bajas (75–125 mg) iniciado antes de las 16 semanas reduce la incidencia de preeclampsia y CIR precoz, y es la única intervención farmacológica con evidencia clara de beneficio sobre la función uteroplacentaria.

d) Los vasodilatadores uterinos, las macromoléculas expansoras plasmáticas y el uso de hormonas de crecimiento han demostrado eficacia clínica en la mejora del flujo placentario y por ello forman parte del tratamiento habitual del CIR.

323.- **Respecto a la etiología del parto pretérmino (PP) espontáneo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) El PP espontáneo suele deberse principalmente a alteraciones metabólicas maternas, siendo la infección intraamniótica una causa excepcional y poco relacionada con los mecanismos fisiopatológicos del trabajo de parto.

b) La infección intraamniótica constituye la causa aislada más común del PP espontáneo y se incluye dentro del conjunto de procesos patológicos que pueden desencadenar este síndrome clínico.

c) La mayoría de los PP espontáneos se producen por incompetencia cervical aislada, representando esta condición más del 80% de los casos descritos.

d) El PP espontáneo se considera un evento único y homogéneo, generalmente atribuible a un solo mecanismo fisiopatológico claramente identificable.

324.- **Respecto al riesgo de parto pretérmino (PP) en mujeres de edad materna avanzada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) Las mujeres mayores de 35 años presentan un riesgo muy elevado de parto pretérmino, tanto espontáneo como yatrogénico, duplicando al de las gestantes jóvenes.

b) El riesgo de parto pretérmino en gestantes mayores de 35 años es bajo y solo ligeramente superior al de mujeres más jóvenes.

c) La edad materna avanzada se asocia exclusivamente a un aumento del parto pretérmino yatrogénico, sin influencia sobre el PP espontáneo.

d) La edad mayor de 35 años constituye uno de los principales factores de riesgo para el PP espontáneo, situándose entre los determinantes más importantes del síndrome.

325.- **En relación al uso de progesterona en la prevención del parto pretérmino (PP), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) La progesterona vaginal solo ha demostrado eficacia en mujeres sintomáticas con dinámica uterina y cuello uterino normal, iniciándose habitualmente después de la semana 30.

b) El tratamiento con progesterona se recomienda de forma universal en todas las gestantes con factores de riesgo obstétricos, independientemente de la longitud cervical o antecedentes de PP.

c) La progesterona ha demostrado beneficio en mujeres con antecedente de parto pretérmino previo y en mujeres asintomáticas con cuello uterino corto (< 20 mm), administrándose habitualmente en comprimidos vaginales de 200 mg/24 h desde alrededor de la semana 20 hasta las 34–37 semanas.

d) La administración de progesterona oral es la opción recomendada en mujeres con cuello uterino corto, ya que ofrece mayor eficacia preventiva que la formulación vaginal.

326.- **Respecto al uso de glucocorticoides en la administración antenatal para la maduración pulmonar fetal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?**

a) La betametasona y la dexametasona han demostrado diferencias claras en eficacia clínica, siendo la betametasona significativamente superior en los regímenes de administración estudiados.

b) La pauta recomendada de betametasona consiste en 2 dosis de 12,5 mg por vía intramuscular separadas por 24 horas.

c) La primera dosis de corticoides debe administrarse incluso cuando exista incertidumbre respecto a la posibilidad de completar el ciclo, dado que el beneficio neonatal puede iniciarse antes de las 24 horas.

d) El pico de eficacia de los corticoides se sitúa entre el día 1 y el día 7 tras su administración, motivo por el cual es fundamental optimizar el momento del tratamiento.

327.- **En relación al uso de sulfato de magnesio como estrategia de neuroprotección fetal en gestaciones con riesgo de parto prematuro inminente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) La administración de sulfato de magnesio no ha demostrado ningún beneficio en la reducción de parálisis cerebral en recién nacidos prematuros y por ello no se recomienda su uso rutinario antes del parto.

b) El sulfato de magnesio ha demostrado disminuir la incidencia y gravedad de la parálisis cerebral en prematuros, recomendándose su administración en gestaciones únicas o múltiples entre las semanas 24+0 y hasta 29+6–33+6 con riesgo de parto inminente.

c) El uso de sulfato de magnesio debe mantenerse de forma prolongada, independientemente de la proximidad del parto, ya que dosis más elevadas y regímenes largos han demostrado ser más seguros y eficaces.

d) El bolo inicial de 4 g solo debe administrarse si se ha confirmado previamente la presencia de factores de riesgo neurológico fetal específico, ya que su uso sin mantenimiento no aporta ningún beneficio clínico.

328.- En relación con las intervenciones recomendadas sobre el cordón umbilical en recién nacidos/as prematuros/as, ¿qué opción coincide con la evidencia actual?

a) Cuando el/la neonato/a se encuentra estable, se aconseja esperar al menos 30 segundos antes de realizar el clampaje, ya que este intervalo se asocia con una reducción de la mortalidad neonatal previa al alta.

b) En prematuros/as, es preferible clampar el cordón de inmediato para evitar complicaciones, dado que no se ha demostrado ningún beneficio al retrasar el clampaje.

c) El milking del cordón constituye una práctica recomendada de forma rutinaria en la prematuridad, pues proporciona una transfusión placentaria eficaz sin aumentar riesgos.

d) Tanto el clampaje tardío como el milking pueden utilizarse indistintamente, porque ambos cuentan con un perfil de seguridad similar en prematuros/as de todas las edades gestacionales.

329.- Respecto al manejo del embarazo prolongado en gestaciones de bajo riesgo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Antes de decidir entre inducción o conducta expectante, es imprescindible verificar que la datación gestacional sea correcta, ya que una fecha mal establecida puede conducir a intervenciones inapropiadas.

b) Las sociedades científicas recomiendan ofrecer a la gestante tanto la inducción del parto a partir de la semana 41 como la conducta expectante con vigilancia fetal hasta la semana 42, informando de riesgos y beneficios para decidir de forma compartida.

c) La inducción del parto a partir de la semana 41 busca reducir la morbimortalidad fetal, evitar el ingreso neonatal y disminuir el riesgo de muerte fetal intraútero, sin aumentar por ello las complicaciones derivadas del procedimiento.

d) Existe consenso en que la inducción sistemática es superior a la conducta expectante en todas las gestantes de más de 41 semanas, y se considera la estrategia recomendada por las guías clínicas actuales.

330.- ¿Cuáles de los siguientes parámetros forman parte de las variables biofísicas evaluadas en el perfil biofísico fetal?

a) Respiración fetal, movimientos corporales, tono fetal, líquido amniótico y test no estresante.

b) Frecuencia cardíaca basal, aceleraciones, desaceleraciones, índice cerebro-placentario y peso fetal estimado.

c) Madurez placentaria, doppler de la arteria umbilical, doppler cerebral medio, movimientos fetales y pH fetal.

d) Actividad fetal diaria referida por la madre, índice de líquido amniótico, perfil de lactato y variabilidad a corto plazo computarizada.

331.- Respecto al uso del test no estresante (NST) durante el seguimiento expectante de las gestaciones prolongadas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Tiene un valor predictivo positivo muy alto, por lo que un resultado no reactivo predice con gran fiabilidad la presencia de hipoxia fetal.
b) El análisis automatizado de la variabilidad a corto plazo mejora la precisión diagnóstica, reduciendo la mortalidad perinatal en comparación con el NST convencional.
c) Debe repetirse únicamente si aparece oligoamnios, ya que por sí solo no contribuye a la evaluación del bienestar fetal.
d) Su uso sistemático ha demostrado ser superior a cualquier otra prueba disponible para la vigilancia fetal en el embarazo prolongado.

332.- Respecto al test estresante con oxitocina (test de Pose), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Se emplea como prueba de primera línea en la monitorización fetal anteparto, debido a su baja tasa de falsos positivos.
b) Consiste en inducir clínicamente tres contracciones en 10 minutos mediante oxitocina, y se reserva para casos seleccionados de test no estresante dudoso.
c) Tiene un valor predictivo negativo limitado, por lo que no resulta útil para descartar compromiso fetal.
d) Se recomienda su uso rutinario en los embarazos prolongados, dado que presenta menor riesgo para el feto que el test no estresante.

333.- Una gestante de 34 años, G3P2, con antecedente de dos cesáreas previas, acude para control ecográfico del tercer trimestre. La ecografía y la RM muestran una placenta con invasión que atraviesa el miometrio y alcanza la serosa uterina, sin evidencia de afectación de vejiga ni de otros órganos pélvicos.
Según la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) 2020 del espectro de acretismo placentario (PAS), ¿qué grado corresponde a este hallazgo?

a) Grado 1.
b) Grado 2.
c) Grado 3a.
d) Grado 3b.

334.- Respecto a la corioamnionitis y su incidencia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La corioamnionitis clínica es más frecuente que la histológica en los partos pretérmino.
b) La incidencia global de corioamnionitis en todas las gestaciones se estima alrededor del 10%.
c) En gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino, la incidencia de corioamnionitis puede alcanzar hasta el 70%.
d) La incidencia de corioamnionitis aumenta conforme aumenta la edad gestacional, siendo mayor en las 34 semanas que en las 20–24 semanas.

335.- ¿Cuál de las siguientes opciones se considera un factor de riesgo reconocido para el desarrollo de corioamnionitis?

a) La realización de ecografía transvaginal durante el trabajo de parto.
b) El uso de monitorización interna fetal y mayor número de tactos vaginales durante el parto.
c) La edad materna adolescente.
d) La administración de anestesia epidural durante el trabajo de parto.

336.- Se considera oligohidramnios cuando:

a) El índice de líquido amniótico (ILA o índice de Phelan) es menor de 8 cm.
b) La bolsa mayor mide menos de 3 cm.
c) El índice de Phelan es mayor de 5 cm y la bolsa mayor mide más de 2 cm.
d) El índice de Phelan es inferior a 5 cm o la bolsa mayor mide menos de 2 cm.

337.- Respecto al polihidramnios, señale la opción correcta:

a) Se considera polihidramnios cuando el índice de Phelan es ≥ 20 cm o la columna máxima es ≥ 6 cm.
b) El polihidramnios moderado se define cuando el índice de Phelan se sitúa entre 30,1 y 35 cm.
c) El polihidramnios severo se define cuando el índice de Phelan está entre 25 y 30 cm.
d) La presencia de una columna máxima de líquido amniótico ≥ 8 cm es criterio diagnóstico de polihidramnios.

338.- En relación con las causas y asociaciones del polihidramnios, señale la opción INCORRECTA:

a) Las alteraciones gastrointestinales fetales son una causa rara de polihidramnios.
b) Entre el 50–60% de los polihidramnios son idiopáticos.
c) Aproximadamente un 30% de los polihidramnios se asocian a anomalías fetales.
d) En los polihidramnios severos, el riesgo de anomalía fetal puede alcanzar el 80%.

339.- Respecto a la incidencia y factores de riesgo de la gestación múltiple, señale la opción INCORRECTA:

a) La incidencia de gestación múltiple espontánea es aproximadamente del 1%.
b) La regla clásica 1/90 permite estimar la incidencia de gestaciones de orden superior.
c) En España, la incidencia de gestación múltiple ronda el 1% y suele ser menor que en otros países europeos.
d) La reproducción asistida es el principal factor de riesgo conocido para gestación múltiple.

340.- Respecto al manejo intraparto del parto gemelar, señale la opción correcta:

a) El parto gemelar es de alto riesgo y debe ser conducido idealmente por un equipo obstétrico y de matronas experimentado.
b) La anestesia peridural está desaconsejada en el parto gemelar por dificultar la progresión del trabajo de parto.
c) La monitorización fetal intermitente puede usarse de manera segura en la mayoría de los partos gemelares.
d) La utilización de prostaglandinas está contraindicada en la gestación gemelar.

