



NOTA

La medicina es una ciencia sometida a un cambio constante. A medida que la investigación y la experiencia clínica amplían nuestros conocimientos, son necesarios cambios en los tratamientos y la farmacoterapia. Los editores de esta obra han contrastado sus resultados con fuentes consideradas de confianza, en un esfuerzo por proporcionar información completa y general, de acuerdo con los criterios aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, debido a la posibilidad de que existan errores humanos o se produzcan cambios en las ciencias médicas, ni los editores ni cualquier otra fuente implicada en la preparación o la publicación de esta obra garantizan que la información contenida en la misma sea exacta y completa en todos los aspectos, ni son responsables de los errores u omisiones ni de los resultados derivados del empleo de dicha información. Por ello se recomienda a los lectores que contrasten dicha información con otras fuentes. Por ejemplo, y en particular, se aconseja revisar el prospecto informativo que acompaña a cada medicamento que deseen administrar, para asegurarse de que la información contenida en este libro es correcta y de que no se han producido modificaciones en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para la administración. Esta recomendación resulta de particular importancia en relación con fármacos nuevos o de uso poco frecuente. Los lectores también deben consultar a su propio laboratorio para conocer los valores normales.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, su tratamiento informático, la transmisión de ningún otro formato o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro y otros medios, sin el permiso previo de los titulares del copyright.

C/ Albarracín, 34; 28037 Madrid
Tfno.: (0034) 91 782 43 30 - Fax: (0034) 91 782 43 43
E-mail: editorial@grupocto.com
Página web: www.grupocto.com



Ginecología

Info Pregunta: 6e710db9-5369-40c6-ab9f-00e21a850693

1. El término cloasma se refiere a:

1. Desarrollo de telangiectasias vasculares.
2. Palidez debida a anemia.
3. Fatiga injustificada.
4. Cambios en la pigmentación de la piel.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Pregunta fácil sobre los cambios dermatológicos gestacionales, que simplemente con los conocimientos de la carrera podemos contestar. La actividad melanocítica está aumentada mediado por un aumento de la MSH gracias a la progesterona. Así, ocurre una hiperpigmentación de ciertas partes del cuerpo como la areola mamaria, la línea umbilico- pubiana, vulva y a veces la cara y el cuello. Es la hiperpigmentación de la cara y cuello lo que se denomina cloasma gravídico, con lo que la opción correcta es la 4.

-----o-----
Info Pregunta: f7eb82d8-be57-4822-936a-0183c4d6e197

2. ¿Cuál de las siguientes representa la causa aislada más importante de mortalidad materna en relación con el embarazo?:

1. Eclampsia
2. Síndrome de HELLP
3. Hemorragia postparto
4. Tromboembolismo pulmonar

Resp. Correcta: 3

Comentario: La hemorragia postparto (HPP) complica del 5-15% de todos los partos. Es la causa aislada más importante de mortalidad materna. La mitad de las HPP son precoces (las que ocurren en las primeras 24 horas posparto).

-----o-----
Info Pregunta: 70c3f2f9-65c3-4e73-99b1-01a9a1e4cfe6

3. De las siguientes condiciones, no es una contraindicación para la lactancia materna:

1. Infección por VIH
2. Tuberculosis materna
3. Hepatitis B
4. Ninguna de las anteriores

Resp. Correcta: 3

Comentario: En la infección por VIH y la tuberculosis activa está contraindicada la lactancia, en el caso de

la infección por hepatitis B no hay ninguna contraindicación para que esta se realice.

-----O-----
Info Pregunta: f92cfdca-0ccb-4500-bb6f-0253f18ec1cb

4. ¿Cómo clasificaría una gestación que, antes del embarazo, tenía tensiones arteriales normales; en cuya primera consulta, realizada en la semana 8 de edad gestacional, se le detecta una tensión arterial de 140/90 mm Hg, y que en la semana 28 tiene una tensión arterial de 170/115 mm Hg, sin edemas, y con una proteinuria en orina de 24 horas de 320 mg?:

1. Preeclampsia.
2. Hipertensión gestacional.
3. Hipertensión inducida por el embarazo.
4. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

En este caso la paciente tiene HTA en la primera mitad del embarazo (HTA crónica) con empeoramiento brusco de la HTA y /o aparición o empeoramiento de la proteninuria y por tanto la opción 4 es la correcta.

-----O-----
Info Pregunta: b8dbc61e-7322-415f-9ce8-03132968825f

5. ¿Cuál de las siguientes funciones NO es propia de la progesterona?:

1. Estimula la contracción uterina.
2. Induce la secreción del epitelio tubárico.
3. Bajo su influjo, el moco cervical es espeso y escaso.
4. Incrementa el metabolismo corporal.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

La progesterona se fabrica en el cuerpo lúteo durante la fase secretora, su misión es la maduración del endometrio (fase secretora) y produce modificaciones que benefician a la gestación.

- Prepara las mamas para la lactancia.
- Deprime la excitabilidad de las fibras miométriales, puesto que las contracciones uterinas impedirían la gestación (también relaja el músculo liso digestivo y ureteral).
- Eleva el metabolismo y la temperatura corporal.
- Disminuye la cantidad de moco cervical y su contenido en ácido siálico, aumentando su viscosidad para que no puedan atravesarlo nuevos espermatozoides.

-----O-----

Info Pregunta: 1668f7bf-1545-4ead-8d16-03ab0b549794

6. La menopausia tardía aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer de mama:

1. Si hay antecedentes familiares de cáncer de mama.
2. En casos de menarquia precoz.
3. En todas las mujeres.
4. En multíparas.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Pregunta muy fácil y reflejada en el Manual. Existen múltiples factores de riesgo de cáncer de mama, como el factor genético (BRCA- 1, BRCA- 2), (sobre todo en etapas anteriores a la menopausia),patología mamaria previa, irradiación repetida, menarquia precoz, nuliparidad, primer embarazo tardío, lactancia corta o artificial, adiposidad... La menopausia tardía aumenta el riesgo en todas las mujeres (respuesta 4 correcta) por el efecto que ejercen los estrógenos sobre el tejido mamario a lo largo del tiempo, independientemente de otros factores que se puedan añadir.

-----o-----

Info Pregunta: 2cce99bd-0ddc-4948-aa42-041e288ff0d3

7. Mujer de 59 años, menopáusica desde hace 6, que acude a la consulta de ginecología para su revisión anual. La exploración física es rigurosamente normal, pero se decide realizarle una ecografía para seguimiento de unos miomas que han ido desapareciendo. En la ecografía ya no hay rastro de los miomas y el espesor del endometrio es de 9 mm. ¿Qué haría a continuación?:

1. Mandarla volver a revisión, como venía haciendo.
2. Histerectomía total con doble anexectomía.
3. Histeroscopia con biopsia dirigida.
4. Legrado diagnóstico.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Pregunta de dificultad moderada sobre la hiperplasia endometrial y el cáncer de endometrio.

La hiperplasia endometrial es una proliferación del endometrio, originada por el estímulo de los estrógenos no compensada por la adecuada secreción de progesterona.

Se clasifica en: a) simple, b) compleja, c) simple con atipias y d) compleja con atipias.

El diagnóstico es anatomopatológico mediante histeroscopia con biopsia dirigida (RC- 4). Las indicaciones para realizar esta prueba es la presencia de metrorragia en mujer postmenopáusica, (es obligatorio descartar cáncer de endometrio), y la presencia de un diámetro de endometrio medido por ecografía vaginal mayor de 12 mm en premenopáusicas o superior a 5 mm en postmenopáusicas. (En el caso mide 9 mm).

-----o-----

Info Pregunta: fd9c914e-2375-484c-9e41-04f5c69cc44f

8. ¿Cuál NO es factor de riesgo del cáncer de mama?:

1. Edad.
2. Nuliparidad.
3. Radiación ionizante.
4. Mastodinia en el último año.

Resp. Correcta: 4

Comentario: Pregunta directa bastante fácil sobre el cáncer de mama. Sabiendo simplemente que el cáncer de mama suele presentarse de forma asintomática en el 80% de las veces, y que no produce dolor, accedemos directamente a la opción 5 como la correcta. Las otras cuatro opciones son factores de riesgo. La edad (opción 1) es el factor de riesgo más importante. La herencia (opción 2) influye tanto en el cáncer familiar como en el hereditario (estando implicados los genes BRCA1 y BRCA2), que suele asociar otros cánceres como el de ovario (MIR 03- 04, 96). La nuliparidad (opción 3) y el primer embarazo a una edad avanzada, y las radiaciones ionizantes (opción 4) también son factores de riesgo. Bibliografía: Manual CTO 4ª Ed. Ginecología y Obstetricia: Capítulo 19.2, pág. 27.

-----o-----

Info Pregunta: dfc3b860-e60f-4c9c-ad66-052cde3bf6b0

9.Cuál de los siguientes situaciones no es atribuible como efecto secundario del uso de anovulatorios.

1. Sangrado disfuncional
2. Ganancia de peso.
3. Cloasma.
4. Cáncer de endometrio.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Efectos beneficiosos reconocidos a la anticoncepción hormonal combinada (AHC)

. **Efectos beneficiosos relacionados con la menstruación** Mejoría de la dismenorrea Disminución del sangrado menstrual y del riesgo de anemia ferropénica Mejoría del síndrome premenstrual

. **Protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica** Los ACO, y más concretamente el gestágeno que llevan, provocan un espesamiento del moco cervical que dificulta el ascenso de los gérmenes a través del canal cervical, disminuyendo, de esta manera, el riesgo de padecer una EIP

. **Efectos beneficiosos en el tratamiento del dolor en la endometriosis**

. **Efectos beneficiosos sobre la piel: acné e hirsutismo**

. **Efectos beneficiosos sobre el hueso: reducción de la pérdida de DMO**

. **Efectos beneficiosos sobre las neoplasias** Cáncer de ovario Cáncer de endometrio Cáncer de colon

-----o-----

Info Pregunta: a8ef40e7-d42f-40b3-a1d3-05f33ff47114

10. El tratamiento de elección en el momento actual para el tratamiento de una esterilidad derivada de un SOP es:

1. Resección en cuña.
2. Citrato de clomifeno.
3. Gonadotropinas.
4. Inductores de la aromatasa.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Esta pregunta es muy importante, debes conocer perfectamente el síndrome de ovario poliquístico y sus alteraciones hormonales:

Es una afección muy frecuente en que está aumentada la LH con niveles de FSH bajos o inferiores a los normal, por lo que aumenta la relación LH/FSH. Hay un aumento leve de andrógenos; aumento de la estrona, (los andrógenos circulantes son convertidos a estrona en la grasa periférica), y descenso del estradiol. La LH aumentada estimula la teca, produciendo más andrógenos, (también hay una sobreproducción suprarrenal), que va a provocar obesidad, hirsutismo y anovulación. Existe, además, insulinresistencia.

La tendencia actual para el tratamiento de la esterilidad en el SOP es usar como primera opción citrato de clomifeno y metformina. Si falla, usar gonadotropinas como segunda opción y, si nuevamente fracasamos, destrucción parcial del ovario por vía laparoscópica.

-----o-----
Info Pregunta: 556052e6-58a6-4f1b-81a8-05f9ffb7d7b9

11. Mujer de 45 años, que acude a consulta por presentar sensación de sofocamiento, sudoración, cambios del estado de ánimo y alteraciones del ciclo del sueño. No refiere antecedentes crónicos. G3 P3 C0. FUR Hace un año. Se solicita perfil hormonal. ¿Cuál de las siguientes hormonas se espera encontrar aumentada?

1. FSH
2. LH
3. TSH
4. ACTH

Resp. Correcta: 1

Comentario: A medida que la mujer avanza hacia la menopausia la FSH aumenta y la inhibina B disminuye en la fase menstrual, que es la fase previa al desarrollo folicular. En la fase folicular la inhibina B disminuye y la FSH aumenta a medida que se aproxima la menopausia; en cambio la hormona luteinizante (LH) varía poco y los cambios se deben más bien a que son datos estadísticos obtenidos en pacientes con y sin anovulación, de tal forma que el nivel de LH no es útil como índice predictivo de menopausia.

-----o-----
Info Pregunta: 2ceb5ce4-213e-4dbb-9698-063419ba6827

12. ¿Cuál de los siguientes NO es factor de riesgo de osteoporosis?:

1. Obesidad.
2. Multiparidad.
3. Tabaco.
4. Raza blanca.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Pregunta muy fácil sobre la osteoporosis en el climaterio y sus factores de riesgo. Se puede responder de forma directa, señalando como opción correcta la 1, ya que las mujeres con obesidad, al tener mayor panículo adiposo, poseen mayor cantidad de aromatasa, que es la enzima encargada de la conversión periférica de los andrógenos en estrona (estrógeno principal en el climaterio). Por ello, la obesidad puede considerarse incluso como un factor de protección.

La raza blanca está más predispuesta a padecer osteoporosis (opción 5), al igual que las fumadoras (el tabaco produce hipoestronismo, opción 4), las usuarias de esteroides orales (que producen decalcificación ósea, opción 2) y las múltiparas (opción 3) relacionado con el estado estrogénico.

-----o-----
Info Pregunta: 57565a0a-0596-438e-8452-07a6ce67ddd4

13. El factor endocrino como posible causa de esterilidad se diagnostica mediante las exploraciones siguientes MENOS:

1. Biopsia endometrial.
2. Determinaciones hormonales.
3. Laparoscopia.
4. Moco cervical.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Debes tener ciertos conocimientos sobre el estudio de la pareja infértil.

Lo primero es realizar una buena anamnesis, exploración y analítica. También se realiza una ecografía transvaginal y se valora la ovulación mediante la determinación de FSH, LH y estradiol en la fase proliferativa entre los días 3 y 5 del ciclo, entre los días 20- 22 (fase lútea) determinamos progesterona y prolactina. La biopsia endometrial sirve para controlar los cambios endometriales. La temperatura basal asciende en la segunda fase del ciclo indicando que existe ovulación y secreción de progesterona. El moco cervical también es un indicador de la variación de los estrógenos, pero la laparoscopia no nos informaría nada a nivel hormonal.

-----o-----
Info Pregunta: 8c69b912-d7e1-4974-9824-09d483f3900b

14. Las células y tejidos tienden a adaptarse a la persistencia de estímulos lesivos mediante diversos mecanismos. La metaplasia, referente a tejido cervical epitelial, es

un fenómeno adaptativo tisular caracterizado por:

1. Aumento del tamaño y del número de las células del tejido.
2. Sustitución y cambio fenotípico reversible de un tipo celular de un órgano por otro más resistente al estímulo nocivo.
3. Disminución del número y tamaño de las células del órgano lesionado.
4. Aumento del tamaño pero no del número de las células del órgano.

Resp. Correcta: 2

Comentario: La metaplasia consiste en la presencia de epitelio plano poliestratificado ectocervical. Es una respuesta fisiológica ante una inflamación más o menos crónica, por lo que también es un hallazgo benigno que no precisa tratamiento.

-----o-----

Info Pregunta: 377abc36-8be6-4fed-a61f-0b000f9ff964

15. ¿Cuál es la vía de diseminación más frecuente del cáncer de ovario?:

1. Por extensión linfática.
2. Implantación directa en cavidad abdominal.
3. Vía vascular.
4. Transporte a través del tracto genital.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

La vía de diseminación más frecuente del cáncer de ovario es la implantación directa por siembra peritoneal de células tumorales sobre peritoneo o epiplón, siendo la extensión peritoneal difusa la forma más habitual de presentación del cáncer de ovario.

La diseminación por vía linfática es frecuente, con afectación de los ganglios paraaórticos. La metástasis por vía hematogénea es poco frecuente y excepcional que no vaya precedida de diseminación peritoneal o linfática.

-----o-----

Info Pregunta: be282bb9-a5bd-46e3-b701-0dfece671c1b

16. Primigesta de 29 años, en su 32ª semana de gestación, que acude al obstetra a revisión. En las últimas dos semanas ha ganado 2 kg, refiere ligera astenia, y en la toma de TA se hallan valores de 145/95 mmHg. En la analítica de orina solo destaca una proteinuria de ++. Señale cuál de las siguientes premisas, acerca del manejo de la enfermedad que tiene la paciente, NO es correcta:

1. Dado que el problema fisiopatológico reside en la placenta, el único tratamiento definitivo es terminar la gestación.
2. Es aconsejable administrar una dieta normosódica y normoproteica.
3. Los hipotensores permiten controlar la enfermedad si se administran desde fases precoces.
4. El uso de diuréticos se reserva en casos de insuficiencia cardíaca renal.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

TRATAMIENTO de la PREECLAMPSIA

El tratamiento médico no altera la fisiopatología de la preeclampsia, la terapia puede enlentecer la progresión de ésta y permitir la continuación de la gestación.

Tratamiento no farmacológico

- La restricción de sodio no se recomienda en la preeclampsia salvo que otra patología lo aconseje.
- El incremento en la ingesta de energía y proteínas no es beneficioso en la prevención de la preeclampsia.
- No se ha demostrado la eficacia de la restricción de la actividad física.El tratamiento definitivo de la preeclampsia es el parto. Como regla general, la terminación de la gestación sigue siendo el único tratamiento definitivo para la preeclampsia, y la opción terapéutica de elección ante:
- cualquier paciente con preeclampsia a término (independientemente del grado de severidad)
- en gestación pretérmino con enfermedad grave no controlable.

Sin embargo, existen excepciones a esta regla general si la prolongación de la gestación permite: estabilizar o mejorar la situación materna, transferir la madre y su feto a un centro con mayor experiencia y equipamiento para su cuidado (terciario en el caso de gravedad), esperar la madurez pulmonar fetal o inducir la mediante glucocorticoides y, en definitiva, planear la finalización de la gestación en condiciones lo mejor controladas posible.

Finalización de gestación

La decisión entre el parto y la conducta expectante dependerá de la edad gestacional, bienestar fetal y gravedad de la situación materna en el momento de la evaluación.

En general siempre que exista una preeclampsia independientemente de su gravedad, debe terminarse la gestación a partir de las 38 semanas.

La vía de parto de elección es la vaginal.

Diuréticos

En la preeclampsia habitualmente no están indicados, pero en la hipertensión crónica pueden utilizarse en las hipertensiones sodio-dependientes. En general se tiende a evitarlos, pero si es preciso en el caso citado, o situaciones hipertensivas graves, (con fallo cardíaco o renal) pueden utilizarse, aunque se deben suprimir si aparece preeclampsia sobreañadida o CIR por la repercusión negativa que tiene sobre la perfusión útero placentaria.

Preferentemente se utiliza la furosemida administrada por vía oral y en casos extremos por vía intravenosa.

-----o-----

Info Pregunta: 9be4d473-66cc-43ed-b153-0e7d732945dd

17. Una mujer de 30 años consulta por un nódulo mamario que se diagnostica de carcinoma ductal infiltrante. Tiene antecedentes familiares, ya que su madre y su abuela han padecido esta misma enfermedad. El estudio genético muestra la presencia de BRCA1, c-erb B2 y alteraciones de la p53. Receptores estrogénicos positivos. Sobre las características citadas de esta paciente, señale cuál puede considerarse un factor de buen pronóstico:

1. Presencia de receptores estrogénicos positivos.
2. Positividad para c-erb B2.
3. Alteraciones en p53.
4. Edad inferior a 35 años.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

La AUSENCIA de receptores hormonales confiere un mal pronóstico y no la presencia de los mismos,.

-----o-----

Info Pregunta: 9920984b-1550-47bd-aa5f-0f55365ee9d4

18. La infección por estreptococo del Grupo B en el recién nacido puede prevenirse administrando antibioticoterapia profiláctica a las embarazadas portadoras o en casos de resultado desconocido, si presentan factores de riesgo. Respecto a este problema, señale la afirmación INCORRECTA:

1. La profilaxis se realiza durante el parto.
2. La vía más frecuente de infección fetal es transplacentaria.
3. El cribado en las embarazadas se realiza entre las semanas 35-37 de gestación.
4. La incidencia de infección neonatal por estreptococo B proporcionalmente es mayor entre recién nacidos prematuros que entre recién nacidos a término.

Resp. Correcta: 2

Comentario: La vía de infección del recién nacido es por transmisión vertical en el momento del parto y no vía transplacentaria.

-----o-----

Info Pregunta: 3dbd00d1-7428-4ce1-a0a8-0fa539ea659c

19. Paciente de 55 años que acude a la consulta por presentar metrorragias. Tuvo su última menstruación hace 4 años y desde entonces hasta hace 3 meses había estado asintomática. La paciente no refiere ningún otro síntoma. La exploración ginecológica es normal. Se decide realizar una biopsia endometrial dirigida por histeroscopia que muestra un endometrio con alteraciones de la arquitectura glandular con atipias celulares. ¿Cuál será el tratamiento de elección?:

1. Histerectomía radical.
2. Histerectomía simple.

3. Histerectomía total con doble anexectomía.
4. Legrado terapéutico.

Resp. Correcta: 3

Comentario: Es importante que conozcas unas nociones básicas sobre las metrorragias postmenopáusicas pues ya salió varias veces tanto el diagnóstico como el tratamiento presentándolo en forma de caso clínico. Debemos estar alerta ante toda hemorragia genital, ya que es el principal síntoma y habitualmente el más precoz de la mayoría de los tumores genitales. Actualmente la visualización de la cavidad endometrial por histeroscopia permite obtener muestras de biopsias dirigidas que aumenta la sensibilidad del legrado-biopsia fraccionado, con lo cual el diagnóstico de elección ha pasado a ser la biopsia dirigida por histeroscopia. La histerectomía está indicada en las perimenopáusicas en las que el examen anatomopatológico demuestre una hiperplasia endometrial atípica. Por la edad de la paciente se unirá la doble anexectomía.

-----o-----

Info Pregunta: 3ce43bd3-4c9d-4fdd-b10e-10a6a754db9f

20. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de gravedad en la preeclampsia?:

1. Cefalea severa
2. Dolor hipocondrio derecho
3. Elevación del recuento plaquetario.
4. TA sistólica \geq 160 mmHg y/o TA diastólica \geq 110 mmHg en dos determinaciones separadas 6 horas, estando la paciente en reposo en cama.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

La SEGO, considera Preeclampsia severa o grave si uno o más de los siguientes criterios se encuentra presente.

- TA sistólica \geq 160 mmHg y/o TA diastólica \geq 110 mmHg en dos determinaciones separadas 6 horas, estando la paciente en reposo en cama.
- Proteinuria \geq 2 gramos en orina de 24 horas.
- Oliguria \leq 500 ml en 24 horas.
- Creatinina sérica $>1,2$ mg/dl.
- Alteraciones cerebrales o visuales (hiperreflexia con clonus, **cefalea severa**, escotomas, visión borrosa, amaurosis).
- **Edema de pulmón** o cianosis.
- **Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho.**
- **Alteración de las pruebas funcionales hepáticas.**
- Alteraciones hematológicas: **trombocitopenia** (<100.000 mm³), CID, hemólisis.

- Afectación placentaria con manifestaciones fetales (CIR).

NOTA: hay grupos como el ACOG(2019) que no consideran la proteinuria, ni la oliguria ni el CIR.

-----o-----

Info Pregunta: 78af71ea-74f4-478b-a788-1157a4aab463

21. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA, respecto al ciclo endometrial?:

1. La fase lútea ovárica se relaciona con la fase secretora endometrial.
2. El principal producto de secreción endometrial es la mucina, durante la fase lútea.
3. La principal causa de la menstruación es la deprivación hormonal de estrógenos y gestágenos.
4. El estímulo estrogénico mantenido sobre el endometrio sin compensación de los gestágenos implica riesgo de hiperplasia endometrial.

Resp. Correcta: 2

Comentario: Podemos dividir el ciclo genital en 3 fases, una de ellas es la luteolisis para el ovario o la menstruación para el endometrio. Las otras dos se corresponden de la siguiente forma: la fase folicular ovárica corresponde a la fase proliferativa del endometrio en que la FSH estimula en el ovario el crecimiento de la cohorte folicular, su bajada selecciona el folículo dominante e en el endometrio se produce un crecimiento glandular provocado por el estímulo estrogénico; la fase secretora se corresponde con la fase lútea, en que tras la ovulación el cuerpo lúteo comienza a secretar progesterona que provocará la maduración de las glándulas y el estroma endometrial (también contribuyen a esto los estrógenos). Parte de la progesterona producida por el cuerpo lúteo se transforma en andrógenos y estrógenos. Los estrógenos inducen la luteolisis, para ello aumenta la síntesis de PGS que inhiben la síntesis de progesterona y la capacidad de unión de LH a su receptor. Lo que se secreta en la fase secretora es glucógeno, no mucina.

-----o-----

Info Pregunta: 5be5e8da-e486-4452-9358-11c75d188294

22. ¿Cuál no es un factor de riesgo del crecimiento intrauterino retardado (CIR)?:

1. índice de masa corporal : 25
2. Edad materna: 43 años
3. Hipertensión inducida por el embarazo.
4. Útero septo

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Son **factores de riesgo de CIR**: tabaquismo, drogas, historia previa de fetos con CIR, índice de masa corporal <19, malformaciones uterinas, miomas, edad materna avanzada (>40 años), enfermedades maternas (sobre todo renales y vasculares) y complicaciones de la gestación como los trastornos hipertensivos.

-----o-----

Info Pregunta: 1632674c-0d19-4a80-ab22-1363340a8200

23. ¿Cuál de las siguientes NO juega ningún papel en el screening y diagnóstico de las malformaciones fetales?:

1. Cariotipo paterno.
2. Determinación de PAPP- A en sangre
3. Translucencia nuchal
4. Determinación de beta-HCG en sangre.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

El cariotipo del padre no tiene ninguna utilidad en el diagnóstico de malformaciones fetales. Serviría para calcular el riesgo de tener hijos afectados por determinadas enfermedades genéticas y hacer consejo genético.

La β -HCG es un marcador bioquímico del primer trimestre para el diagnóstico prenatal de cromosomopatías. Recuerda que se eleva en el síndrome de Down.

La PAAP-A estará disminuida en síndrome de Down .

Los marcadores ecográficos que se utilizan para el diagnóstico prenatal de cromosomopatías son: en el primer trimestre, la translucencia nuchal, la flujometría en el ductus venoso, la ausencia del hueso nasal y la presencia de insuficiencia tricuspídea.

El cariotipo fetal se puede obtener a partir de métodos diagnósticos invasivos: biopsia corial (a partir de la semana 9 de gestación, siendo más adecuada su entre las semanas 10 y 13) o amniocentesis preferiblemente a partir de la 16+0 semana (no antes de la 15)

-----o-----

Info Pregunta: 9743add1-dd61-467d-94aa-13efaa2bd831

24. Una de las siguientes serologías no se recomienda para el cribado sistemático durante el embarazo a todas las gestantes:

1. Sífilis.
2. Rubéola.
3. Hepatitis C.
4. Hepatitis B

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Recuerda que actualmente No es necesario realizar cribado sistemático de:

-Toxoplasmosis, dado que el cribado prenatal de la toxoplasmosis no cumple los criterios necesarios para considerarlo eficaz. A todas las embarazadas se les debe recomendar medidas preventivas sobre el manejo de carne poco cocinada o cruda, agua contaminada, poca higiene ,no lavado frutas y verduras y convivencia con gatos.

-Citomegalovirus

-Hepatitis C.

Info Pregunta: 962b5924-9123-4337-aebc-14bcf7ff0f6f

25. En una mujer de 18 años con amenorrea primaria, a la que se le realiza un cariotipo con resultado 45 XO, NO esperaría encontrar:

1. Torax en escudo
2. Cúbito valgo.
3. Pterigion colli
4. Talla alta

Resp. Correcta: 4

Comentario:

SÍNDROME DE TURNER: es una monosomía 45XO.

Clínicamente se caracteriza por retraso del desarrollo puberal, talla baja, pterigion colli, tórax en escudo y amenorrea.

Recuerda que los mosaicismos 45XO/46XX pueden tener talla normal, incluso menstruar y tener hijos.

