1. **En una puérpera con lactancia materna y diagnosticada de tiroiditis postparto en fase tirotóxica; ¿cuál sería el tratamiento MÁS adecuado?**

A) Propanolol.
B) Propiltiouracilo.
C) Yodo radiactivo.
D) Metimazol.

2. **¿Cuál de los siguientes signos ecográficos NO es característico del hipertiroidismo fetal?**

A) Frecuencia cardíaca fetal >160 lpm.
B) Bocio fetal.
C) Oligo/polihidramnios.
D) Edad ósea retardada.

3. **Gestante de 12 semanas que acude a consulta, presenta dos glucemias basales de 130 mg/dl y 127mg/dl en días diferentes. ¿Qué es adecuado según el protocolo SEGO?**

A) Solicitar un test de O´Sullivan.
B) Solicitar una Sobrecarga oral de glucosa.
C) Diagnosticar diabetes.
D) Solicitar hemoglobina glicosilada para confirmar el diagnóstico.

4. **Gestante con diagnóstico fetal de retraso de crecimiento intrauterino tipo III (RCIU tipo III) confirmado y amenorrea de 31 semanas, la actitud MÁS correcta sería:**

A) Maduración pulmonar fetal e inducción al parto.
B) Maduración pulmonar fetal, neuroprotección con sulfato de magnesio y cesárea electiva.
C) Fluxometria Doppler y monitorización fetal no estresante cada 2-3 días.
D) Fluxometria Doppler y monitorización fetal no estresante cada 24-48horas.

5. **En el control prenatal de mujeres con diabetes pregestacional está indicado:**

A) Control de crecimiento fetal cada 2 semanas desde la semana 24.
B) Ecocardiografía fetal entre las 35-37 semanas para estudio de miocardiopatía hipertrófica, principalmente en gestantes con mal control metabólico.
C) Prevención de preeclampsia con ácido acetilsalicílico 300 mg/día.
D) Si hay un control glucémico subóptimo o existan otras complicaciones maternas o fetales se valorará terminar el embarazo a partir de la semana 36+0.

6. **En el autocontrol glucémico de la gestante con diabetes gestacional, ¿qué afirmación NO es correcta sobre los objetivos a alcanzar?**

A) Glucemia en ayunas < 95 mg/dl.
B) Glucemia 1 hora posprandial < 140 mg/dl.
C) Glucemia a las 2 horas posprandial < 120 mg/dl.
D) Glucemia a las 3 horas posprandial < 100 mg/dl.

7. **La diabetes gestacional nos va identificar a un grupo de mujeres con un MAYOR riesgo a largo plazo de desarrollar:**

A) Diabetes mellitus.
B) Síndrome metabólico.
C) Enfermedad cardiovascular.
D) Todas son correctas.

8. Según el actual Documento de Consenso de la SEGO sobre defectos del crecimiento fetal, ante un feto con crecimiento en percentil 6, Doppler de arteria umbilical normal y Índice Pulsatilidad medio de arterias uterina mayor al percentil 95 (IP > p95). El diagnóstico sería:

A) Feto pequeño para edad gestacional.
B) Retraso de crecimiento intrauterino estadio I (RCIU estadio I).
C) Retraso de crecimiento intrauterino estadio II (RCIU estadio II).
D) Retraso de crecimiento intrauterino estadio III (RCIU estadio III).

9. Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, se recomienda adoptar la definición de "fase latente del parto" como:

A) Período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones hasta los 4 centímetros de dilatación.
B) Período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones hasta los 5 centímetros de dilatación.
C) Período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones hasta los 2 centímetros de dilatación.
D) Período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones hasta el borramiento completo del cérvix uterino.

10. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones acerca de la técnica quirúrgica de la cesárea es FALSA, según las guías técnicas de la SEGO?

A) Se recomienda la realización de una incisión segmentaria uterina transversa con ampliación digital mejor que vertical.
B) Se recomienda la extracción placentaria mediante tracción controlada del cordón umbilical mejor que la extracción manual.
C) Se recomienda la sutura de histerorrafia continua sin cruzar mejor que cruzada.
D) Se recomienda la realización sistemática de la disección de la plica vesico-uterina con despegamiento vesical mejor que la no realización.