341.- En una gestación gemelar en la que el primer feto está en cefálica y el segundo en presentación no cefálica, señale la opción correcta:

a) Cuando el segundo gemelo pesa menos de 1.500 g, es aceptable el parto vaginal con extracción podálica.
b) Para pesos del segundo gemelo >1.500 g, la mayoría de autores coincide en que la cesárea sistemática ofrece mejores resultados perinatales.
c) La diferencia de tamaño entre ambos gemelos rara vez condiciona la elección de la vía del parto.
d) La versión interna con gran extracción para un segundo gemelo en situación transversal puede realizarse de forma segura por obstetras con experiencia mínima.

342.- La placenta que se caracteriza por la existencia de uno o varios lóbulos placentarios adicionales de pequeño tamaño (cotiledones aberrantes) a distancia de la placenta principal, con la que mantiene conexiones vasculares se denomina:

a) Placenta succenturiata.
b) Placenta bilobulada.
c) Placenta fenestrada.
d) Placenta extracorial.

343.- En relación al malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo, señale la opción correcta:

a) El malestar psicológico de tipo mixto representa alrededor del 22% de los casos.
b) En 2005, la frecuencia global de malestar psicológico en embarazos de alto riesgo fue del 41,6%.
c) El malestar psicológico predominantemente ansioso aparece en menos del 1% de las gestantes de alto riesgo.
d) El malestar psicológico predominantemente disfórico representa cerca del 18,7% de los casos.

344.- Según el modelo de Bowlby–Parkes modificado por Davidson (1979), señale la opción que presenta las fases del duelo perinatal en el orden correcto:

a) Fase de desorganización → Fase de nostalgia y búsqueda → Choque → Reorganización.
b) Nostalgia y búsqueda → Reorganización → Desorganización → Choque.
c) Choque → Nostalgia y búsqueda → Desorganización → Reorganización.
d) Reorganización → Choque → Nostalgia y búsqueda → Desorganización.

345.- ¿Cuál de las siguientes características se asocia de forma específica a la fase de nostalgia y búsqueda en el duelo perinatal?

a) Aumento de la participación social y planificación del futuro.
b) Sentimientos de vacío, aturdimiento y dificultad para aceptar la pérdida.
c) Tristeza manifiesta, disminución de la autoestima y retraimiento social persistente durante meses.
d) Pensamientos e imágenes casi alucinatorias, intentos inconscientes de buscar al bebé, llanto e ira.

346.- Según la clasificación de Thoms sobre los tipos anatómico-morfológicos de pelvis, señale la opción correcta:

a) La pelvis braquipélica se caracteriza por tener un diámetro transverso más de 3 cm mayor que el conjugado obstétrico.
b) En la pelvis dolicopélica, el diámetro transverso del estrecho superior es menor que el conjugado obstétrico.
c) La pelvis platipélica presenta un diámetro transverso igual o hasta 1 cm mayor que el conjugado obstétrico.
d) En la pelvis mesatipélica, el diámetro transverso del estrecho superior es entre 1 y 3 cm mayor que el conjugado obstétrico.

347.- Según la clasificación de Gibbs sobre distocia de hombros, señale la opción correcta:

a) En la distocia unilateral, ambos hombros están detenidos en la pelvis menor.
b) El engatillamiento corresponde a un feto grande con mecanismo de rotación ausente y suele requerir maniobras complejas.

c) En el engatillamiento, el hombro posterior queda impactado sobre el pubis, pero el anterior desciende con normalidad.
d) La distocia bilateral se caracteriza por la detención de ambos hombros en la pelvis menor y es una situación rara.

348.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la maniobra de Wood (tornillo de Wood) empleada en la distocia de hombros es correcta?

a) Se ejerce presión sobre la cara anterior del hombro posterior para inducir rotación y convertirlo en hombro anterior.
b) Su objetivo principal es disminuir el diámetro bisacromial mediante aducción del hombro anterior.
c) Se realiza aplicando fuerza en sentido antihorario en todos los casos para liberar el hombro impactado.
d) Es una técnica destinada exclusivamente a desimpactar el hombro posterior sin modificar su orientación.

349.- En el contexto de una distocia de hombros en la que han fallado McRoberts, la presión suprapúbica y el tornillo de Wood, ¿cuál de las siguientes actuaciones está adecuadamente indicada?

a) Colocar a la mujer en posición “a cuatro patas” para favorecer la desimpactación del hombro posterior.
b) Repetir tracción cefálica intensa para intentar liberar el hombro anterior.
c) Utilizar la maniobra de Rubin como primera intervención antes de solicitar ayuda.
d) Realizar de inmediato una episiotomía amplia, dado que la distocia es un problema de partes blandas.

350.- Respecto a las presentaciones de nalgas, señale la opción INCORRECTA:

a) En la presentación de nalgas puras, los pies suelen situarse a la altura de los hombros debido a la flexión ventral de las piernas.
b) La presentación de nalgas completas incrementa los diámetros de la presentación porque participan los miembros inferiores.
c) La presentación de nalgas incompletas se asocia a un mayor riesgo de prolapso de pies o rodillas cuando las membranas están íntegras.
d) La presentación de nalgas puras es la más frecuente, con una incidencia del 65–70 %.

351.- ¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas sugiere más claramente una presentación de nalgas incompletas?

a) Bolsa rota y aparición de un pie fetal a nivel vaginal.
b) Feto en postura sentada, con caderas y rodillas flexionadas.
c) Feto con miembros inferiores extendidos y pies junto a los hombros.
d) Conformación de la presentación exclusivamente por la pelvis fetal.

352.- En relación con las frecuencias de las presentaciones de nalgas, ¿cuál de las siguientes combinaciones es correcta?

a) Nalgas puras 65–70 %, nalgas completas 5 %, nalgas incompletas 25–30 %.
b) Nalgas puras 25–30 %, nalgas completas 65–70 %, nalgas incompletas 5 %.
c) Nalgas puras 5 %, nalgas completas 25–30 %, nalgas incompletas 65–70 %.
d) Nalgas puras 25–30 %, nalgas completas 5 %, nalgas incompletas 65–70 %.

353.- En relación con el Traje Anti-Choque No Neumático (TANN) y su papel en el manejo del choque hipovolémico posparto, señale la opción correcta:

a) El TANN actúa principalmente aumentando la resistencia vascular sistémica mediante vasoconstricción farmacológica, por lo que su uso debe reservarse para centros de alta complejidad.
b) Al ejercer compresión circunferencial de las extremidades inferiores y pelvis, el TANN aumenta el retorno venoso, la precarga y el gasto cardíaco, además de ejercer compresión directa sobre la aorta descendente.
c) Su indicación en primer nivel de atención requiere necesariamente pérdidas sanguíneas superiores a 1000 ml y una PAS < 90 mmHg.
d) El TANN está contraindicado en transporte sanitario debido a la posibilidad de empeorar la perfusión de órganos vitales en condiciones de hipovolemia severa.

354.- Respecto al manejo inicial (ABC) de una paciente con sospecha de choque hipovolémico, señale la opción INCORRECTA:

a) Como parte del abordaje “A” y “B”, se evalúa la vía aérea y puede iniciarse oxígeno por máscara con reservorio a 10–15 L/min.
b) Durante el paso “C”, puede colocarse a la paciente en elevación de piernas a 30° o en posición de litotomía para valorar la pelvis.
c) La monitorización continua incluye presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y valoración del gasto urinario al menos cada hora.
d) La toma de muestras inicial incluye hemograma, hemoclasificación, PT, PTT, fibrinógeno, creatinina, lactato y electrólitos, no es necesario colocar dos vías venosas periféricas de grueso calibre de manera inmediata.

355.- Respecto a la monitorización de la gestante con un monitor-desfibrilador, ¿cuál es la colocación correcta de las palas?

a) Una pala en región infraclavicular derecha y la otra en la zona de la punta cardiaca, utilizando gel conductor.
b) Ambas palas en la región infraclavicular para evitar interferencias con el útero.
c) Una pala en la región esternal y otra en la región lumbar izquierda.
d) Una pala en el hemitórax derecho y la otra en la parte posterior del tórax (posición anteroposterior), sin necesidad de gel conductor.

356.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la cesárea de rescate durante la parada cardiorrespiratoria en la gestante a término?**

a) La cesárea de rescate solo mejora la supervivencia fetal, sin evidencias de beneficio para la madre.
b) La extracción fetal mejora la eficacia de las compresiones torácicas al eliminar la compresión de la vena cava y reducir la demanda circulatoria uteroplacentaria.
c) La anoxia se produce más lentamente en la embarazada a término debido al aumento de la capacidad residual funcional.
d) Antes de realizar una cesárea de rescate es imprescindible confirmar el latido cardiaco fetal mediante auscultación.

357.- **¿Cuál es la condición materna más frecuentemente asociada con muerte perinatal por hipoxia intrauterina y asfixia al nacer?**

a) Insuficiencia placentaria.
b) Prolapso de cordón.
c) Trastornos hipertensivos maternos.
d) Abruptio placentae.

358.- **En relación con la mortalidad materna mundial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la situación actual?**

a) Una gran parte de las muertes maternas que ocurren cada año podría evitarse, ya que más de dos tercios se relacionan con causas prevenibles.
b) La mayoría de las muertes maternas son inevitables y no pueden prevenirse con las intervenciones disponibles.
c) Solo una mínima proporción de los fallecimientos maternos anuales se debe a causas prevenibles.
d) Las muertes maternas se deben principalmente a enfermedades crónicas no asociadas al embarazo, lo que limita las posibilidades de prevención.

359.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la asfixia fetal en el parto pretérmino es correcta?**

a) El feto a término presenta mayor vulnerabilidad neurológica a la hipoxia debido a la inmadurez de los mecanismos de autorregulación cerebral.
b) La prevalencia de asfixia fetal es similar entre el parto pretérmino y el parto a término.
c) Aunque el feto pretérmino puede sobrevivir a periodos más largos de asfixia, esta supervivencia se asocia paradójicamente a un mayor riesgo de lesión cerebral por hipotensión e hipoperfusión prolongadas.
d) El feto pretérmino es menos vulnerable a los efectos adversos de la hipoxia que el feto a término debido a su menor demanda metabólica.

360.- **Según la evidencia actual, ¿cuál es la recomendación respecto al momento del clampaje del cordón umbilical en la asistencia al parto pretérmino?**

a) Clampar inmediatamente tras el nacimiento, antes de los 10 segundos.
b) Realizar el clampaje antes de los 20 segundos para evitar complicaciones.
c) Evitar el clampaje antes de los 30 segundos, siempre que el neonato esté estable.
d) Retrasar el clampaje obligatoriamente al menos 2 minutos en todos los casos.

361.- **Respecto a los criterios diagnósticos del trabajo de parto pretérmino, señale la opción INCORRECTA:**

a) La presencia de contracciones uterinas regulares definidas como 4 en 20 minutos u 8 en una hora forma parte de los criterios diagnósticos.
b) La presencia de contracciones aisladas, aunque sin cambios cervicales, confirma el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino.
c) La dilatación cervical ≥ 2 cm y un acortamiento ≥ 80 % es compatible con trabajo de parto pretérmino.
d) Una puntuación de Bishop ≥ 6 se considera un criterio incluido en el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino.

362.- **Según las recomendaciones de la *Guía Umamanita* para el acompañamiento a familias tras una muerte perinatal, señale la opción INCORRECTA:**

a) Presentarse, escuchar activamente y mantener la calma forman parte de las recomendaciones básicas.
b) Es importante apoyar a los/las padres/madres explicándoles sus opciones y acompañarlos en sus decisiones.
c) Es adecuado intentar consolar a los/las padres/madres recordándoles que podrán tener más hijos/as en el futuro.
d) Se aconseja utilizar el nombre del/de la bebé y hablar con ambos progenitores de manera equitativa.

363.- **Respecto al apoyo entre profesionales implicados en la atención al duelo perinatal, señale la opción INCORRECTA:**

a) Es recomendable crear grupos de apoyo entre compañeros/as y tratar el tema en sesiones clínicas.
b) Combinar la atención a nacimientos y muertes por parte del/de la mismo/a profesional ayuda a normalizar la situación y reduce el desgaste emocional.
c) Si atender una pérdida supone un conflicto personal, se debe comunicar a la persona superior jerárquica para valorar una reorganización del equipo.
d) Es importante reconocer el trabajo de los/as compañeros/as, apoyarse mutuamente y asegurar tiempos de respiro entre casos emocionalmente intensos.