Info Pregunta: a79611b2-d6a2-47ae-8629-152465b3fac1

26. Mujer de 24 años, nuligesta, con relaciones sexuales, acude a urgencias por dolor en hipogastrio agudo que se ha intensificado en los últimos días sin relación con la menstruación y fiebre. Test de gestación negativo y en la analítica destacan unos leucocitos de 17.500. En la exploración, existe dolor anexial derecho a la movilización cervical, además de una leucorrea maloliente. ¿Qué le parece falso, respecto al manejo de la patología que sospecha?

1. La sospecha de absceso pélvico supondría criterio de ingreso hospitalario.
2. La histerosalpingografía está inicialmente indicada para valorar la permeabilidad tubárica.
3. Las pautas actuales de tratamiento hospitalario son las asociaciones cefoxitina-doxiciclina o clindamicina-gentamicina
4. Se ha descrito reducción del riesgo en las usuarias de métodos contraceptivos de barrera y de anticonceptivos orales.

Resp. Correcta: 2

Comentario: En la práctica clínica debemos descartar la existencia de EIP cuando en una mujer sexualmente activa se presenta dolor pélvico acompañado de fiebre y leucorrea. La gravedad de las secuelas de este proceso justifica que esté sobrediagnosticada y tratada precozmente especialmente en nulíparas. La ecografía transvaginal es una exploración fundamental en pacientes que consultan por dolor pélvico agudo,

mientras que la histerosalpingografía podría empeorar el cuadro por el paso de gérmenes vía ascendente. El fallo en el tratamiento se define por: persistencia de la fiebre y/o de la leucocitosis, aumento del tamaño del absceso tubo-ovárico y sospecha de ruptura del absceso.

-----o-----

Info Pregunta: 99aad86c-f6a8-4c44-b8e1-15941af6036e

27. Primigesta de 37 semanas de gestación, presentación en tercer plano de Hodge, OIIT. El RCTG presenta DIPs II con cada contracción con disminución de la variabilidad y tendencia a la taquicardia fetal. Realiza una microtoma fetal constatándose pH 7,15. ¿Cuál sería la actitud correcta?

1. Cesárea
2. Normal, dejar evolución
3. Fórceps
4. Aplicación de O2 a la madre y repetición de pH en 15 minutos

Resp. Correcta: 3

Comentario: Ante la confirmación mediante pH de calota fetal de un valor $< 7,20$, debemos finalizar el parto. En este caso la presentación ha alcanzado un III plano y dado que el feto no está rotado indicaremos un fórceps.

-----o-----

Info Pregunta: 942e97b3-3871-4322-9d42-15d95376e650

28. Ante una mujer de 23 años que consulta por ciclos largos con baches amenorreicos de hasta 3 meses, acné facial y aumento del vello, cuál de las siguientes pruebas complementaría a su diagnóstico :

1. Test de estrógeno-gestágenos.
2. Ecografía ginecológica
3. Determinación plasmática de estradiol y progesterona.
4. Determinación plasmática de prolactina.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

El caso clínico hace referencia al síndrome de ovario poliquístico (SOP).

La **historia clínica** constituye un pilar básico del diagnóstico. De manera que, la simple asociación de alteraciones menstruales, junto al hirsutismo que podrá acompañarse de acné y/o seborrea, se considera suficiente

El 70% de las mujeres con SOP presentan trastornos de la ovulación y por lo tanto oligo-amenorrea.

Un 70% de las mujeres con SOP presentará hirsutismo,

Hasta un 50% de los SOP presentan una LH elevada debido al aumento de la amplitud y frecuencia de los pulsos de GnRH, siendo el cociente LH/FSH superior a la unidad en el 95% de los casos. Clásicamente

un cociente superior a 2 ó 3 había sido considerado criterio diagnóstico de SOP. Sin embargo, valores tan elevados sólo suelen estar presentes en mujeres delgadas, mientras que las pacientes obesas y/o insulinoresistentes el LH/FSH suele estar próximo a la unidad e incluso en ocasiones invertido (FSH superior a la LH).

La prolactina debe ser solicitada para descartar una hiperprolactinemia.

El test de estrógenos- gestágenos alterado nos hablaría de una alteración genital (estenosis, sinequias) que cursaría con amenorrea secundaria pero sin hiperandrogenismo; y la determinación del estradiol y la progesterona pueden aparecer alteradas (especialmente útil la PG en segunda fase del ciclo, que está ausente), pero no son diagnósticas.

-----o-----
Info Pregunta: 95beac33-259b-4492-aef7-1653806d76f6

29. ¿Cuál es, de los siguientes, el más útil y eficaz factor de pronóstico en el cáncer de mama?:

1. Presencia de focos de componente intraductal en puntos distantes al tumor.
2. Invasión de ganglios linfáticos.
3. Presencia de mutación en el gen BRCA1.
4. Altos niveles de catepsina D en las células tumorales.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

La afectación axilar linfática es el factor pronóstico independiente más potente en cáncer de mama, en la mayoría de subgrupos intrínsecos. Se sabe que existe una relación directa entre el número de ganglios afectados por la enfermedad y la supervivencia, de manera que la proporción de pacientes libres de enfermedad a los 5 años del diagnóstico.

-----o-----
Info Pregunta: fb7f99e5-d031-4961-a2c2-16da40cab1b8

30. Paciente mujer primigesta, en su 36ª semana de gestación, que acude a realizarse un registro cardiotocográfico no estresante (MFNE). La frecuencia cardíaca fetal es de 135 lpm, la variabilidad es de 15 y se detectan aceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca mayores de 15-20 lpm durante más de 15 segundos. Además, la mujer refiere sentir los movimientos fetales. ¿Qué conclusión extraería de este registro?:

1. Lo más probable es que la madre tenga fiebre.
2. Esta situación se considera indicación de una prueba de Pose.
3. Se considera un registro de reactividad fetal normal.
4. Es indicación de amnioscopia.

Resp. Correcta: 3

Comentario: Pregunta muy fácil en la que se nos pide que interpretemos un registro cardiotocográfico en un control rutinario de una gestante. Si recordamos los parámetros de normalidad en un registro, podremos contestar la pregunta. Estos parámetros son: frecuencia cardíaca fetal entre 120- 160 latidos por minuto, variabilidad de 10- 25 lat/min, ascensos o aceleraciones transitorias por encima de 15- 20 lat/min, ausencia de deceleraciones. En conclusión, el registro de la paciente lo podemos catalogar de RAF positivo, por lo que la opción correcta es la 4. Expliquemos brevemente las opciones: si existiera fiebre materna (opción 1), el feto presentaría una taquicardia; ante un sueño fetal (opción 2) solemos encontrar periodos de alrededor de 20 minutos con variabilidad baja; indicaríamos una prueba de Pose (opción 3) o monitorización fetal estresante si existiera un RAF negativo. La amnioscopia (opción 5) está contraindicada por ser una gestación pretérmino. Bibliografía: Manual CTO 4ª Ed. Ginecología y Obstetricia: Capítulo 22.4, pág. 36- 37.

-----o-----

Info Pregunta: e5b86688-7067-4314-841c-16e435493e0f

31. Una mujer de 25 años presenta, en una citología cervicovaginal de rutina, la presencia de coilocitos. La biopsia cervical demuestra la presencia de CIN de alto grado. Mediante técnicas de hibridación se pone de manifiesto la existencia de HPV tipos 16-18. ¿Cuál es la significación biológica y pronóstica de este hallazgo?:

1. Que el genoma vírico se halla integrado en el ADN celular del huésped y que el riesgo de desarrollo de un carcinoma invasivo es alto.
2. Que el genoma vírico no se halla integrado en el ADN celular del huésped y que el riesgo de desarrollo de un carcinoma invasivo es alto.
3. Que el ADN viral permanece en forma episómica libre en la célula huésped y que el riesgo de desarrollo de carcinoma infiltrante es bajo.
4. Que existe ya un carcinoma microinvasor.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Una pregunta difícil, que precisa conocimientos bastante profundos sobre la biopatología del VPH.

La mayoría de los virus de bajo riesgo permanecerían en el núcleo de la célula infectada en situación episómica, es decir, no integrados en el genoma. Sin embargo, aquí nos hablan de los serotipos 16 y 18, en el contexto de una displasia de alto grado. En estos casos, el HPV ejerce su actividad oncogénica integrándose en el genoma celular (respuesta 1 correcta). El mecanismo mejor conocido de inducción neoplásica se produciría a partir de la síntesis de las proteínas virales E6 y E7. Estas proteínas se ligan a las producidas por dos genes supresores celulares, que son p53 y Rb, respectivamente, y hacen que se degraden. Éste es uno de los mecanismos que justifican su potencial oncogénico.

-----o-----

Info Pregunta: 5b86504b-dc23-409c-bc28-16fb0be20852

32. ¿Cuál es el tipo de mioma uterino que produce con más frecuencia hemorragia uterina anormal?

1. Submucoso
2. Subseroso

- 3. Mucoso
- 4. Intramural

Resp. Correcta: 1

Comentario: Según su localización, se distinguen los siguientes tipos de miomas: 1. Miomas subserosos (40%): situados bajo el peritoneo visceral uterino. Pueden alcanzar gran tamaño, siendo por su localización poco sintomáticos. 2. Miomas intramurales: son los más frecuentes (55%) y proliferan en la porción central del miometrio. 3. Miomas submucosos (5-10%): realizan protrusión en la cavidad uterina, por lo que son los más sintomáticos. Pueden ser pediculados y prolapsarse a través del orificio cervical (se habla entonces de mioma parido)

-----o-----

Info Pregunta: b080ef1c-daf8-43bf-acec-173fde0f3a7a

33. Gestante secundigesta, con antecedente de un parto anterior en la semana 35, consulta en la semana 32 por percibir contracciones. En la exploración se comprueba un cérvix permeable al dedo, borrado en 30% y con 3 cm de longitud ecográfica. La monitorización cardiotocográfica fetal revela una frecuencia cardiaca de 150 lpm y una contracción uterina cada 5 minutos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:

- 1. Deberíamos realizar el test de la fibronectina exocervical, cuya negatividad habla a favor de una amenaza de parto pretérmino establecida.
- 2. La presencia de fibronectina exocervical es fisiológica hasta la semana 20 del embarazo.
- 3. Una longitud cervical de 3 cm supone un elevado valor predictivo negativo para el parto pretérmino.
- 4. La pérdida prematura del tapón mucoso (moco cervical) se relaciona con un aumento de riesgo para un parto pretérmino.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

No debería pasar desapercibido que las respuestas 1 y 2 se contradicen (si la presencia de fibronectina exocervical es fisiológica hasta la semana 20, más allá de dicha semana lo fisiológico es su ausencia, por tanto la respuesta 1 no tendría sentido). Esto os tiene que hacer sospechar. Y en efecto, un marcador de riesgo de parto pretérmino sería un test de fibronectina exocervical POSITIVO en este caso de gestación de 32 semanas, por tanto la respuesta 1 es la falsa.

-----o-----

Info Pregunta: 061930e9-bf1e-4a4e-ab66-192885316e9b

34. En relación con el cáncer de endometrio ¿cuál de las siguientes respuestas es la verdadera?:

- 1. El cáncer de endometrio es más frecuente en mujeres menores de 55 años.
- 2. Los adenocarcinomas de tipo II presentan una evolución menos agresiva y con mejor pronóstico que el tipo I, suele diagnosticarse en estadios más precoces.
- 3. El consumo de anticonceptivos hormonales y el uso de gestagénos en forma depot o de liberación continua local con DIU de levonorgestrel ejercen una función protectora

sobre el riesgo de desarrollar un cáncer de endometrio
4. La multiparidad es un factor de riesgo.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

-La mayoría de las pacientes serán diagnosticadas a partir de los 55 años,

-Adenocarcinoma de endometrio Tipo II: De evolución más agresiva y con peor pronóstico que el tipo I, suele diagnosticarse en estadios más avanzados.

-La nuliparidad es un factor de riesgo.

-----O-----

Info Pregunta: 7fc6438e-089e-449f-bb44-1994f19de62c

35. Paciente de 32 años con diagnóstico de condición fibroquística mamaria, el manejo más adecuado sería:

1. Analgesia por necesidad y observación
2. Recomendar suplementos con vitamina E
3. Recomendar suplementos con vitamina B
4. BACAF

Resp. Correcta: 1

Comentario: La mastopatía fibroquística es una condición benigna y crónica que se caracteriza por una alteración en la proliferación del estroma y del parenquima mamario desarrollando quistes palpables. Es la patología mamaria más frecuente en la mujer premenopáusica. Se desconoce con exactitud la causa, se ha propuesto la influencia de un desequilibrio hormonal con hiperestrogenismo, aunque no es constante.

-----O-----

Info Pregunta: 0abe8f9d-43a5-46e9-89e3-19dc06654ab5

36. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto al cáncer de mama:

1. El carcinoma lobulillar in situ es un factor de riesgo.
2. El carcinoma inflamatorio cursa con fiebre y leucocitosis.
3. La diseminación ocurre principalmente por vía linfática.
4. La RNM de mama no se debe usar de manera sistemática en el estudio preoperatorio del cáncer de mama

Resp. Correcta: 2

Comentario:

El carcinoma inflamatorio de mama es una forma muy agresiva de presentación de un cáncer de mama (T4d) que cursa con un proceso inflamatorio extenso de la mama y se debe tener en cuenta en casos de mastitis en edades más avanzadas que no responden al tratamiento ATB y AINEs, pero no cursa fiebre y

leucocitosis, lo que hace falsa la opción 2.

La diseminación ocurre especialmente por vía linfática. Recuerda la gran importancia del número de ganglios afectados, que es el factor pronóstico más importante en el cáncer de mama.

La resonancia magnética presenta gran sensibilidad para detectar multifocalidad, multicentricidad, contralateralidad o bien para definir con mayor exactitud el tamaño tumoral, nos permite realizar un mapa más preciso de la enfermedad. Sin embargo, no hay evidencias suficientes que apoyen su uso sistemático en el estudio de extensión local del carcinoma invasivo de mama.

-----o-----
Info Pregunta: 4363e176-c12f-48f1-90c4-1aa00373293f

37. Mujer de 16 años, que acude por presentar signos clínicos de hiperandrogenismo. ¿Qué patrón del ciclo menstrual esperaría encontrar?

1. Oligomenorrea
2. Polimenorrea
3. Menorragia
4. Hipermenorrea

Resp. Correcta: 1

Comentario: En una paciente adolescente con androgenismo, la causa más frecuente a descartar es el SOP, cuya sintomatología es muy variable, las manifestaciones clínicas típicas son: anovulación, oligomenorrea o amenorrea, hiperandrogenismo e infertilidad.

-----o-----
Info Pregunta: 20a7024b-2ae3-4ec8-ab12-1c42939ffd56

38. Mujer de 41 años portadora de un dispositivo intrauterino (DIU) desde hace 8 años que presenta fiebre de 38.8 C° y dolor abdominal de 24 horas de evolución con leucocitosis. La radiología pone de manifiesto engrosamiento del ciego, apéndice y ovario derecho con edema de la grasa adyacente. ¿Cuál es la conducta a seguir en la paciente?

1. Tomar TAC Simple y de contraste, posteriormente extracción de DIU.
2. Tomar cultivos, iniciar tratamiento antibiótico empírico y extraer el DIU.
3. Extracción de DIU, solicitar USG pélvico, antibioticoterapia.
4. Controlar hemorragia, tratamiento sintomático y TAC simple.

Resp. Correcta: 2

Comentario: El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor y conservar la función de las trompas: sólo el diagnóstico y el manejo precoz reducirán el número de mujeres que sufren las secuelas. Se toman muestras para cultivo y se comienza tratamiento antibiótico empírico.

Info Pregunta: 4597351a-4c29-42a9-8804-1c7b18ce9125

39. Primigesta de 32 años que acude a urgencias refiriendo sangrado genital y prueba de embarazo en farmacia positiva. Se realiza exploración ginecológica y los hallazgos ecográficos y analíticos sugieren el diagnóstico de mola vesicular. ¿Cuál sería el tratamiento de elección?:

1. Quimioterapia con Metrotexate.
2. Legrado por aspiración.
3. Histerectomía simple (conservando ovarios).
4. Histerectomía radical.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Pregunta que hace referencia a la mola hidatiforme, que consiste en una proliferación excesiva del trofoblasto junto con edema de vellosidades.

El curso clínico supone un embarazo con tamaño uterino mayor que el que corresponde por amenorrea con metrorragia del primer trimestre.

La prueba diagnóstica de sospecha es la ecografía, en la que se aprecia una imagen característica en copos de nieve que corresponde a vesículas hidrópicas.

El diagnóstico de certeza nos lo da la anatomía patológica. El tratamiento consta de 2 partes: evacuación de la mola y seguimiento posterior de la enfermedad.

El tratamiento evacuador de elección es el legrado por aspiración.

Debe evitarse la histerectomía, dado que se trata de una mujer joven nulípara.

-----O-----

Info Pregunta: 29241402-2645-4a2c-a03e-1d39ddc7a313

40. Mujer de 28 años que acude a una consulta preconcepcional. Como hallazgo ecográfico se visualiza una imagen nodular a nivel miometrial de 3 cm compatible con mioma intramural. Qué recomendación se debería hacer a esta paciente:

1. Miomectomía por histeroscopia, por la posibilidad de crecimiento del mioma durante el embarazo.
2. Debido a la probabilidad de torsión del mioma durante la gestación, es preciso indicar una miomectomía por vía laparoscópica.
3. Tratamiento con análogos de GnRH, para reducir los sangrados por el mioma.
4. Actitud expectante, con controles ecográficos hasta conseguir gestación y durante la misma.

Resp. Correcta: 4

Comentario: Opción 1 incorrecta: por vía histeroscópica sólo podríamos abordar los miomas submucosos. Opción 2 incorrecta: los miomas que pueden torsionarse son los subserosos pediculados. Opción 3 incorrecta: la paciente no presenta sangrado abundante, en ese caso podría valorarse el tratamiento con acetato de ulipristal que presenta menos efectos secundarios.

Info Pregunta: dd8ad634-c1e4-42ff-9901-1da2c57b4ea7

41. Respecto al mecanismo de acción de los anticonceptivos orales se puede afirmar que:

1. Actúan directamente en la hipófisis
2. El pico de los estrógenos se produce de todas maneras
3. La inhibición de la ovulación se debe al componente estrogénico y progesteronico
4. Disminuyen la capacidad de la hipófisis de sintetizar GnRH

Resp. Correcta: 3

Comentario: Los esteroides anticonceptivos inhiben la ovulación por su acción sobre el hipotálamo y sobre los centros nerviosos superiores, interrumpiendo así la producción de hormonas y la norma rítmica de la secreción de gonadotropina que usualmente hace que la ovulación no ocurra. Con las fórmulas combinadas y secuenciales, el ovario se torna inactivo por falta del estímulo de las gonadotropinas. El componente estrogénico inhibe la ovulación, los progestágenos puros disminuyen la frecuencia de ésta; ambos actúan sinérgicamente sobre el hipotálamo.

Info Pregunta: 0da360ae-1b44-497c-815f-1ee175b46f95

42. Secundípara en la 38 semanas de gestación que comienza con dinámica de parto. Entre sus antecedentes obstétricos destaca la presencia de cesárea anterior por sufrimiento fetal agudo. Se hace un registro cardiotocográfico que demuestra una frecuencia cardíaca de 105 lpm, con baja variabilidad y deceleraciones tardías en el 10% de las contracciones. Se hace una microtoma de sangre fetal con resultado de 7,25. ¿Cuál de las siguientes actuaciones está contraindicada?:

1. Toma de pH materno para descartar acidosis materna.
2. Aumentar el goteo de oxitocina para abreviar el expulsivo.
3. Repetir microtoma en 15-20 minutos.
4. Ayudar instrumentalmente en el expulsivo para acortarlo.

Resp. Correcta: 2

Comentario: Caso clínico fácil sobre la microtoma fetal. Se nos presenta a una gestante a término que está de parto con cesárea anterior. Ante la presencia de un RCTG con sospecha de sufrimiento fetal (bradicardia fetal, deceleraciones tardías y baja variabilidad) se procede a la microtoma que nos da un valor prepatológico (entre 7,20 y 7,25). Para descartar que una de las causas de acidosis fetal no sea una acidosis materna, debemos estudiar el pH materno (opción 1). Como el resultado del pH es prepatológico, siempre debemos obtener una nueva toma para observar una recuperación o un empeoramiento fetal (opción 3). Colocar a la gestante en decúbito lateral, preferiblemente izquierdo siempre es aconsejable ya que así evitamos la compresión de la cava (opción 4). Otra actitud correcta es abreviar el periodo expulsivo cuando se alcance un tercer plano con un fórceps, para así evitar mayor sufrimiento fetal. La opción que debemos elegir es la 2, ya que si aumentamos la dosis de oxitocina, aumentarán las contracciones y por consiguiente el flujo uteroplacentario disminuirá y aumentará la acidosis fetal. Bibliografía: Manual CTO 4ª Ed. Ginecología y Obstetricia: Capítulo 22.4, pág. 37.

Info Pregunta: d3fef60-6dd3-4d5b-b8bf-1f1a39c7a422

43. De los siguientes factores, ¿cuál NO se considera de riesgo para el cáncer de mama?:

1. Fallo ovárico precoz.
2. Síndrome de Li-Fraumeni.
3. Raza blanca.
4. Historia familiar de cáncer mamario.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

De las opciones que nos ofrecen, tal vez tuvieses dudas con las opciones 2 y 4.

El síndrome de Li- Fraumeni implica una mutación en el gen que codifica la proteína p53, lo que predispone en gran medida al padecimiento de tumores muy diversos. En cuanto a la opción 4, las lesiones proliferativas con atipias son las que más predisponen al cáncer de mama en la mastopatía fibroquística. Sin embargo, las proliferativas sin atipias también implican cierto riesgo, aunque no tan elevado. Las que no predisponen al cáncer de mama son las lesiones no proliferativas.

La solución correcta es la 1. El fallo ovárico precoz no se ha relacionado con el cáncer de mama, ya que supone un acortamiento de la edad fértil y, por ello, menor exposición a estrógenos por parte de la glándula.

-----o-----

Info Pregunta: 9fc9e4fa-3f22-43db-ba58-1f3ba212e1af

44. En relación al cáncer vulvar, señale lo incorrecto:

1. Es un carcinoma invasivo de células escamosas
2. Se presenta más en la posmenopausia
3. Su vinculación es importante en nuliparas
4. Su velocidad de avance es lento

Resp. Correcta: 3

Comentario: El cáncer de la vulva es poco frecuente. Los factores de riesgo incluyen: Infección por el virus del papiloma humano (VPH o verrugas genitales) en mujeres menores de 50 años. Cambios cutáneos crónicos, como liquen escleroso o hiperplasia escamosa en mujeres de más de 50 años, no se relaciona con la paridad.

-----o-----

Info Pregunta: 3f18c7d3-cf4b-48cb-aaca-1fa898db00a4

45. Los estrógenos son hormonas capaces de producir y mantener las características femeninas en la mujer. Su administración produce:

1. Aumento de HDL y LDL colesterol
2. Aumento de HDL y disminución del LDL colesterol
3. Disminución del HDL y aumento del LDL colesterol

4. Disminución de los triglicéridos y del HDL colesterol

Resp. Correcta: 2

Comentario: El estrógeno presente en todos los preparados comercializados es el etinilestradiol. La dosis es variable oscilando entre 50 y 15 µg diarios. La administración de estrógenos produce cambios en el metabolismo lipídico que mejoran el perfil, y disminuyen el riesgo cardiovascular: disminuye la concentración del colesterol total, la del LDL colesterol y aumenta la concentración del HDL colesterol.

-----o-----
Info Pregunta: 70bd81a0-5b23-4b0f-a4e3-1ff20459176e

46. ¿Cuál es el síntoma o signo más frecuente del cáncer de mama?

1. Telorragia.
2. Nódulo mamario.
3. Adenopatía axilar.
4. Retracción del pezón.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

La forma de inicio más frecuente es asintomática (diagnosticada por cribado mamográfico), pero en esta pregunta se nos pide el síntoma o signo más frecuente.

Así, la opción 3 es la correcta, ya que la presencia de un nódulo o tumoración es el signo más frecuente (80%).

Recuerda también que el cáncer de mama suele manifestarse por dolor (opción 2 incorrecta).

El resto de opciones (1, 4) nos presentan tumores clínicamente más agresivos o en estadios más avanzados.

-----o-----
Info Pregunta: 376acbbe-3907-473c-91a6-204cbec50810

47. ¿Cuál es la indicación fundamental del tratamiento hormonal sustitutivo del climaterio?

1. Aliviar los sofocos y síntomas climatéricos.
2. Retrasar las lesiones del tejido conjuntivo (prolapso, incontinencia).
3. Prevenir las lesiones vasculares.
4. Prevenir la osteoporosis.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

El motivo fundamental del tratamiento hormonal sustitutivo (THS) no es la prevención cardiovascular ni la de la osteoporosis, sino aliviar los sofocos y el resto de los síntomas relacionados con el climaterio. En el pasado, se creía que la THS podría tener algún papel protector desde el punto de vista cardiovascular, pero algunos estudios demostraron que esto no era así, e incluso se veía un incremento del riesgo. Por otra parte,

los estrógenos, aunque son eficaces antirresortivos y disminuyen el riesgo de fractura de cadera, no son el mejor tratamiento para prevención de la osteoporosis y deben considerarse otras alternativas a la THS si es una mujer que no presenta síntomas climatéricos.

El tratamiento hormonal sustitutivo sólo está indicado en las mujeres sintomáticas, en la mínima dosis eficaz y durante el menor tiempo posible, ya que un efecto secundario importante es el aumento de la incidencia del cáncer de mama, al tratarse de un estímulo estrogénico. Otro riesgo importante al que están expuestas las pacientes usuarias son la cardiopatía isquémica y el tromboembolismo venoso y pulmonar.

-----o-----

Info Pregunta: eaf18abb-8511-4653-9832-208992c4486a

48. En la circulación materna durante el embarazo ocurren los siguientes fenómenos, EXCEPTO:

1. Aumento de la masa sanguínea.
2. Disminución de los valores y de la actividad de los factores plasmáticos de la coagulación.
3. Aumento de la frecuencia cardíaca.
4. Se produce leucocitosis sin infección.

Resp. Correcta: 2

Comentario: Pregunta sobre los cambios hemodinámicos y hematológicos maternos durante el embarazo. En el embarazo se produce un aumento de la masa eritrocitaria en un 33%, un aumento del volumen plasmático, mayor en proporción que el de la masa eritrocitaria, es por eso que hay una anemia relativa; este aumento de volumen vascular en un 40%, unido a una elevación en un 15% de la frecuencia cardíaca, hace que el gasto cardíaco se vea incrementado. También se observa una leucocitosis leve sin desviación izquierda (sin infección). Entonces llegamos por descarte que la opción falsa es la 2, ya que en el embarazo hay un incremento de los factores de coagulación y de los reactantes de fase aguda como el fibrinógeno.

-----o-----

Info Pregunta: e0ea6e6b-934f-4cdc-9187-22369a014f65

49. Mujer de 25 años gestante de 9 semanas. Acude a Urgencias por presentar tumefacción de la pantorrilla izquierda de dos días de evolución. Eco-doppler venoso de miembros inferiores: ocupación de la vena poplítea femoral superficial y femoral profunda del miembro inferior izquierdo por material ecogénico con mala compresibilidad de dichos vasos. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado?

1. Heparina de bajo peso molecular solapada con dicumarínicos al menos los 5 primeros días, hasta obtener INR entre 2 y 3. Después dicumarínicos solos.
2. Sólo heparina de bajo peso molecular mientras dure el embarazo, pasando a dicumarínicos tras el parto si es preciso prolongar el tratamiento.
3. Sólo dicumarínicos desde el principio.
4. Los anticoagulantes están contraindicados en el embarazo. Sólo medias de compresión fuerte.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Una pregunta , que se resume muy brevemente: gestante con trombosis venosa profunda.