11. Señale la opción FALSA en el manejo de la distocia de hombros:

A) La simulación frecuente del manejo de la distocia de hombros disminuye la incidencia de parálisis braquial del recién nacido.
B) Su resolución se debe iniciar aplicando las maniobras de primer nivel, tales como Mc Roberts y presión suprapúbica.
C) La liberación del hombro posterior se ha demostrado ser una maniobra de segundo nivel eficaz.
D) Se debe realizar una maniobra de Kristeller y una episiotomía amplia.

12. En la clasificación del parto instrumental, recogida en las Guías prácticas SEGO, se considera que cuando el punto guía de la presentación se encuentra a 2 cm por debajo de las espinas ciáticas, se clasifica como:

A) Instrumental de salida.
B) Instrumental bajo.
C) Instrumental medio.
D) Instrumental alto.

13. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO se incluiría en la categoría III de la clasificación NICHD (National Institute of Chlld Health Development) de la monitorización fetal intraparto?

A) Variabilidad ausente con desaceleraciones tardías recurrentes.
B) Variabilidad ausente con frecuencia cardíaca fetal de 148 Ipm.
C) Variabilidad ausente con desaceleraciones variables recurrentes.
D) Patrón sinusoidal.

14. ¿Cuál de las siguientes entidades NO se considera factor de riesgo del parto prematuro?

A) Gestación múltiple.
B) Antecedente de parto prematuro.
C) Antecedente de cesárea electiva.
D) Antecedente de cesárea anterior en dilatación completa prolongada.

15. Señale la respuesta VERDADERA sobre la medición del cuello uterino para la predicción del parto prematuro.

A) Se ha demostrado que las mediciones seriadas cada 2 semanas por vía transvaginal presentan mayor valor predictivo positivo que una única determinación.
B) Una única medida de la longitud cervical entre la semana 12 y 14 de gestación es mejor método que los cambios observados en el tiempo para predecir el parto pretérmino.
C) Tanto en embarazos únicos como gemelares se aplica el mismo punto de corte de ≤ 25 mm para definir cérvix corto.
D) La técnica adecuada para la medición del cuello uterino incluye vejiga llena, medición del eje transverso del cuello uterino preferentemente por vía vaginal.

16. ¿Cuál de las siguientes NO es indicación de cerclaje uterino?

A) Gestación de 28 semanas con prolapso de membranas amnióticas.
B) Gestantes con antecedente de parto pretérmino anterior y una longitud cervical ≤ 25 mm.
C) Gestante con el antecedente de más de 3 abortos tardíos o partos pretérmino.
D) Gestación de 18 semanas con dilatación cervical asintomática mayor a 1-2 cm con membranas visibles a través de orificio cervical externo.

17. La maduración pulmonar fetal con corticoides, es FALSO que:

A) Se debe administrar aquellas gestantes con un riesgo de parto inminente en los siguientes 7 días con amenorrea comprendida entre 24.0 y 34.0 semanas.
B) Reduce el riesgo de muerte perinatal, dificultad respiratoria moderada/severa, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante.
C) Aumentan el riesgo de corioamnionitis y endometritis materna.
D) No existe evidencia científica que recomiende la administración profiláctica de corticoides en gestantes asintomáticas.

18. Señale la respuesta FALSA sobre la elección de la vía de parto en las gestantes VIH positivas (Virus de la Inmunodeficiencia Humana):

A) El parto por vía vaginal será la norma en aquellas mujeres en TAR (Tratamiento antirretroviral) con buena adherencia y CVp < 1000 copias/mL (CVp: Carga viral plasmática) las últimas 4 semanas antes del parto.
B) El tiempo de rotura de membranas no debería condicionar la vía de parto en las mujeres en TAR con CVp <1000 copias/mL pero está indicada la estimulación inmediata del parto.
C) El clampaje tardío de cordón umbilical en mujeres con TAR y CVp <50 copias/ml supone un incremento de riesgo de transmisión vertical al recién nacido.
D) En la gestante con más de 1000 copias/mL o CVp desconocida se debe realizar una cesárea electiva y profilaxis Zidovudina.