364.- **Una mujer de 29 años, primípara, acude a urgencias 48 horas después de un parto vaginal eutócico. Refiere malestar general, escalofríos y dolor en hipogastrio. Está lactando y no refiere alergias medicamentosas. En la valoración inicial presenta una tensión arterial de 112/68 mmHg, frecuencia cardiaca de 108 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, y saturación de oxígeno del 97 %. La temperatura en la primera medición es de 38,2 ºC y, seis horas más tarde, de 38,1 ºC. Se encuentra decaída pero orientada, sin signos de shock. A la exploración abdominal se evidencia un útero doloroso y subinvolucionado; los loquios son malolientes, el punto perineal se observa sin signos de infección, los pechos no muestran signos de mastitis, no hay globo vesical y la herida obstétrica está cicatrizando adecuadamente.**
¿Cuál de las siguientes opciones es correcta?

a) No cumple criterios de fiebre puerperal porque la temperatura debería ser mayor de 38,5 ºC en las primeras 24 horas postparto.
b) Cumple criterios de fiebre puerperal porque presenta dos mediciones superiores a 38 ºC separadas 6 horas, dentro del periodo entre 24 horas y 6 semanas posparto.
c) No cumple criterios de fiebre puerperal porque el diagnóstico se limita exclusivamente a la primera semana posparto.
d) No cumple criterios de fiebre puerperal porque la fiebre debe aparecer únicamente a partir de la primera semana posparto.

365.- **En relación con la exploración sistemática de la mujer en el posparto, ¿cuál de los siguientes elementos forma parte de la valoración correcta de la exploración por sistemas?**

a) Valorar únicamente la involución uterina y la cantidad de loquios, ya que son los parámetros esenciales del posparto.
b) Evaluar la coloración cutánea, la presencia de palidez conjuntival, la exploración de mamas, la revisión de genitales y la valoración de miembros inferiores.
c) Centrarse en la herida quirúrgica y en los signos de infección sistémica, dejando el resto de la valoración para consultas posteriores.
d) Valorar exclusivamente el estado emocional de la mujer y descartar síntomas depresivos en esta primera exploración.

366.- **Respecto a la infección puerperal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) La infección puerperal es una entidad rara y representa menos del 1 % de las muertes maternas en países en vías de desarrollo.
b) La principal causa de infección puerperal es la mastitis.
c) La infección puerperal constituye la principal causa de fiebre en el posparto y puede ser responsable de hasta un 15 % de las muertes maternas en países en desarrollo.
d) La infección puerperal es leve y rara vez se propaga más allá del útero.

367.- Respecto al tratamiento farmacológico de la hemorragia posparto, señale la opción correcta:

a) El misoprostol rectal debe utilizarse como primera elección porque ha demostrado mayor eficacia y menos efectos secundarios que otros uterotónicos.
b) La metilergometrina es el segundo fármaco de elección salvo en mujeres con hipertensión, en quienes debe evitarse.
c) El carboprost se administra por vía intravenosa cada 15 minutos hasta un máximo de 8 dosis.
d) El ácido tranexámico solo es eficaz si se administra después de las primeras 3 horas del inicio de la hemorragia.

368.- Respecto al manejo de la inversión uterina aguda, señale la opción correcta:

a) El tratamiento de elección es la reducción manual rápida por vía vaginal, empujando el fondo uterino hacia su posición normal.
b) Los relajantes uterinos están contraindicados, ya que dificultan la maniobra de reducción manual.
c) Una vez reducida la inversión, debe evitarse el uso de uterotónicos para disminuir el riesgo de dolor uterino.
d) El tratamiento inicial debe ser la administración inmediata de uterotónicos para favorecer la contracción y recolocación del útero.

369.- En relación a la diástasis de la sínfisis del pubis, ¿cuál de los siguientes síntomas NO es característico de esta patología?

a) Dolor intenso en respuesta a la presión sobre la sínfisis del pubis.
b) Dolor cuando se aducen los trocánteres.
c) Edematización y dificultad en la marcha.
d) Dificultad para flexionar la cadera al extender los miembros inferiores.

370.- Respecto a las complicaciones de la episiorrafia en el posparto, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Los hematomas posparto suelen remitir espontáneamente y no requieren reapertura de la sutura.
b) El dolor asociado a un hematoma posparto suele mejorar con analgesia convencional.
c) La infección de la cicatriz debe tratarse abriendo la sutura y resuturando inmediatamente.
d) Los hematomas posparto pueden despegar planos de tejidos pélvicos, por lo que debe abrirse la sutura y vaciarse la colección cuanto antes.



371.- Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, ¿cuál de los siguientes NO corresponde a un síntoma típico de la depresión posparto?

a) Incremento marcado de la actividad psicomotora y necesidad reducida de sueño.
b) Ansiedad, nerviosismo y llanto.
c) Trastornos del sueño y pérdida del apetito.
d) Ideas de culpa y de inutilidad, incluso en los episodios leves.

372.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es INCORRECTA?

a) Explora síntomas emocionales como ansiedad, tristeza y culpa.
b) Evalúa cómo se ha sentido la mujer en los últimos 7 días.
c) Incluye preguntas sobre pérdida de apetito, sueño y síntomas somáticos.
d) Es una herramienta de cribado para detectar riesgo de depresión posnatal.

373.- ¿Cuál de los siguientes ítems del EPDS evalúa directamente la presencia de ideación autolesiva en el posparto?

a) "Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir."
b) "He pensado en hacerme daño a mí misma."
c) "He estado ansiosa y preocupada sin motivo."
d) "Las cosas me oprimen o agobian."

374.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el Inventario de Depresión de Beck (BDI) es correcta?

a) Consta de 15 ítems, cada uno puntuado de 0 a 4.
b) Contiene 21 ítems con respuestas de intensidad creciente puntuadas de 0 a 3.
c) Es un cuestionario específico para depresión posparto.
d) No incluye ningún ítem relacionado con culpa o autocrítica.

375.- Respecto a la psicosis puerperal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El DSM-IV la clasifica como un trastorno afectivo con especificador posparto.
b) La mayoría de los casos se asocian exclusivamente a causas hormonales posparto.
c) Su prevalencia es de aproximadamente 1–2 casos por cada 10000 partos.
d) Los episodios suelen presentar un comienzo súbito y rápida fluctuación de síntomas.

376.- En relación con la lactancia materna en madres con psicosis puerperal tratada con neurolépticos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) La SEGO indica en su protocolo la suspensión de la lactancia materna en estos casos.
b) Otras entidades no recomiendan la suspensión sistemática, señalan que la concentración en leche se relaciona con la plasmática materna y estiman que el lactante ingiere aproximadamente el 3 % de la dosis materna por kg/día.
c) El mantenimiento de la lactancia puede favorecer el vínculo materno-filial y solo debe evitarse en un brote agudo, pudiendo requerir separación temporal.
d) La conducta general recomendada es suspender inmediatamente la lactancia en todos los casos al iniciar neurolépticos.

377.- ¿Cuál de los siguientes elementos de la Tríada de Virchow se ve favorecido durante el embarazo por la compresión del útero grávido sobre la vena cava inferior y las venas ilíacas?

a) Hipercoagulabilidad.
b) Lesión endotelial.
c) Éstasis venosa.
d) Activación de la fibrinólisis.

378.- Respecto a los signos clínicos exploratorios de la TVP, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El signo de Homans se desencadena al realizar una flexión plantar pasiva del pie y genera dolor en la pantorrilla.
b) El signo de Deneck se localiza en el hueco poplíteo y aparece al comprimir la región.
c) El signo de Tschmark se identifica en la parte interna del pie mediante presión suave.
d) El signo de Homans provoca dolor en la pantorrilla y hueco poplíteo ante la dorsiflexión pasiva del pie.

379.- ¿Cuál de los siguientes signos exploratorios sugiere TVP al presionar la zona del hueco poplíteo, provocando dolor localizado?

a) Signo de Deneck.
b) Signo de Tschmark.
c) Signo de Homans.
d) Signo de Trendelenburg.

380.- **Una gestante de 10 semanas, con antecedente de TVP hace 2 años y portadora de una trombofilia hereditaria de riesgo moderado, acude a consulta. No presenta episodios en curso. ¿Cuál de las siguientes opciones es la estrategia más razonable para reducir el riesgo tromboembólico durante el embarazo?**

a) No realizar profilaxis, ya que el último episodio fue >1 año antes del embarazo.
b) Emplear HBPM a dosis intermedias (como tinzaparina 75 UI/kg/día) durante toda la gestación, pero suspender la anticoagulación en el posparto inmediato.
c) Emplear HBPM a dosis profilácticas solo durante el puerperio.
d) Mantener tratamiento con HBPM a dosis intermedias durante todo el embarazo y todo el puerperio, debido al riesgo elevado de recurrencia.

381.- **Durante una consulta de control, un/una matrón/a evalúa a una gestante con factores de riesgo moderados para tromboembolismo venoso. Además de registrar correctamente los hallazgos en la Cartilla Maternal, ¿cuál de las siguientes actuaciones representa una intervención clave y específica de la matrona en la prevención de complicaciones tromboembólicas?**

a) Indicar la realización urgente de un dímero D y solicitar un eco-Doppler venoso.
b) Monitorizar el cumplimiento de tratamientos prescritos, detectar signos precoces de alarma y derivar con rapidez si surge sospecha de complicación.
c) Ajustar la dosis de heparina de bajo peso molecular según la evolución del embarazo.
d) Prescribir medias de compresión de nivel II y programar revisiones con hematología cada 2 semanas.

382.- **Respecto a las manifestaciones de la toxoplasmosis congénita, señale la opción que NO se asocia típicamente a las infecciones precoces (adquiridas antes de las 20 semanas):**

a) Hidrocefalia.
b) Calcificaciones intracraneales.
c) Coriorretinitis.
d) Hepatoesplenomegalia con fiebre y meningoencefalitis.

383.- **En relación con el Síndrome de Membrana Hialina (SDR) del/de la recién nacido/a, señale la opción INCORRECTA:**

a) Suele aparecer en las primeras horas de vida con polipnea, tiraje, quejido y cianosis en aire ambiente debido al colapso alveolar por déficit de surfactante.
b) La incidencia aumenta significativamente por debajo de las 32 semanas de gestación y puede alcanzar hasta el 50 % en RN menores de 28 semanas.
c) Puede observarse también en recién nacidos a término, especialmente en los nacidos por cesárea electiva o hijos de madres diabéticas con mal control metabólico.
d) El surfactante exógeno es útil, pero no reduce la necesidad de ventilación mecánica ni la mortalidad asociada al cuadro.

384.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el mecanismo inicial implicado en la retinopatía del prematuro (ROP)?**

a) El nacimiento prematuro provoca un aumento inmediato de la angiogénesis retiniana debido al ambiente hiperóxico intrauterino.
b) La interrupción del ambiente hipóxico intrauterino detiene el crecimiento normal de los vasos retinianos, favoreciendo fases posteriores de proliferación anómala.
c) La angiogénesis retiniana se completa antes de la semana 30, por lo que los prematuros extremos rara vez desarrollan ROP.
d) Los factores placentarios inhiben la formación de vasos retinianos, por lo que la prematuridad disminuye el riesgo de ROP.

385.- **Respecto al procedimiento correcto del Método Madre Canguro, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?**

a) El/La recién nacido/a debe colocarse en contacto piel con piel directamente sobre el tórax materno en posición horizontal, manteniendo preferentemente ropa ligera para evitar fluctuaciones térmicas.
b) La monitorización cardiorrespiratoria es obligatoria en todos los RN durante el método, independientemente de su estabilidad clínica o edad gestacional.
c) La temperatura ambiental recomendada durante la realización del método es de 23–25 ºC, garantizando control térmico antes, durante y después del procedimiento.
d) El uso de sujetador materno de algodón está recomendado para mejorar la sujeción del RN y evitar movimientos torácicos excesivos.