Durante el embarazo, no se pueden utilizar anticoagulantes orales, puesto que son teratógenos; de hecho los dicumarínicos y la warfarina pueden provocar en el feto anomalías esqueléticas y faciales y retraso mental.

La situación, por lo tanto, nos obliga a emplear otro tipo de anticoagulantes que no atraviesen placenta ni tengan ningún tipo de repercusión fetal, que será la heparina. Dentro de los distintos tipos de heparina, la más adecuada es la de bajo peso molecular, que se administraría por vía subcutánea y que no requiere controles, a diferencia de la no fraccionada. Tal como explica la respuesta 2, se mantendría hasta el parto y, sólo después, pasaríamos a dicumarínicos orales si fuera necesario.

-----o-----

Info Pregunta: 127887a3-a971-4dc5-ba21-225b81aef513

50. La causa principal de morbilidad neonatal asociada a la gestación gemelar es:

1. RPM
2. Infecciones asociadas a membranas
3. Prematuridad
4. Hipertensión inducida por el embarazo

Resp. Correcta: 3

Comentario: La causa principal de morbilidad neonatal asociada a la gestación gemelar es la prematuridad. El trabajo de parto pretérmino se presenta con mucha frecuencia y se debe a: 1. Sobredistensión uterina que aumenta la irritabilidad de las fibras miométricas y desencadena las contracciones y 2. Polihidramnios, que aparece hasta en un 15% de los casos, siendo más frecuente en gemelos monocigotos, y que producirá también la irritación por distensión de las fibras miométricas antes comentada.

-----o-----

Info Pregunta: 0601b1f2-7d1b-40ec-bab3-226834c711b9

51. Respecto a la asociación entre el uso de anticonceptivos orales de estrógeno-gestágenos y cáncer, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. Tienen un efecto protector contra el carcinoma de mama.
2. Tienen un efecto protector contra el carcinoma de ovario.
3. Incrementan el riesgo de carcinoma de cérvix en mujeres HPV positivas.
4. No se ha encontrado asociación con el carcinoma hepático.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

La esencia de la pregunta, en realidad, está en el propio enunciado. Observa cómo insisten en el contenido de los anticonceptivos orales (ACO): estrógenos y gestágenos.

Los estrógenos, por sí solos, aumentarían el riesgo de cáncer de endometrio. Sin embargo, dado que también estaríamos administrando progesterona, predomina el efecto protector de esta última hormona (respuesta 2 verdadera). Sin embargo, la progesterona carece de efecto protector sobre el tejido mamario, con lo que este aporte extra de estrógenos no produciría ningún tipo de protección frente al cáncer de mama (opción 1 falsa). La mayoría de los trabajos dicen que, para el cáncer de mama, los ACO no aumentan el riesgo o, en el peor de los casos, lo hacen muy levemente.

En cuanto al resto de las opciones, al inhibir la ovulación, se producirían menos cicatrices epiteliales en la superficie ovárica, lo que reduce el riesgo de cáncer de ovario. Respecto al cáncer de cérvix, se ha descrito un riesgo aumentado de carcinoma in situ e invasivo en mujeres positivas para VPH, probablemente al continuar expuestas a la infección por otros serotipos, ya que no protegen frente a este virus. Por último, no se ha encontrado relación con el carcinoma hepático, (lo que sí se relaciona con los ACO son los adenomas hepáticos).

-----o-----

Info Pregunta: 6c59a935-16c9-4add-90d7-229574283e7b

52. Una paciente de 28 años acude por amenorrea secundaria. Refiere 2 interrupciones legales del embarazo. No usa método anticonceptivo y el test de embarazo hace una semana es negativo. Se realiza una ecografía transvaginal sin hallazgos patológicos. Tras el tratamiento con progesterona no se obtiene regla, y tampoco tras el tratamiento con anovulatorios. La etiología debe localizarse en:

1. Hipotálamo.
2. Ovario.
3. Útero o cuello uterino.
4. Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Ante una amenorrea 2ª lo primero es un test de embarazo. Después determinamos TSH y PRL.

Si éstas son normales, administramos progesterona durante 5 días; si tras ello existe regla, el diagnóstico es de anovulación.

Si no existe, damos estrógenos y progestágenos combinados; en caso de no existir regla tras ello, la alteración será genital. En este caso dado el antecedente de dos abortos legrados, habría que sospechar un problema en el útero (síndrome de Asherman).

-----o-----

Info Pregunta: a2df209d-6fda-46ed-8cfb-22ebd8cfe3ec

53. Mujer de 54 años que, en una mamografía de cribado, se detecta nódulo espiculado de 6 mm, en cuadrante superoexterno de la mama izquierda. Biopsia con agua gruesa: carcinoma infiltrante de tipo no especial (NST o NOS). Los receptores hormonales resultan ser positivos. Her 2-neu negativo. Ki 67 15%. Exploración clínica: nódulo no palpable, axila libre. Ecografía axilar: no ganglios sospechosos. Señale la afirmación incorrecta respecto a este caso:

1. Dado el tamaño tumoral, sería preferible una resección conservadora frente a una mastectomía.
2. Sería conveniente el estudio de los ganglios linfáticos, mediante la técnica del ganglio centinela.
3. Sería tributaria de recibir hormonoterapia.
4. Sería aconsejable el uso de trastuzumab como parte del tratamiento.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

El trastuzumab sólo tiene uso en el cáncer de mama que sobreexpresa el gen Her2 neu (suelen ser tumores con una historia natural más agresiva, un riesgo más alto de recurrencia y una probabilidad inferior de presentar receptores hormonales) . En este caso el Her 2 neu es negativo, por tanto el Trastuzumab no sería útil en esta paciente (respuesta 4 incorrecta).

-----o-----

Info Pregunta: 1f02d8ea-e480-4154-a921-2313fa735fa1

54. Paciente de 16 años, G2P2V2 en primer día de puerperio, con antecedente de epilepsia desde la infancia, en manejo con levetiracetam, tuvo parto vaginal eutócico, sin ningún otro antecedente positivo relevante, desea iniciar anticoncepción con Bellaface (etinil estradiol mas dienogest), ya que su hermana lo utiliza y “le ha sentado muy bien”. ¿Qué recomendación le daría?

1. Lo puede utilizar si ningún inconveniente
2. Los estrógenos se contraindican en los primeros 21 días de puerperio
3. Sugeriría una método anticonceptivo solo de progestina o un DIU
4. b y c son correctas

Resp. Correcta: 4

Comentario: En el puerperio inmediato se recomiendan los métodos solo de progestina o métodos LARC como los dispositivos, endoceptivos e implantes subdérmicos. Durante los primeros 21 días de puerperio, los estrógenos están totalmente contraindicados por el mayor riesgo tromboembólico.

-----o-----

Info Pregunta: bced6464-afd6-4a95-8051-23a9054205c8

55. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre la preeclampsia es FALSO?:

1. Se catalogará de preeclampsia grave cualquier hipertensión que se acompañe de algún signo o síntoma de afectación multiorgánica.
2. Supone un factor de riesgo para abruptio
3. Las prostaglandinas y la anestesia regional están contraindicadas para la maduración cervical y el parto
4. En general, se acepta que la vía vaginal es preferible a la cesárea.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

PREECLAMPSIA

Se define como una hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria. Excepcionalmente en casos de hidrops o enfermedad

trofoblástica gestacional, la hipertensión puede aparecer antes de las 20 semanas.

También se catalogará de preeclampsia grave cualquier hipertensión que se acompañe de algún signo o síntoma de afectación multiorgánica.

Finalización de la gestación: El tratamiento definitivo de la preeclampsia es la finalización de la gestación. Por ello, se tendrá que contemplar en todos aquellos casos con grave afectación materno-fetal o a partir de las 37 semanas en los casos de preeclampsia leve.

1. Vía del parto

- En general se acepta que la vía vaginal es preferible a la cesárea. Para la elección de la vía de parto, habrá que tener en cuenta factores tales como la presentación, las condiciones cervicales, la edad gestacional, etc.
- Se pueden utilizar las prostaglandinas locales para la maduración cervical.
- La anestesia regional (epidural, espinal o combinadas) consigue un buen control de la hipertensión y mejora el flujo sanguíneo útero-placentario, por lo que es la técnica de elección en estas pacientes siempre que no existan contraindicaciones.

-----o-----

Info Pregunta: e767f1f1-8aed-4ade-bfcf-253fb6948947

56. Ante una paciente de 42 años que consulta por alopecia androide, hirsutismo de aparición brusca, hipertrofia de clítoris, amenorrea, sensación de pesadez en hipogastrio y urgencia miccional, debemos descartar de forma inmediata:

1. Síndrome adrenogenital de aparición tardía.
2. Tumor ovárico funcionante.
3. Prolapso uterino en paciente perimenopáusica.
4. Pseudohermafroditismo masculino.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

La presencia de alopecia androide, hipertrofia de clítoris, amenorrea e hirsutismo de aparición brusca son signos de virilización; y la sensación de pesadez en hipogastrio junto con urgencia miccional nos orienta hacia una masa abdominal.

Por lo tanto, este caso clínico es muy sugestivo de tumor ovárico funcionante, y por eso es lo primero que debemos descartar.

Lo más probable es que estemos ante un androblastoma, un tumor ovárico que reproduce elementos testiculares. El 50% produce andrógenos (testosterona), responsables de la virilización. Suelen ser benignos. Constituyen la primera causa de virilización de origen ovárico.

-----o-----

Info Pregunta: 9a424726-fab0-48ed-9123-26268acc1b95

57. Entre los factores de riesgo del cáncer de ovario, NO se encuentra:

1. Nuligesta.
2. Mujeres que han seguido tratamiento con inductores de ovulación.
3. Síndrome de ovario poliquístico.
4. Postmenopáusica con antecedente de cáncer de colon

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Factores de riesgo de padecer un cáncer de ovario.

-Postmenopáusicas,

-Antecedentes familiares de cáncer de ovario.

-Antecedentes de otras neoplasias como mama, endometrio, colon.

-Nuligestas,

-Las mujeres que han utilizado inductores de ovulación.

De manera que aquellas situaciones que cursen con anovulación como la toma de anticonceptivos orales, la multiparidad o el SOP no se incrementa el riesgo de cáncer de ovario.

-----o-----

Info Pregunta: fca43db6-5fec-4279-82a9-26613d985368

58. Tercigesta de 40 años con dos partos eutócicos previo gestante de 38.3 semanas. Acude a la consulta para control del HTA crónica en tratamiento con alfametildopa . Durante la monitorización cardiotocográfica la paciente comienza con dolor abdominal mantenido. El RCTG muestra un patrón fetal con variabilidad disminuida(<5 lpm) y el tono uterino se encuentra aumentado ¿Cuál sería su actitud?

1. Sospecha de preeclampsia. Sulfato de Magnesio y finalizar la gestación
2. Sospecha de desprendimiento de placenta. Ingreso para inducción dado que se trata de una tercigesta.
3. Sospecha de desprendimiento de placenta . Cesárea
4. Pródromos de eclampsia, ingreso e inducción del parto.

Resp. Correcta: 3

Comentario: La presentación clásica del desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta consiste en un sangrado vaginal asociado a dolor abdominal de instauración brusca e hipertensión, aunque el cuadro clínico puede ser muy variable, desde formas asintomáticas hasta casos con morbilidad materna severa y éxitus fetal. La frecuencia del cuadro clínico completo es escasa. Recuerda que La sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico del DPPNI es baja, oscilando entre el 25-50%. Por tanto, la ausencia de hallazgos en la ecografía no excluye la posibilidad de un DPPNI.

-----o-----

Info Pregunta: 8590f182-511d-4d62-a068-27259c06854e

59. Son causas de amenorrea primaria todas las siguientes, excepto:

1. Disgenesia gonadal
2. Síndrome de Rokitansky
3. Insuficiencia ovárica prematura
4. Hiperplasia suprarrenal congénita

Resp. Correcta: 3

Comentario: La insuficiencia ovárica prematura es una causa de amenorrea secundaria; todos los demás enunciados corresponden a etiologías de la amenorrea primaria.

-----o-----

Info Pregunta: 77d90acd-e024-4234-8bc6-2827cd2cbd3e

60. Todos los siguientes cuadros, EXCEPTO uno, pueden ser causa de metrorragia del 1º trimestre de gestación:

1. Amenaza de aborto.
2. Enfermedad trofoblástica.
3. Desprendimiento prematuro de placenta.
4. Hemorragia de implantación.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Dentro de las hemorragias del primer trimestre englobamos tres patologías: aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica, mientras que el desprendimiento prematuro de placenta lo englobamos en las hemorragias del tercer trimestre junto a la placenta previa, la rotura uterina y la rotura de vasos previos. La hemorragia de implantación sería una forma de amenaza de aborto y por tanto, se incluye dentro de las hemorragias del primer trimestre.

-----o-----

Info Pregunta: f4055c5f-da93-4335-a8d7-2882e0f2c929

61. ¿A qué nos referimos al hablar de la enfermedad de Paget de la mama?:

1. A la causa más frecuente de telorragia uniorificial y unilateral.
2. A una forma especial de neoplasia de mama que se caracteriza por la presencia de las células de

Paget en la epidermis del complejo areola- pezón.

3. A la forma más letal de presentación de un cáncer de mama.
4. A una lesión mamaria que se reuelve generalmente con corticoides tópicos de potencia media-alta.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

ENFERMEDAD DE PAGET de la mama constituye una forma especial de neoplasia de mama que se caracteriza por la presencia de las células de Paget en la epidermis del complejo areola- pezón.

Puede ir asociado o no a tumor subyacente. En el 95% de los casos en los que existe tumor palpable suele tratarse de un cáncer invasivo. El carcinoma subyacente puede localizarse en cualquier parte de la mama.

Edad media de diagnóstico es 62 años.

En un 25% de los casos la sintomatología es ulceración, prurito, eccema y dolor. Suele ser lesión unilateral. Ante una lesión dermatológica que no cura con tratamiento local debe considerarse una sospecha clínica de enfermedad de Paget y realizarse tanto una biopsia superficial como profunda.

-----o-----

Info Pregunta: 1641005f-b215-478e-8d63-28bb59af8b69

62. Cuando se presenta alteración en la placentación y el trofoblasto compromete el endometrio, el miometrio, la serosa y órganos vecinos, hablamos de:

1. Placenta previa
2. Placenta Acreta
3. Placenta increta
4. Placenta percreta

Resp. Correcta: 4

Comentario: En la placenta acreta hay compromiso miometrial, en la placenta increta no se compromete la serosa uterina, en la placenta percreta, el trofoblasto va mas allá de la serosa y puede comprometer órganos vecinos.

-----o-----

Info Pregunta: 38383582-71cf-4fd8-8b4e-28e492064aee

63. ¿Cuál de los siguientes agentes quimioterápicos debe emplearse como tratamiento de primera línea en los tumores epiteliales malignos del ovario?:

1. Bleomicina.
2. Cis-platino.
3. Metotrexato.
4. Actinomicina D.

Resp. Correcta: 2

Comentario: Esta pregunta del tratamiento quimioterapico de los tumores del ovario carece de relevancia. De los quimioterapicos no tienes que saber muchas cosas. Puede ser útil que recuerdes que los platinos se usan para los cánceres de las gonadas (testículos y ovario) y que sus principal efecto secundario es la nefrotoxicidad. Para evitarlo se hidrata abundantemente al paciente y se fuerza la diuresis con manitol. Son neuro y ototóxicos (recuerda que los aminoglucosidos también lo son). El cisplatino es el antineoplásico más emetógeno. En el disgerminoma se utiliza el protocolo BEP: bleomicina, etopósido y cisplatino.

-----o-----
Info Pregunta: ebda073c-728b-43b4-b2fc-2a3b5376ad95

64. Secundigesta de 37.2 semanas con un parto pretérmino vía vaginal hace 3 años de 2300 grs, que acude a Urgencias por dinámica uterina. En el RCTG se objetiva 4 deceleraciones tardías en relación con las contracciones con buena variabilidad. Exudado vagino-rectal positivo para Streptococo grupo B. A la exploración, presenta un cérvix dilatado 3 cm, borrado 80%, cefálica sobre estrecho superior, bolsa íntegra. Se realiza una amnioscopia objetivando líquido amniótico teñido. ¿Cuál considera la actitud obstétrica más correcta?

1. Se trata de un riesgo de pérdida del bienestar fetal. Cesárea.
2. Profilaxis antibiótica. Amniorrexis artificial. Si continua con RCTG poco tranquilizador, realizar microtoma de calota.
3. Iniciar profilaxis antibiótica si tras >18 horas de bolsa rota no se ha producido el parto.
4. Realizar microtoma de pH y si el resultado es menor de 7.25 cesárea urgente.

Resp. Correcta: 2

Comentario: Opción 2 correcta, profilaxis antibiótica por exudado positivo para EGB, Amniorrexis para estimular el parto dado los hallazgos de LA meconial y deceleraciones y microtoma para confirmar una pérdida del bienestar fetal. No podemos diagnosticar una pérdida del bienestar fetal sin realizar una microtoma y para ello la bolsa debe estar rota (opción incorrecta 1 y 4).Opción 3 incorrecta porque la profilaxis antibiótica se comienza tan pronto comienza el parto.

-----o-----
Info Pregunta: db574f37-80f2-4f43-a6db-2a3c26f7c598

65. En relación con la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a partir de una madre afecta del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ¿cuál es la respuesta FALSA?

1. Si la situación serológica con respecto al VIH es desconocida en el momento del parto, o en el postparto inmediato, se debe indicar, con carácter urgente, la realización de pruebas serológicas rápidas.
2. El embarazo es, por sí solo, indicación de recibir tratamiento antirretroviral de alta eficacia (triple terapia).
3. La gestación empeora la progresión de la enfermedad.
4. Las mujeres infectadas por el VIH tienen un riesgo aumentado de aborto espontáneo. Algunos estudios muestran una mayor tasa de prematuridad, un mayor retraso del crecimiento y una mayor tasa de muertes fetales en gestantes infectadas por el VIH .

Resp. Correcta: 3

Comentario:

La serología frente al VIH se debe indicar en la **primera visita** de la gestante lo antes posible y se recomienda repetir la prueba en el **tercer trimestre** de gestación con carácter general.

En mujeres con prácticas de riesgo para la infección por el VIH durante la gestación, especialmente si su pareja está infectada, se debe repetir la prueba al menos una vez cada trimestre

Si la situación serológica con respecto al VIH es desconocida en el momento del parto, o en el postparto inmediato, se debe indicar, con carácter urgente, la realización de **pruebas serológicas rápidas**.

La mera infección materna por el VIH no es un motivo que justifique la interrupción de la gestación.

La gestación no empeora la progresión de la enfermedad.

Las mujeres infectadas por el VIH tienen un riesgo aumentado de **aborto espontáneo** Algunos estudios muestran una mayor tasa de **prematuridad**, un mayor **retraso del**

crecimiento y una mayor tasa de **muertes fetales** en gestantes infectadas por el VIH .

Preeclampsia es la complicación del embarazo más frecuentemente observada en mujeres con TAR.

En caso de que se precise realizar algún procedimiento invasivo durante el embarazo (amniocentesis, cirugía fetal, etc...) se recomienda valorar cuidadosamente el riesgo-beneficio y realizarlo bajo tratamiento antirretroviral optimizado y con carga viral indetectable.

La mayoría de los casos de transmisión vertical del VIH se producen **durante el parto** y/o en las últimas semanas de gestación.No cabe duda que el periodo de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH es el **momento del parto**.

El factor materno más importante asociado al riesgo de transmisión vertical es la carga viral.

Es fundamental realizar tratamiento antirretroviral en **todas las gestantes** independientemente del número de linfocitos CD4 que tengan.

Los beneficios obtenidos con el tratamiento en la madre y el hijo superan a los riesgos potenciales de su uso en el embarazo

ZDV debe incluirse en el TAR, siempre que sea posible

El tratamiento de elección es el compuesto por dos análogos de nucleósido más un inhibidor de la proteasa potenciado.

No se recomienda la utilización del efavirenz.

-----o-----

Info Pregunta: 1f7ac318-d55d-4f50-b737-2b11210b96e4

66. ¿Cuál de las siguientes opciones constituye un factor de riesgo para cáncer de

cérvix?

1. Tabaquismo
2. Alcohol
3. Consumo negado de anticonceptivos orales
4. IMC < 25

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Dentro de los factores de riesgo importantes para desarrollar cáncer cervicouterino se han demostrado: la inmunosupresión crónica: el cáncer de cérvix es más frecuente en situaciones de inmunidad deficiente, como en el caso del trasplante renal o del VIH (relacionado con la displasia recurrente). El tabaco:(aumenta entre cuatro y 13 veces su incidencia). Respecto a la anticoncepción hormonal: las pacientes que toman anticonceptivos orales tienen mayor riesgo de displasia cervical que las mujeres que nunca los consumieron.

-----o-----

Info Pregunta: 27905511-2487-4ffb-9228-32605e3bec22

67. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la menopausia es FALSA?:

1. La estrona pasa a ser el estrógeno más importante de la postmenopausia.
2. La producción de estradiol disminuye.
3. La producción de progesterona es baja.
4. La FSH y LH han descendido.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Pregunta bastante sencilla sobre la fisiología de la menopausia. En la postmenopausia se produce un agotamiento de los folículos primordiales, con lo que la producción de estradiol disminuye notoriamente, pasando la estrona a ser el estrógeno fundamental de la menopausia; esta disminución de estradiol dispara el feed- back negativo de la hipófisis produciéndose así un incremento de las gonadotropinas FSH y LH (RC: 5). Al no haber ciclos ovulatorios, la producción de progesterona será muy pequeña.

-----o-----

Info Pregunta: cbc4570f-3592-4fd3-ad6e-328cffed2d4c

68. ¿Cuándo considera indicado iniciar el estudio de una pareja que ha presentado varios abortos?.

1. Depende de la edad de los progenitores
2. Depende del número de hijos nacidos vivos previos.
3. Ante la pérdida espontánea de dos o más gestaciones.
4. Ante la pérdida espontánea de tres o más gestaciones.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

El aborto de repetición (AR) se define como la pérdida espontánea de dos o más gestaciones.

Existen una serie de razones que hacen aconsejable que el estudio diagnóstico se inicie ya a partir de 2 abortos.

-----O-----

Info Pregunta: c934b1ec-672f-43bc-980c-32c37177f034

69. En el estudio inicial de la amenorrea secundaria, ¿cuál de los siguientes grupos de paraclínicos es mas adecuado solicitar de manera inicial?

1. Ecografía Transvaginal, niveles de FSH y LH
2. Prueba de embarazo, FSH, LH Y Estradiol
3. Ecografía pélvica, TSH y niveles de andrógenos
4. Ecografía transvaginal, prueba de embarazo, TSH y Prolactina

Resp. Correcta: 4

Comentario: En el estudio inicial de la amenorrea secundaria debe descartarse la etiología obstétrica con una prueba de embarazo. También debe explorarse la posibilidad de una alteración estructural anatómica mediante una ecografía transvaginal y finalmente deben solicitarse la TSH y la Prolactina, ya que la alteración en estos niveles hormonales corresponde a las causas mas frecuentes de amenorrea secundaria. De acuerdo a los hallazgos clínicos y a los resultados de estos paraclínicos iniciales se decidirá si son necesarios exámenes adicionales.

-----O-----

Info Pregunta: fafb5dbd-890a-4821-8eab-32e1007fe431

70. En pacientes con síndrome de ovario poliquístico, con anovulación, existe un alto riesgo de presentar:

1. Resistencia a la insulina
2. Hipercoagulación
3. Hipercolesterolemia
4. Hipertrigliceridemia

Resp. Correcta: 1

Comentario:

La insulinoresistencia no se considera un criterio diagnóstico para SOP, pero su identificación permite conocer aquellas pacientes que se beneficiarían con un enfoque hacia la reducción de la resistencia a la insulina. Se evalúa mediante la sobrecarga oral de glucosa con 75 gramos. Es recomendable realizar una prueba oral de tolerancia a la glucosa a todas las mujeres con SOP y, en aquellas que presentan un elevado riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (fuerte historia familiar de diabetes, IMC superior 30 kg/m², antecedentes diabetes gestacional), repetirla anualmente.

-----O-----

Info Pregunta: 8cc7612a-da86-4f21-a1f1-34a9a10cee04

71. ¿Cuál de las siguientes sustancias es la más adecuada para el tratamiento del hirsutismo que se asocia a los ovarios poliquísticos?:

1. Clomifeno.
2. Estrógenos.
3. Acetato de ciproterona.
4. Corticoides.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Esta pregunta es muy importante porque debes conocer perfectamente el síndrome de ovario poliquístico y sus alteraciones hormonales. Es una afección muy frecuente en que está aumentada la LH con niveles de FSH bajos o inferiores a lo normal, por lo que aumenta la relación LH/FSH ($>2,5$). La LH aumentada estimula la teca, produciendo más andrógenos (también hay una sobreproducción suprarrenal), que va a provocar obesidad, hirsutismo y anovulación. Para el tratamiento sintomático del hirsutismo damos anticonceptivos orales, que disminuyen la producción de esteroides suprarrenales y ováricos, reduciendo el hirsutismo en 2/3 de los pacientes. A veces se añaden antiandrógenos como la espironolactona, acetato de ciproterona, flutamida, cimetidina, finasteride....

-----O-----

Info Pregunta: 0a6fe9a6-f98b-4bfe-b57c-34ffb46da80c

72. En el manejo de la paciente embarazada con epilepsia se prefiere cual de los siguientes anticonvulsivantes:

1. Lamotrigina
2. Carbamazepina
3. Levetiracetam
4. 1 y 3 son correctas

Resp. Correcta: 4

Comentario:

En el manejo de la epilepsia no está justificado el cambio del farmaco antiepileptico ya que ninguno es totalmente inocuo. Sin embargo se recomienda la monoterapia y la menor dosis posible. En años recientes se ha preferido, si es posible, utilizar lamotrigina y levetiracetam debido a que tienen un perfil de seguridad mejor con respecto al riesgo de malformaciones fetales.

-----O-----

Info Pregunta: 08a7fbc6-ff6c-40f2-a495-35c0afefdd8d

73. El aumento de la resistencia a la insulina es un problema asociado frecuentemente a:

1. Mioma uterino.
2. Endometriosis.
3. Hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 17-a-hidroxilasa.
4. Síndrome de ovarios poliquísticos, debido al exceso de síntesis de andrógenos.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Se estima que un 50-60% de las mujeres con SOP serán obesas. La obesidad, por sí misma, constituye un factor de mal pronóstico en todos los aspectos relacionados con el SOP. Las alteraciones menstruales son hasta cuatro veces más frecuentes y también los signos y síntomas asociados al hiperandrogenismo serán más perceptibles. Todo ello estará agravado si el incremento de la grasa corporal tiene una distribución predominantemente centrípeta, troncular o androide (perímetro abdominal superior a 88 cm o el cociente los perímetros de la cintura y la cadera de más de 0,85). En estos casos la prevalencia de síndrome metabólico (dislipemia, hipertensión, intolerancia a la glucosa o diabetes tipo II) y enfermedad cardiovascular es de 3 a 5 veces superior a la de la población no afecta.

La presencia de lesiones verrugosas, aterciopeladas e hiperpigmentadas localizadas en la nuca, axila, pliegue submamario, y ocasionalmente en otros pliegues de la piel se denomina acantosis nigricans, y es consecuencia de la acción mitógena de la insulina en las células basales de la epidermis. Cuando está presente, en un 90% de los casos existe una insulino-resistencia (IR) marcada. A pesar de constituir un marcador específico de IR, su sensibilidad es baja, ya que sólo un 30% de las mujeres jóvenes con IR la presentan. Si se asocia a hiperandrogenismo se denomina HAIR-AN (hiperandrogenismo severo, RI y acantosis nigricans) y en estos casos es muy frecuente que el origen de los andrógenos sea una hipertecosis ovárica

-----O-----

Info Pregunta: b77396a7-db0a-408b-99a6-3749a24710ea

74. Sospechamos la enfermedad trofoblástica gestacional por todos los siguientes, EXCEPTO uno. Señálelo:

1. Metrorragia del primer trimestre.
2. Exageración de los síntomas gestacionales.
3. Útero menor de lo esperado por la amenorrea.
4. Ecografía en copos de nieve.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Los síntomas y signos de la enfermedad trofoblástica son todos los que tienes enunciados en las respuestas menos la opción 3. Recuerda que el útero está ocupado por un tejido trofoblástico que prolifera de forma anormal por lo que suele ser mayor que lo que correspondería para el tiempo de amenorrea, regular, simétrico y de consistencia blanda.