19. ¿Para qué se emplea el sistema POPQ en la patología del suelo pélvico?

A) Para la cuantificación de la incontinencia urinaria.
B) Para la caracterización de los prolapsos genitales.
C) Para la graduación de la incontinencia fecal.
D) Todas las anteriores son ciertas.

20. ¿Cuál de los siguientes fármacos empleados para el tratamiento de la urgencia miccional es un agonista de los receptores betaadrenérgicos?

A) Mirabegrón
B) Trospio
C) Propiverina
D) Solifenacina

21. ¿Qué estructura NUNCA se fija con malla en una colposacropexia laparoscópica?

A) Músculo elevador del ano.
B) Vagina.
C) Ligamento sacroespinoso.
D) Ligamento prevertebral

22. ¿Qué fármaco tiene indicación aprobada para el tratamiento de la nocturia?

A) Mirabegrón.
B) Furosemida.
C) Digoxina.
D) Desmopresina.

23. En la clasificación de los miomas submucosos, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

A) Tipo 0: completamente dentro de la cavidad endometrial.
B) Tipo 1: se extiende menos del 50 por ciento hacia el miometrio.
C) Tipo 2: se extiende un 50 por ciento o más dentro del miometrio.
D) Tipo 3: se extiende más del 50 por ciento en miometrio e incluye el segmento inferior uterino.

24. ¿Cuál de las siguientes pueden ser complicaciones de la gestación coincidente con mioma uterino?

A) Degeneración roja y torsión.
B) Los miomas submucosos se asocian a abortos.
C) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
D) Todas son correctas

25. En la hemorragia uterina de la mujer postmenopáusica, es FALSO que:

A) Está indicada la biopsia del endometrio en pacientes con metrorragia posmenopáusica y grosor endometrial > 6 mm medido por ecografía transvaginal o cuando es > 4 mm y presenta fluido sonoluscente intrauterino.
B) Está indicada una histeroscopia en mujeres con metrorragia posmenopáusica persistente, independientemente del grosor endometrial.
C) La histeroscopia no está contraindicada en la evaluación de mujeres con metrorragia posmenopáusica, incluyendo aquellos casos sugestivos de cáncer endometrial.
D) Está indicada una histeroscopia cuando no se logra realizar una biopsia endometrial o los resultados no son concluyentes.

26. Según la actual guía de asistencia práctica de la SEGO, ¿cuál de los siguientes NO es un indicador de disfunción orgánica materna clínica o analítica en el diagnóstico de Preeclampsia?

A) Insuficiencia renal (creatinina en sangre ≥ 90 µmol/l o 1 mg/dl).
B) Trombocitosis (> 300.000/µdl)
C) Elevación de las transaminasas (por encima del doble del límite alto de la normalidad.
D) Alteraciones neurológicas (alteraciones visuales persistentes, estupor, cefalea).

27. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo alto para el desarrollo de preeclampsia?

A) Lupus eritematoso sistémico.
B) Enfermedad de Graves Basedow.
C) Antecedente de trastorno hipertensivo en gestación anterior.
D) Diabetes mellitus.

28. Sobre los fármacos empleados para el tratamiento oral de la preeclampsia, señale la respuesta FALSA:

A) Según la Guía de asistencia práctica de la SEGO el tratamiento inicial de elección es el labetalol.
B) Se debe evitar descensos importantes de la presión arterial que puede empeorar la situación fetal al disminuir el flujo placentario.
C) Se recomienda iniciar tratamiento cuando la tensión presión arterial es 140/100 mmHg.
D) El tratamiento con Alfametildopa se debe suspender en el puerperio.

29. En relación con los abortos de repetición, ¿cuál de las siguientes es VERDADERA?

A) No se recomienda el estudio de trombofilias congénitas (Factor V Leiden y mutación G20210A del gen de la protrombina) en mujeres con abortos de repetición de primer trimestre.
B) Solo se podrá llegar al diagnóstico etiológico en torno a un 5 % de los casos.
C) En mujeres eutiroideas con abortos de repetición el tratamiento con hormona tiroidea disminuye el riesgo de aborto.
D) La pérdida de peso no ha demostrado mejorar el pronóstico reproductivo en las pacientes obesas con abortos de repetición.