386.- **En un/una recién nacido/a de 72 horas, observa ictericia que alcanza ambas piernas desde las rodillas hasta los tobillos, sin datos analíticos disponibles. Según la valoración clínica de la ictericia mediante la progresión céfalo-caudal (zonas de Kramer), ¿cuál de las siguientes estimaciones es la más probable?**

a) Bilirrubina sérica estimada entre 4 y 7 mg/dl.
b) Bilirrubina sérica estimada entre 5 y 8,5 mg/dl.
c) Bilirrubina sérica estimada entre 6 y 11,5 mg/dl.
d) Bilirrubina sérica estimada entre 9 y 17 mg/dl.

387.- **Respecto a la prevención de la aspiración meconial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) Se recomienda la aspiración sistemática de boca y nariz en todos los RN con líquido meconial, independientemente de su estado clínico.
b) La amnioinfusión es una medida claramente establecida y recomendada para reducir la concentración de meconio intraparto.
c) En un RN que nace vigoroso, reactivo y con respiración eficaz, no debe realizarse ninguna maniobra de aspiración rutinaria.
d) Debe evitarse siempre la ventilación con mascarilla incluso si no se dispone de equipos para aspiración traqueal selectiva.



388.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la evolución del tono muscular en el/la recién nacido/a según la edad gestacional?

a) A las 28 semanas el/la prematuro/a muestra un tono flexor completo en las cuatro extremidades, aunque aún débil.
b) A las 32 semanas comienza a hacerse evidente el tono flexor en caderas y tobillos, coincidiendo con el incremento de la mielinización subcortical.
c) El tono flexor en miembros superiores aparece de forma precoz, alrededor de las 28–30 semanas de gestación.
d) El/La recién nacido/a a término presenta mayor tono extensor debido a la maduración completa del sistema piramidal.

389.- ¿Cuál de los siguientes enunciados describe correctamente la aplicación de la hipotermia terapéutica en el/la recién nacido/a con Encefalopatía Hipóxico Isquémica (EHI)?

a) La hipotermia debe iniciarse lo antes posible, idealmente dentro de las primeras 6 horas de vida, y mantenerse durante 72 horas, con una reducción de la temperatura cerebral de 3–4 ºC.
b) El enfriamiento puede iniciarse de forma segura en RN de cualquier edad gestacional, siempre que exista evidencia clínica de hipoxia intraparto.
c) El objetivo principal de la hipotermia es disminuir el metabolismo hepático para prevenir la acidosis metabólica.
d) La técnica de elección es el enfriamiento selectivo de cabeza, ya que el enfriamiento corporal total ha demostrado menor eficacia.

390.- ¿Cuál de los siguientes es un criterio que NO permite aplicar correctamente el tratamiento con hipotermia terapéutica en el/la recién nacido/a con sospecha de Enfermedad Hipóxico Isquémica (EHI)?

a) Recién nacido/a con encefalopatía leve tras episodio hipóxico intraparto.
b) Recién nacido/a ≥35 semanas con evidencia clínica de hipoxia-isquemia y encefalopatía moderada.
c) Recién nacido/a en el que el enfriamiento pasivo se inició a las 5 horas y tiene 7 horas de vida en total al llegar al hospital.
d) Recién nacido/a sin malformaciones estructurales y sin disfunción multiorgánica grave intraútero.

391.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos debe alertar de forma más específica sobre la posible presencia de válvulas de uretra posterior en un recién nacido varón?

a) Ausencia de micción durante las primeras 24 horas de vida.
b) Chorro urinario débil o en forma de goteo durante la micción.
c) Aumento moderado de la frecuencia urinaria en las primeras horas.
d) Deposiciones meconiales tardías asociadas a distensión abdominal.

392.- **¿Cuál de los siguientes factores se asocia de forma más clara a un mayor riesgo de infección del tracto urinario en el/la recién nacido/a?**

a) Sexo femenino y gestación a término sin antecedentes familiares.
b) Antecedente materno de ITU, prematuridad y hallazgo prenatal de malformaciones nefrourológicas.
c) Parto eutócico sin complicaciones y líquido amniótico claro.
d) Uso de bolsa estéril para recogida de orina durante el cribado neonatal.

393.- **Una puérpera primípara consulta a las 72 horas del parto porque presenta dolor intenso en ambos pezones durante la lactancia. Refiere que el/la recién nacido/a realiza tomas frecuentes pero se muestra irritable y no parece saciarse. A la exploración, se observan grietas en los pezones. ¿Cuál es la actuación más adecuada?**

a) Suspender la lactancia materna temporalmente.
b) Iniciar tratamiento antibiótico empírico.
c) Valorar la técnica de agarre y corregir la postura.
d) Administrar suplementos de fórmula de forma inmediata.

394.- **Recién nacido/a sano/a de 4 días de vida alimentado con lactancia materna exclusiva. Presenta pérdida de peso del 9% respecto al nacimiento. La madre refiere tomas frecuentes pero duda de si produce suficiente leche. ¿Cuál es la actitud más adecuada?**

a) Iniciar suplementación con fórmula de forma sistemática.
b) Suspender lactancia materna y pasar a lactancia artificial.
c) Considerar la situación como fisiológica sin intervención.
d) Evaluar la lactancia materna y ofrecer apoyo y corrección.

395.- **En relación con las prácticas que favorecen el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, señale la opción correcta:**

a) Se recomienda limitar las tomas nocturnas para mejorar el descanso materno.
b) El uso precoz de chupete favorece la instauración de la lactancia.
c) El colecho está contraindicado en todos los casos.
d) La lactancia materna debe ser a demanda, incluyendo el periodo nocturno.

396.- **Respecto a la valoración de una toma eficaz de lactancia materna, ¿cuál de los siguientes hallazgos indica un problema?**

a) Boca bien abierta con labios evertidos.
b) Deglución visible o audible.
c) Dolor persistente en el pezón durante la toma.
d) Lactante que suelta espontáneamente el pecho.

397.- **Respecto a la lactancia materna en niños/as con labio leporino y paladar hendido, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) El éxito de la lactancia depende del tamaño y localización del defecto, pudiendo requerir alternativas como leche extraída.
b) La lactancia materna es imposible en todos los casos de paladar hendido.
c) El labio leporino aislado siempre impide la lactancia materna.
d) La succión es siempre eficaz en estos/as niños/as.

398.- **Señala la respuesta correcta sobre el calostro:**

a) El calostro se segrega desde el primer día del posparto hasta el final de la lactancia.
b) El calostro tiene un contenido en lactosa y grasas superior al de la leche madura.
c) El calostro es un líquido de color amarillo oscuro que contiene una mayor proporción de proteínas y minerales, así como anticuerpos e inmunoglobulinas A (Ig A).
d) El calostro aparece entre el quinto y el séptimo día del posparto, tras la leche madura.

399.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la extracción manual de leche materna y los métodos de extracción es correcta?**

a) La extracción manual es siempre superior a los sacaleches, especialmente en casos de separación prolongada como bebés prematuros/as o madres que trabajan fuera de casa.
b) Los sacaleches eléctricos de doble extracción permiten reducir a la mitad el tiempo necesario para extraer la leche de ambos pechos.
c) No es necesario lavarse las manos antes de la extracción manual porque la leche humana contiene propiedades que retrasan el crecimiento de bacterias.
d) Los mejores sacaleches manuales son aquellos que requieren el uso de ambas manos para imitar el efecto de succión del/de la bebé.

400.- **¿Cuál de las siguientes sustancias o componentes se encuentra en la leche humana y qué función o característica se le atribuye?**

a) La vitamina K se encuentra en altas concentraciones en la leche humana para prevenir hemorragias en el lactante.
b) La interleucina 6 se halla a gran concentración en la leche y se ha relacionado con la presencia de inmunoglobulina A (Ig A).
c) El hierro se encuentra en la leche humana a altas concentraciones para prevenir la anemia ferropénica.
d) El factor de crecimiento epidérmico se relaciona con la protección frente al virus de la inmunodeficiencia humana.

401.- **¿Cuál de los siguientes procesos ocurre después de las 20 semanas de gestación en la glándula mamaria?**

a) Proliferación máxima del epitelio alveolar y formación de nuevos conductos.
b) Cese de la proliferación alveolar y comienzo de la capacidad secretora de las células epiteliales.
c) Eyección de leche por contracción de las células mioepiteliales inducida por oxitocina.
d) Desarrollo embrionario de los conductos principales por acción de estrógenos placentarios.

402.- **¿Qué efecto tiene la progesterona sobre la producción de leche durante el embarazo, y qué ocurre tras el parto para que se inicie la lactogénesis?**

a) La progesterona estimula la producción de lactosa mediante la activación directa de la lactosa sintetasa, y tras el parto su aumento repentino desencadena la secreción láctea.
b) La progesterona inhibe la producción de alfa-lactoalbúmina, y al disminuir bruscamente tras el parto, permite que la prolactina estimule la lactosa sintetasa y la producción de lactosa.
c) La progesterona compite con el lactógeno placentario por los mismos receptores, y su descenso posparto favorece la unión del lactógeno a la glándula mamaria.
d) La progesterona aumenta la liberación de dopamina hipotalámica, lo que inhibe la prolactina, y tras el parto la succión elimina este efecto inhibidor localmente.

403.- **Señala la respuesta correcta sobre la eyección láctea.**

a) La leche fluye espontáneamente desde los alvéolos hacia los conductos gracias a la gravedad y a la succión continua del/ de la niño/a.
b) La oxitocina se libera desde el lóbulo anterior de la hipófisis en respuesta a la succión y actúa relajando los conductos lactíferos para facilitar el flujo de leche.
c) La eyección láctea es un reflejo local que ocurre solo en la mama estimulada, sin participación hormonal ni del sistema nervioso central.
d) El reflejo de eyección láctea puede inhibirse por estrés, dolor o adrenalina, y suele ocurrir aproximadamente un minuto después de iniciada la succión.

404.- **¿Cuál es el fármaco actualmente recomendado para la inhibición de la lactancia, y en qué situación se usa una dosis única de 1,0 mg?**

a) Bromocriptina, 5 mg/día durante 2 semanas, indicada solo si la mujer ya ha iniciado la lactancia.
b) Cabergolina, en dosis única de 1,0 mg si la mujer aún no ha iniciado la lactancia.
c) Benzoato de estradiol intramuscular, 5 mg/día durante 3-4 días, asociado a progestágenos.
d) Vendaje compresivo con hielo y analgésicos, como primera línea de tratamiento farmacológico.

405.- **Según el Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical 2020-2025, ¿cuál de las siguientes opciones es uno de los objetivos estratégicos recogidos en el documento?**

a) Desarrollar programas de calidad comunes que incluyan revisión de requisitos técnicos de colectas, criterios comunes en bancos e implantación de auditorías.
b) Alcanzar un inventario de 100.000 unidades de SCU con celularidad superior a 10 x 10^8 CNT, eliminando todas las unidades previas.
c) Promover exclusivamente el uso consolidado de la SCU para trasplante hematopoyético, sin considerar usos en desarrollo o futuribles.
d) Centralizar toda la formación de profesionales y autoridades sanitarias en una única institución sin participación autonómica ni de la ONT.

406.- **En relación con los programas de promoción de la donación de sangre de cordón umbilical (SCU), señale la opción correcta respecto a la información que debe proporcionarse a las donantes:**

a) La información sobre la donación de SCU debe ser facilitada exclusivamente por los/las médicos/as de atención primaria, sin intervención de personal de enfermería o matrón/as.
b) Solo se debe informar a la donante en el momento del parto, para garantizar que la decisión sea reciente y voluntaria.
c) Los puntos de información deben asegurar una información universal que garantice la libre decisión de la donante previa al parto, con tiempo suficiente para meditar y revocar el consentimiento antes de la donación.
d) Una vez que la donante firma el consentimiento en el curso de preparación al parto, no puede revocarlo en ningún momento posterior.

407.- **En relación con el consentimiento informado para la donación de sangre del cordón umbilical, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta según la normativa descrita?**

a) La persona paciente debe recibir información adecuada previamente y puede aceptar o negarse libremente, quedando constancia en su historia clínica.
b) El consentimiento debe ser siempre verbal, independientemente del procedimiento.
c) El consentimiento puede obtenerse en cualquier momento, incluso sin haber proporcionado información previa a la persona paciente.
d) Solo los/las profesionales sanitarios/as tienen obligaciones legales, sin requerirse veracidad en los datos aportados por la persona paciente.