Respecto a la clínica, recuerda que la metrorragia es el signo más habitual y el principal motivo de consulta. La expulsión de vesículas es un signo infrecuente pero, de aparecer, es patognomónico. También se puede dar una exageración de los síntomas gestacionales debido a un incremento de los niveles de HCG (náuseas, vómitos, hiperemesis gravídica). Otro dato clínico que podría sugerirnos también la presencia de esta patología es la aparición de signos y síntomas de hipertiroidismo por la similitud de HCG con la TSH (nerviosismo, palpitaciones, sudoración, temblores).

En la ecografía se ve la imagen típica en copos de nieve.

-----O-----

Info Pregunta: 1b3cc9cf-64ca-4534-bbd4-3756e75f23f2

75. Que afirmación es INCORRECTA respecto a las variables pronósticas del cáncer de mama:

1. El tamaño del tumor y el estado de los ganglios linfáticos axilares son factores de valor pronóstico probado.
2. La recidiva del cáncer de mama es más probable en los tumores que poseen receptores hormonales de estrógenos y de progesterona.
3. Elevadas concentraciones de Ki67 indican peor pronóstico.
4. El subtipo luminal A presenta una alta tasa de respuesta a la hormonoterapia y escaso beneficio de la quimioterapia,

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Clasificación molecular del cáncer de mama: Luminal A, Luminal B, Basal like, HER2 positivo

Tipo Luminal:

Constituye alrededor de un 75-80% de los carcinomas de mama. Engloba el grupo de tumores que expresan receptores de estrógeno. Dentro de este grupo se han definido subtipos con pronóstico y evolución diferente.

-Subtipo Luminal A:

RE (+), RPg (+), HER2 (-), Ki67 bajo. Constituye un 50- 60% de los tumores luminales. Se caracteriza por su mejor pronóstico con menor incidencia de recaídas, siendo la ósea la más frecuente y presentando menor tasa de recaídas viscerales y en SNC. Asimismo presentan mayor supervivencia en caso de recaída.

Presenta una alta tasa de respuesta a la hormonoterapia y escaso beneficio de la quimioterapia,

Subtipo Luminal B:

RE (+), RPg (+/-), HER2 (+/-), Ki67 alto. Representa un 10-20% de los tumores luminales. Representa el grupo de tumores luminales de mal pronóstico.

Aunque la recidiva ósea sea frecuente, presentan mayor tasa de recidivas viscerales y la supervivencia desde el diagnóstico de la recidiva es inferior. Se beneficia de la quimioterapia y la hormonoterapia.

-----o-----

Info Pregunta: ee1bbacb-f411-4089-b5bb-388c617b5cc9

76. La complicación más frecuente que puede aparecer en una portadora de un DIU de cobre es:

1. Perforación uterina

2. Hemorragia genital
3. Gestaciones ectópicas
4. Interfiere en las relaciones sexuales

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Globalmente, las complicaciones del uso del DIU oscilan entre un 20 y un 30% según los estudios, produciéndose fundamentalmente en el transcurso del primer año. Se distinguen tres tipos de complicaciones: complicaciones de la inserción, durante la evolución y, por último, en la extracción. Durante la evolución aparecen sobre todo hipermenorreas o menorragias y hemorragias profusas (spotting). Esta complicación no aparece cuando se emplean DIU portadores de progesterona y, sobre todo, levonorgestrel.

-----o-----

Info Pregunta: 993252ae-a0a6-4d3f-9db3-396cb94a9e9a

77. Los niveles altos de FSH y LH para diagnosticar menopausia mediante exámenes de laboratorio corresponde a a:

1. FSH >40 mU/ml, y estradiol <20 pg/ml
2. FSH <40 mU/ml, y estradiol <20 pg/ml
3. FSH >20 mU/ml, y estradiol >20 pg/ml
4. No se alteran significativamente los niveles hormonales.

Resp. Correcta: 1

Comentario: Después de la menopausia, la FSH se eleva 5 a 30 veces y la LH 3 veces sus valores promedios, algo más durante los bochornos, manteniéndose elevados durante hasta 5-10 años, para luego descender gradualmente. El cociente LH/FSH inferior a 0,7 indica que la mujer está en la menopausia. En la mayoría de los casos es posible el diagnóstico por la clínica: amenorrea de un año, acompañada de síndrome climatérico. En caso de duda, como en el fallo ovárico precoz, las determinaciones hormonales para confirmar la menopausia deben ser: FSH >40 mU/ml, y estradiol <20 pg/ml. Respuesta correcta 1.

-----o-----

Info Pregunta: f3d04cf5-7d4a-4b38-8a0d-3988bfbf52b8

78. Una paciente de 50 años se le realizó una biopsia de endometrio que tiene el siguiente informe de anatomía patológica: hiperplasia endometrial atípica. ¿Cuál de las siguientes es la conducta más adecuada?

1. Tratamiento con progesterona y control con biopsias seriadas en 6 meses
2. Terapia de reemplazo hormonal con estrógenos solos
3. Terapia de reemplazo hormonal con estrógenos y progestágenos
4. Histerectomía

Resp. Correcta: 4

Comentario: Los dos factores más importantes a tener en cuenta a la hora de elegir el tratamiento adecuado son la edad de la paciente y las características histológicas de la lesión. Hiperplasias con atipias: se realizará

histerectomía por el riesgo de degeneración maligna. Hiperplasias sin atipias: Mujeres en edad fértil y con deseos de descendencia: inducir la ovulación. Mujeres en edad fértil sin deseos de gestación: se disponen de múltiples opciones que se individualizarán en cada caso. Se pueden utilizar gestágenos, DIU-levonorgestrel, tratamiento combinado estrógenos-gestágenos, danazol, análogos GnRH. Aquellas mujeres que rechacen el tratamiento médico o en las que persista la hiperplasia a pesar el tratamiento médico, se ofertará histerectomía. Mujeres perimenopáusicas o posmenopáusicas: es posible utilizar gestágenos durante tres meses o tratamiento quirúrgico (histerectomía).

-----o-----
Info Pregunta: ca7013d3-efae-4dd8-978c-39c458a991fe

79. Todos los siguientes son factores de mal pronóstico en el cáncer de mama EXCEPTO uno; señálelo:

1. Edad: 55 años.
2. Un valor alto de Ki67
3. Invasión vásculo-linfática (IVL)
4. Receptores estrogénicos negativos.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Los factores de mal pronóstico más relevantes en cáncer de mama son:

- Afectación de ganglios axilares: es el factor pronóstico independiente más potente en cáncer de mama.
 - Tamaño tumoral
 - Grado histológico y grado nuclear
 - Un valor alto de Ki67 se asocia a peor pronóstico.
 - La invasión vásculo-linfática (IVL) Se trata de un factor de mal pronóstico.
 - El subtipo histológico más común de cáncer de mama es el carcinoma ductal infiltrante (CDI), que constituye hasta el 80%, siendo el segundo en frecuencia el carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) con un 10%. Ambos tienen un comportamiento biológico distinto, aunque su valor pronóstico independiente no queda claro. Existen otros subtipos de cáncer de mama menos frecuentes como los tumores papilares, los mucinosos, los medulares y los adenoideos quísticos, que se han asociado a buen pronóstico, mientras que los subtipos micropapilar y metaplásico parecen concebir un peor pronóstico.
- La entidad más agresiva en cáncer de mama localizado es el cáncer de mama inflamatorio, una entidad clínica caracterizada por edema y eritema cutáneo provocado por la infiltración tumoral de la dermis, pero no se considera un subtipo histológico distinto.
- La presencia de receptores estrogénicos forma parte imprescindible del estudio inicial del cáncer de mama ya que es un factor de buen pronóstico y predictivo clásico.
 - La amplificación y/o sobreexpresión del receptor HER2 (human epidermal growth factor receptor-2) considerado factor pronóstico negativo en pacientes con cáncer de mama. Está sobreexpresado en el **20%** de los tumores de mama. Sin embargo, la introducción del tratamiento con anticuerpos monoclonales dirigidos contra HER2 (trastuzumab, pertuzumab, TDM1) y lapatinib, combinados con la quimioterapia ha atenuado estas diferencias. Por otro lado, algunos estudios sugieren que el status HER2 podría relacionarse con

resistencia a diferentes citostáticos (como antraciclinas o taxanos) y a hormonoterapia.

- Edad <35 años y raza negra.
- Una expresión elevada de p53 se asocia a peor pronóstico.

-----o-----

Info Pregunta: e8d960ca-e101-44eb-9c7b-3a64f7885822

80. ¿Cuál de estas circunstancias NO se ha relacionado con una mayor probabilidad de embarazo ectópico?:

1. Cirugía tubárica previa.
2. Enfermedad inflamatoria pélvica.
3. Conización cervical.
4. Técnicas de reproducción asistida.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Pregunta sencilla sobre el embarazo ectópico.

De todas las opciones posibles, la única que no supone un factor favorecedor para una gestación ectópica es la conización cervical. (RC: 4).

-----o-----

Info Pregunta: 6925c1da-2a75-4cdc-adde-3b207af7c477

81. Paciente de 26 años, nulípara con amenorrea de 3 meses, acude por hemorragia vaginal moderada. En la exploración se objetiva un útero mayor del que correspondería al tiempo de amenorrea. La HCG es fuertemente positiva y la ecografía muestra una imagen semejante a los copos de nieve en la cavidad uterina. ¿Qué es FALSO en relación a esta patología?:

1. Puede ser causa de preeclampsia antes de la 20ª semana.
2. Puede cursar con clínica de tirotoxicosis.
3. Puede coexistir con quistes tecaluteínicos en el ovario.
4. El tratamiento de elección es la histerectomía.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Para decidir el tratamiento necesario, tenemos que llegar a un diagnóstico. Dentro de las hemorragias del primer trimestre, los datos clínicos (útero mayor que amenorrea) y ecográficos (imagen en “copos de nieve”) nos ayudan a sospechar una enfermedad trofoblástica. La imagen ecográfica que presentan estas pacientes es una imagen multivesicular, en ocasiones asociada a la presencia de quistes tecaluteínicos bilaterales.

El tratamiento preferido es el legrado por aspiración frente al legrado con legras cortantes, para intentar minimizar los riesgos de perforación uterina y la persistencia de restos. El estudio anatomopatológico nos confirmará el diagnóstico y precisará el tipo histológico.

La histerectomía (respuesta 4) la reservaremos para las pacientes de más de 40 años con los deseos de descendencia ya cumplidos, situación muy distinta a la que nos describen en el enunciado (nulípara de 26 años).

-----o-----

Info Pregunta: 1aab4ff4-e7b8-4831-9fdd-3b3320b18f47

82. ¿Cuál es el hecho más constante en el síndrome de ovario poliquístico?:

1. Acné
2. Obesidad.
3. Esterilidad
4. Hirsutismo.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

El síndrome del ovario poliquístico (SOP) es la endocrinopatía más frecuente de las mujeres en edad reproductiva.

Se estima que aproximadamente un 70% de las mujeres con SOP presentan hirsutismo. La segunda causa de hirsutismo, después del SOP, es la idiopática.

El acné afecta a un tercio de las mujeres con SOP.

El 70% de las mujeres con SOP presentan trastornos de la ovulación. Aunque algunos casos cursan con amenorrea primaria o secundaria de larga evolución, en la mayoría existe oligomenorrea (menos de 6-8 menstruaciones anuales) o un ritmo menstrual irregular.

Se estima que un 50-60% de las mujeres con SOP serán obesas.

Recuerda: Los datos de la historia clínica constituyen un pilar básico del diagnóstico. De manera que la simple asociación de alteraciones menstruales, junto al hirsutismo que podrá acompañarse de acné y/o seborrea, se considera suficiente.

-----o-----

Info Pregunta: bbe14887-ae6e-43ba-9fe4-3faf08492690

83. Mujer de 60 años. En la revisión rutinaria se detecta una masa móvil en pelvis. El estudio ecográfico pone de manifiesto, como único hallazgo, una lesión quística de 70 mm. con proliferaciones papilares internas y dependiente de ovario derecho. El marcador tumoral Cal25 es de 70 U/mL (normal < 35 U/ml). ¿Cuál es la conducta diagnóstico/terapéutica adecuada?:

1. Control evolutivo mediante seriación ecográfica y del nivel del marcador.
2. Estudio citológico de la lesión mediante punción aspiración con aguja fina.
3. Tratamiento quirúrgico: anexectomía y estudio intraoperatorio de la lesión.
4. Tratamiento quirúrgico: quistectomía y estudio intraoperatorio de la lesión.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

El cuadro que nos describen es compatible con un tumor de ovario, no sólo desde el punto de vista clínico (masa móvil en pelvis), sino también ecográfico. Por otra parte, el Ca 125 es un marcador tumoral cuya elevación respalda también este diagnóstico. En consecuencia, habría que dirigir el estudio hacia esta enfermedad. Las respuestas 1, 2 y 3 se descartan, pues necesitaremos material suficiente para un estudio histológico adecuado (la PAAF no es suficiente, pues la célula aislada no basta para caracterizar de qué tipo de tumor se trata). Entre las opciones 4 y 5, es preferible la 4, pues en una mujer de 60 años no hay motivo para extirpar sólo la masa y preservar los anejos.

-----o-----
Info Pregunta: 982d27e0-1bc6-4c7b-ae18-3ff49945eb94

84. De las variedades de presentación de nalgas, ¿cuál es la más frecuente?

1. Nalgas completas.
2. Nalgas incompletas.
3. Nalgas puras.
4. Rodillas.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Las nalgas puras es la variedad más frecuente. Recuerda que, junto con las nalgas completas, son las únicas en las que se permitirá el parto vaginal si el resto de los requisitos se cumplen. Las presentaciones de pies o de las rodillas se incluyen dentro de las nalgas incompletas y contraindican la vía vaginal.

-----o-----
Info Pregunta: b175873f-3e1c-40df-a62a-40420dc4b70a

85. ¿Cuál es la terapéutica recomendada en una paciente con cáncer de ovario?:

1. Radioterapia.
2. Cirugía citorreductora y quimioterapia.
3. Hormonoterapia.
4. Cirugía sin tratamiento quimioterápico.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Junto al objetivo fundamental de la exéresis adecuada del tumor, la cirugía en el cáncer de ovario posee un papel transcendental en la estadificación de la enfermedad.

Procedimientos quirúrgicos para la estadificación del cáncer de ovario

- Abordaje quirúrgico amplio: LAPAROTOMÍA(opción preferente)/ laparoscopia(opción aceptable).
- Lavado peritoneal (citología) preferiblemente por compartimentos anatómicos.

- Inspección intra-abdominal y palpación de todas las superficies peritoneales y mesentéricas: hígado, estómago, vesícula, bazo y riñones.

- Biopsias peritoneales de zonas sospechosas o aleatorias en su defecto.

- Omentectomía.

- Histerectomía total adominal con anexectomía bilateral.

* En pacientes con deseo reproductivo, estadio FIGO IA/IB y bajo grado histológico (en particular carcinomas endometrioides GI y mucinosos borderline o carcinomas GI-II) es aceptable practicar una estadificación completa preservando útero y/o ovario contralateral con finalidad reproductiva posterior

- Linfadenectomía pélvica y paraórtica, a lo largo de vasos iliacos, aorta y cava entre arteria mesentérica inferior y vena renal izquierda.

- Apendicectomía(en tumores mucinosos)

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

La mayoría de pacientes con cáncer epitelial de ovario en estadios precoces recibirán quimioterapia adyuvante.

-Las pacientes de bajo riesgo, **estadios IA-IB grado I** y una correcta cirugía de estadificación, **no** requieren tratamiento adyuvante.

-Existe aún bastante discordancia respecto a estos mismos estadios IA-IB con moderado grado de diferenciación, moderado riesgo, para los que se puede recomendar observación o quimioterapia adyuvante.

-Para el grupo de alto riesgo: estadio **IA-IB mal diferenciados; los estadios IC y II o cualquier estadio con histología de células claras**, el alto riesgo de recidiva (20-30%) justifica el tratamiento con quimioterapia adyuvante.

- Las pautas recomendadas son las mismas que se utilizan en la enfermedad avanzada, la asociación de platino (preferentemente **carboplatino**) y **paclitaxel** (3-6 ciclos).

-----o-----

Info Pregunta: 9d2292f6-442f-4b69-b4d6-4249c403060d

86. Con respecto a la transmisión vertical materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana, ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?:

1. El tratamiento antirretroviral durante la gestación disminuye la trasmisión del VIH al niño.
2. El VIH no se transmite a través de la leche materna.
3. El tratamiento antirretroviral al niño tras el parto está contraindicado.
4. Las mujeres gestantes con infección por el VIH no deben ser tratadas con antirretrovirales.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Pregunta muy fácil sobre el tema más importante de infecciosas durante los últimos años, la infección por VIH.

El VIH tiene tres formas principales de transmisión: sexual (la más frecuente), a través de la sangre y sus derivados y vertical. Dentro de la transmisión vertical la infección se puede transmitir durante el embarazo (más frecuente en el tercer trimestre), parto y mediante la lactancia (contraindicada en los países desarrollados; respuesta 2 incorrecta). El tratamiento de la embarazada con triple terapia durante la gestación y con zidovudina durante el parto así como la realización de cesárea si la carga viral es superior a 1000 copias / ml han conseguido disminuir la transmisión materno- infantil de un 20- 30% a menos de un 1% (respuesta 4 incorrecta; respuesta 1 correcta). Además el tratamiento del recién nacido con zidovudina durante las 6 primeras semanas de vida puede disminuir aún más la viremia y por lo tanto la transmisión del VIH (respuesta 3 incorrecta).

-----o-----

Info Pregunta: 9671d799-d8fc-477d-9fb6-42bf874b63e6

87. En relación con los cambios metabólicos que se producen a lo largo del embarazo, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. El calcio, fósforo, hierro y magnesio se encuentran descendidos.
2. Aumenta el colesterol.
3. En mujeres diabéticas, durante la primera mitad del embarazo, existe un aumento de las necesidades de insulina.
4. Aumenta la fosfatasa alcalina.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Pregunta sobre los cambios metabólicos durante el embarazo que no entraña dificultad. Durante la gestación, la mayoría de los iones se encuentran descendidos como el calcio, fósforo, hierro y magnesio (el cobre está aumentado, y el zinc no se sabe). También está aumentada la fosfatasa alcalina ya que existe síntesis placentaria, con lo que valores del doble de la normalidad (600 U/l) no deben alarmarnos. Los lípidos también están aumentados, tanto los triglicéridos como el colesterol total. El lactógeno placentario (HPL) es una de las hormonas más importantes durante el embarazo encargada de asegurar el aporte de glucosa al feto; así, es una hormona con acción diabetógena antiinsulínica. Por lo tanto, la opción falsa es la 3; recuerda que el HPL se sintetiza a los 5- 6 días postimplantación y su curva va creciendo a lo largo del embarazo hasta un pico en las semanas 34- 36. Así, al principio de la gestación habrá menos necesidades de insulina (al haber menos HPL), siendo la primera mitad del embarazo de predominio anabólico.

-----o-----

Info Pregunta: 0e080488-914b-47f8-8291-43860b341a6f

88. ¿Cuál de las siguientes sustancias es la más adecuada para el tratamiento del hirsutismo, que se asocia a los ovarios poliquísticos?:

1. Clomifeno.
2. Acetato de ciproterona.
3. Corticoides.
4. Gonadotrofinas.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Esta pregunta es muy importante porque debes conocer perfectamente el síndrome de ovario poliquístico y sus alteraciones hormonales. Es una afección muy frecuente en que está aumentada la LH con niveles de FSH bajos o inferiores a lo normal, por lo que aumenta la relación LH/FSH ($>2,5$). La LH aumentada estimula la teca, produciendo más andrógenos (también hay una sobreproducción suprarrenal), que va a provocar obesidad, hirsutismo y anovulación. Para el tratamiento sintomático del hirsutismo damos anticonceptivos orales, que disminuyen la producción de esteroides suprarrenales y ováricos, reduciendo el hirsutismo en 2/3 de los pacientes. A veces se añaden antiandrógenos como la espironolactona, acetato de ciproterona, flutamida, cimetidina, finasteride....

-----o-----
Info Pregunta: 4dfa0cae-9bfa-46f3-a5a3-448140121054

89. En relación con la HCG placentaria, NO es verdad:

1. Se demuestra en sangre materna a los diez días del pico ovulatorio.
2. Se alcanzan los máximos niveles a la 10-12 semana.
3. Empieza a decaer en el tercer trimestre.
4. Las concentraciones de HCG en placenta son similares a las séricas.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

La hCG la hormona encargada de mantener el cuerpo lúteo. Tiene una función biológica parecida a la LH. Se detecta en sangre materna tras la implantación, lo que puede emplearse para el diagnóstico de embarazo. Sus niveles aumentan a lo largo del primer trimestre alcanzando el máximo alrededor de la 10ª semana (50.000 mUI/ml), para disminuir a partir de este momento (respuesta 3 falsa). Las acciones principales de esta hormona son:

- Función luteotrófica: sin duda la más importante. Mantiene el cuerpo lúteo las primeras semanas hasta que la placenta es capaz de sintetizar progesterona.
- Esteroidogénesis: interviene en la síntesis de gestágenos, andrógenos (estimulación de la secreción de testosterona por el testículo fetal, y de DHEAS por la suprarrenal), así como cierta acción FSH- like a nivel del ovario fetal. También tiene una acción tirotrópica (TSH- like), lo que justifica el aumento del tamaño del tiroides durante el embarazo.

-----o-----
Info Pregunta: e260d3dd-b0d5-4ee5-85fd-44b180aa5a30

90. El protocolo de cáncer de ovario NO incluye:

1. Omentectomía.
2. Múltiples biopsias peritoneales.
3. Esplenectomía.
4. Histerectomía.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

El tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario es muy extenso, y sólo tras él podemos realizar una correcta

estadificación del tumor. Incluye histerectomía con doble anexectomía, linfadenectomía pélvica (iliacas comunes y externas) y paraaórtica, omentectomía y apendicectomía, lavado y aspiración de líquido peritoneal, biopsias peritoneales y biopsia de lesiones sospechosas. Por tanto, la esplenectomía queda excluida del tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario.

-----o-----

Info Pregunta: 67d4426b-400e-4648-bee0-44df15948dae

91. El aumento patológico de alfafetoproteína en el suero de la gestante puede asociarse a:

1. Hipertiroidismo materno.
2. Colestasis intrahepática del embarazo
3. Malformaciones fetales del SN.
4. Incompatibilidad Rh.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Pregunta sobre el screening bioquímico del segundo trimestre. La alfafetoproteína está elevada característicamente en madres con fetos portadores de defectos del tubo neural (opción 3 correcta), como el mielomeningocele. Conviene aclarar que, en el embarazo gemelar, el nivel de alfafetoproteína es mayor que en la gestación única (lógicamente), pero no estará en rango patológico. Recordarte que la alfafetoproteína está muy descendida en la gestante con feto con síndrome de Down, y que la podemos encontrar elevada en mujeres con un tipo de tumor de ovario germinal como el del seno endodérmico (tumor de muy mal pronóstico).

-----o-----

Info Pregunta: 23db4544-2f26-4d4d-8abd-45a41b026a45

92. ¿Cuál de los siguientes se sintetiza fundamentalmente en la grasa periférica?:

1. Estriol.
2. Estrona.
3. Sulfato de DHEA.
4. 17-OH-Progesterona.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

La estrona es el estrógeno más importante de la menopausia porque los ovarios dejan de producir estradiol. La estrona es el estrógeno que se produce en la grasa periférica. Este conocimiento nos permite explicar otras patologías como por ejemplo que la osteoporosis sea menos frecuentes en las mujeres obesas porque van a tener más cantidad de estrógenos gracias a la estrona (justamente la falta de estrógenos es lo que produce que haya un balance negativo del calcio por aumento de la reabsorción ósea).

-----o-----

Info Pregunta: b94a7bbc-fce7-4c93-aa55-463d965836a6

93. El síndrome de Asherman se produce por:

1. Hipoplasia uterina.
2. Miomatosis uterina múltiple.
3. Legrados uterinos repetidos.
4. Incompetencia cervical.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Debes recordar que el síndrome de Asherman es una causa de amenorrea secundaria (falta de menstruación de más de 3 meses en una mujer que previamente ha tenido regla), que está producida por sinequias uterinas tras legrado. En el diagnóstico diferencial se presentaría como una mujer con amenorrea con prueba de embarazo negativa, TSH y PRL normales que no menstrúa ni tras el test con progesterona ni tras el test con anovulatorios orales.

-----o-----

Info Pregunta: 6479ce32-70c0-409c-9ad6-467c8359547d

94. El síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser se caracteriza por los siguientes hechos, EXCEPTO:

1. gónadas normales, funcionantes y desarrollo puberal normal
2. Cariotipo 46, XY.
3. ausencia congénita parcial o total de útero.
4. Malformaciones renales asociadas.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER: es la segunda causa más frecuente de amenorrea primaria.

Cariotipo: 46 XX.

Fenotipo: femenino.

Consiste en la ausencia parcial o completa del desarrollo de los conductos de Müller, lo que da lugar a la ausencia congénita parcial o total de útero y/o vagina, con gónadas normales y funcionantes y desarrollo puberal normal.

Se asocia a anomalías renales (30%) y/o esqueléticas (12%).

-----o-----

Info Pregunta: 4e532a15-a476-4db5-9a89-46e730b2cc21

95. Una paciente de 13 años acude a la Urgencia de Pediatría por dolor hipogástrico severo, que ya le había sucedido otras veces en el último año. Se evidencia una masa de

15 cm en la pelvis menor. La ecografía la describe como quística, con contenido de ecogenicidad intermedia, y no se observa útero ni ovarios. Los genitales externos son normales, así como el vello genital. Entre los labios menores se ve una zona oscurecida a tensión. ¿Qué puede ser?:

1. Tabique vaginal transverso.
2. Sarcoma botrioides quístico.
3. Quiste de Gardner.
4. Himen imperforado.

Resp. Correcta: 4

Comentario: Lo más importante de las amenorreas es conocer su diagnóstico diferencial, además debe conocer unos datos básicos de las causas más frecuentes o más características. El diagnóstico del himen imperforado se basa en la exploración genital que se debe realizar a toda niña prepúber en la primera visita al pediatra. El acúmulo menstrual retenido puede producir dolor abdominal. Cura con la incisión y evacuación del contenido vaginal.

-----O-----
Info Pregunta: ecabf7b7-76bb-4e37-85e4-479aa5d303ef

96. Mujer de 68 años que comienza con clínica de aumento del diámetro abdominal desde hace 5 meses, que se acompaña de dolor en los últimos 15 días. Tras realizar las exploraciones pertinentes, se la diagnostica de cáncer de ovario de tipo cistoadenocarcinoma seroso, en estadio IIb. Se le realiza tratamiento quirúrgico, sin dejar ningún resto tumoral. ¿Cómo completaría el tratamiento?:

1. No necesita más tratamiento.
2. Radioterapia abdominal.
3. Poliquimioterapia adyuvante.
4. Radioterapia más quimioterapia con cisplatino.