30. Respecto a los aspectos perinatales de las técnicas de reproducción asistida (TRA), ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO se ha relacionado?

A) Un mayor riesgo de bajo peso neonatal.
B) Un aumento del riesgo de anomalías cromosómicas en niños concebidos mediante ICSI comparado con los estimados en la población general que parece ser debido a la técnica de reproducción.
C) Un incremento de la mortalidad perinatal.
D) Un incremento de las anomalías congénitas mayores comparadas con las concepciones naturales.

31. En relación a la inseminación artificial con semen conyugal (IAC), ¿cuál es FALSA?:

A) Se recomienda entregar la muestra de semen para su preparación en un máximo de una hora, aunque esto no ha sido validado en estudios bien diseñados.
B) Las IAC van dirigidas a aumentar la posibilidad de embarazo especialmente en casos de factor masculino leve, factor cervical inhóspito, esterilidad de origen desconocido, concepto en el que se podría incluir la endometriosis mínima o leve y disfunciones sexuales.
C) Los criterios para la cancelación de ciclos por hiperrespuesta según la ESHRE/ASRM son: >2 folículos ≥ 16mm de diámetro ó >1 folículos ≥ 16mm + 2 folículo ≥ 14mm de diámetro.
D) Se ha demostrado la superioridad del swim-up versus simple lavado y centrifugado para la preparación del semen previa a la inseminación.

32. En la enfermedad inflamatoria pélvica, ¿cuál de los siguientes NO es un régimen de tratamiento adecuado para la terapia parenteral inicial?

A) Ceftriaxona (1 g por vía intravenosa cada 24 horas) más doxiciclina (100 mg por vía oral o intravenosa cada 12 horas) más metronidazol (500 mg por vía oral o intravenosa cada 12 horas).
B) Ampicilina (2 g por vía intravenosa cada 24 horas) más gentamicina (3-6 mg/kg de peso corporal cada 12 horas).
C) Cefoxitina (2 g por vía intravenosa cada 6 horas) más doxiciclina (100 mg por vía oral o intravenosa cada 12 horas).
D) Cefotetán (2 g por vía intravenosa cada 12 horas) más doxiciclina (100 mg por vía oral o intravenosa cada 12 horas).

33. En relación con la neoplasia trofoblástica gestacional, señala FALSA:

A) El síntoma más frecuente de la mola total es la hemorragia genital.
B) En la mola parcial el cariotipo embrionario suele ser triploide.
C) En la mola parcial los valores de ß-HCG suelen estar por encima de 100.000 mUI/mL.
D) En la mola total es frecuente la aparición de hiperémesis gravídica precoz y severa.

34. Gestante de 7+6 semanas según amenorrea. Acude a urgencias por dolor abdominal, ausencia de sangrado. Es la primera vez que acude a urgencias en esta gestación, aún no se ha realizado ninguna ecografía. Buen estado general. Ecográficamente se visualiza útero con línea endometrial de 10 milímetros, ausencia de saco gestacional intracavitario. En fosa anexial izquierda se visualiza pequeña formación esférica de 8,6*9,4 milímetros, con refuerzo positivo. Ovarios normales, ausencia de líquido libre. Solicitamos niveles de hormona BHCG ante la sospecha de gestación ectópica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

A) Siempre debemos realizar tratamiento médico con metotrexate (MTX), incluso cuando la paciente esté estable hemodinámicamente y los niveles BHCG sean inferiores a 1000 UI/L
B) En caso de frecuencia cardiaca positiva de la gestación ectópica, la efectividad del metotrexate aumenta drásticamente.
C) En la lactancia materna se contraindica el uso de metotrexate.
D) En caso de gestación heterotópica, es preferible el tratamiento médico con metotrexate frente al tratamiento quirúrgico.

35. Gestante de 6+3 semanas de gestación que acude por sangrado menor que regla desde esta mañana. Señale cuál de estos hallazgos durante la ecografía transvaginal es diagnóstico de pérdida gestacional precoz: señala la VERDADERA.