408.- **Según el protocolo de obtención del consentimiento informado para la donación de sangre del cordón umbilical (SCU), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) El consentimiento informado debe obtenerse preferentemente durante el trabajo de parto para asegurar una decisión inmediata.

b) La información previa debe ser exclusivamente escrita, sin necesidad de explicación oral por parte de profesionales.
c) El consentimiento informado debe entregarse durante la gestación y obtenerse cuando la madre esté en condiciones adecuadas, nunca durante el parto.
d) La decisión de donar debe tomarse obligatoriamente tras una entrevista clínica con un profesional sanitario.

409.- En relación con los criterios de selección de donantes de sangre del cordón umbilical (SCU), señala la respuesta correcta:

a) Pueden ser donantes todas las mujeres independientemente de su estado de salud si el parto se realiza en un hospital autorizado.
b) El criterio principal de selección es el tipo de parto (vaginal o cesárea) para garantizar la calidad de la muestra.
c) La existencia de antecedentes familiares de enfermedades genéticas no influye en la selección si no están confirmadas analíticamente.
d) Las gestantes deben ser sanas, sin enfermedades infecciosas ni genéticas, y haber firmado el consentimiento informado antes del parto.

410.- ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye un criterio de exclusión obstétrico para la donación de sangre del cordón umbilical (SCU)?

a) Parto prematuro por debajo de la semana 34 de gestación.
b) Parto a término entre las semanas 38 y 40 con peso fetal adecuado.
c) Parto vaginal sin complicaciones.
d) Placenta con peso superior a 650 gramos.

411.- En relación con los criterios de exclusión demográficos y médico-sociales, señala la respuesta correcta:

a) Las mujeres menores de 18 años pueden donar si cuentan con autorización familiar.
b) Haber padecido hepatitis C no contraindica la donación si está resuelta.
c) Las vacunas con virus atenuados no afectan a la posibilidad de donar.
d) El consumo de drogas por vía parenteral es un criterio de exclusión por riesgo infeccioso.

412.- En la valoración de una donante de sangre de cordón umbilical (SCU), señala la respuesta correcta:

a) Solo es necesario realizar una analítica, sin necesidad de historia clínica ni exploración física.
b) La historia clínica debe incluir antecedentes personales y familiares, así como datos del otro progenitor.
c) La exploración física no es relevante si la gestante se encuentra aparentemente sana.

d) No es necesario evaluar la evolución de la gestación actual para aceptar la donación.

413.- ¿Cuál es la diferencia clave entre certificación y acreditación de calidad de los bancos de sangre de cordón umbilical (BSCU)?

a) La certificación la otorgan entidades independientes como entidad nacional de acreditación (ENAC), mientras que la acreditación se basa en el prestigio de la entidad entre la comunidad usuaria (ej. NetCord).
b) La certificación se refiere únicamente al producto final (SCU), mientras que la acreditación evalúa solo los procesos de transporte.
c) La certificación es obligatoria por el RD-Ley 9/2014, mientras que la acreditación es voluntaria y sin valor legal.
d) La certificación la concede cada Comunidad Autónoma, mientras que la acreditación la otorga el gobierno central.

414.- Sobre los Tipos de unidades de obtención de Sangre de Cordón Umbilical, ¿cuál es la diferencia clave entre Unidades de Obtención Fijas y No Fijas?

a) Las Fijas tienen contrato con el BSCU; las No Fijas no.
b) Las Fijas son solo para donación dirigida; las No Fijas para donación altruista.
c) Las Fijas no requieren personal formado; las No Fijas sí.
d) Las Fijas dependen de la Coordinación Autonómica; las No Fijas son autónomas.

415.- ¿Quién debe realizar la extracción de la Sangre de Cordón Umbilical (SCU)?

a) Solo el/la médico/a de obstetricia.
b) Solo el/la matrón/a.
c) El personal del banco de SCU.
d) El/La médico/a o el/la matrón/a que atienda el parto, siempre con formación previa.

416.- ¿Cuál es la recomendación sobre el tiempo de pinzamiento del cordón en donación altruista de laSangre de Cordón Umbilical (SCU)?

a) Pinzamiento inmediato (<30 segundos) para maximizar volumen.
b) Pinzamiento a los 60 segundos, respetando el beneficio para el recién nacido.
c) Pinzamiento a los 120 segundos para garantizar la calidad.
d) El tiempo de pinzamiento es indiferente para la donación.

417.- Según el Artículo 1 del Decreto, ¿cuál NO es un principio que rige la donación de leche humana en Euskadi?

a) Donación voluntaria y altruista.
b) Anonimato de la donante y de las personas receptoras.



c) Distribución exclusivamente bajo prescripción médica.
d) Remuneración económica para fomentar la donación.

418.- ¿A qué organismo se adscribe el banco de leche humana donada de Euskadi?

a) Al Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
b) Al Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.
c) A la Comisión de Salud del Parlamento Vasco.
d) A Osakidetza directamente.

419.- ¿Quiénes pueden ser receptoras de leche humana donada?

a) Lactantes menores de 32 semanas o con menos de 1.500 gramos, por prescripción facultativa.
b) Cualquier lactante cuya madre lo solicite.
c) Todas las personas recién nacidas ingresadas en cualquier hospital.
d) Solo aquellas cuyas madres tengan contraindicación legal.

420.- ¿Qué tipo de análisis se realiza a las donantes del banco de leche humana donada de Euskadi tras la entrevista personal?

a) Análisis genético para detectar enfermedades hereditarias.
b) Análisis serológico para descartar infecciones transmisibles por leche.
c) Análisis de composición nutricional de la leche.
d) Análisis toxicológico obligatorio.

421.- ¿Dónde se realiza la extracción de la leche donada si hablamos del banco de leche humana donada de Euskadi ?

a) En el propio banco de leche.
b) En los hospitales de referencia.
c) En el domicilio de la donante.
d) En los centros de atención primaria.

422.- ¿Cuál es la condición de temperatura para la conservación de la leche donada si se congela inmediatamente?

a) < -18 °C.
b) < -10 °C.
c) < 0 °C.
d) < 4 °C pero sin llegar a congelar.

423.- ¿Quién elabora los procedimientos operativos sobre transporte de la leche donada si hablamos del Decreto 146/2018?

a) El Departamento de Salud.
b) El propio banco de leche.
c) El Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.
d) Los hospitales receptores.

424.- ¿Qué deben incluir los centros de recogida de leche donada en cuanto a conservación?

a) Condiciones para su conservación y custodia.
b) Un punto de recogida sin horario fijo.
c) Autorización para procesar la leche.
d) Congeladores portátiles para donantes.

425.- ¿Qué sistema de identificación se utiliza para garantizar la trazabilidad en el banco según el Decreto 146/2018?

a) Número de la seguridad social de la donante.
b) Fecha de nacimiento de la donante.
c) Nombre completo de la donante.
d) Código de barras.

426.- ¿Qué requisito deben cumplir las unidades de cuidados intensivos neonatales para administrar leche donada Decreto 146/2018?

a) Disponer de un sistema de alarma audiovisual en los equipos de almacenamiento.
b) Tener un convenio con la industria láctea
c) Contar con al menos dos pediatras por turno.
d) Realizar análisis microbiológicos diarios.

427.- ¿Para qué tipo de leche se aplica el procedimiento del Artículo 12 del Decreto 146/2018?

a) Leche humana donada para investigación.
b) Leche materna dirigida al propio hijo o hija.
c) Leche de fórmula administrada en hospitales.
d) Leche pasteurizada para bancos exteriores.

428.- ¿Quién realiza las inspecciones para asegurar el cumplimiento del Decreto 146/2018?

a) El Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.
b) El Comité de Lactancia.
c) La dirección competente en planificación, ordenación y evaluación sanitarias.

d) Osakidetza.

429.- ¿Cuál de las siguientes situaciones se considera una amenorrea secundaria?

a) Ausencia de menstruación antes de la menarquia.
b) Ausencia de menstruación durante la lactancia.
c) Ausencia de menstruación durante 6 meses en una mujer previamente menstruante.
d) Ausencia de menstruación a los 14 años sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

430.- En la etiología de las amenorreas, señala la afirmación correcta:

a) En el síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser, las pacientes presentan cariotipo 46,XY, caracteres sexuales secundarios femeninos normales y agenesia vaginal, asociándose frecuentemente a malformaciones renales.
b) El seudohermafroditismo femenino por déficit de 21α-hidroxilasa cursa con fenotipo masculinizado, cariotipo 46,XX, niveles elevados de 17-OH progesterona y niveles bajos de gonadotropinas.
c) En la disgenesia gonadal del síndrome de Turner, las pacientes presentan cariotipo 45,XO, niveles bajos de gonadotropinas y presencia de folículos ováricos funcionales, aunque con malformaciones extragenitales.
d) La imperforación del himen es una causa de amenorrea primaria verdadera, ya que los ovarios no producen ciclos menstruales, y se caracteriza por la ausencia total de hematocolpos y hematometra.

431.- Según la definición de la FIGO, ¿cuál de las siguientes situaciones se considera hemorragia uterina anormal?

a) Sangrado uterino que presenta alteraciones en volumen, frecuencia o regularidad durante varios meses.
b) Menstruaciones regulares cada 28 días con duración de 5 días sin repercusión clínica.
c) Menstruación que dura 4 días con cantidad moderada y regularidad mensual.
d) Ciclos menstruales entre 24 y 38 días sin síntomas asociados.

432.- ¿Cuál de las siguientes opciones NO se menciona como un elemento o estrategia incluida en la prevención de los riesgos de la actividad sexual del adolescente?

a) Proporcionar información básica sobre los riesgos del coito no protegido y las medidas para evitarlo.
b) Fortalecer valores que se opongan a las conductas grupales de sexo no protegido.
c) Incluir actividades que pongan de manifiesto la influencia de los medios de comunicación sobre las conductas sexuales.
d) Promover la abstinencia sexual como único método válido hasta el matrimonio.

433.- ¿Cuál es la causa más frecuente de la Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD) en la adolescente?

a) Ciclos anovulatorios con estímulo estrogénico sin oposición de progesterona.
b) Ciclos ovulatorios regulares.
c) Exceso de progesterona sobre el endometrio.
d) Alteraciones estructurales uterinas en la mayoría de los casos.

434.- En relación con la influencia sociocultural en la salud reproductiva:

a) No influye en las prácticas reproductivas.
b) Solo afecta a países en desarrollo.
c) Influye en las relaciones afectivo-sexuales y en los comportamientos de salud.
d) Es irrelevante para la atención sanitaria.

435.- ¿Cuál de las siguientes definiciones describe correctamente la anorgasmia?

a) Ausencia de deseo sexual acompañada de dolor durante la relación.
b) Incapacidad persistente o retraso del orgasmo tras una excitación sexual normal.
c) Dolor genital recurrente asociado al coito.
d) Aumento excesivo del deseo sexual sin control.

436.- En relación con los trastornos de la sexualidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares, señala la respuesta correcta:

a) La actividad sexual supone un esfuerzo físico muy elevado y prolongado que aumenta significativamente el riesgo de infarto en todas las personas pacientes.
b) Los fármacos cardiovasculares no influyen en la función sexual.
c) La hipertensión arterial no se relaciona con disfunciones sexuales en hombres.
d) En la enfermedad coronaria, los factores psicológicos como el miedo al infarto o a la muerte pueden afectar negativamente a la sexualidad.

437.- En relación con las enfermedades neurológicas y su impacto en la sexualidad, señala la respuesta correcta:

a) Las enfermedades neurológicas afectan poco a la sexualidad porque no intervienen en la respuesta sexual.
b) La respuesta sexual no depende del sistema nervioso central.
c) Las alteraciones neurológicas pueden afectar directamente a la respuesta sexual al interferir en los centros nerviosos implicados.
d) La epilepsia no se asocia a disfunciones sexuales.