Resp. Correcta: 3

Comentario: El tratamiento del cáncer de ovario es fundamentalmente quirúrgico, independientemente del tipo histológico. La cirugía ha de ser todo lo completa que la extensión tumoral nos permita. Recuerda la excepción del tratamiento quirúrgico en caso de estadio IA, G1 en pacientes jóvenes con deseos de descendencia. Generalmente añadimos quimioterapia, salvo en casos muy favorables (IA, IB con buena o moderada diferenciación); raramente usamos radioterapia como primera línea, como sugieren las respuestas 2 y 4. La cirugía de rescate se practicaba si tras la primera cirugía no conseguíamos extirpar por completo el tumor (no, como dice en la respuesta 5, tras recidiva). Actualmente, en desuso.

-----O-----
Info Pregunta: 833534f6-fd8a-470b-9253-47baee643bf9

97. Ingresa a la guardia de obstetricia una paciente de 39 años G4 P3 cursando embarazo de 34 semanas, refiere dolor abdominal y al examen físico: FCF 100 por minuto, tono uterino aumentado, dinámica uterina negativa, sangrado que comienza bruscamente oscuro. Usted piensa en:

1. Placenta Previa.
2. Rotura uterina.
3. Amenaza de parto pretérmino inminente.
4. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Resp. Correcta: 4

Comentario: En la patología del “abruptio placentae” la sangre puede salir al exterior en forma de hemorragia vaginal escasa, o es posible que quede retenida como hematoma retroplacentario. Como consecuencia del aumento del tono de miometrio para contener la hemorragia, el útero puede no relajarse completamente entre las contracciones. Existe la posibilidad de una vaga molestia en hipogastrio y de dolor a la palpación, aunque no siempre ocurre. En algunos casos, la hemorragia externa, normalmente oscura, es el único signo.

-----O-----

Info Pregunta: 11a80261-868d-4429-bb57-481b2375234b

98. El tumor de Krukenberg del ovario:

1. Es metastático de origen pulmonar.
2. Es metastático de origen en vejiga.
3. Es metastático de origen en aparato digestivo.
4. Sólo se presenta pasada la menopausia.

Resp. Correcta: 3

Comentario: Esta pregunta de tumores de ovario no es muy importante, pero no está de más que sepas el tumor de Krukenberg es la metástasis ovárica de un adenocarcinoma del aparato digestivo, normalmente estómago, que se caracteriza por células repletas de moco con aspecto de anillo sello. No todo tumor procedente del aparato digestivo es Krukenberg ya que la denominación tiene una base estrictamente histológica.

-----O-----

Info Pregunta: cca043d4-eee0-44d0-948b-48ef5f6d67ad

99. ¿Cuál de las siguientes patologías es contraindicación absoluta para el uso de la terapia de reemplazo hormonal vía oral?

1. Enfermedad hepática aguda grave
2. Mastopatía fibroquística avanzada
3. Miomatosis uterina importante
4. Hipertrigliceridemia familiar

Resp. Correcta: 1

Comentario: Las contraindicaciones para la terapia hormonal son: cáncer hormono-dependiente (endometrio y mama), sangrado uterino anormal no diagnosticado, Insuficiencia venosa complicada, Insuficiencia hepática, litiasis vesicular, trombofilias, antecedentes de eventos tromboembólicos y dislipemias.

-----O-----

Info Pregunta: 9cc71be7-9d64-4fde-9fd8-4a37e60005d6

100. Una mujer de 30 años, con antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, acude a Urgencias por presentar metrorragia y dolor hipogástrico desde hace unas horas, después de 7 semanas de amenorrea, hemodinámicamente estable. En la exploración se aprecia sangrado a través del orificio cervical externo, útero levemente aumentado de tamaño y engrosamiento anexial derecho. Ante la sospecha diagnóstica más probable, señale cuál de las siguientes pruebas carece de utilidad:

1. Test bioquímico de gestación.
2. Radiografía simple de abdomen.
3. Ecografía ginecológica.
4. Laparoscopia.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Ante la sospecha de gestación, y hasta que se determine si esto es un aborto, una amenaza de aborto o un ectópico, (que parece lo más probable), estará contraindicada la placa de abdomen.

-----o-----

Info Pregunta: 8b35f91a-745b-45bd-ac7a-4aca1dcf40fb

101. ¿Qué patrón es más sugestivo de un síndrome de ovario poliquístico?:

1. FSH 150, LH 90, estradiol 5.
2. FSH 25, LH 105, estradiol 435.
3. FSH 10, LH 35, estradiol 15.
4. FSH 4, LH 5, estradiol 5.

Resp. Correcta: 3

Comentario: Esta pregunta es muy importante porque debes conocer perfectamente el síndrome de ovario poliquístico y sus alteraciones hormonales. Es una afección muy frecuente en que está aumentada la LH con niveles de FSH bajos o inferiores a los normal, por lo que aumenta la relación LH/FSH. Hay un aumento leve de andrógenos, aumento de la estrona (los andrógenos circulantes son convertidos a estrona en la grasa periférica) y descenso del estradiol. La LH aumentada estimula la teca, produciendo más andrógenos (también hay una sobreproducción suprarrenal) que va a provocar obesidad, hirsutismo y anovulación. La insulina estimula la actividad aromataza en la granulosa, convirtiendo los andrógenos de la teca en estrógenos, pero en las mujeres con SOP hay insulinresistencia lo cual contribuye al aumento de andrógenos.

-----o-----

Info Pregunta: 6226c2cc-59d6-42ee-857b-4b82d596785f

102. Mujer de 39 años, con antecedentes obstétricos de cuatro partos por vía vaginal, que en su embarazo actual ha sido diagnosticada de preeclampsia desde la 24ª semana, que se ha controlado adecuadamente con reposo, hidratación y sedación. Actualmente está en su 37ª semana de embarazo y en los últimos días presenta cefalea frontal, dolor epigástrico y oliguria. La T.A. es de 165/105 y hay proteinuria de 2,3 g/24 horas. Indique cuál será la conducta obstétrica más adecuada:

1. Terminación del embarazo inmediatamente mediante cesárea.
2. Indicar terminar la gestación mediante parto vaginal.
3. Esperar a que se desencadene el parto espontáneamente.
4. Esperar hasta la 40ª semana para inducir el parto.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

La finalización de la gestación constituye el único tratamiento definitivo para la preeclampsia, y el tratamiento de elección ante cualquier paciente con preeclampsia a término (independientemente del grado de severidad) o en gestación pretérmino con enfermedad grave no controlable.

La vía de parto de elección es la vaginal (salvo contraindicación obstétrica).

-----o-----

Info Pregunta: 92883580-b63a-43c9-9e66-4cb876192549

103. Gestante de 37 semanas a la que se le practica monitorización fetal no estresante con el siguiente resultado: frecuencia cardíaca fetal 135 lpm, ondulatoria normal, movimientos fetales escasos, sin ascensos en la frecuencia cardíaca y sin deceleraciones. ¿Qué actitud adoptaría?:

1. Cesárea urgente.
2. Amnioscopia.
3. Amniocentesis tardía.
4. Prueba de Pose.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Tenemos un caso clínico en el que se nos presenta una gestante a término que mientras se le realiza un RCTG no estresante observamos una frecuencia cardíaca normal (120- 160 lat/min), con buena variabilidad (10- 25 lat/min), ausencia de deceleraciones, pero con movimientos fetales escasos y ausencia de ascensos. En resumen, es un feto con un RAF negativo, por lo que debemos indicar una prueba de Pose (opción correcta la 5) o RCTG Estresante, y en función de su resultado se valoraría terminar la gestación (opciones 1 y 2) o no. La amniocentesis tardía no estaría indicada ya que es un feto a término con lo que se supone que sus pulmones tienen madurez. La amnioscopia (opción 3) nos podría plantear dudas, pero no es la opción correcta ya que se debe realizar por norma en todas las gestantes a término, independientemente del RAF en el RCTG.

-----o-----

Info Pregunta: 5375aec8-4ce8-4712-82b9-4cf3c8fc03ed

104. ¿Cuál NO es un mecanismo de acción de los anticonceptivos a base de estrógenos y progesterona?:

1. Suprimen los factores hipotalámicos liberadores de gonadotropinas
2. Evita la ovulación al suprimir liberación de LH
3. Evitan la secreción de moco cervical

4. Promueven que el endometrio sea poco favorable a la implantación

Resp. Correcta: 3

Comentario: Los anticonceptivos hormonales a base de estrógeno y un progestágeno, disminuyen la GnRH, ya que producen un feedback negativo que inhibe la liberación hipotalámica de GnRH, impidiendo el pico ovulatorio de LH, ya que anulan la secreción pulsátil de GnRH, responsable del pico preovulatorio de LH. En el ovario inhiben la ovulación, puesto que no se ha producido el pico preovulatorio de LH. Cambian la capacitación espermática, espesan el moco cervical y alteran el medio vaginal. Varían la contracción uterina, dificultando el transporte de los espermatozoides.

-----O-----

Info Pregunta: a2bb929e-cf90-4851-8af6-4d3370897f3e

105. La aparición de un patrón de desaceleración variable o Dip III en la monitorización tocográfica de una embarazada es indicativo de:

1. Compresión del cordón umbilical.
2. Enfermedad hemolítica perinatal.
3. Rotura uterina.
4. Sufrimiento fetal grave.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Una pregunta muy importante sobre los tipos de deceleraciones. Conceptualmente, una deceleración es un descenso de la línea de base de más de 15 lpm, durante más de 15- 20 segundos. Las deceleraciones NO deben estar presentes en condiciones normales. No obstante, el significado de cada tipo de deceleración es absolutamente distinto. Debes conocer tres:

- **Deceleraciones precoces (DIPS tipo I):** Aparecen a la vez que la contracción uterina. Son las más frecuentes. Suelen deberse a la estimulación vagal, por compresión de la cabeza fetal.

- **Deceleraciones tardías (DIPS tipo II):** Existe un decalaje de unos 20 segundos entre la contracción uterina y la deceleración (ver imagen). Orientan a acidosis fetal (peor pronóstico). Si ves DIPS tipo II, debes realizar una microtoma fetal para medir el pH.

- **Deceleraciones variables (DIPS umbilicales):** Son inconstantes en morfología y sincronía. Sugieren patología de cordón, y el pronóstico es intermedio entre las I y II (respuesta 2 correcta).

-----O-----

Info Pregunta: 4aa7a599-033e-4cd4-a9fc-4d73c440c1a8

106. En una paciente con tumoración ovárica, ascitis y derrame pleural, ¿cómo se denomina este cuadro?:

1. Síndrome de Kallman.
2. Síndrome de Asherman.
3. Síndrome de Meigs.
4. Síndrome de Morris.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Esta pregunta no tiene mucha relevancia, pero hay ciertos síndromes con nombre propio que nos deben sonar. El cuadro que nos describen: tumoración ovárica, ascitis y derrame pleural se denomina síndrome de Meigs y su causa más frecuente es el fibroma. Los otros cuatro síndromes son causa de amenorrea. En el síndrome de Morris, conocido también como síndrome de feminización testicular o pseudohermafroditismo masculino, hay una insensibilidad a los andrógenos por déficit de sus receptores. Son individuos 46 XY con testículos no descendidos aunque bien conformados (con riesgo de disgerminoma) y fenotipo femenino. El síndrome de Asherman es la amenorrea secundaria a bridas tras legrado. En el síndrome de Kallman hay anosmia e hipogonadismo hipogonadotrofo. El síndrome de Sheehan consiste en amenorrea postparto por infarto hipofisario.

-----o-----
Info Pregunta: 59823b91-2a72-4089-8785-4d9c74d22299

107. Una prueba de POSE o de la oxitocina se considera positiva cuando:

1. Aparecen desaceleraciones tardías o variables graves en menos del 30% de las contracciones.
2. Ante cualquier contracción aparece una desaceleración.
3. Aparición de desaceleraciones precoces con todas las contracciones.
4. Aparición de desaceleraciones tardías en el 30% de las contracciones o desaceleraciones variables graves con todas las contracciones.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Pregunta sobre la monitorización fetal estresante que puede entrañar dificultad si no sabemos los rangos de normalidad. Recuerda que la prueba de Pose o de tolerancia a la oxitocina la realizamos cuando en la MFNE vemos un RAF negativo. La prueba de Pose es positiva o patológica cuando, tras conseguir 10 contracciones en el registro, aparecen tres o más deceleraciones tardías o dips II (o >30% de dips II en el registro). Por lo tanto, la opción correcta es la 4. Te recordamos que será negativa si no aparecen dips II o aparecen menos de 2 en 10 contracciones (<20% de dips II en el registro).

-----o-----
Info Pregunta: 7c703028-c18b-48d1-8169-4f4ea88c7851

108. Una mujer de 29 años consulta por una secreción vaginal anormal con mal olor, irritación local, prurito con la ropa ajustada. NPS 4, G2 A1 P1. En la exploración se observa una abundante secreción blanco-grisácea, que no se adhiere a las paredes vaginales. Al mezclar una muestra de la secreción con una gota de hidróxido potásico al 10% se aprecia claramente el mal olor referido. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento de elección?

1. Amoxicilina con ácido clavulánico por vía oral.
2. Clotrimazol por vía intravaginal.
3. Clindamicina por vía intravaginal.
4. Fluconazol por vía oral.

Resp. Correcta: 3

Comentario: La paciente presenta un cuadro clásico de vaginosis bacteriana, reciben tratamiento toda paciente sintomática, los recomendados sería: Metronidazol 2 gr VO dosis única o Clindamicina crema 2%, aplicador completo (5g) intravaginal cada 24 horas durante 7 días.

-----o-----
Info Pregunta: a0e8a2ac-4439-46c6-a55d-5014ba0efd21

109. Una de las siguientes NO es complicación frecuente del abruptio:

1. CID.
2. Insuficiencia renal.
3. Síndrome de Sheehan.
4. Pielonefritis.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Como complicaciones del abruptio, se han descrito todas las respuestas, excepto la pielonefritis (opción 5). Las más frecuentes son la CID y la insuficiencia renal. La CID también se presenta en abortos diferidos y la patogenia es similar en ambos casos: liberación y paso de tromboplastinas fetales a circulación materna. El tratamiento consiste en una adecuada reposición de factores de coagulación y fibrinógeno, al mismo tiempo procedemos a la evacuación inmediata del útero, mediante la realización de una cesárea. El shock y el síndrome de Sheehan son complicaciones más raras y se deben a una atonía uterina secundaria a un útero de Couvelaire.

-----o-----
Info Pregunta: f74eadc1-73f7-41c7-87ed-5058fafa5f1a

110. Mujer de 44 años de edad, con antecedentes de dos embarazos normales y ningún dato patológico destacable en su historia ginecológica. Acude a la consulta para revisión refiriendo que ha sido controlada en medicina interna para descartar un cáncer de colon no poliposo hereditario (síndrome de Lynch tipo II). Esta paciente tiene un elevado riesgo de padecer un cáncer de colon a lo largo de su vida, pero también tiene un mayor riesgo de padecer otros tipos de neoplasias. Señale cuál de los siguientes cánceres ginecológicos es el que implica un mayor riesgo de presentación en esta paciente:

1. Cáncer de mama.
2. Cáncer de vulva.
3. Cáncer de endometrio.
4. Cáncer de cuello uterino.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Cuando se diagnostique un cáncer de endometrio en una mujer con una edad inferior a los 50

años se deberá considerar la posibilidad de que la paciente sea portadora de un síndrome de predisposición familiar al cáncer como el síndrome de Lynch.

-----o-----

Info Pregunta: 955a78aa-d00c-40c6-a703-505de633e3eb

111. Todas las siguientes pacientes pueden tomar anovulatorios, EXCEPTO:

1. 37 años.
2. 32 años, fumadora de 15 cig /d desde hace 10 años.
3. 36 años, fumadora de 15 cig/d desde hace 10 años
4. 16 años, nuligesta.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Los anticonceptivos hormonales combinados **no deben ser usados, es decir, están contraindicados en las siguientes situaciones:**

- . Lactancia materna en las primeras 6 semanas.
- . **Tabaquismo de más de 15 cigarrillos/día en mayores de 35 años.**
- . **Obesidad >40 IMC.**
- . Múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaco, diabetes, hipertensión, perímetro cintura >88 cm.)
- . Hipertensión arterial no controlada: sistólica mayor de 160 mm Hg o diastólica mayor de 100 mm Hg.
- . Antecedentes personales de trombosis venosa profunda (TEV) o embolismo pulmonar (EP). TEV/EP actual.
- . Cirugía mayor con inmovilidad prolongada. ***Ante la realización de tratamientos quirúrgicos que lleven asociados periodos de inmovilización se ha de suspender el uso de AHC cuatro semanas antes de la misma.***
- . Trombofilia familiar diagnosticada: situaciones en las que existen mutaciones de genes con carácter trombogénico.
- . Cardiopatía isquémica. Ictus isquémico.
- . Valvulopatía complicada con hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis o prótesis metálicas.
- . Diabetes Mellitus de más de 20 años de evolución o asociada con vasculopatía, neuropatía o nefropatía.
- . Cefaleas migrañosas con aura. Migraña sin aura en mayores de 35 años.
- . Historia actual de cáncer de mama (últimos 5 años).
- . Hepatitis viral activa. Cirrosis descompensada. Adenoma hepático o hepatocarcinoma.

Info Pregunta: 4967930d-77a3-443c-9991-51854d32806d

112. Mujer de 59 años que acude a realizarse la mamografía del programa de screening de cáncer de mama. Se observa un nódulo de dos cm de diámetro, con bordes espiculados y con microcalcificaciones agrupadas en su interior. La anatomía patológica de la BAG confirma que se trata de un carcinoma infiltrante tipo no especial (NST/NOS), con receptores hormonales negativos, Her2 neu negativo. Se realiza PAAF de una adenopatía axilar con resultado de negativo para malignidad. Tras realizar tumorectomía de mama con B.I.O. que confirma un carcinoma infiltrante de 2,3cm con márgenes negativos para malignidad y 2 ganglios centinela positivos para metástasis. Indique cómo completaría el tratamiento:

1. Radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia.
2. Mastectomía con linfadenectomía y quimioterapia
3. Quimioterapia seguida de radioterapia.
4. Linfadenectomía axilar nivel I y II de Berg , quimioterapia y finalmente radioterapia

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Está claro que la mujer precisará radioterapia, como siempre que realizamos una resección conservadora.

Por otra parte, ante la afectación del ganglio centinela la intervención debe completarse con linfadenectomía axilar.

También es necesario administrar quimioterapia, ya que existen ganglios linfáticos con invasión tumoral y se trata de un tumor triple negativo.

Sin embargo, dada la negatividad para receptores hormonales en el tumor, no podemos tratar con hormonoterapia. Y lo mismo con trastuzumab debido a ser un tumor her2 negativo.

Info Pregunta: 887bd65b-0344-4386-9d8f-51855bb97c70

113. Una paciente de 23 años que cursa embarazo de 24 semanas, 1(G2P1), acude al control prenatal con los siguientes resultados de estudios complementarios: hematocrito: 34%, hemoglobina: 12 g/dl, plaquetas: 180.000 mm³, leucocitos: 10.500 mm³, urocultivo: negativo, serología para toxoplasmosis IgG negativa, serología para chagas negativa, VDRL positivo 2 dils. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

1. Tratamiento con Penicilina G cristalina durante 10 días debido al diagnóstico de sífilis materna y al tiempo de embarazo
2. Tratamiento con Penicilina benzatínica 2.400.000 semanal (3 dosis) por el diagnóstico de sífilis materna
3. Descartar el diagnóstico de sífilis materna ya que puede tratarse de un valor falso positivo de VDRL debido al estado gravídico

4. Solicitar anticuerpos treponémicos para confirmar el diagnóstico de sífilis materna

Resp. Correcta: 4

Comentario: La serología para sífilis es obligatoria en el primer trimestre. Se realizarán pruebas no treponémicas y si, éstas resultan positivas, se harán pruebas treponémicas. Si son positivas, se procederá con el tratamiento con penicilina lo más precoz posible, ya que, si se realiza antes de la semana 16, evita la sífilis congénita.

-----o-----

Info Pregunta: c7b64449-d2c3-4257-bc2a-519d86398ca9

114. El síndrome de feminización testicular de Morris se caracteriza por todo lo siguiente EXCEPTO:

1. Cromosoma XO.
2. Amenorrea primaria.
3. Ausencia de vello axilar y pubiano
4. Niveles de testosterona similar a los varones, con fenotipo femenino.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

SÍNDROME DE FEMINIZACIÓN TESTICULAR (Síndrome de Morris): se caracteriza por una insensibilidad completa del órgano diana a los andrógenos. Se trata de una adolescente con cariotipo 46 XY, que posee testículo normofuncionante con secreción de testosterona en cantidades normales que se metaboliza a estrógenos y estos son los responsables del desarrollo mamario en estas pacientes.

La secreción de factor inhibidor mulleriano (MIF) es la responsable de la ausencia de útero y vagina. Se debe practicar gonadectomía una vez completado el desarrollo puberal.

-----o-----

Info Pregunta: c340c8ce-faf6-454b-ae40-51f7159240d7

115. La causa más frecuente de amenorrea secundaria es:

1. Amenorrea de origen central.
2. Síndrome del ovario poliquístico.
3. Hipotiroidismo.
4. Hiperprolactinemia.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

El síndrome del ovario poliquístico (SOP) es la endocrinopatía más frecuente de las mujeres en edad reproductiva, con una incidencia del 6 al 21% en población no seleccionada, representando la forma más común de anovulación crónica. Descrito por Stein y Leventhal.

Un concepto cada vez más extendido es que cuando nos encontramos ante un cuadro de anovulación o disovulación crónica estaremos casi siempre ante un SOP siempre que no se demuestre lo contrario, es decir siempre que se excluyan otras patologías que cursen con alteraciones menstruales, hiperandrogenismo clínico o bioquímico y/o ovario multi/polifolicular.

-----o-----

Info Pregunta: db4aa6dd-8dca-4022-b3c3-52705018a440

116. Son signos de hipoxia perinatal todos, EXCEPTO:

1. FC baja.
2. ph <7,20.
3. Dips tipo I.
4. Líquido amniótico teñido de meconio.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Pregunta fácil sobre la monitorización fetal intraparto. En esta pregunta se nos muestran distintos signos de sufrimiento fetal intraparto. La bradicardia fetal es uno de los signos más importantes de sufrimiento fetal, al igual que la taquicardia. Una disminución de la variabilidad nos hace pensar en una hipoxia, en una hipoglucemia o fármacos depresores del SNC.

Una microtoma de sangre fetal menor de 7,20 indica acidosis fetal moderada- grave, por lo que existe sufrimiento fetal. Cuando existe LA meconial, debemos sospechar la existencia de sufrimiento fetal, y por ello deberemos realizar microtoma de sangre fetal que será la que nos confirme si existe o no dicho sufrimiento. Lo que no indica sufrimiento fetal son los dips de tipo I, que son debidos a estímulos del parasimpático fetal, sobretodo por compresión de la cabeza fetal en las últimas fases del parto.

-----o-----

Info Pregunta: 6dea569a-c88a-44f9-9a3c-5347f2c7e714

117. La mejor herramienta para el diagnóstico del desprendimiento prematura de la placenta normalmente inserta es:

1. El ultrasonido
2. La monitoría fetal electrónica
3. La resonancia nuclear magnética
4. El cuadro clínico

Resp. Correcta: 4

Comentario: En esta patología obstétrica prima la clínica para realizar el diagnóstico. El ultrasonido no ha mostrado un buen rendimiento diagnóstico y teniendo en cuenta las características de la presentación y la necesidad de tomar decisiones rápidamente, es necesario tener una buena aproximación clínica para realizar el diagnóstico.

Info Pregunta: b8d4629f-8b77-4284-b407-53f560d42224

118. ¿Cuál de estos factores maternos NO incluiría como posible favorecedor de la placenta previa?:

1. Multiparidad.
2. Cesáreas anteriores y cirugías uterinas.
3. Antecedentes de mola hidatídica.
4. Placenta previa anterior.

Resp. Correcta: 3

Comentario: Entre los factores favorecedores de placenta previa encontramos el embarazo múltiple y el tabaquismo ya que en estos casos las placentas son hipertróficas y por tanto existe mayor riesgo de que sea previa. La paridad y la edad materna también la favorecen junto a la existencia de cicatrices uterinas ya sean por cesáreas anteriores o por otras intervenciones.

Info Pregunta: c8cfbdc7-edaa-4dc9-988f-54698f786a29

119. Señale la afirmación ERRÓNEA sobre el oncogén C-erb B2 (Her-2-neu). Señale cuál:

1. Las pacientes con cánceres que lo sobreexpresan pueden ser tratadas con trastuzumab.
2. Los cánceres de mama en los que se sobreexpresa tienen mejor pronóstico.
3. Los tumores que sobreexpresan Her 2 se benefician de la adición de Trastuzumab y Pertuzumab a la quimioterapia neoadyuvante con un porcentaje de respuesta completas de >60 %
4. La sobreexpresión de Her 2 se considera un factor de respuesta a la quimioterapia.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

El protooncogén HER2/neu, que codifica un receptor del factor de crecimiento transmembrana, está sobreexpresado en el 15-25 % de los cánceres invasivos y por encima del 80 % en los cánceres no invasivos, y su producto es homólogo con el EGFR.

La presencia de sobreexpresión o amplificación de HER2 constituye un factor pronóstico desfavorable en ausencia de tratamiento específico.

Info Pregunta: 47fd0433-6cf8-474c-97ae-553efcf67e7f

120. Paciente de 23 años con embarazo de 30 semanas, en el control prenatal se encuentra TA de 140/90 en la primera toma y 135/85 en la segunda toma. Se encuentra totalmente asintomática y el examen físico y obstétrico es normal. El diagnóstico mas adecuado sería:

1. Preeclampsia
2. Hipertensión gestacional
3. Hipertensión transitoria
4. Hipertensión crónica mas preeclampsia sobreagregada

Resp. Correcta: 2

Comentario: La hipertensión gestacional está definida como la hipertensión que se desarrolla por primera vez después de la semana 20 de gestación con TA mayor o igual a 140/90.

-----o-----

Info Pregunta: 6a6a1b2c-68df-463f-84b9-5668aeb314d6

121. ¿Cuál es el tratamiento de elección para la prevención de recurrencia de convulsiones para una paciente que presenta Eclampsia?

1. Fenitoina
2. Coctel lítico
3. Sulfato de Magnesio
4. Diazepam

Resp. Correcta: 3

Comentario: Anticonvulsivantes: el tratamiento de elección en la profilaxis y el tratamiento de las convulsiones es el sulfato de magnesio. Es un fármaco que disminuye la excitabilidad del sistema nervioso central y es un buen anticonvulsivante. Además, tiene una ligera acción hipotensora. Su acción se produce por disminución de la secreción de acetilcolina a nivel de la unión neuromuscular y al mismo tiempo, reduce la sensibilidad de la placa motora a la acetilcolina. Su vía de administración es endovenosa. Su principal problema es el estrecho margen tóxico-terapéutico por lo que se deberán controlar los signos desintoxicación materna.

-----o-----

Info Pregunta: cdb05d8f-5725-4cce-8ac1-57521799bb4c

122. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la enfermedad pélvica inflamatoria es INCORRECTA?:

1. La mayoría de las veces se origina por vía ascendente.
2. Para el diagnóstico es imprescindible la toma de cultivo por laparoscopia.
3. Puede tener como secuela la esterilidad.
4. Los gérmenes causantes de la enfermedad más frecuentes son la *Neisseria gonorrhoeae* y la *Chlamydia trachomatis*.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección de útero, trompas y ovarios, de origen bacteriano, que alcanza estas regiones por vía ascendente (respuesta 1 correcta). La causa más frecuente es *Chlamydia trachomatis*, seguida por *Neisseria gonorrhoeae* (respuesta 5 correcta). Obviamente, para padecer esta enfermedad, la promiscuidad es un factor de riesgo muy importante (respuesta 3 correcta).