A) Saco gestacional de 17 mm sin estructuras embrionarias en su interior.
B) Embrión con CRL >7mm sin actividad cardíaca.
C) 3 mm de diferencia entre el diámetro del saco gestacional y el diámetro del embrión.
D) Ausencia de embrión con actividad cardiaca entre 7 y 13 días después de una ecografía donde se visualizaba saco gestacional sin vesícula vitelina.

36. Mujer de 41 años gestante de 13+2 semanas que tras realizarse la ecografía de la semana 12, presenta un riesgo combinado de cromosomopatías para la trisomía 21 de 1/10. ¿Cuál sería el consejo MÁS adecuado?:

A) Adelantar la ecografía de la semana 20.
B) Ofrecer una prueba invasiva.
C) Tranquilizarle porque se trata de un riesgo combinado de bajo riesgo en todo caso.
D) Tranquilizarle porque se trata de un riesgo intermedio y está justificado por la edad materna.

37. Mujer de 30 años, embarazada de 9 semanas, que presenta en control rutinario bacteriuria asintomática. ¿Cuál de las siguientes medidas le parece MÁS apropiada?:

A) Vigilancia estrecha y si aparecen síntomas iniciar tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina 7-10 días.
B) Tratamiento empírico con fosfomicina a dosis única de 3 g y, sólo si persiste la bacteriuria, urocultivo para valorar la sensibilidad.
C) Tomar muestra para urocultivo y comenzar de inmediato tratamiento empírico con betalactámicos durante 4-7 días.
D) Ecografía para descartar complicaciones, urocultivo e iniciar tratamiento empírico con nitrofurantoína 5-7 días.

38. Gestante de 20+5 SG que acude a realización de ecografía morfológica. Durante la exploración se visualiza en el corte de 4 cámaras una pequeña comunicación interventricular perimembranosa y al pasar al corte de 3 vasos, un estrechamiento de la arteria pulmonar con respecto a la arteria aorta. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha MÁS probable?

A) Truncus arterioso
B) Anomalía de Ebstein
C) Tetralogía de Fallot
D) Coartación de aorta.

39. Respecto al corte de tres vasos (3V) y corte de tres vasos y tráquea (3VT), señale la CORRECTA:

A) El corte de 3V evalúa la arteria pulmonar, la porción superior del arco aórtico y la vena cava superior.
B) El corte de 3VT evalúa la arteria pulmonar, la aorta descendente, la vena cava inferior y tráquea.
C) El corte 3V evalúa la arteria pulmonar, la aorta ascendente y la vena cava inferior.
D) El corte 3VT evalúa las venas pulmonares, la aorta ascendente, la vena cava superior y la tráquea.

40. Los siguientes parámetros ecográficos se pueden utilizar para estimar la edad gestacional y para la evaluación del tamaño fetal:

A) Diámetro biparietal (DBP) y circunferencia cefálica (CC)
B) Circunferencia o diámetro abdominal (CA)
C) Longitud de la diáfisis del fémur (LF)
D) Todas son correctas

41. Respecto a los criterios diagnósticos de diabetes franca o manifiesta de la OMS durante el embarazo, señale la respuesta VERDADERA:

A) Una glucemia mayor a 200mg/dl tras 2h de tomar 75 gr de glucosa es diagnóstico.
B) Una glucosa plasmática en ayunas > 100 mg/dl es diagnóstico.
C) Una hemoglobina glicosilada > de 5.5% es diagnóstico.
D) Sintomatología clínica de diabetes y glucosa al azar > de 170 mg/dl es diagnóstico.

42. Respecto a la disfunción tiroidea durante el embarazo, señale la FALSA:

A) El momento adecuado para hacer el cribaje de disfunción tiroidea en la mujer gestante es entre la semana 9 y 12 de embarazo
B) Se considera que, si la TSH es superior a 10 mU/l, con independencia del valor de la T4, debe considerarse como un hipotiroidismo clínico.
C) Las necesidades nutricionales de yodo están significativamente aumentadas en el embarazo para hacer frente a la mayor demanda de hormona tiroidea que supone un incremento del gasto metabólico materno y fetal.
D) La alergia a yodo/contrastes yodados contraindica la toma de suplementos de yodo durante el embarazo.