438.- ¿Cuál de los siguientes es un objetivo de los programas de salud sexual según el Plan de Atención a la Mujer?

a) Limitar la educación sexual únicamente a la edad adulta.
b) Promover una vivencia de la sexualidad integral, responsable y respetuosa.
c) Priorizar exclusivamente la prevención del embarazo sobre otros aspectos.
d) Evitar la participación social en políticas de salud sexual.

439.- En relación con la atención a la patología ginecológica en el programa de salud reproductiva, señale la opción correcta:

a) Comprende información, exploración, tratamiento y seguimiento de las patologías.
b) Incluye únicamente la realización de exploraciones ginecológicas.
c) Se centra exclusivamente en el tratamiento farmacológico de las enfermedades.
d) Se limita a patologías detectadas en el cribado de cáncer.

440.- En relación con la salud sexual y reproductiva en la mujer, señale la respuesta correcta:

a) Se limita exclusivamente a la ausencia de enfermedad del aparato reproductor.
b) Solo abarca la etapa fértil de la mujer.
c) Incluye bienestar físico, mental y social en todos los aspectos del sistema reproductivo.
d) No contempla aspectos sociales ni culturales.

441.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de forma más precisa el cambio endocrino característico de la menopausia?

a) Descenso de estrógenos y disminución de FSH y LH por retroalimentación negativa aumentada.
b) Aumento de estrógenos y descenso de gonadotrofinas por pérdida de sensibilidad ovárica.
c) Descenso de estrógenos que provoca un aumento compensatorio de FSH y LH debido a la pérdida de retroalimentación negativa ovárica.
d) Mantenimiento de niveles estables de estrógenos y aumento progresivo de progesterona por agotamiento folicular.

442.- ¿Cuál de los siguientes cambios es característico de la vaginitis atrófica secundaria al déficit estrogénico en la menopausia?

a) Aumento del glucógeno epitelial que favorece la proliferación de bacilos de Döderlein y mantiene un pH vaginal ácido.
b) Disminución del número de capas del epitelio vaginal, con reducción del glucógeno y pérdida de la flora lactobacilar, lo que conduce a un pH vaginal elevado.

c) Engrosamiento del epitelio vaginal y aumento de los fondos de saco debido a estímulo androgénico relativo.
d) Descenso del pH vaginal que favorece infecciones recurrentes y dispareunia.

443.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los síntomas vasomotores de la menopausia es correcta?

a) Se originan por una elevación del umbral termorregulador, lo que produce vasoconstricción periférica y aumento de la temperatura corporal central.
b) Suelen aparecer principalmente después de cinco años de la menopausia y rara vez en la transición menopáusica.
c) Entre los factores que aumentan su intensidad se encuentran el tabaco, la obesidad y el sedentarismo, mientras que la raza y la menopausia quirúrgica se consideran factores no modificables.
d) Los sofocos consisten en una sensación brusca de frío con sudoración, debida a un descenso agudo de la temperatura corporal central.

444.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los efectos del tabaco en la menopausia es correcta?

a) El tabaquismo retrasa el inicio de la menopausia debido a la mayor actividad estrogénica periférica, lo que disminuye el riesgo de osteoporosis.
b) El tabaco acelera el metabolismo de los estrógenos, adelanta la menopausia entre 1 y 2 años y aumenta la pérdida ósea, especialmente en columna vertebral y radio distal.
c) Las mujeres fumadoras presentan menor sintomatología climatérica debido al efecto vasodilatador de la nicotina.
d) El tabaco acelera la menopausia, pero no influye en la pérdida ósea en la posmenopausia temprana.

445.- Respecto a los programas sanitarios de atención al climaterio, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Están dirigidos fundamentalmente a mujeres mayores de 65 años, con el objetivo prioritario de iniciar tratamiento hormonal sustitutivo de forma protocolizada.
b) Se basan exclusivamente en atención individualizada por parte del equipo de ginecología, sin incluir actividades grupales dirigidas por matrón/as.
c) El principal objetivo es el cribado sistemático del cáncer ginecológico en mujeres perimenopáusicas, siendo opcional el componente educativo.
d) Sus intervenciones combinan valoración individual físico-psicosocial y actividades grupales de educación para la salud, con sesiones de ejercicio y relajación que suelen extenderse entre 8 y 12 semanas.

446.- ¿Qué porcentaje de mujeres padecen síntomas vasomotores durante la transición menopáusica?

a) Alrededor de un 80% de las mujeres experimentan síntomas vasomotores durante la transición menopáusica, aunque tan solo un 20-30% consultan para tratarlos.
b) Alrededor de un 60% de las mujeres experimentan síntomas vasomotores durante la transición menopáusica, aunque tan solo un 20-30% consultan para tratarlos.
c) Alrededor de un 40% de las mujeres experimentan síntomas vasomotores durante la transición menopáusica, aunque tan solo un 20-30% consultan para tratarlos.
d) Alrededor de un 60% de las mujeres experimentan síntomas vasomotores durante la transición menopáusica, aunque tan solo un 10-20% consultan para tratarlos.

447.- ¿Qué cambio caracteriza el acortamiento del ciclo menstrual alrededor de los 40 años?

a) Prolongación de la fase lútea debido a menor liberación de FSH.
b) Disminución de la fase folicular por adelanto de la ovulación.
c) Ausencia completa de ovulación desde el inicio.
d) Aumento de la duración total del ciclo por retraso de la ovulación.

448.- ¿Cuál de las siguientes definiciones NO corresponde correctamente a una alteración menstrual frecuente durante el climaterio?

a) Polimenorrea: ciclos menores de 21 días.
b) Menorragia: menstruación con sangrado intenso o prolongado.
c) Metrorragia: sangrado durante la menstruación.
d) Amenorrea: ausencia de menstruación.

449.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta respecto al tratamiento de los síntomas genitales durante el climaterio?

a) Las mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama pueden utilizar preparados que contengan estradiol si la dosis es baja.
b) Los anillos vaginales presentan mayor aceptabilidad por ser más cómodos y fáciles de usar.
c) El tratamiento hormonal vaginal se administra inicialmente a diario durante 2 a 4 semanas.
d) La eficacia del tratamiento hormonal vaginal es similar para cremas, óvulos y comprimidos.

450.- ¿En cuál de las siguientes situaciones sí estaría justificada la determinación de FSH y LH durante la atención al climaterio?

a) Mujer de 52 años con ciclos irregulares.
b) Mujer de 48 años con sofocos típicos.
c) Mujer de 35 años con síntomas sugestivos de menopausia.
d) Cualquier mujer en climaterio como análisis rutinario.

451.- **¿Cuál de las siguientes exploraciones sí debe realizar el/la matrón/a durante la valoración física de la mujer en el climaterio?**

a) Determinación rutinaria de niveles de FSH y LH en todas las mujeres mayores de 50 años.
b) Exploración general con peso, talla e IMC, presión arterial y exploración perineal y mamaria.
c) Ecografía pélvica obligatoria en cada consulta.
d) Resonancia magnética para valorar riesgo de osteoporosis.

452.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el impacto de los grupos en los programas de atención al climaterio?**

a) La participación en grupos suele disminuir la percepción de calidad de vida de las mujeres.
b) Los grupos solo sirven para impartir información, sin generar interacción entre las participantes.
c) La existencia de los grupos no influye en la experiencia de las mujeres.
d) Las mujeres suelen organizar actividades sociales y culturales complementarias tras finalizar las sesiones.

453.- **Se considera que un aborto es habitual o recurrente cuando:**

a) Se producen dos o más abortos consecutivos o cuatro abortos intercalados.
b) Se produce un aborto en el primer trimestre y otro en el segundo.
c) Se producen tres o más abortos consecutivos o cinco abortos intercalados.
d) Se producen cuatro abortos consecutivos o cinco abortos intercalados.

454.- **Según la evidencia científica actual, ¿cuál es el factor de riesgo más importante de infertilidad en las sociedades occidentales?**

a) La edad de la mujer, especialmente a partir de los 40 años.
b) El índice de masa corporal elevado.
c) El consumo de tabaco en la pareja.
d) La frecuencia de las relaciones sexuales.

455.- **Según lo establecido en la Ley de Reproducción Humana Asistida, la donación de gametos se considera:**

a) Un contrato lucrativo entre la persona donante y el centro autorizado.
b) Un contrato gratuito, formal y secreto entre la persona donante y el centro autorizado.
c) Un contrato gratuito, formal y secreto entre la persona donante y la persona receptora.
d) Un acuerdo comercial regulado por el Ministerio de Sanidad.

456.- Los coitos programados están especialmente indicados en:

a) Parejas mayores de 40 años con causa clara de esterilidad.
b) Parejas jóvenes (menores de 35 años), con poco tiempo intentando embarazo y con estudios básicos normales.
c) Parejas con alta ansiedad y fallo ovárico precoz.
d) Mujeres con necesidad obligada de estimulación ovárica intensa.

457.- En el interrogatorio femenino dentro del estudio de infertilidad, ¿qué elementos deben recogerse?

a) Únicamente la edad de la menarquia y la fecha de la última menstruación.
b) Motivo de consulta, tiempo de infecundidad, uso previo de anticonceptivos, antecedentes ginecológicos (embarazos, partos, abortos) y aspectos sexuales como la frecuencia del coito.
c) Solo los antecedentes obstétricos y la fórmula menstrual.
d) Datos psicosociales y frecuencia de relaciones sexuales.

458.- En la valoración inicial realizada por el/la matrón/a en una consulta de reproducción, ¿qué hallazgo tiene una relación directa con la posible alteración de la ovulación?

a) Índice de masa corporal dentro de la normalidad pero presión arterial ligeramente elevada.
b) Porcentaje de grasa corporal inferior al 10 %, compatible con desnutrición o sobreentrenamiento.
c) Ausencia de antecedentes familiares de infertilidad.
d) Regularidad en los ciclos menstruales pero presencia ocasional de cefaleas tensionales.

459.- ¿Cuál de los siguientes microorganismos se considera habitual en la flora vaginal sana?

a) Haemophilus influenzae.
b) Mobiluncus.
c) Lactobacillus.
d) Listeria monocytogenes.

460.- Respecto a la vaginosis bacteriana (VB), señale la opción que NO es cierta:

a) La VB representa aproximadamente el 60 % de las infecciones vaginales y se caracteriza por una disminución de Lactobacillus y un aumento de anaerobios hasta 10–100 veces.
b) La presencia de leucorrea grisácea no viscosa y adherente, junto con un olor a pescado al mezclar el exudado con KOH al 10 %, son hallazgos característicos.
c) El tratamiento de la pareja sexual se recomienda de manera sistemática para reducir las recurrencias.

d) Entre los factores de riesgo se incluyen el embarazo, la promiscuidad sexual, el uso de DIU y las duchas vaginales.

461.- Respecto a la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), señale la opción que NO es correcta:

a) La inserción o retirada del Dispositivo Intra Uterino (DIU) en condiciones de escasa asepsia puede favorecer la aparición de EIP.
b) La fase preovulatoria del ciclo incrementa el riesgo debido a la mayor filancia y permeabilidad del moco cervical.
c) La EIP puede elevar el riesgo de embarazo ectópico entre 4 y 6 veces respecto a mujeres sin antecedentes.
d) La ectopia cervical, más frecuente en mujeres jóvenes, constituye un factor de riesgo reconocido para EIP.

462.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos es típico de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)?

a) Dolor a la movilización del cérvix durante la exploración vaginal.
b) Dolor hipogástrico habitualmente unilateral de leve intensidad.
c) Leucorrea clara y sin olor, característica de procesos no infecciosos.
d) Dispareunia superficial sin otros síntomas acompañantes.

463.- Según la clasificación de los prolapsos, ¿en cuál de los siguientes grados la porción más distal del prolapso se sitúa entre 1 y 2 cm por debajo del himen?

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

464.- ¿Cuál de los siguientes ejercicios del suelo pélvico se caracteriza por trabajar la contracción muscular por niveles, imaginando la vagina como un tubo con "plantas" que se ascienden y descienden progresivamente?

a) El ejercicio rápido.
b) El ejercicio en onda.
c) El ejercicio lento.
d) El ejercicio del ascensor.