Clínicamente, se caracteriza por un dolor abdominal bajo, habitualmente bilateral, con leucorrea acompañante. Otros síntomas sistémicos, como fiebre, náuseas y/o vómitos, indican inflamación peritoneal y una afectación clínica más grave. A largo plazo, puede producir alteraciones tubáricas, con fibrosis y retracción, y secundariamente esterilidad (respuesta 4 correcta). Otra complicación, menos grave pero más frecuente, sería el dolor pélvico crónico.

El diagnóstico de EIP es fundamentalmente clínico (dolor abdominal bajo + leucorrea, con o sin fiebre). La laparoscopia es, sin duda, el método diagnóstico más seguro, pero sólo se hace en casos muy puntuales (dudas importantes, diagnóstico diferencial con otras patologías), dado que es un método caro y complejo (respuesta 2 falsa).

El tratamiento ideal es prevenir la transmisión de ETS. Una vez instaurado el cuadro, pautaríamos antibioterapia dirigida a los microorganismos más implicados (ceftriaxona + doxiciclina, por ejemplo).

-----o-----

Info Pregunta: 2bf99df8-b648-4de6-9a32-587ee71a9b5f

123. Ante una secundigesta de 32.4 semanas de amenorrea, con una cesárea anterior hace 2 años por presentación podálica, que acude a urgencias de Obstetricia por sangrado genital en cantidad similar a regla , señale en cual de las siguientes entidades sería menos probable la afectación del bienestar fetal.

1. Placenta previa
2. DPPNI
3. Rotura uterina
4. Rotura de vasos previos

Resp. Correcta: 1

Comentario: El síntoma característico de la placenta previa es la hemorragia indolora de sangre roja brillante (60%) y de intensidad variable. Los episodios de sangrado pueden repetirse e ir intensificándose según avanza la gestación. Los episodios de sangrado no se suelen acompañar de signos de pérdida del bienestar fetal a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause un shock hipovolémico en la gestante y por ello afecte al volumen . La rotura de vasos previos, se caracteriza por la aparición de la hemorragia justo tras la rotura de las membranas y que afecta rápidamente al feto. La frecuencia de rotura uterina durante el embarazo es muy baja. El antecedente de una operación anterior sobre el útero (cesárea, miomectomía), el cuadro de abdomen agudo, la palpación superficial de las partes fetales, el cuadro de shock, inclinarán el diagnóstico hacia la rotura uterina.

-----o-----

Info Pregunta: 1bb69019-acdf-4624-9360-58b48c232bd4

124. La dismenorrea suele ceder con la administración de:

1. Citrato de piperacina
2. Valerianato de estradiol
3. Gestrinona
4. Anticonceptivos hormonales orales

Resp. Correcta: 4

Comentario: Los anticonceptivos hormonales, regulan el ciclo menstrual, por lo que resultan útiles en el manejo de las hemorragias disfuncionales. Entre otros beneficios también disminuyen el sangrado menstrual, en el tratamiento de menorragias e hipermenorreas funcionales, disminuyendo la incidencia de anemia ferropénica de origen ginecológico. Mejoran la dismenorrea y el dolor periovulatorio. En algunas mujeres pueden resultar eficaces para el síndrome premenstrual al aliviar algunos de sus síntomas.

-----o-----

Info Pregunta: bad8747f-4318-4fe7-bac3-597e86643841

125. Se considera el patrón de reactividad en la monitorización fetal no estresante cuando se cumplen todos los siguientes requisitos, EXCEPTO uno. Indique cuál:

1. Línea de base de la FCF entre 120 y 160 latidos por minuto.
2. Variabilidad superior a 10 latidos.
3. Dos o más ascensos transitorios en el registro.
4. Aparición de un ritmo saltatorio.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Pregunta sobre la reactividad fetal y el registro cardiotocográfico que te habrá resultado fácil. Los parámetros para definir un RAF positivo (reactividad fetal normal) son una frecuencia cardiaca normal (entre 120 y 160 lpm), variabilidad normal (de 10 a 25 lpm), presencia de dos o más ascensos transitorios en 20 minutos, movimientos fetales registrados al menos cinco veces.

En cambio, un ritmo saltatorio (variabilidad de >25 lpm) significa buena respuesta fetal ante una situación estresante no muy intensa como una hipoxia leve, hipovolemia o la fiebre materna, por lo tanto, la opción 5 es la que debemos escoger. El ritmo saltatorio es de pronóstico intermedio y, gracias a estas variaciones, el feto adapta su volumen sistólico a las necesidades de cada momento.

-----o-----

Info Pregunta: d12fa9ae-ce1e-40b3-8df5-59beb51c6580

126. Como causas de la amenorrea de origen hipotálamo-hipofisario, incluiríamos todas EXCEPTO:

1. Hiperprolactinemia farmacológica
2. Anorexia nerviosa.
3. Síndrome de Asherman
4. Antecedentes de radioterapia por tumores no hipofisarios.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Amenorrea Hipotalámica

-Funcional (AHF): se clasifica como hipogonadismo hipogonadotrofo y es debida a la alteración de la pulsatilidad de la GnRH. El 20-30% de las amenorreas secundarias y el 3% de las primarias son debidas a la AHF. Se asocia a malnutrición, ejercicio físico intenso, estrés emocional

severo y patologías crónicas.

Además:

-cualquier masa o lesión de la silla turca puede causar una amenorrea.

-Cualquier proceso infiltrante o infeccioso puede infiltrar la hipófisis y originar un hipogonadismo hipogonadotrofo.

-Causas genéticas: - Hipogonadismo hipogonadotrofo idiopático (HHI) o la Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC).

-Causas yatrogénicas: hiperprolactinemia farmacológica, los opioides...

- Radioterapia: Es una de las causas más frecuentes de hipopituitarismo. En las pacientes que reciben radioterapia por tumores no hipofisarios

.

-----o-----

Info Pregunta: 1994833b-6352-411e-9d87-5a4c4b88cb85

127. La hemorragia postparto (HPP) es la causa aislada más importante de mortalidad materna. La mitad de las HPP son ocurren en las primeras 24 horas posparto. Señale la afirmación INCORRECTA en su manejo:

1. La oxitocina IV es un fármaco de mayor efectividad que el misoprostol a dosis de 800 µg por vía rectal
2. La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP precoz.
3. Es imprescindible, realizar bajo anestesia una revisión sistemática del canal blando del parto.
4. Se recomienda la utilización de cristaloides (suero salino fisiológico o Ringer lactato)

Resp. Correcta: 1

Comentario: El misoprostol a dosis de 800 µg por vía rectal es un fármaco de mayor efectividad que la oxitocina.

-----o-----

Info Pregunta: 7ca1ea05-8cb7-4178-8863-5ae4f1d962e6

128. ¿Cuál de las siguientes lesiones histológicas de mama incrementa el riesgo de afectación bilateral ?:

1. Carcinoma infiltrante tipo no especial
2. Carcinoma lobulillar infiltrante.
3. Carcinoma ductal in situ.
4. Enfermedad de Paget de mama.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

El carcinoma lobulillar infiltrante de mama son con gran frecuencia multifocales y multicéntricos y su presencia incrementa también el riesgo de afectación bilateral sincrónica o metacrónica.

Suelen expresar receptores hormonales y ser HER 2 negativos

-----o-----

Info Pregunta: 49e1cdb0-869e-4d15-9548-5b31233c19f9

129. ¿Cuál de las siguientes NO es una forma de presentación del cáncer de mama?:

1. Eccema de areola-pezones.
2. Microcalcificaciones en mamografía.
3. Inflamación generalizada de la mama.
4. Nódulo con imagen mamográfica de calcificación semilunar o en "cáscara de huevo".

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Como dice la opción 2, las microcalcificaciones, sobre todo si están agrupadas y con características peculiares (amorfos, pleomórficos, lineales y ramificados) pueden ser la manifestación de un carcinoma de mama.

La enfermedad de Paget de la mama constituye una forma especial de neoplasia de mama que se caracteriza por la presencia de las células de Paget en la epidermis del complejo areola - pezón.

En un 25% de los casos la sintomatología es ulceración, prurito, eccema y dolor. Suele ser lesión unilateral.

El carcinoma inflamatorio de la mama (cT4d) debe incluir edema inflamación e induración de piel en al menos 3/4 partes de la mama, debido a la presencia de émbolos tumorales en los linfáticos dérmicos. Puede ir asociado o no a masa subyacente.

La opción 4 es incorrecta porque la calcificación en cascara de huevo refleja la calcificación de la pared de un quiste oleoso o necrosis grasa secundaria a un traumatismo o cirugía previa.

-----o-----

Info Pregunta: ee7d6435-5278-45cf-928a-5b33034426bb

130. Es un signo clínico de inminencia de ruptura uterina:

1. Dolor abdominal severo
2. Sangrado vaginal
3. Patron ominoso en la monitoría fetal
4. Todos los anteriores

Resp. Correcta: 4

Comentario: Todos los signos anotados se observan en un cuadro de inminencia de ruptura uterina. Un antecedente importante que casi siempre está presente es la presencia de una cicatriz uterina previa. Son

signos clásicos de una ruptura ya instaurada la desaparición del dolor de manera abrupta y el ascenso de la presentación fetal.

-----o-----

Info Pregunta: c0de06cc-19a3-4926-bed2-5c654faf5fa1

131. La causa más frecuente de mortalidad por cáncer en las mujeres es:

1. Carcinoma de colon.
2. Cáncer de mama.
3. Cáncer de ovario.
4. Cáncer de pulmón.

Resp. Correcta: 2

Comentario: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente de la mujer, así como la causa más frecuente de mortalidad por cáncer

-----o-----

Info Pregunta: 40963527-0224-4392-b337-608b2a5a12eb

132.Cuál de las siguientes aseveraciones respecto al carcinoma in situ de mama es incorrecta:

1. El CLIS tiene una multicentricidad del 90% y bilateralidad 70%. Aparece predominantemente en mujeres premenopáusicas, de entre los 40-50 años.
2. Alrededor del 25% de los CLIS evolucionarán a carcinoma invasor en los 20 años posteriores, siendo el carcinoma ductal invasor el más frecuente,
3. Se desaconseja el tratamiento con tamoxifeno en casos de CDIS con receptores hormonales positivos.
4. El signo radiológico típico del CDIS son microcalcificaciones lineales que siguen un conducto

Resp. Correcta: 3

Comentario:

El TMX durante 5 años reduce el riesgo de recidiva local ipsilateral tanto de carcinoma infiltrante como no infiltrante. También reduce el riesgo de carcinoma contralateral. Este beneficio sólo se ha demostrado en pacientes receptores hormonales positivos.

Debido a que el TMX no mejora la supervivencia global, dicha decisión debe tomarse conjuntamente con la paciente valorando los riesgos/ beneficios.

-----o-----

Info Pregunta: f661e2a3-c88e-452e-8144-608f36eaf357

133. ¿Qué valores de pH intraparto se consideran normales?:

1. Por encima de 7,45.

2. Entre 7,25 y 7,45.
3. Entre 7,20 y 7,25.
4. Por debajo de 7,20.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Pregunta muy fácil sobre la microtoma de sangre fetal intraparto. Esta pregunta requiere que hayas memorizado los valores de la pHmetría fetal. La opción correcta es la 2, ya que los valores normales oscilan entre 7,25 y 7,45. Los valores de la opción 3 (7,20- 7,25) son prepatológicos, porque indican que existe preacidosis (acidosis leve) y deberemos repetir la toma en 15- 30 minutos. Por encima de 7,45 (opciones 1 y 5) indican alcalosis fetal, con lo que serán patológicos. Por debajo de 7,20 es patológico ya que existe al menos una acidosis moderada, y deberemos finalizar la gestación de forma inmediata.

-----o-----

Info Pregunta: 1b2ae0a4-28fb-44c2-a928-6200797b3ab4

134. Paciente de 16 años con menarquía a los 12. Presenta sangrado vaginal escaso a moderado, que dura 7 días y ciclos de 18 días, no refiere cantidad aumentada ¿Cómo se denomina a esta alteración menstrual?

1. Polimenorrea
2. Amenorrea
3. Oligomenorrea
4. Dismenorrea

Resp. Correcta: 1

Comentario: En cuanto a la clasificación de las hemorragias uterinas recordemos que existen las 1. No cíclicas: cuando el sangrado es independiente de la regla. Se llama metrorragia. y cíclicas: si el sangrado es cíclico, pueden ser: 1. Hipermenorrea o menorragia: pérdidas en una cantidad superior a 180 ml o de duración de más de siete días, o ambas que ocurren con intervalos regulares. Y 2. Polimenorrea: la menstruación sucede con intervalos más frecuentes (intervalos en la regla de menos de 21 días), pero normal en cantidad y duración.

-----o-----

Info Pregunta: 23585e9d-8744-40c2-ada6-634c45b23c66

135. Señale, de los que a continuación se refieren, cuál es el oncogén implicado en la patogénesis del cáncer de mama que se utiliza actualmente como una diana terapéutica mediante un anticuerpo monoclonal específico frente a este oncogén:

1. ERBB2 ó HER-2.
2. ATM.
3. K-RAS.
4. APC.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

La sobreexpresión de Her 2 se observa en el 10- 15% de los cánceres de mama. Los pacientes cuyos tumores sobreexpresan Her 2 tienen una supervivencia libre de enfermedad más corta y un peor pronóstico comparado con los pacientes cuyos tumores no sobreexpresan Her 2.

El Trastuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de administración parenteral, que se une y bloquea selectivamente al receptor Her 2 que se sobreexpresa en la superficie celular de células cancerosas de cáncer de mama. Cuando el Trastuzumab se une al Her 2 inhibe la proliferación celular tumoral.

El descubrimiento de este fármaco ha supuesto un punto de inflexión en el pronóstico de estas pacientes, ya que incrementa su supervivencia libre de enfermedad y su supervivencia global

-----o-----

Info Pregunta: 1f01580a-f61b-4f47-b6f7-636faab8e53d

136. El cáncer femenino mas frecuente en Colombia es:

1. Cáncer de cérvix uterino
2. Cáncer de endometrio
3. Cáncer de mama
4. Cáncer de ovario

Resp. Correcta: 3

Comentario: El cáncer femenino que mas se presenta en nuestro país es el cáncer de mama seguido por el cáncer de cérvix uterino, son mucho menos frecuentes los de endometrio y ovario

-----o-----

Info Pregunta: d7c2fa8c-40ea-421a-8824-6386d7004331

137. Señale, entre los siguientes elementos, cuál sería de utilidad para establecer el estadiaje TNM del carcinoma invasor de cuello uterino:

1. Metrorragia.
2. Dolor pélvico.
3. Pérdida de peso.
4. Afectación de los parametrios.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Recuerda la importancia de la afectación de los parametrios en los cánceres de cervix. El estadio II A tiene afectados los 2/3 superiores de la vagina sin afectar a los parametrios. Esto hace que sea susceptible de ser tratado mediante la intervención de Wertheim- Meigs. Sin embargo, la afectación de los parametrios, nos pone directamente en un estadio II B que es susceptible de tratamiento con radioterapia.

-----o-----

Info Pregunta: 3ed8adde-2c32-42d3-8d28-64bd7f42f8ab

138. Paciente con 17 años y amenorrea primaria. Vulva y cariotipo normales. Pensará en:

1. Síndrome de Turner
2. Hipertiroidismo
3. Síndrome de Rokitansky.
4. Síndrome de Morris

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Ante un cariotipo normal debemos descartar el Turner y el síndrome de Morris (pues el cariotipo es 46 XY fenotípicamente mujer por el defecto que existe en los receptores de los andrógenos).

El síndrome de Rokitansky es la segunda causa más frecuente de amenorrea primaria. Consiste en la ausencia parcial o completa del desarrollo de los conductos de Müller, lo que da lugar a la ausencia congénita parcial o total de útero y/o vagina, con gónadas normales y funcionantes y desarrollo puberal normal. Se asocia a anomalías renales (30%) y/o esqueléticas (12%).

-----o-----

Info Pregunta: 55d2657c-44ac-4a59-81ac-66be63e47c62

139. Paciente gestante, nulípara de 28 años, 12 semanas de embarazo, que consulta por metrorragia en cantidad mayor que una menstruación, de 24 horas de evolución. A la exploración se objetiva sangrado de calidad similar a menstruación, útero mayor que amenorrea y en la ecografía se objetiva una vesícula sin embrión y zona de inserción placentaria muy engrosada y heterogénea con una imagen similar a "copos de nieve". ¿Qué actitud debemos tomar?:

1. Realizar legrado con legra cortante.
2. Actitud expectante con reposo y abstinencia de relaciones sexuales.
3. Dilatación cervical y legrado por aspiración.
4. Histerectomía total.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Para decidir el tratamiento necesario tenemos que llegar a un diagnóstico. Dentro de las hemorragias del primer trimestre los datos clínicos (útero mayor que amenorrea) y ecográficos (imagen en "copos de nieve") nos ayudan a sospechar la presencia de una enfermedad trofoblástica. Recuerda que la imagen ecográfica que presentan estas pacientes es una imagen multivesicular, en ocasiones asociada a la presencia de quistes tecaluteínicos bilaterales. El tratamiento evacuador de elección es el legrado por aspiración (respuesta 4 correcta) frente al legrado con legas cortantes (respuesta 1 incorrecta), para intentar minimizar los riesgos de diseminación por perforación uterina y de persistencia de restos. El estudio AP tras el legrado nos confirmará el diagnóstico y nos especificará el tipo histológico. La histerectomía total con mola in situ la

reservaremos para las pacientes con mayor riesgo de degeneración maligna, elevada paridad o aquellas con deseos genésicos cumplidos y más de 40 años (respuesta 5 incorrecta). El resto de las opciones no son válidas para el tratamiento de la enfermedad trofoblástica.

-----o-----

Info Pregunta: 882b8dc8-0849-4e10-bd04-6a10443a7994

140. Respecto a la fisiología del embarazo, señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

1. Existe un aumento del flujo plasmático renal y del filtrado glomerular.
2. Existe una ligera hiperventilación y alcalosis respiratoria.
3. El mecanismo fundamental de la anemia en el embarazo es el aumento en las necesidades de hierro.
4. El eje del corazón está ligeramente desviado hacia la izquierda.

Resp. Correcta: 3

Comentario: Pregunta sobre las adaptaciones materna al embarazo. Existe un del flujo plasmático renal gracias al HPL y también del filtrado glomerular en un 40%. Existe un aumento de la ventilación pulmonar sobretodo a expensas del aumento del volumen circulante, lo cual conduce a una alcalosis respiratoria. El aumento de la capacidad abdominal hace que se eleve el diafragma, y el eje del corazón se desvía a la izquierda. El aumento del volumen plasmático es responsable del descenso de las proteínas plasmáticas (aunque su síntesis pueda estar aumentada). Durante el embarazo aumenta la eritropoyesis y las necesidades del hierro, pero es el aumento del volumen plasmático el mecanismo fundamental de la anemia en el embarazo, ya que el plasma aumenta en mayor proporción que la masa eritrocitaria.

-----o-----

Info Pregunta: 1c85e6f5-6c36-45ea-b030-6a451f598f17

141. Paciente de 32 años, obesa (talla 160 cm, peso 102 kg), con antecedentes de un aborto espontáneo hace tres años y diagnosticada de síndrome de ovario poliquístico. Actualmente lleva dos años de búsqueda de embarazo sin éxito. ¿Cuál sería su primera recomendación para alcanzar dicho objetivo?

1. Fecundación in vitro.
2. Inseminación artificial intraconyugal (IAC).
3. Metformina.
4. Pérdida de peso.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

En el síndrome de ovarios poliquísticos (SOP), uno de los factores etiopatogénicos principales es la resistencia insulínica. Esta resistencia es agravada por la obesidad, por lo que la pérdida de peso es una de las principales armas disponibles frente a esta patología. La metformina también está encaminada a luchar contra este problema, pero el papel de este fármaco debe considerarse útil en adyuvancia a la dieta y ejercicio, pero no como tratamiento principal.

La pérdida de peso tratará de disminuir la resistencia insulínica, siendo menor el hiperinsulinismo. Esta medida no sólo será beneficiosa para conseguir la ovulación, sino también desde el punto de vista

cardiovascular, ya que un alto porcentaje de estas mujeres padecen el llamado síndrome X. Recuerda que este síndrome está muy ligado al hiperinsulinismo y se asocia a la obesidad, HTA, hipertrigliceridemia, DM tipo II, hipercoagulabilidad, etc.

-----o-----

Info Pregunta: 15dc4c7c-a017-4c60-a252-6a5e04aee27f

142. Mujer de 32 años, quién inicia con leucorrea de 2 meses de evolución, color amarillento y olor fétido, acompañada de prurito vulvar, ardor urinario, irritación y enrojecimiento genital, coito doloroso y dispaurenia interna; los síntomas se exacerbaban después de la menstruación. A la especuloscopia, se observó eritema vulvovaginal “en empedrado” y el exocérvis con hemorragias subepiteliales puntiformes. ¿Cuál de los siguientes medicamentos es el más adecuado para el tratamiento de la paciente?

1. Metronidazol
2. Fluconazol
3. Amoxicilina
4. Penicilina

Resp. Correcta: 1

Comentario: El tratamiento de elección es metronidazol. Pueden utilizarse pautas cortas por su fácil cumplimiento, aunque también es posible que sean pautas de siete días, si bien no suele aplicarse como tratamiento inicial y se reserva para aquellos casos en que el tratamiento en dosis única no ha resultado eficaz. Al tratarse de una infección de transmisión sexual, es importante el tratamiento de la pareja sistemáticamente para evitar recidivas. Debe evitarse el consumo de alcohol por su efecto antabús.

-----o-----

Info Pregunta: 02360fe4-5ffb-4961-a290-6bdf69c7cf62

143. Corresponde a los beneficios de DIU hormonal que contiene levonorgestrel:

1. Bajo riesgo de cáncer de ovario.
2. Reduce el riesgo de un embarazo ectópico
3. Reduce el riesgo de cáncer endometrial.
4. Reduce las molestias premenstruales.

Resp. Correcta: 2

Comentario: Los DIU liberadores de levonorgestrel (LNG) ejercen además un efecto sobre el endometrio, lo que lo hace hostil a la migración de los espermatozoides, por lo que dificulta la fertilización. Esta acción se ve reforzada por la producción de un moco cervical de características gestagénicas, barrera impenetrable para los espermatozoides. Se puede insertar a partir de las seis semanas tras el parto, ya que no afecta a la cantidad ni a la calidad de la leche materna y no ocasiona efectos negativos sobre el recién nacido. En el 20% de las mujeres, la regla desaparece por completo, lo que no entraña ningún riesgo para la mujer. Este DIU, a diferencia de los otros, permite un aumento de los niveles de hemoglobina y ferritina, reduce el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica y disminuye el riesgo de embarazo ectópico respecto a otros dispositivos. También reduce la incidencia de miomas y mejora la dismenorrea.

-----o-----

Info Pregunta: c9d17ae0-b2e9-4fb9-b61a-6c07b9f1a333

144. Paciente con embarazo de 39 semanas, ingresa en trabajo de parto en fase latente, con bienestar fetal y exámen físico y obstétrico normales. Revisando los paraclínicos del control prenatal usted encuentra un reporte de cultivo vaginal y rectal para Streptococo del grupo B tomado hace 3 semanas, el cual el positivo. ¿Qué manejo se le debe dar a la paciente?

1. Terminar la gestación por cesárea
2. Penicilina cristalina 5'000.000 UI dosis única
3. Clindamicina 600 mg iv cada 6 horas
4. Ampicilina 2 gr IV y continuar 1 gr cada 4 horas

Resp. Correcta: 4

Comentario: La profilaxis antibiótica con ampicilina ayuda a prevenir la sepsis neonatal y está indicada en las pacientes asintomáticas con cultivo positivo o en las que no conociendo el cultivo tienen factores de riesgo como RPM, prematuridad, historia previa de sepsis neonatal por Streptococo, inmunodeficiencia, fiebre sin otra causa durante el trabajo de parto, entre otras.

-----o-----

Info Pregunta: 5f877753-e723-4540-ae7c-6ca04969f35d

145. ¿Cuál de los siguientes factores NO es un factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta?:

1. Hipertensión arterial crónica.
2. Nuliparidad.
3. Hipofibrinogenemia congénita.
4. Presencia del anticoagulante lúpico en sangre.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Las hemorragias del tercer trimestre son un capítulo importante, dentro del bloque de Obstetricia. Esta pregunta podría considerarse de dificultad media- baja, al ser directa y sobre un tema habitual.

La etiología del abrutio placentae (desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta) es poco conocida, pero se ha asociado con los siguientes factores:

- Multiparidad. Es más frecuente en multíparas que en nulíparas (respuesta 2 correcta).
- Edad. Es más frecuente en mayores de 35 años.
- Enfermedad vascular. La preeclampsia predispone claramente a esta complicación, sobre todo cuando existe enfermedad vascularrenal subyacente (diabéticas, nefrópatas, hipertensas).
- Traumatismos: A veces, se asocia a un traumatismo o al antecedente de amniocentesis. También se ha relacionado con la rápida reducción del tamaño uterino al romperse la bolsa amniótica en un polihidramnios.
- Déficit de ácido fólico.

- Tabaquismo, alcohol, cocaína.
- Hipofibrinogenemia congénita.

-----o-----

Info Pregunta: 2748e565-ba94-4f7a-a461-6ca4afa72a06

146. ¿Cuál de los siguientes le hace pensar en existencia de sufrimiento fetal?:

1. pH en sangre fetal de 7,30.
2. FCF 150 lpm.
3. Dips I no mantenidos.
4. Meconio en líquido amniótico.

Resp. Correcta: 4

Comentario: Pregunta sobre el sufrimiento fetal de las fáciles. La pHmetría menor de 7,20 significa acidosis fetal, y por tanto es sufrimiento fetal. La FCF de 150 es normal, y para ser patológica debe ser >160 ó <120 lpm. Los dips I no implican mal pronóstico, sobretodo si no son mantenidos; si fueran mantenidos nos obligarían a realizar microtoma fetal. La variabilidad de 20 lpm es normal (10- 25 lpm es normal). Por descarte, la opción a escoger es la 5, el LA meconial. Decir que el meconio nos induce a pensar que existe sufrimiento fetal, pero aclarar que no siempre que haya sufrimiento fetal habrá meconio. También decir que no siempre que haya meconio quiere decir que haya sufrimiento fetal (pero sí nos hace pensar en él), porque por ejemplo en las presentaciones podálicas es mucho más frecuente el meconio y no hay sufrimiento fetal.

-----o-----

Info Pregunta: b42c5606-3ffa-4944-9985-6db84d2e4adb

147. Una mujer embarazada de 12 semanas consulta por intensas náuseas y vómitos. En sus dos embarazos previos también padeció estos síntomas, pero de intensidad mucho menor. Por otra parte, últimamente duerme menos horas (aunque no por ello está más cansada) y ha perdido algo de peso, aunque la ingesta no ha disminuido; incluso tiene más hambre que de costumbre. En la exploración se objetiva un útero mayor que el que corresponde al tiempo de amenorrea. Sobre la enfermedad que sospecha, señale la respuesta FALSA:

1. Sería esperable encontrar niveles elevados de beta-HCG.
2. En algunos casos, se producen quistes tecaluteínicos en el ovario, que regresan espontáneamente con el tratamiento de la enfermedad.
3. Es característico de esta patología el desarrollo de diabetes gestacional.
4. El riesgo de hipertensión es claramente superior al de un embarazo normal.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

El aumento del **tamaño uterino superior** a la época de gestación aparece por encima del 50% en las pacientes con mola completa. Estas pacientes pueden presentar hemorragia vaginal o expulsión de vesículas molares.

Pueden aparecer complicaciones médicas como **hipertensión, hipertiroidismo, anemia e hiperemesis**, que

se observan con más frecuencia entre las pacientes con mola completa.

Aproximadamente el 15-25% de las pacientes con mola completa pueden tener **quistes teca-luteínicos** con ovarios agrandados por encima de 6 cms.

Recuerda :

La ecografía compone la prueba diagnóstica de elección, en la cual veremos la típica imagen en "**copos de nieve**".