465.- Según las recomendaciones de la OMS sobre planificación familiar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El periodo intergenésico mínimo óptimo entre embarazos es de un año.
b) Se recomienda no sobrepasar las cinco gestaciones por mujer.
c) La edad recomendada para iniciar los embarazos es después de los 20 años.

d) Se debe evitar el embarazo después de los 35-38 años.

466.- Según la OMS, ¿cuál de los siguientes es un beneficio directo de la planificación familiar?

a) Aumenta la tasa de natalidad en adolescentes para garantizar el relevo generacional.
b) Reduce la necesidad de recurrir al aborto peligroso, que representa un 13% de la mortalidad materna mundial.
c) Promueve el embarazo después de los 40 años para reducir la mortalidad infantil.
d) Favorece el crecimiento ilimitado de la población para estimular la economía.

467.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los métodos de barrera es correcta?

a) Los preservativos masculino y femenino son los únicos métodos de barrera que reducen el riesgo de ITS además de prevenir embarazos.
b) El diafragma se utiliza sin necesidad de espermicida y no requiere medición previa por un profesional.
c) Todos los métodos de barrera protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).
d) La esponja vaginal tiene una tasa de fallo menor en mujeres que ya han tenido hijos (multíparas) que en nulíparas.

468.- Señala la respuesta correcta sobre la anticoncepción hormonal:

a) Los anticonceptivos hormonales que no requieren participación activa de la usuaria para su uso continuado (como DIU-LNG o implantes) presentan mayor efectividad en la práctica clínica.
b) El principal efecto adverso de los anticonceptivos de solo gestágeno (MSG) es un aumento significativo del riesgo de trombosis venosa profunda.
c) Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) están indicados en mujeres lactantes y fumadoras mayores de 35 años por su alta seguridad.
d) El riesgo de cáncer de mama asociado a los anticonceptivos hormonales combinados es permanente y no desaparece tras suspender su uso.

469.- ¿Cuál de las siguientes actuaciones es correcta en el asesoramiento y seguimiento de una mujer portadora de DIU?

a) Antes de la inserción del DIU, es obligatorio realizar una ecografía sistemática para valorar la posición y el tamaño del útero, ya que mejora la eficacia del método.
b) El primer control tras la inserción del DIU debe realizarse después del primer periodo menstrual y antes de los 3 meses, preguntando por efectos adversos y pudiendo valorar la posición del DIU con ecografía si se dispone.
c) Si en un control rutinario no se visualizan los hilos del DIU y la ecografía confirma que está en cavidad uterina, se debe retirar inmediatamente y colocar uno nuevo.

d) La presencia de Actinomyces en una portadora de DIU sintomática no requiere la retirada del dispositivo, solo tratamiento antibiótico ambulatorio.

470.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la atención del/de la matrón/a en métodos anticonceptivos quirúrgicos es correcta?

a) La ligadura tubárica es un método que no requiere ingreso hospitalario y es eficaz desde el momento de la intervención.
b) En la vasectomía, la eficacia anticonceptiva es inmediata tras la cirugía, por lo que no necesita ningún control posterior.
c) Tras la inserción del dispositivo intratubárico Essure®, la mujer debe usar otro método anticonceptivo durante los 3 meses posteriores.
d) El/La matrón/a no puede solicitar pruebas preoperatorias como hemograma o coagulación, ya que esa función es exclusiva del/de la ginecólogo/a o urólogo/a.

471.- Según el artículo 9.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, ¿cuál de los siguientes objetivos NO se menciona expresamente como parte de la formación en salud sexual y reproductiva en el sistema educativo?

a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad, corresponsabilidad, diversidad, placer, deseo, libertad y respeto, con especial atención a la prevención de la violencia de género y la violencia sexual.
b) El reconocimiento de la diversidad sexual y el desarrollo armónico de la sexualidad en cada etapa del ciclo vital, con especial atención a la adolescencia y juventud.
c) La promoción exclusiva de la abstinencia sexual como método principal para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.
d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual, especialmente del VIH y del VPH, visibilizando la realidad de las personas VIH+/SIDA y sus necesidades para superar la discriminación.

472.- En relación con la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico, según el artículo 27 del Real Decreto 825/2010, señale la respuesta correcta:

a) El consentimiento informado en los tratamientos invasivos durante la atención al parto es recomendable, pero no preceptivo, cuando se trate de urgencias obstétricas que pongan en riesgo la vida de la madre o del feto.
b) Las administraciones públicas deben promover la disminución del intervencionismo en la atención obstétrica, evitando prácticas no avaladas por la evidencia científica y reforzando el parto respetado y el consentimiento informado, incluyendo medidas para incrementar el personal especializado.
c) La no separación del/de la recién nacido/a de su madre es un derecho absoluto que debe garantizarse en todo caso, incluso cuando existan indicaciones clínicas claras que aconsejen el ingreso del neonato en una unidad de cuidados especiales.
d) El respeto a la decisión sobre la forma de alimentación del/de la recién nacido/a se limita al ámbito de la sanidad pública, quedando excluidos los centros privados por no estar sujetos a las mismas exigencias de promoción de derechos sexuales y reproductivos.

473.- En relación con las medidas de prevención y respuesta frente a formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, según el Real Decreto 825/2010, señala la respuesta correcta:

a) El contrato de gestación por subrogación es nulo de pleno derecho solo si se realiza con precio, pero no cuando se acuerda de forma altruista sin contraprestación económica.

b) Las administraciones públicas promoverán campañas institucionales para informar de la ilegalidad de la gestación por sustitución, pero no pueden instar acciones judiciales contra la publicidad que la promueva, ya que ello corresponde exclusivamente a las personas particulares afectadas.

c) La promoción comercial de la gestación por sustitución está permitida siempre que no se ofrezca explícitamente un precio por la gestante, pues la Ley General de Publicidad solo sanciona la publicidad de servicios sanitarios ilegales cuando hay ánimo de lucro.

d) Los poderes públicos deben velar por evitar el aborto forzoso y la anticoncepción o esterilización forzosas, prestando especial atención a las mujeres con discapacidad, y se promoverán programas específicos de salud sexual y reproductiva para este colectivo.

474.- En relación con el procedimiento de actuación del comité clínico previsto en el Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, para la interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas (supuesto de enfermedad fetal grave o incompatible con la vida), señale la respuesta correcta:

a) Una vez emitido el primer diagnóstico, la mujer debe solicitar directamente al comité clínico que emita dictamen, y este dispondrá de 10 días para pronunciarse, prorrogables en cualquier caso sin necesidad de motivación.

b) Si el dictamen del comité confirma el diagnóstico, lo transmitirá al órgano competente de la Comunidad Autónoma en el plazo de 24 horas, para que notifique a la interesada y esta pueda acceder a la interrupción exclusivamente en un centro de su propia red sanitaria autonómica.

c) La mujer no puede designar a ningún especialista para que se integre en el comité clínico, ya que las personas miembros de dicho comité, son designadas exclusivamente por la autoridad sanitaria sin intervención de la persona paciente.

d) El comité clínico debe emitir su dictamen en un plazo máximo de 10 días, salvo que, motivadamente, se acredite que las pruebas diagnósticas o de otro tipo requieran un plazo mayor.

475.- En relación con la información contenida en el sobre cerrado del artículo 5 del Real Decreto 825/2010, señala la opción correcta:

a) La información del sobre puede ser facilitada también por vía telefónica o electrónica si la mujer lo prefiere.

b) El sobre debe incluir necesariamente información sobre ayudas públicas para mujeres embarazadas, derechos laborales, centros de anticoncepción y centros de asesoramiento voluntario.

c) La imagen institucional no puede figurar en el sobre para garantizar la confidencialidad.

d) El sobre se entrega únicamente en los supuestos de interrupción por grave riesgo para la salud de la mujer.

476.- Según el artículo 8 del Real Decreto 825/2010, ¿cuál es el procedimiento correcta en el caso de una mujer de 16 o 17 años que desea interrumpir voluntariamente el embarazo?

a) Presta su consentimiento acompañada de su representante legal, quien debe entregar un documento al personal sanitario.
b) No necesita consentimiento ni información a sus representantes legales porque es mayor de 16 años.
c) Solo puede intervenir si sus representantes legales lo autorizan por escrito de forma expresa.
d) El personal médico puede prescindir de la información a los/las representantes legales si la mujer lo alega, sin necesidad de ninguna valoración adicional.

477.- ¿Cuál de las siguientes combinaciones describe un conjunto de factores que aumentan claramente el riesgo de cáncer de mama, y cuya relación está además respaldada por un posible mecanismo biológico identificado?

a) Menopausia tardía, baja densidad ósea y niveles altos de andrógenos, mediante un incremento documentado de la metilación del ADN.
b) Sobrepeso en la premenopausia, lesiones mamarias benignas sin atipia y exposición intraútero a dietilestilbestrol, mediante aumento de estrógenos periféricos.
c) Nuliparidad, alta densidad mamaria y niveles altos de IGF-1, mediante mayor exposición acumulada a estrógenos y proliferación mamaria mantenida.
d) Estatura baja, antecedentes familiares en parientes de segundo grado y menarquia tardía, mediante disminución de la maduración glandular.

478.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor precisión las limitaciones del cribado mamográfico poblacional?

a) Aunque el cribado mamográfico permite diagnosticar un porcentaje importante de cánceres asintomáticos, hasta un 15% de las neoplasias pueden presentarse como masa palpable sin expresión mamográfica, y un 30% aparecen en el intervalo entre dos cribados.
b) El cribado mamográfico evita la aparición de neoplasias de intervalo, reduciendo su tasa a menos del 10% de los casos evaluados entre ciclos consecutivos de cribado.
c) El cribado mamográfico detecta prácticamente todos los cánceres de mama asintomáticos, y menos del 5% de las neoplasias se diagnostican por masa palpable sin hallazgos en la mamografía previa.
d) Las campañas de cribado detectan el 100% de los cánceres en mujeres dentro del rango de edad establecido, por lo que los diagnósticos fuera de estas edades son excepcionales.

479.- **¿Cuál de las siguientes combinaciones refleja situaciones en las que debe sospecharse especialmente la existencia de una neoplasia mamaria?**

a) Dolor mamario bilateral cíclico asociado al ciclo menstrual (presente hasta en el 40% de las mujeres en edad fértil), secreción lechosa bilateral en mujeres jóvenes (hasta un 5% de los casos evaluados) y adenopatías axilares dolorosas reactivas a procesos inflamatorios (alrededor del 60% de las adenopatías palpables).

b) Masa mamaria palpable indolora como forma de inicio en más del 50% de los casos; dolor mamario localizado no cíclico que constituye el único síntoma hasta en el 15% de las neoplasias; y secreción mamaria unilateral hemática en mujeres mayores de 40 años.

c) Secreción mamaria transparente bilateral sin masa asociada, presente aproximadamente en un 8% de las consultas por alteraciones mamarias; dolor mamario difuso en ambas mamas en mujeres peri menopáusicas, descrito hasta en un 25% de este grupo; y adenopatías axilares reactivas bilaterales detectadas clínicamente en un 12% de revisiones rutinarias.

d) Dolor mamario cíclico asociado al ciclo en un 30–35% de las mujeres pre menopáusicas; secreción láctea inducida por manipulación en un 10% de consultas no patológicas; y adenopatías axilares menores de 1 cm relacionadas con infecciones respiratorias en un 20% de los episodios evaluados en Atención Primaria.

480.- **En relación a las lesiones intraepiteliales cervicales (CIN) y sus alteraciones histológicas características, señale la opción correcta: ¿cuál de las siguientes combinaciones incluye únicamente hallazgos histológicos propios de una lesión pre maligna del cérvix?**

a) Presencia de diferenciación y maduración, estratificación conservada y ausencia de variabilidad en el tamaño y forma de las células escamosas.

b) Pérdida de la estratificación y de la polaridad celular, ausencia de diferenciación y de maduración, variabilidad en el tamaño y forma de las células escamosas con aumento de la relación núcleo-citoplasma, alteraciones en el núcleo celular (hipercromatismo e irregularidad en la cromatina nuclear), aumento del número de mitosis y eventual presencia de mitosis anormales, y alteraciones limitadas al epitelio de superficie con posible extensión a las glándulas (relleno glandular).

c) Estratificación intacta con mantenimiento de la polaridad celular, diferenciación y maduración conservadas, células escamosas con tamaño y forma regulares y relación núcleo-citoplasma adecuada, cromatina nuclear sin hipercromatismo ni irregularidad, ausencia de aumento del número de mitosis y sin presencia de mitosis anormales, y alteraciones limitadas al epitelio estrictamente normales sin extensión a glándulas ni relleno glandular.

d) Diferenciación y maduración presentes en todas las capas del epitelio, polaridad celular conservada, tamaño y forma celulares uniformes sin aumento de la relación núcleo-citoplasma, núcleo celular sin hipercromatismo ni irregularidad de la cromatina, número de mitosis dentro de la normalidad sin mitosis anormales, y epitelio de superficie sin alteraciones ni extensión a glándulas ni fenómenos de relleno glandular.

481.- **Respecto al papel del virus del papiloma humano (VPH) en la génesis de las lesiones pre malignas y del cáncer del cuello uterino, señale la opción correcta:**

a) El VPH participa en algunos casos de cáncer de cérvix, pero no puede considerarse un factor indispensable para su desarrollo.
b) La infección por VPH es frecuente y de transmisión sexual, pero por sí sola no determina que todas las mujeres infectadas desarrollen una lesión pre maligna o un cáncer de cérvix.
c) La infección por VPH solo se considera relevante en etapas avanzadas y no en la génesis inicial de las lesiones pre malignas.
d) El VPH es la causa etiológica necesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo de las lesiones pre malignas y del cáncer de cérvix.

482.- **Respecto a la mortalidad por cáncer de cérvix en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) en el año 2023, señale la opción correcta:**

a) La CAPV presentó en 2023 una tasa de mortalidad de 1,8 por 100.000 mujeres, con un total de 27 defunciones, y una tendencia creciente desde 2001 con un porcentaje de cambio anual (PAC) positivo y significativo.
b) La CAPV presentó en 2023 una tasa de mortalidad de 1,8 por 100.000 TEE (Tasa Estandarizada por Edad), con 27 fallecimientos por cáncer de cérvix, y una tendencia negativa entre 2001 y 2023 con un PAC de –0,6 no significativo.
c) La tasa de mortalidad por cáncer de cérvix en 2023 fue superior a 5 por 100.000 TEE (Tasa Estandarizada por Edad), con más de 40 defunciones, aunque con una tendencia estable desde 2001.
d) En 2023 no se registraron fallecimientos por cáncer de cérvix en la CAPV y la tendencia desde 2001 mostró un porcentaje de cambio anual (PAC) negativo y significativo.

483.- **En relación al desarrollo del cáncer de cuello uterino (CCU), señale la opción correcta: ¿cuál es el orden adecuado de las fases descritas en la historia natural del CCU?**

a) Persistencia de la infección por Virus del Papiloma Humano-Alto Riesgo (VPH-AR) → infección inicial → invasión de la membrana basal → progresión a lesiones precancerosas.
b) Infección inicial por VPH-AR → progresión directa a cáncer invasor → persistencia de la infección → invasión de la membrana basal.
c) Infección inicial por VPH-AR → persistencia de la infección en el tiempo → progresión a lesiones precancerosas → invasión de la membrana basal del epitelio.
d) Persistencia de la infección → regresión → invasión de la membrana basal → progresión a lesiones precancerosas.

484.- Respecto a la prevalencia de los genotipos de Virus de Papiloma Humano (VPH) en España, señale la opción correcta:

a) Los genotipos de VPH de alto riesgo más frecuentes son VPH 6 y 11, mientras que el VPH 16 apenas alcanza el 0,5% de prevalencia.
b) Entre los VPH de alto riesgo oncogénico, el más frecuente en España es el VPH 16 (2,9%), seguido del VPH 52 (1,8%), VPH 51 (1,6%), VPH 31 (1,3%) y VPH 66 (1,2%), mientras que el VPH 18 presenta una prevalencia del 0,5%.
c) Los tipos VPH 6 y 11 son los genotipos de alto riesgo más frecuentes en España, con prevalencias del 12,2% y 7,5% respectivamente
d) El conjunto de los tipos de VPH de alto riesgo tiene una prevalencia inferior al 1% en todas las mujeres españolas evaluadas.

485.- Respecto a la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH), señale la opción correcta:

a) La vacunación que incluye los genotipos VPH 16 y 18 ofrece una protección del 90% frente a los virus oncogénicos y su eficacia es igual independientemente del momento de inicio de las relaciones sexuales.
b) Los estudios en mujeres de 18-24 años muestran una reducción del 73% en infecciones cervicales tras la vacunación, y la nueva vacuna nonavalente podría reducirlas hasta un 90%.
c) El inicio de las relaciones sexuales contraindica la vacunación porque disminuye su efectividad por debajo del 10%.
d) La vacuna nonavalente cubre exclusivamente los genotipos VPH 6 y 11, responsables del 70% de los cánceres de cuello uterino.

486.- En relación a las características que debe poseer un modelo de cribado poblacional, señale la opción correcta:

a) Debe basarse exclusivamente en la captación oportunista, sin utilizar un censo poblacional ni sistemas de rellamada, y no es necesario respetar intervalos de prueba si se mantiene una participación elevada.
b) Debe contar con una estructura propia basada en un censo para captar a la población diana, disponer de sistemas de rellamada, alcanzar una cobertura de invitación ideal por encima del 95%, respetar los intervalos de aplicación de la prueba, utilizar una técnica de cribado validada, asegurar el control de calidad, establecer circuitos de derivación y seguimiento, y monitorizar y registrar todo el proceso.
c) Debe garantizar un sistema organizativo que permita identificar a las mujeres susceptibles de cribado mediante bases de datos clínicas generales, ofreciendo una cobertura de invitación del 75%. Asimismo, es deseable contar con procedimientos de derivación y seguimiento, aunque estos pueden integrarse dentro de los circuitos asistenciales habituales sin necesidad de un dispositivo poblacional dedicado.
d) Debe disponer de herramientas para invitar a la población, preferentemente mediante canales como SMS o correo electrónico, y procurar mantener la regularidad de las pruebas, priorizando el uso de técnicas diagnósticas validadas cuando sea posible. La organización del cribado puede apoyarse en recursos

asistenciales comunes, siempre que exista algún mecanismo básico de supervisión del proceso y se puedan implementar derivaciones según disponibilidad de cada centro.

487.- En relación a las pruebas primarias de cribado en el Programa de cribado de cáncer de cérvix de Osakidetza, señale la opción correcta:

a) El cribado comienza a los 20 años con citología anual, y el test de VPH-AR se utiliza solo como prueba de confirmación en mujeres mayores de 50 años.
b) Las mujeres de 25 a 29 años se criban con citología cada 3 años, y las de 30 a 65 años con detección de VPH-AR (genotipado parcial) cada 5 años; además, las mujeres nacidas a partir de 2001 y vacunadas antes de los 15 años inician el cribado a los 30 años con VPH-AR cada 5 años.
c) Todas las mujeres de entre 25 y 65 años deben de someterse preferentemente a citología cada 3 años, dado que este método ha sido tradicionalmente el más utilizado y permite un seguimiento continuado. El uso del test de VPH-AR debe de reservarse como herramienta secundaria en casos seleccionados.
d) La periodicidad del cribado puede adaptarse según la disponibilidad de recursos y la organización de cada centro, sin requerir necesariamente intervalos fijos de 3 o 5 años.

488.- ¿En qué caso está indicado solicitar un co-test como prueba primaria de cribado según el programa de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)?

a) En todas las mujeres con VPH positivo, independientemente del genotipo.
b) En mujeres con citología L-SIL y VPH negativo.
c) Únicamente en mujeres cuyo cribado previo mostró ASCUS con test de VPH-AR negativo.
d) En mujeres mayores de 50 años para aumentar la sensibilidad del cribado.

489.- Respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), señale la opción correcta:

a) Son enfermedades poco frecuentes en países desarrollados.
b) Solo afectan a población joven.
c) Constituyen una de las principales causas de enfermedad a nivel mundial.
d) No generan complicaciones a largo plazo.

490.- ¿Cuál de las siguientes complicaciones NO se asocia a ITS en la mujer?

a) Hipotiroidismo.
b) Embarazo ectópico.
c) Infertilidad.
d) Enfermedad inflamatoria pélvica.

491.- **Las ITS son consideradas un problema de salud pública principalmente por:.**

a) Su fácil diagnóstico.
b) Su elevada mortalidad exclusivamente.
c) Su tratamiento complejo exclusivamente.
d) Su alta incidencia y complicaciones.

492.- **Respecto a la sífilis, señale la opción correcta:**

a) Es causada por un virus.
b) No tiene repercusión en el embarazo.
c) Puede producir mortalidad fetal si no se trata.
d) No tiene tratamiento.

493.- **¿Cuál de los siguientes microorganismos forma parte habitual de la flora vaginal?**

a) Neisseria gonorrhoeae.
b) Treponema pallidum.
c) VIH.
d) Lactobacilos.

494.- **La candidiasis vaginal se asocia principalmente a:**

a) Virus.
b) Hongos.
c) Protozoos.
d) Bacterias.

495.- **¿Cuál es una de las razones por las que las ITS se consideran un problema de salud pública de gran magnitud?**

a) Porque afectan también a recién nacidos y producen complicaciones como infertilidad o cáncer cervicouterino.
b) Porque su diagnóstico es siempre evidente y fácil de identificar.
c) Porque solo afectan a personas de nivel socioeconómico bajo.
d) Porque solo se transmiten por vía sexual, lo que limita su prevención**.**

496.- **¿Qué relación existe entre el Virus del Herpes Simple (VHS-2) y el VIH?**

a) El VHS-2 protege contra la infección por VIH al estimular el sistema inmunitario.
b) El VHS-2 multiplica la transmisión del VIH entre 50 y 300 veces en presencia de úlceras genitales.
c) El VHS-2 y el VIH no tienen ninguna interacción.
d) El VHS-2 es una infección que siempre presenta síntomas floridos, ayudando a diagnosticar el VIH.

497.- **¿Cuál es una de las consecuencias específicas de las infecciones gonocócicas y clamidianas no tratadas en la mujer?**

a) Ceguera irreversible en el primer año de vida del/ de la recién nacido/a.
b) Enfermedad inflamatoria pélvica en hasta un 40 % de los casos, y de esos, uno de cada cuatro provoca infertilidad.
c) Cáncer de cérvix asegurado en todas las mujeres que padecen estas infecciones.
d) Aparición inmediata de úlceras genitales dolorosas que multiplican el riesgo de VIH.

498.- **¿Cuál es una de las actividades o consejos que debe realizar el/la matrón/a en la prevención de las ITS?**

a) Recetar antibióticos de forma inmediata ante cualquier síntoma de infección.
b) Prescribir tratamiento psicológico exclusivamente a la pareja de la persona paciente sin evaluar a la paciente.
c) Realizar intervenciones quirúrgicas para tratar las complicaciones de las ITS.
d) Educación sanitaria en cuanto al empleo del condón para evitar infecciones de transmisión sexual.

499.- **¿Qué acción debe realizar el/la matrón/a cuando observa o detecta los primeros signos o síntomas de una ITS?**

a) Iniciar un tratamiento inmediato con antirretrovirales.
b) Derivar al médico en cuanto se observen o detecten los primeros signos o síntomas.
c) Esperar varias semanas para confirmar si los síntomas desaparecen espontáneamente.
d) Notificar el caso únicamente a las autoridades sanitarias sin informar a la paciente.

500.- **¿Cuál es la clínica del molusco contagioso?**

a) Prurito, secreción vaginal-Prematuridad.
b) Proliferaciones verrugosas, carcinoma.
c) Vesículas dolorosas, sepsis neonatal.
d) Pápulas cutáneas de superficies lisas, firmes y esféricas, con umbilicación del vértice.

Osakidetza