La aspiración previa dilatación es el método de elección para la evacuación de las molas gestacionales.

-----O-----

Info Pregunta: 5aa5ab8e-4fc5-448d-ba4d-6dbce19c4b8f

148. Dentro de las funciones de la placenta, NO se incluye:

1. Barrera física al paso de determinadas sustancias.
2. Síntesis hormonal, para mantener la gestación y favorecer el crecimiento y desarrollo fetal.
3. Transporte por pinocitosis de moléculas de gran tamaño, como fosfolípidos o lipoproteínas.
4. Síntesis de inmunoglobulinas, que serán útiles como defensa del neonato.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Una pregunta bastante sencilla que no debería haberte planteado problema alguno. La placenta permite el paso de determinadas inmunoglobulinas a su través (IgG, únicamente), pero no participa en modo alguno en su síntesis, tarea que está reservada a los linfocitos B y células plasmáticas (respuesta 5 falsa).

-----O-----

Info Pregunta: c9fc772f-6df4-4b2f-ad8e-6eabcdf4765f

149. Las pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos presentan un aumento de riesgo a largo plazo para los siguientes procesos, EXCEPTO:

1. Diabetes mellitus tipo 2.
2. Hipertensión arterial.
3. Osteopenia.
4. Dislipemia.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Se estima que un 50-60% de las mujeres con SOP serán obesas.

La obesidad, por sí misma, constituye un factor de mal pronóstico en todos los aspectos relacionados con el SOP.

Las alteraciones menstruales son hasta cuatro veces más frecuentes y también los signos y síntomas asociados al hiperandrogenismo serán más perceptibles. Todo ello estará agravado si el incremento de la grasa corporal tiene una distribución predominantemente centrípeta, troncular o androide. En estos casos la prevalencia de síndrome metabólico (dislipemia, hipertensión, intolerancia a la glucosa o diabetes tipo II) y enfermedad cardiovascular es de 3 a 5 veces superior a la de la población no afecta.

-----o-----
Info Pregunta: 2f67a459-7d3f-48b7-8485-6f8b4ce51539

150. Indique la respuesta INCORRECTA sobre la microtoma de sangre fetal:

1. La muestra de sangre se obtiene a través del cérvix mediante una pequeña incisión en el cuero cabelludo del feto.
2. El pH fetal tiene valor pronóstico sobre el estado del recién nacido.
3. La diferencia de pH materno fetal en caso de feto no hipóxico es de 0,10-0,15 unidades de pH.
4. Cuando el pH se encuentra en valor prepatológico (7,15-7,25) se debe tratar a la madre con bicarbonato y repetir la toma a los 15-20 minutos.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Pregunta sobre la microtoma de sangre fetal bastante fácil. La microtoma se obtiene realizando una pequeña incisión en el cuero cabelludo del feto (respuesta 1 correcta) y, acto seguido, nos informan del valor del pH, siendo normal entre 7,25 y 7,45 (respuesta 2 correcta) ; prepatológico entre 7,20 y 7,25 (por tanto la respuesta 5 es la incorrecta), y patológico si es menor de 7,20.

El resto de opciones son correctas: la acidosis materna puede hacernos variar el valor del pH fetal, y habría que tenerlo en cuenta para los valores prepatológicos (respuesta 4 correcta). El enunciado de la opción 3 también es cierto, pues el pH fetal es una muestra objetiva del estado del feto; de ahí que se utilice como criterio para tomar determinadas decisiones (por ejemplo, extracción fetal inmediata cuando es inferior a 7.20).

-----o-----
Info Pregunta: 2ef02dab-3f12-47c4-bb5f-700cf68a66e2

151. Respecto a las acciones a realizar durante la asistencia prenatal a un embarazo normal, señale la afirmación incorrecta:

1. La primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes de la 10ª semana.
2. Se desaconseja la realización de citología de triple toma.
3. Se desaconseja el cribado rutinario universal de Enfermedad de Chagas.
4. Actualmente no hay datos suficientes para recomendar un cribado rutinario de vitamina D a todas las embarazadas.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Se debe realizar una Citología triple toma si no la tiene realizada según protocolo local de cribado del cáncer de cérvix (pero en general se recomienda realizarla si no realizada en dos años previos).

Enfermedad de Chagas (Trypanosoma Cruzi): Valorar el estado de inmunidad en la primera analítica de embarazo a:

- mujeres de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe)
- mujeres cuya madre sea de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe)
- mujeres que hayan vivido más de un mes en países latinoamericanos (excepto islas del Caribe)

Virus Zika: Valorar el estado de inmunidad en la primera analítica del embarazo a:

- mujeres que provienen de un área endémica activa de virus Zika (durante el embarazo dos meses previos)
- mujeres que han viajado a un área endémica activa de virus Zika (durante el embarazo o dos meses previos)
- mujeres que hayan mantenido relaciones sexuales desprotegidas con una pareja procedente o que haya viajado a área endémica activa de Zika en los últimos 6 meses

-----O-----

Info Pregunta: 8c650802-a13c-43e0-9808-706184ac89d0

152. Ante una paciente de 28 años con un índice de masa corporal (IMC>30), baches amenorreicos, acné, hirsutismo y esterilidad de 2 años de evolución, cabría pensar en:

1. Hipotiroidismo.
2. Fallo ovárico precoz.
3. Síndrome del ovario poliquístico.
4. Amenorrea hipogonadotropa.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Los datos de la historia clínica constituyen un pilar básico del diagnóstico del SOP.

De hecho, la simple asociación de alteraciones menstruales, junto al hirsutismo que podrá

acompañarse de acné y/o seborrea, se considera suficiente.

Por lo tanto, las pruebas complementarias sólo serán necesarias para descartar otras causas de disovulación o hiperandrogenismo.

-----o-----

Info Pregunta: a2c4139a-f24e-4da1-bd40-706e0cc27823

153. Mujer de 30 años acude por hipermenorrea de un año de evolución, además de cansancio fácil, dentro de los antecedentes de importancia, refiere que es usuaria de anticonceptivos orales combinados. ¿Qué diagnóstico es el más probable?

1. Síndrome de ovario poliquístico
2. Endometriosis pélvica
3. Hiperplasia endometrial
4. Miomatosis uterina

Resp. Correcta: 4

Comentario: Los miomas son los tumores más frecuentes del aparato genital femenino. Alrededor de un 50-80% de los miomas son asintomáticos, por lo que supone un hallazgo casual en la exploración ginecológica o en una ecografía. Los casos sintomáticos, la clínica es variable en función del tamaño, de la localización y del número de miomas, puede ocasionar hemorragias uterinas: son las debidas a miomas submucosos aunque los miomas intramurales también pueden producir metrorragia. Suelen provocar un aumento en la cantidad y de la duración de la menstruación (menorragia).

-----o-----

Info Pregunta: 9e44d9f3-b8d9-4a19-a7aa-708fc01616f0

154. Mujer de 28 años G2 P1, embarazo de 31 SDG con actividad uterina regular cada 30min. En el examen ginecológico el cuello uterino se encuentra centralizado, borrado en 70%, con 3 cm de dilatación. De acuerdo al diagnóstico presuntivo, ¿cuál es la conducta más adecuada a seguir?

1. Cita a control obstétrico habitual e indica pautas de alarma porque las contracciones en ese tiempo gestacional son normales
2. Úteros inhibidores, reposo y cita a la paciente en 48 horas
3. Hospitalizar, reposo, administración de líquidos, nueva evaluación en 2 horas
4. Hospitalizar, útero inhibición, administración de corticoides y penicilina para profilaxis Streptococcus grupo B (SGB)

Resp. Correcta: 4

Comentario: El tratamiento de la amenaza de parto prematuro se basa en la eliminación de las contracciones (tocólisis) y en la aceleración de la madurez pulmonar fetal mediante corticoterapia. El tratamiento tocolítico estará indicado en pacientes con APP a partir de las 24 semanas hasta las 34 semanas. A partir de esta edad gestacional, dado que el feto será pulmonarmente maduro, no se instaurará tratamiento tocolítico y se dejará evolucionar el parto. Si se produce rotura prematura de membranas se añadirá tratamiento antibiótico.

-----o-----

Info Pregunta: 1f9f5069-5309-409e-ab24-70c87495a7ea

155. Mujer de 35 años que acude por amenorrea secundaria. El test de embarazo en orina es negativo y en el estudio hormonal destacan elevados niveles de FSH. Esto es compatible con:

1. Síndrome de Rokitansky.
2. Insuficiencia Ovárica Primaria (IOP)
3. Anorexia nerviosa.
4. Tumor ovárico secretor de estrógenos.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Es importante conocer el diagnóstico diferencial de las amenorreas.

Lo primero, es realizar una prueba de embarazo.

INSUFICIENCIA OVÁRICA PRIMARIA (IOP)

El fallo ovárico prematuro (FOP) se ha definido como “aquella condición caracterizada por la presencia de amenorrea primaria, o al menos 4 meses de amenorrea secundaria, hipoestrogenismo y niveles de gonadotropinas superiores a 40 mIU/mL, confirmados en dos ocasiones con al menos 1 mes de intervalo, en mujeres por debajo de 40 años de edad” .

-----o-----

Info Pregunta: 7c120e96-bff1-41e3-ac1a-71fb87e9e381

156. Mujer de 55 años, hipertensa y diabética con IMC > 30. Acude a consulta de ginecología por sangrado vaginal de varios días de evolución tras 5 años de amenorrea. La línea endometrial medida por ecografía es de 10 mm. La biopsia tomada por histeroscopia informa de hiperplasia de endometrio compleja atípica. ¿Cuál es la mejor opción terapéutica?:

1. Histerectomía total con salpingooforectomía bilateral.
2. Análogos de la GnRH.
3. Resección endometrial por histeroscopia.
4. Gestágenos.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Nos presentan una hiperplasia endometrial que, según el estudio histológico, merece ser clasificada como atípica. Si no existiesen atipias, la probabilidad de desarrollar un cáncer de endometrio sería únicamente de un 2%. Sin embargo, cuando éstas aparecen (sean simples o complejas), el porcentaje de malignización alcanza casi un 25%. Por tanto, ante una hiperplasia atípica, la indicación de histerectomía es indiscutible.

Por otra parte, nos hablan de una paciente de 55 años postmenopáusica. En consecuencia, la histerectomía debe asociar anexectomía bilateral (esto también le evitará el riesgo de padecer más tarde un cáncer de ovario).

-----o-----

Info Pregunta: c878ea29-d61e-4ffc-a976-7206db2439e1

157. La causa mas frecuente de hemorragia postparto es:

1. Atonía uterina
2. Retención de restos placentarios
3. Lesiones del canal del parto
4. Coagulopatías

Resp. Correcta: 1

Comentario: La causa mas frecuente de hemorragia postparto es la atonía uterina, representa el 50% de las causas. La falta de contracción del miometrio dificulta la constricción vascular y la formación local de trombos sanguíneos.

-----o-----

Info Pregunta: c9f07dea-cef9-40cd-9ad7-7234acd5dd07

158. Los factores pronósticos condicionan la evolución en el cáncer de cuello uterino. ¿Cuál de estos NO sería importante para el estadiaje clínico del tumor?:

1. Tamaño tumoral.
2. Afectación ganglionar.
3. Permeabilidad vascular.
4. Vaginitis de repetición.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Una pregunta muy sencilla que se puede acertar por lógica. Es difícil saberse el estadiaje exacto del cáncer de cérvix (o de cualquier otro tumor), pero es obvio que se basarán en principios parecidos:

- T: Características del tumor. Harían referencia a la T las respuestas 1 y 3.
- N: Afectación ganglionar, como aparece en la respuesta 2.
- M: Metástasis a distancia, que no aparece entre las opciones.

Sólo nos quedan dos opciones: la 4 y la 5. Lógicamente, si un cáncer invade estructuras como los vasos, el pronóstico será peor que si no lo hiciese (respuesta 4). Sin embargo, la presencia de vaginitis no es un problema relacionado directamente con el cáncer, y por tanto no podrá utilizarse para realizar un estadiaje, ya que no hace referencia a ninguno de los tres elementos del TNM.

-----o-----

Info Pregunta: 209785d7-494e-4314-ae48-733aa48f6873

159. Gestante controlada en su país con normalidad, acude a su consulta solicitando seguimiento del embarazo. Aporta ecografías realizadas en el primer y segundo trimestre. Usted calcula la edad gestacional por la primera ecografía y actualmente se encuentra de 31 semanas. Cuándo recomendaría la realización de la tercera ecografía

1. Entre la 33 a 35+6
2. Entre la 32 a 34+6
3. Entre la 34 a 36+6.
4. Entre la 35 a 37

Resp. Correcta: 3

Comentario: Según las últimas recomendaciones las Ecografías durante la gestación normal se deben realizar: Primera ecografía : 11 a 13+6, Segunda ecografía: 18 a 21+6, Tercera ecografía: 34 a 36+6, SDG.

-----o-----

Info Pregunta: 75228c3b-d796-47e5-b5fa-73dc6a51db49

160. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la transmisión vertical al feto/recién nacido por parte de la gestante con infección HIV:

1. Aumenta el riesgo de malformaciones fetales.
2. Tiene lugar sobre todo durante el parto.
3. La lactancia aumenta el riesgo de transmisión entre un 10 y un 20%.
4. Disminuye con tratamiento antirretroviral durante el embarazo y el parto.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Las mujeres infectadas por el VIH tienen un riesgo aumentado de **aborto espontáneo** .Algunos estudios muestran una mayor tasa de **prematuridad**, un mayor **retraso del**

crecimiento y una mayor tasa de **muertes fetales** en gestantes infectadas por el VIH .

La mayoría de los casos de transmisión vertical del VIH se producen **durante el parto** y/o en las últimas semanas de gestación.

Es fundamental realizar tratamiento antirretroviral en **todas las gestantes** independientemente del número de linfocitos CD4 que tengan.

Preeclampsia es la complicación del embarazo más frecuentemente observada en mujeres con TAR.

Recuerda en cuanto al diagnostico de VIH- gestación.

La serología frente al VIH se debe indicar en la **primera visita** de la gestante lo antes posible y se recomienda repetir la prueba en el **tercer trimestre** de gestación con carácter general.

En mujeres con prácticas de riesgo para la infección por el VIH durante la gestación, especialmente si su pareja está infectada, se debe repetir la prueba al menos una vez cada trimestre

Si la situación serológica con respecto al VIH es desconocida en el momento del parto, o en el postparto inmediato, se debe indicar, con carácter urgente, la realización de **pruebas serológicas rápidas**.

-----o-----
Info Pregunta: 0c2fc53d-a54a-4b9a-8798-74192a368102

161. Respecto a los anticonceptivos orales, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. Los estrógenos disminuyen las LDL y aumentan las HDL.
2. Los progestágenos tienen un efecto aterogénico.
3. Los estados de hipercoagulabilidad están relacionados con la dosis de progestágeno.
4. Está incrementada la actividad de los factores II, VII, IX y X de la coagulación.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Los estrógenos disminuyen las LDL y aumentan las HDL, por lo que su efecto es antiaterogénico y cardioprotector (respuesta 1 verdadera). De hecho, éste es uno de los motivos por los que la morbilidad cardiovascular en las mujeres es muy inferior a la de los varones antes de la menopausia. En cambio, los progestágenos tienen un efecto aterogénico, porque tienen cierto efecto androgénico (respuesta 2 verdadera). Por otro lado, los estrógenos producen un aumento de la actividad de ciertos factores de coagulación, así como la actividad plauquetaria, la proteína C y la proteína S (opción 4 cierta). Por este motivo, producen tendencia a la hipercoagulabilidad (respuesta 3 falsa, ya que esto es obra de los estrógenos, no los progestágenos). Es cierto que los anticonceptivos orales aumentan la actividad fibrinolítica, pero esto no significa que no haya hipercoagulabilidad (respuesta 5 correcta).

Los preparados actuales apenas aumentan el riesgo cardiovascular, ya que emplean dosis muy bajas de estrógenos, y los progestágenos tienen una acción androgénica muy escasa. El aumento sólo es considerable cuando exista algún factor de riesgo cardiovascular asociado (mayor de 35 años, obesidad, hipertensión arterial...).

-----o-----
Info Pregunta: fbd18751-f904-45b4-a0b8-74d439d32ac4

162. ¿Cuál de los siguientes estudios, es de utilidad diagnóstica y terapéutica en la endometriosis?

1. Laparoscopia
2. Eco-doppler
3. Asa diatérmica
4. Histerosonografía

Resp. Correcta: 1

Comentario: La ecografía-Doppler posibilita evaluar las características de la pelvis, pero actualmente, el diagnóstico de certeza de la endometriosis es por laparoscopia, que presenta las siguientes ventajas: permite visualizar directamente las lesiones, que tienen aspecto de quemadura de pólvora, es posible valorar el resto del aparato genital, realizar la estadificación y tomar muestras para estudio anatomopatológico

-----o-----
Info Pregunta: 664610bb-b89b-48a2-8f7d-7549ab3c054a

163. Tratamiento de elección en pacientes con lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado, con el fin de evitar la progresión a un cáncer invasor.

1. Histerectomía radical
2. Vacunación para el virus del papiloma humano (HPV).
3. Radiación
4. Conización cervical

Resp. Correcta: 4

Comentario: Se ha demostrado que las pacientes que fueron sometidas a una conización exhibieron una reducción de aproximadamente un 65% en el riesgo de positividad en los márgenes endocervicales en comparación con aquellas en que no se realizó la intervención. Hay consenso en que las lesiones de alto grado (NIC II-III) deben ser tratadas con conización para evitar la progresión a un cáncer invasor.

-----O-----
Info Pregunta: 09c4eae4-4d92-4397-8c26-75fbc7645f5a

164. Mujer de 28 años sometida hace 7 meses a 3 legrados evacuadores por un aborto diferido. Consulta por amenorrea secundaria. Señale la respuesta correcta:

1. Lo más probable es que tenga la menstruación si le administramos un preparado con progestágenos, ya que lo que esta paciente tiene son ciclos anovuladores postaborto.
2. Esperamos encontrar datos en la analítica de la paciente que nos orienten a una amenorrea por estrés emocional.
3. Es muy probable que la paciente siga sin tener la menstruación pese a la administración de un preparado que asocie estrógenos y progestágenos.
4. En estos casos es muy frecuente encontrar niveles patológicamente elevados de prolactina.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Ante una amenorrea en primer lugar se realiza un test de embarazo, si es negativo seguimos el estudio con TSH y PRL, en caso de que sean normales damos una pequeña cantidad de progesterona (5 días) si la paciente tiene la regla es porque existía una anovulación que impedía el aumento de la progesterona.

Si no aparece la regla administramos estrógenos y progestágenos durante 3 meses, si no tiene la regla a pesar de una adecuada secuencia hormonal debemos pensar en alteraciones genitales estructurales.

Si tiene la regla tras la administración hormonal combinada debemos pensar en un problema ovárico o hipotálamo-hipofisario y para ello ya determinaremos gonadotropinas.

Lo más frecuente en esta paciente es que tenga una alteración en el útero, concretamente un síndrome de Asherman, con adherencias provocadas por los sucesivos legrados y que no responda a la utilización de estrógenos y gestágenos combinados.

-----O-----
Info Pregunta: 307a93e2-6bb3-4253-af57-7653aac719a4

165. Nulípara de 28 años, casada hace 5 años, presenta oligomenorrea, vellosidad en la

**región de cara, espalda, acné y obesidad de desarrollo progresivo desde su menarquia.
¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Síndrome de ovario poliquístico
2. Aborto incompleto
3. Dismenorrea
4. Síndrome de Morris

Resp. Correcta: 1

Comentario: Debe sospecharse SOP en cualquier adolescente o mujer en edad reproductiva con hirsutismo u otras manifestaciones cutáneas de hiper-androgenismo, irregularidades menstruales y obesidad. El síndrome de ovario poliquístico es un diagnóstico de exclusión y por lo tanto, debe diferenciarse de los cambios fisiológicos propios de la edad y de otros trastornos hiperandrogénicos que requieren de una terapia específica. El diagnóstico oportuno es importante ya que este síndrome se asocia a riesgos reproductivos, oncológicos y metabólicos.

-----O-----

Info Pregunta: caa4aa89-a4af-4739-b639-7839a65fa5cf

166. Paciente gestante de 38 semanas en periodo de dilatación (4 cm, primer plano); disfruta de anestesia epidural. Hace un año se le realizó cesárea por situación transversa. Estando previamente bien, y de forma súbita, presenta un sangrado que coincide en el registro cardiotocográfico fetal con 4 desaceleraciones tipo DIP 1, seguidas de una bradicardia fetal a 70 latidos por minuto. La presentación fetal se palpa sobre el estrecho superior de la pelvis y la dinámica uterina prácticamente ha cesado. Su actitud es:

1. Sospecha de abrupcio placentae; realiza cesárea.
2. Sospecha de placenta de inserción baja; esperará a la normalización de la frecuencia cardíaca fetal y permitirá seguir el curso del parto.
3. Sospecha de rotura uterina; realiza cesárea.
4. Sospecha de rotura de vasa previa; realiza cesárea.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

- En la rotura de vasa previa, el dato típico sería un sangrado coincidente con la rotura de la bolsa, que aquí no mencionan. Por otra parte, no encaja el dato del cese de la dinámica uterina (respuesta 4 falsa).

- En un abrupcio placentae, el útero está hipertónico, de consistencia muy aumentada, por lo que no sería lógico encontrar un descenso de la dinámica uterina. Por otra parte, tampoco se habla de un sangrado oscuro, dato muy típico.

En cambio, existen varias razones a favor de la respuesta 3, la rotura uterina, que sería la solución correcta:

- El antecedente de cesárea aumenta el riesgo.

- La exploración uterina también sugiere una rotura, ya que el órgano está adinámico, aparte de que el feto

se palpa por encima del estrecho superior.

En este caso, no presenta dolor, que es uno de los datos más típicos de la rotura uterina, dada la anestesia epidural.

-----o-----

Info Pregunta: 91884519-bba7-415d-8936-786972d5909a

167. Paciente de 34 años que acude a la consulta por infertilidad. Antecedente de embarazo ectópico complicado hace 2 años y enfermedad inflamatoria pélvica en 3 ocasiones. Sin método anticonceptivo. ¿Cuál es el examen inicial a solicitar?

1. Histerosalpingografía
2. Ecografía transvaginal
3. Histeroscopia
4. Histerosonografía

Resp. Correcta: 1

Comentario: La histerosalpingografía (HSG) es el método de elección. Consiste en la visualización fluoroscópica y radiográfica de la cavidad uterina y trompas, tras la inyección de contraste opaco, 2-5 días después de la menstruación. Permite valorar una obstrucción tubárica y ocasionalmente puede resultar terapéutica y repermeabilizar una obstrucción tras su realización. Es una prueba en ocasiones dolorosa y existe posibilidad de reagudización de un absceso tubo-ovárico o enfermedad inflamatorio pélvica antigua (1-3%).

-----o-----

Info Pregunta: 075c4c60-4cb6-4a0b-a7a7-78bc820fe8bf

168. El perjuicio fundamental del tamoxifeno aparece en:

1. Mama.
2. Hueso.
3. Hipotálamo.
4. Endometrio.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

El tamoxifeno es un fármaco modulador de los receptores de estrógenos (SERM), con lo que tendrá un efecto estrogénico en algunos receptores como en el endometrio (aumentando el riesgo de hiperplasia), hueso e hígado.

-----o-----

Info Pregunta: 1682b8bd-d407-4570-b66e-7979a035a842

169. Gestante de 38 semanas que ingresa con trabajo de parto. Durante el período de

dilatación presenta cuadro de dolor brusco. En la exploración, usted objetiva metrorragia escasa y aumento del tono uterino a la palpación abdominal que resulta muy doloroso. ¿Cuál sería su diagnóstico?:

1. Placenta previa.
2. Desprendimiento de placenta.
3. Corioamnionitis hemorrágica.
4. Rotura de vasos previos.

Resp. Correcta: 2

Comentario: Pregunta sencilla, cuya respuesta correcta aparece en el manual. Se debe hacer el diagnóstico diferencial entre las metrorragias del tercer trimestre, y el punto clave es el aumento de tono uterino y claramente doloroso a la palpación característico del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta o abruptio placentae. En la rotura uterina, además de la metrorragia, cursa con dolor abdominal intenso, pero no se detecta aumento del tono uterino y se palpan las partes fetales.

-----o-----
Info Pregunta: 8dcea475-888d-4923-8652-797a829ad79f

170. Mujer de 27 años que consulta por amenorrea de 3 meses. Como antecedentes obstétricos un embarazo y parto normales hace 5 años. Ex usuaria de drogas por vía inhalatoria, negando el uso de la vía parenteral. Su pareja sexual es ADVP activo y VIH positivo en estadio C3. En la serología del primer trimestre se diagnostican anticuerpos anti-VIH positivos en la gestante. Debemos informarle de todo lo siguiente, EXCEPTO:

1. No se debe suspender el TAR oral durante el parto.
2. Cuando la indicación de la cesárea electiva es la infección por el VIH se debe programar en la semana 38.
3. Deberá renunciar a la lactancia materna, puesto que esta duplica el riesgo de transmisión madre-hijo.
4. Está aceptada la cesárea electiva de forma sistemática como única vía del parto.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

La mayoría de los casos de transmisión vertical del VIH se producen **durante el parto** y/o en las últimas semanas de gestación.

El factor materno más importante asociado al riesgo de transmisión vertical es la carga viral, por lo que el objetivo principal del TAR es mantener la carga viral indetectable durante la gestación.

Es fundamental realizar tratamiento antirretroviral en **todas las gestantes** independientemente del número de linfocitos CD4 que tengan.

ZDV debe incluirse en el TAR, siempre que sea posible.

El **tratamiento intraparto** recomendado por haber demostrado mayor eficacia en la reducción de la tasa de transmisión vertical del virus es la ZDV IV., independientemente del tratamiento que llevara previamente la paciente.

-No se debe suspender el TAR oral durante el parto.

Cuando la indicación de la cesárea electiva es la infección por el VIH se debe programar en la semana 38.

En aquellas pacientes infectadas por el VIH en las que se decida permitir un parto por vía vaginal debemos ser cuidadosos en el manejo, para no incrementar el riesgo de transmisión del virus.

Se debe evitar la ruptura artificial de las membranas. Se ha observado un incremento en la transmisión materno-fetal del virus cuando la duración de la RPM es superior a 4-6h.

Se deben evitar procedimientos invasivos para monitorizar el bienestar fetal como el electrodo interno o la determinación de pH de calota fetal .

La instrumentación del parto (fórceps o ventosa) y la episiotomía se deben realizar circunstancias muy seleccionadas .

En cuanto a la lactancia materna, es cierto que aumenta el riesgo de transmisión, y por ello se contraindica como recomendación general. No obstante, en los países subdesarrollados sí se acepta dar lactancia, porque la alternativa sería la malnutrición, con lo que el riesgo- beneficio aconseja darla.

-----o-----

Info Pregunta: d02334f5-8ee4-480e-8ddf-7a122908cf11

171. Paciente de 20 años primigestante, en expulsivo. Luego de de 100 minutos de pujo dirigido, se encuentra con un feto cefalico, en estación +2, variedad de posición occipito izquierdo anterior, frecuencia cardiaca fetal de 110 latidos por minuto. La conducta mas adecuada sería:

1. Continuar el pujo dirigido por 30 minutos mas
2. Realizar cesárea de emergencia
3. Realizar maniobra de Kristeller
4. Instrumentación con espátulas de Velasco

Resp. Correcta: 4

Comentario: En este caso clínico estamos frente a un expulsivo prolongado, con en feto en variedad anterior y con estación +2; la instrumentación con espátulas de Velasco sería la conducta mas adecuada, teniendo en cuenta que este intrumento se utiliza para aplicaciones bajas en los planos de Hodge.

-----o-----

Info Pregunta: 45e9e7c9-b179-4852-a088-7c3b37efed6c

172. Al hacer un estudio mediante una microtoma de sangre fetal se obtiene un valor de pH de 7,23. Con estos resultados, la actitud más correcta sería:

1. Se trata de un valor normal y, por lo tanto, no hay que hacer nada.
2. Se trata de un valor de pH prepatológico, y es necesario repetir la prueba en unos 15-20 min.
3. Este valor de pH indica claramente un sufrimiento fetal, y es necesario hacer una amnioscopia en ese momento.

4. Se trata de un pH prepatológico, y debería repetirse la prueba en unos 40-60 minutos.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Un valor en el pH fetal de 7,23 (7,21- 7,25) estaría en el rango prepatológico (respuesta 3 correcta). En caso de que el pH fuese de 7,20 o menor, habría que poner fin inmediato a la gestación. Ante un valor en este rango, lo que debemos hacer a continuación es dejar a la paciente en decúbito lateral izquierdo durante 15-30 minutos, repitiendo después la microtoma, para ver si mejora o no. Si el registro no mejora, estaría indicado finalizar la gestación.

-----O-----

Info Pregunta: 5b added 261-5f be-470 e-a729-7d18a097e8ad

173. Respecto a las mastitis puerperales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

1. El germen causal más frecuente es el *Streptococcus agalactiae*.
2. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con carcinoma inflamatorio si no hay respuesta a los antibióticos.
3. El tratamiento de elección son los betalactámicos.
4. Son más frecuentes en primíparas.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Las mastitis son infecciones muy frecuentes durante la lactancia. La producen gérmenes que pasan de la piel a la glándula mamaria a través de grietas y heridas que se forman durante este período. Ante una mastitis, debes pensar en microorganismos grampositivos, siendo el más frecuente *S. aureus* (respuesta 1 falsa).

El tratamiento de la mastitis se realiza con antibióticos y analgésicos, evacuación periódica del pecho y aplicación de calor local. En el caso de que se forme un absceso, será necesario completar el tratamiento anterior con el drenaje quirúrgico. No es necesario inhibir la lactancia, salvo que sea una mastitis bilateral.

-----O-----

Info Pregunta: ab65e462-2e06-43f6-8242-7d8674fdca34

174. Si al practicar una histerosalpingografía se constata que existe un síndrome de Asherman, ello significa que se trata de:

1. Endometriosis de la trompa.
2. Sinequias uterinas.
3. Insuficiencia ístmico-cervical.
4. Útero doble.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Debes recordar que el síndrome de Asherman es una causa de amenorrea secundaria de origen uterino, que

está producida por sinequias uterinas (generalmente tras legrado).

En el diagnóstico diferencial se presentaría como una mujer con amenorrea con prueba de embarazo negativa, TSH y PRL normales, que no menstrúa ni tras el test con progesterona ni tras el test con anovulatorios orales.

-----o-----
Info Pregunta: a6780ae6-5171-4622-a124-7e57aaa910da

175. A los diez días de iniciar por primera vez la toma de un anovulatorio de baja dosis, una paciente de 24 años comienza con metrorragia escasa (spotting). Se produce:

1. En muchos casos; no es preocupante.
2. Por exceso de estrógenos.
3. Por exceso de progestágenos.
4. Por fallo en la administración.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Los anticonceptivos orales más recientes contienen baja dosis de estrógenos para disminuir la incidencia de efectos adversos. Aunque esta dosis sea suficiente para mantener el efecto anovulatorio y anticonceptivo, en ocasiones no es suficiente para inducir un adecuado crecimiento del endometrio el cual se descama parcialmente por disrupción, apareciendo sangrado intermenstrual escaso (spotting). En otras ocasiones, la dosis de estrógenos no es capaz de estimular el endometrio quedando éste atrófico y la paciente en amenorrea. Ambos efectos adversos son relativamente frecuentes y no son preocupantes. Ambos se tratan aumentando la dosis de estrógenos que contiene el preparado.

-----o-----
Info Pregunta: 4c5f2233-6c05-4b2e-ab97-7f4c702359ec

176. En el cáncer de mama, ¿cuándo se emplea la radioterapia?:

1. Cuando el tamaño tumoral (T) sea > 2 cm.
2. Si los receptores son negativos.
3. Como adyuvante de la cirugía conservadora.
4. Como adyuvante de la mastectomía en casos de carcinoma ductal in situ.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Las indicaciones de la radioterapia en el tratamiento del cáncer de mama son fáciles de conocer. Así, serán subsidiarias de radioterapia siempre que se realice cirugía conservadora (tumorectomía) para el tratamiento del cáncer de mama(ya sea ductal in situ o infiltrante).

También se aplica la radioterapia tras una mastectomía en aquellas pacientes consideradas de alto riesgo de recaída:

- T3(> 5cm)

-T4(afectación cutánea)

-Afectación axilar

-Márgenes de resección próximos.

-----o-----

Info Pregunta: b75357e2-5efb-4102-98e1-7f79472bf1b0

177. Es un criterio de severidad de la preeclampsia:

1. Creatinina mayor de 0,9 mg/dl
2. Recuento de plaquetas menor de 50.000
3. Acido úrico mayor de 7 mg/dl
4. Proteinuria mayor de 300 mg en 24 horas

Resp. Correcta: 2

Comentario: De las opciones mencionadas, el único criterio de severidad es la presencia de trombocitopenia con recuento plaquetario menor de 50.000. Los otros paraclínicos colaboran en el diagnóstico pero no definen severidad.

-----o-----

Info Pregunta: bfe93b78-bcac-4e44-8012-7fe370faa874

178. Mujer de 60 años de edad diagnosticada de carcinoma infiltrante multicéntrico de mama subsidiaria de mastectomía con biopsia selectiva del ganglio centinela que resulta negativo y quimioterapia postoperatoria. ¿Cuándo estaría indicado realizar la reconstrucción de la mama?:

1. Sistemáticamente diferida al cabo de 5 años libre de enfermedad postmastectomía.
2. La quimioterapia postoperatoria es una contraindicación para realizar la reconstrucción inmediata.
3. De forma inmediata, pues la reconstrucción de la mama no interfiere en la historia natural de la enfermedad.
4. A partir de los 60 años es mejor el uso de prótesis externa.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

En el caso que nos comentan, se ha realizado una mastectomía, probablemente por el carácter multicéntrico del tumor. La reconstrucción mamaria podría realizarse, en principio, inmediatamente después del acto quirúrgico.

Recuerda que NO está contraindicada la irradiación de la pared torácica en ningún caso de reconstrucción autóloga, heteróloga o de aumento.

-----o-----

Info Pregunta: 2fdab73b-28f2-46c7-a0e7-80159f0cd43f

179. Ante los cambios que se producen en el embarazo, ¿cuál de los siguientes enunciados es el verdadero?:

1. La dilatación de los uréteres y pelvis renales es patológica.
2. Se produce una disminución plasmática de las cifras de creatinina, urea y ácido úrico.
3. La actividad tiroidea está disminuida y se produce paso al feto de T3 y T4 de forma muy apreciable.
4. Durante el embarazo, hay un estado de hipocoagulabilidad.

Resp. Correcta: 2

Comentario: Pregunta sobre las modificaciones gravídicas maternas que como puedes ver no entraña ninguna dificultad. Durante la gestación se produce un aumento del flujo plasmático renal y la filtración glomerular en un 40%, junto con un incremento de la reabsorción tubular; todo ello producido por el aumento del volumen plasmático y gasto cardíaco. Es por todo lo anteriormente expuesto el que nos encontremos un descenso de la creatinina, urea y ácido úrico (opción 3 correcta). El resto de opciones son falsas ya que se produce una dilatación de uréteres y pelvis renales de forma fisiológica, aumentan también de forma fisiológica la cifra de leucocitos y VSG, aumenta la síntesis de hormonas tiroideas y de los factores de coagulación apareciendo una hipercoagulabilidad.

-----o-----

Info Pregunta: 11e1fa52-4e14-433a-a085-8080ac5c6797

180. Mujer de 25 años de edad acude por referir desde hace 10 días: abundante flujo maloliente grisáceo, pH > 4,5, prueba de las aminas con olor a pescado y clue cells. El agente etiológico más común en este tipo de infecciones corresponde a:

1. Gardnerella vaginalis.
2. Candida
3. Trichomona Vaginalis
4. Papiloma Virus

Resp. Correcta: 1

Comentario: Aproximadamente un 50-70% de las mujeres con una vaginosis están asintomáticas. El resto refiere un aumento del flujo, de color blanco-grisáceo, y, en ocasiones, maloliente. No se asocian signos inflamatorios de edema o eritema vulvar. No se trata de una infección de transmisión sexual. Son factores de riesgo la gestación previa y el uso de DIU. El pH vaginal es superior a 4,5, la prueba de aminas: positiva.

-----o-----

Info Pregunta: de1b4485-75f8-49a3-81db-80e9482add77

181. En el manejo de la Eclampsia son correctas todas EXCEPTO:

1. Administración de Sulfato de Magnesio i.v.
2. Colocar a la paciente en decúbito lateral.
3. Establecer una vía aérea y administrar oxígeno.
4. Parto inmediato mediante cesárea.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Las 4 primeras respuestas son todas ciertas y nos resumen aspectos importantes del manejo de la eclampsia.

La respuesta incorrecta es la 5 puesto que en general se acepta, incluso en la eclampsia, que es preferible la vía vaginal antes que la cesárea. Para la elección de la vía de parto habrá que considerar factores como la presentación, las condiciones cervicales y la edad gestacional, entre otros. Se puede inducir el parto en estas pacientes así como emplear prostaglandinas locales para la maduración cervical. La anestesia regional consigue un buen control de la hipertensión y mejora el flujo uteroplacentario, por lo que puede considerarse la técnica de elección en estas pacientes siempre que no existan contraindicaciones para la misma.

Se practicará cesárea sólo si no progresa adecuadamente la dilatación, ante sospecha de sufrimiento fetal, empeoramiento del estado materno o mal control de la gestante.

Es importante recordar que se terminará la gestación en todas aquellas pacientes a término con preeclampsia. En las gestaciones pretérmino se decidirá en función de la gravedad del cuadro clínico que presente la embarazada y del estado fetal.

-----o-----

Info Pregunta: de150f61-9579-4ee0-b8ab-81017c75319f

182. Una de las siguientes aseveraciones sobre el ganglio centinela en el cáncer de mama es cierta:

1. El ganglio centinela es el primer ganglio que recibe el drenaje linfático del tumor primario.
2. Antecedentes de cirugía mamaria plástica de aumento o reducción suponen una contraindicación.
3. La existencia de una adenopatía axilar palpable y móvil en una paciente con un tumor de 3 cm de diámetro se considera una contraindicación para la técnica de detección.
4. La administración de quimioterapia u hormonoterapia neoadyuvante suponen una contraindicación de la técnica.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Ganglio centinela se define como la primera estación ganglionar que recibe el drenaje tumoral. De ahí el interés de localizarlo, para realizar una biopsia de forma selectiva y, en caso de objetivar macrometástasis en el centinela, proceder a la linfadenectomía axilar.

La negatividad del ganglio centinela axilar en cáncer de mama invasor, permite evitar la linfadenectomía axilar.

Siempre que se localice una adenopatía axilar sospechosa por ecografía, está indicado la realización de una PAAF o BAG, que si no es diagnóstica y la imagen es claramente sospechosa deberá repetirse. Si es negativa la segunda punción, se puede realizar ganglio centinela.

Sólo hay dos contraindicaciones absolutas para la BSGC en cáncer infiltrante de mama:

- Cáncer de mama infiltrante con ganglios citohistológicamente metastásicos (N1-N2).
- Carcinoma de mama inflamatorio (T4d)

-----o-----
Info Pregunta: 9e8d1f6e-25c6-4f9c-ab8c-85456ea68a39

183. Para medir la eficacia anticonceptiva utilizamos el índice de Pearl. Teniendo en cuenta el uso típico de los anticonceptivos, ¿Cuál es el Top 5 en cuanto a eficacia?

1. 1. Vasectomía, 2. Pomeroy, 3. Implante subdérmico, 4. Endoceptivo de Levonorgestrel, 5. DIU tipo T de cobre
2. 1. Implante subdérmico, 2. Vasectomía, 3. Endoceptivo de levonorgestrel, 4. Pomeroy, 5. DIU tipo T de cobre
3. 1. Pomeroy, 2. Endoceptivo de Levonorgestrel, 3. Implante subdérmico, 4. DIU tipo T de cobre, 5. Vasectomía
4. 1. Endoceptivo de Levonorgestrel, 2. Implante subdérmico, 3. Pomeroy, 4. Vasectomía, 5. DIU tipo T de cobre

Resp. Correcta: 2

Comentario: El índice de Pearl se calcula de acuerdo al número de embarazos no planificados por 100 mujeres/año. El uso típico hace referencia al uso cotidiano, que puede ser susceptible de algunas variaciones inherentes a la utilización del método. Los estudios muestran que el método con menos porcentaje de embarazos no planificados es el implante subdérmico, seguido de la esterilización masculina, el endoceptivo de levonorgestrel, la esterilización femenina y cerrando el top 5 se encuentra el diu tipo T de cobre.

-----o-----
Info Pregunta: d38e3e54-9c28-4e76-8c68-85a5f017fb5f

184. En los estudios iniciales de una amenorrea secundaria conviene comprobar la normalidad de los niveles sanguíneos de:

1. TSH.
2. ACTH.
3. Dopamina.
4. Estriol.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Debes manejar con soltura el algoritmo diagnóstico de las amenorreas secundarias.

Ante una amenorrea secundaria, lo primero que debemos descartar es una gestación, y para ello realizamos, en primer lugar un test de embarazo.

Si el test es negativo, a continuación es necesario determinar los niveles de TSH (RC- 1) y PRL, que también pueden dar lugar a amenorrea. Si están alterados, haremos el tratamiento etiológico.

-----o-----

Info Pregunta: c81f51c8-2f80-42a8-8b7b-869ead72d346

185. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO produce disminución de la variabilidad en la monitorización fetal intraparto?:

1. Administración de oxitócicos.
2. Meperidina.
3. Hipoxia fetal.
4. Tratamiento materno con betabloqueantes.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Una pregunta de dificultad media sobre el registro cardiotocográfico.

La meperidina, al ser un opiáceo, es un depresor del sistema nervioso central, disminuyendo entonces la variabilidad. Lo mismo ocurre con los betabloqueantes, que reducen la variabilidad al oponerse a la acción de las catecolaminas sobre los receptores beta. La anestesia epidural también puede disminuirla, sobre todo cuando se administra en bolo a través del catéter epidural (a veces, incluso puede provocar alguna deceleración). Otra de las causas de variabilidad baja es la hipoxia fetal. En cambio, lo que hacen los oxitócicos es exactamente lo contrario. Al aumentar las contracciones uterinas, somete al feto a un mayor estrés, con lo que su reacción es un aumento de la frecuencia cardíaca y de la variabilidad.

-----o-----

Info Pregunta: 021384b4-6825-4d3c-9565-87cfeeff9bc6

186. El tumor ovárico de células germinales más frecuente es el:

1. Disgerminoma.
2. Carcinoma embrionario.
3. Teratoma maduro quístico.
4. Teratoma inmaduro.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Los tumores ováricos germinales representan el 25% del total. Más de la mitad de ellos se producen en mujeres jóvenes. Por lo tanto, son los tumores ováricos más frecuentes en este grupo de edad. El síntoma más frecuente es el dolor y la distensión abdominal.

El tumor ovárico más frecuente, dentro de los de estirpe germinal, es el teratoma quístico maduro (quiste dermoide), con gran diferencia: 90% del total. El 10% restante son malignos. Está constituido por tejidos bien diferenciados y sólo es maligno de forma excepcional. En su arquitectura, existe un predominio de tejido ectodérmico: glándulas sebáceas, sudoríparas, pelo... En algunas ocasiones, este tumor es productor de alfafetoproteína, al igual que muchos tumores testiculares (excepto el seminoma).

-----o-----

Info Pregunta: b7dbab3a-b732-4125-93c4-88366a257b97

187. Mujer de 74 años. Menopausia a los 50 años. Diagnosticada a los 46 de un cáncer de mama ductal infiltrante . Fue sometida a mastectomía con linfadenectomía axilar (nivel I y II) , seguida de 6 ciclos de quimioterapia y tamoxifeno hasta completar 5 años. Controles anuales dentro de la normalidad, salvo el del último año, que no los realizó por motivos personales. Acude a urgencias, refiriendo varios episodios de metrorragia escasa, autolimitados en las últimas 2 semanas. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. Puesto que los episodios de metrorragia han sido autolimitados, mantendremos actitud expectante sin realizar ninguna prueba complementaria.
2. El cuadro que presenta la paciente puede ser secundario a la medicación que tomó.
3. La ecografía puede mostrarnos un endometrio engrosado de aspecto multiquístico.
4. En la urgencia podemos realizar una aproximación diagnóstica con una cánula de Cornier.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Pregunta importante sobre el manejo de complicaciones del tratamiento coadyuvante del cáncer de mama.

Tenemos el caso clínico de una paciente con cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno y presenta metrorragia.

Recordemos que uno de los efectos secundarios más importantes del tamoxifeno es la hiperplasia de endometrio, que puede debutar con metrorragia (opción 2).

Lo primero que debemos hacer es explorar a la paciente y realizar una ecografía, que nos dará muchas veces un patrón endometrial multi- microquístico (opción 3).

Una manera sencilla de tomar una muestra histológica del endometrio es con una cánula de aspiración tipo Cornier, procedimiento que no precisa anestesia ni materiales especiales, y lo podemos realizar en la urgencia o en consulta.

Así pues, una cosa debemos tener claro, y es que ante una metrorragia en una paciente postmenopáusica, no podemos quedar indiferentes y no hacer nada, aunque sean episodios aislados, con lo que la respuesta incorrecta es la 1.

-----O-----

Info Pregunta: 88e8881d-e716-4e4e-b454-883d093f2709

188.Cuál de los siguientes NO es útil en el diagnóstico prenatal de las cromosopatías:

1. Amniocentesis.
2. Funiculocentesis.
3. Baja cifra de alfafetoproteína en sangre materna.
4. Test de Coombs indirecto.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Pregunta fácil sobre los métodos de diagnóstico prenatal. La biopsia corial es el método que podemos

realizar de forma más precoz (a las 10 semanas de gestación), siendo útil para el diagnóstico de enfermedades metabólicas en el feto y cromosomopatías. La amniocentesis genética es la siguiente, realizándose a partir de la semana 15; es la más utilizada y la más sencilla con diferencia. La funiculocentesis o cordocentesis es la última prueba invasiva, realizándose a partir de la 18 semana de gestación, obteniendo el diagnóstico de forma bastante rápida. Hemos citado métodos invasivos, pero también disponemos de marcadores ecográficos y bioquímicos, entre los que destaca la alfafetoproteína, que en el síndrome de Down está muy descendida, y en los defectos del tubo neural está muy elevada. El test de Coombs indirecto no es un método de diagnóstico prenatal, por lo que la opción 5 es la que debemos escoger; es utilizado para el diagnóstico de Ac anti- D maternos, para así poder identificar gestaciones con riesgo de tener una isoinmunización Rh.

-----o-----

Info Pregunta: 415ce374-0282-4890-b89d-8880f177e1bb

189. ¿Qué medida considera incorrecta para el manejo de una masa anexial sospechosa de malignidad? :

1. La laparoscopia es útil para descartar posibles falsos positivos de la evaluación prequirúrgica, evitando abordajes laparotómicos más agresivos.
2. La laparoscopia nos permite realizar una biopsia diagnóstica y una evaluación de la susceptible reseccabilidad quirúrgica del tumor
3. Es imprescindible que el abordaje diagnóstico y terapéutico se haga en un único acto quirúrgico, y así evitar intervenciones innecesarias.
4. El abordaje quirúrgico de los aparentes estadios iniciales del cáncer de ovario puede realizarse tanto por laparoscopia como por laparotomía

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Lo que debemos recordar es que ante una sospecha fundada de cáncer de ovario, el diagnóstico de certeza de malignidad es siempre histopatológico. Para ello se puede practicar: biopsia diferida o intraoperatoria.

Durante la cirugía se debe evitar romper la tumoración y/o su cápsula quística. En este sentido, con el acceso laparoscópico se ha descrito un riesgo de rotura mayor que con el acceso laparotómico, por ello la opción preferente suele ser la laparotomía en la mayoría de casos.

El abordaje diagnóstico o terapéutico se puede hacer en un único acto quirúrgico aunque no es imprescindible(opción 3 incorrecta)

-----o-----

Info Pregunta: f35c258b-fcb7-4e6f-a2da-88fbd78b9d3d

190. El carcinoma escamoso de cérvix uterino ocupa el 5º lugar de los cánceres que afectan a la mujer. Se ha demostrado que su origen está íntimamente ligado a:

1. Infección por virus del papiloma humano (HVP).

2. Utilización de tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia.
3. Infecciones vaginales repetidas por Candida albicans.
4. Infección por herpes virus tipo II.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Sin duda el factor de riesgo más importante e indispensable del carcinoma invasor de cuello es la infección genital por el papovavirus. El HPV está muy relacionado con la génesis del cáncer de cuello uterino y con la aparición de SIL. Los tipos más oncogénicos de HPV son: 16 y 18.

El virus del herpes tipo II, reflejo de promiscuidad sexual, se considera promotor de este cáncer.

Recuerda que el tabaco también se considera factor de riesgo para este cáncer, pero el HPV se considera más importante.

-----o-----

Info Pregunta: 0aaf4092-1329-4ba4-a72a-893b97a47c3f

191. De los factores de alto riesgo mencionados para el cáncer de mama, hay uno que NO es cierto:

1. Multiparidad.
2. Patrón mamográfico denso
3. Irradiación mamaria
4. Carcinoma lobulillar in situ

Resp. Correcta: 1

Comentario:

El embarazo a término es un factor protector frente al cáncer de mama disminuyendo el riesgo, especialmente cuando el embarazo sucede a edades jóvenes y aumentando el efecto protector con el número de embarazos

-----o-----

Info Pregunta: 5173b442-f123-449a-8cc5-8a10a9ce6734

192. ¿En cuál de las siguientes manifestaciones clínicas se requiere el acetato de ciproterona como tratamiento de elección?:

1. Amenaza de aborto.
2. Hirsutismo manifiesto.
3. Endometriosis.
4. Cáncer de mama.

Resp. Correcta: 2

Comentario:

Es una pregunta importante respecto al tratamiento de las manifestaciones clínicas del Síndrome de Ovario

Poliquístico.

El tratamiento del Hirsutismo que aparece en el SOP se realiza con anticonceptivos orales, que disminuyen la producción de esteroides suprarrenales y ováricos, reduciendo el hirsutismo en 2/3 de los pacientes. A veces se añaden antiandrógenos (espironolactona, acetato de ciproterona, flutamida, cimetidina, finasteride...).

-----o-----
Info Pregunta: 15bbaf4c-a779-40de-a929-8aedf58b725a

193. ¿Cuál de estas características clínicas NO esperaría encontrar en una placenta previa sintomática?

1. Dolor.
2. Hemorragia de sangre roja.
3. Con frecuencia hay rotura prematura de membranas.
4. Feto con presentación alta.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

La placenta previa produce un sangrado indoloro (respuesta 1 falsa). El resto de las opciones que nos presentan son características de la placenta previa. La otra hemorragia del tercer trimestre que tampoco presenta dolor abdominal es la rotura de vasos previos.

El diagnóstico diferencial entre ambos cuadros puedes basarlo en la afectación fetal. Mientras en la placenta previa no aparece sufrimiento fetal, en la rotura de vasos previos se presenta inmediatamente, ya que la sangre procede del feto, y además suele ser grave.

-----o-----
Info Pregunta: 071dc335-dc75-4427-b190-8b395d8fc945

194. ¿Qué progesterona tiene efecto antiandrogénico?:

1. Levonorgestrel.
2. Desogestrel.
3. Gestodeno.
4. Acetato de ciproterona.

Resp. Correcta: 4

Comentario:

Es importante que conozcas que el acetato de ciproterona es un antiandrógeno y que como tal se utiliza en ciertas patologías en las que este efecto nos es beneficioso, como en el hirsutismo del SOP en el que se da anticonceptivos orales, que disminuyen la producción de esteroides suprarrenales y ováricos. Hay otros fármacos también antiandrógenos como la espironolactona, acetato de ciproterona, flutamida, cimetidina y finasteride. El acetato de ciproterona también se utiliza en el tratamiento del acné, su mecanismo de acción parece ser por inhibición de la unión de los andrógenos a los receptores periféricos de la glándula sebácea, impidiendo el paso de testosterona a 5- alfa- dihidrotestosterona, con lo que disminuye de forma importante la producción de sebo. Por su acción feminizante sólo tiene indicación en la mujer, debe asociarse a un estrógeno como el etinilestradiol para conseguir una acción anticonceptiva, ya que el acetato de ciproterona

es teratígeno.

-----o-----

Info Pregunta: 416feb93-37a8-4c03-8208-8c3ef072001a

195. Tercípara de 41 semanas de amenorrea que acude al hospital por presentar dinámica de parto. Entre sus antecedentes obstétricos destacan dos partos eutócicos. El embarazo actual ha cursado con normalidad. En el registro cardiotocográfico la frecuencia cardíaca fetal es de 120 lpm, la variabilidad de 5-10 y existen deceleraciones variables. ¿Hacia qué tipo de patología nos orienta el registro?:

1. Compresión de la cabeza fetal en el canal del parto.
2. Situación premortem.
3. Patología del cordón.
4. Rotura de vasa previa.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Caso clínico muy fácil en el que se nos presenta a una tercigesta a término que está de parto. En el registro cardiotocográfico se muestran dos alteraciones como son la variabilidad baja (5- 10 latidos/minuto) y deceleraciones variables. Recuerda que cada tipo de deceleración está relacionada con un tipo de patología, así, las deceleraciones variables (o también llamadas umbilicales) son características de la patología del cordón (opción 3). En la compresión de la cabeza fetal (estimulación del parasimpático fetal) solemos encontrar deceleraciones precoces o dips de tipo I; en la situación premórtem (por ejemplo en la rotura de vasos previo) encontramos una sinusoidal. Los dips tipo II o deceleraciones tardías los encontramos en patología placentaria como puede ser el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Bibliografía: Manual CTO 4ª Ed. Ginecología y Obstetricia: Capítulo 22.4, pág. 37.

-----o-----

Info Pregunta: a087a9b6-570a-42e3-b32c-8d844754dee9

196. Los gemelos unidos se forman cuando:

1. La división del óvulo fertilizado ocurre en la fase de mórula.
2. Entre el 4º y 8º día postfecundación antes de la diferenciación de las células del amnios.
3. La división ocurre después de la formación del disco embrionario.
4. Si la división ocurre cuando el amnios ya está establecido, 8 días después de la fertilización.

Resp. Correcta: 3

Comentario:

Los gemelos siameses se forman cuando la división de un mismo óvulo fecundado tiene lugar pasados los 13 días tras la fecundación, después de la formación del disco embrionario.

-----o-----

Info Pregunta: 3f2f00ea-4884-4b70-8ec4-8e34784dd424

197. Para la aparición del cáncer de cérvix de células escamosas, existen múltiples

factores de riesgo. Señale el que hoy en día se considera más importante e indispensable para su aparición:

1. Infección por VPH.
2. Tabaquismo.
3. Déficit de alfa-1-antitripsina.
4. Infección por herpes virus tipo II.

Resp. Correcta: 1

Comentario:

Que la infección por HPV (sobre todo tipos 16 y 18) es el FR fundamental del cáncer de cérvix es lo más importante que debéis saber de esta patología. Sobre el resto de las opciones, recordad la promiscuidad sexual y el inicio precoz de las relaciones sexuales, y también el tabaquismo. El déficit de alfa 1 antitripsina también se ha demostrado factor predisponente, aunque su prevalencia es muy poco importante en comparación con la de los otros FR del cáncer de cérvix. La infección por herpes virus no predispone a esta patología.