43. En relación a la ratio sFtl-1 / PlGF es FALSO que:

A) El aumento del cociente se relaciona directamente con las manifestaciones clínicas de la preeclampsia, especialmente en sus formas más graves y precoces.
B) La detección de valores superiores a 200 por encima de la semana 34 de gestación son diagnósticos de preeclampsia.
C) En gestaciones de > 37 SG con criterios de preeclampsia, la determinación de los marcadores angiogénicos no tiene utilidad, ya que el manejo óptimo debe ser finalizar la gestación.
D) La principal indicación que tiene el uso del cociente sFlt-1/PlGF es poder descartar la existencia de PE en el corto-medio plazo en situaciones clínicas de alta sospecha entre las 24 y 34 semanas.

44. En relación a la colestasis intrahepática gestacional, señale la FALSA:

A) Es la hepatopatía más frecuente durante la gestación y la segunda causa de ictericia en el embarazo.
B) La prueba diagnóstica más sensible es la determinación de los niveles de ácidos biliares en sangre. Valores normales en este parámetro (<10 umol/l) permiten excluir el diagnóstico.
C) Se debe finalizar la gestación a partir de la semana 37 si los valores de ácidos biliares son iguales o superiores a 40 umol/l o si existe mal control clínico a pesar de tratamiento y/o empeoramiento de las pruebas de función hepática.
D) No se recomienda solicitar analítica en el postparto inmediato, ya que la alteración del perfil hepático puede mantenerse hasta 10 días después del parto.

45. Gestante de 37+4 semanas de gestación que acude a nuestras urgencias por no percibir a su bebé desde la noche anterior. La gestación ha sido controlada en nuestras consultas siendo todos los controles de bajo riesgo, último control hace 1 semana con PFE dentro de la normalidad. Como debemos actuar ante esta situación: señale la FALSA.

A) Realizar un RCTG no estresante de al menos 40 minutos de duración.
B) Observar la presencia o no de movimientos fetales mediante ecografía.
C) Realizar el estudio Doppler de los flujos feto-placentarios. Siendo el de mayor interés el índice cerebro-placentario (ICP).
D) Realizar de manera sistemática una nueva estimación del peso fetal.

46. Acerca de la finalización del embarazo en gestantes diagnosticadas de placenta previa (PP) y placenta de inserción baja, señale la respuesta FALSA:

A) En gestantes con PP y algún episodio de sangrado durante la gestación se recomienda programar la cesárea en torno las 36-37 semanas de gestación.
B) Si el polo placentario se encuentra entre 10-20 mm del orificio cervical interno es posible intentar parto por vía vaginal.
C) A las gestantes con PP sin ningún episodio de sangrado durante la gestación se les programará la cesárea en torno las 39-40 semanas de gestación.
D) Si el polo placentario se encuentra a <10 mm del orificio cervical interno el riesgo de hemorragia intraparto es mayor con un riesgo elevado de cesárea urgente.

47. Con respecto al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), es FALSO que:

A) Las pacientes con un DPPNI y sin un factor identificable se beneficiarían de la realización de un estudio hematológico para descartar la existencia de trombofilias.
B) El diagnóstico es eminentemente clínico y se basa en la triada clásica de sangrado vaginal, dolor abdominal y dinámica uterina. La ausencia de estos signos descarta el diagnóstico de DPPNI.
C) La reposición adecuada de hemoderivados en caso de shock hipovolémico es fundamental para evitar la progresión de la cascada de la coagulación intravascular diseminada.
D) La presencia de hallazgos ecográficos se asocia a un aumento de la morbilidad materna, la necesidad de un manejo obstétrico más agresivo y peores resultados perinatales.

48. Gestante de 12 SG, con antecedentes de Sd. De Down en embarazo previo, alto riesgo de PE y cerclaje de urgencia por acortamiento cervical. Vista en consulta de primer trimestre con screening normal y cérvix largo por ecografía vaginal. ¿Qué tipo de cerclaje estaría indicado en la gestación actual?

A) Ninguno.
B) Cerclaje primario o profiláctico.
C) Cerclaje terapéutico o secundario.
D) Cerclaje terciario o de emergencia.

49. Gestante de 41SG que inicia parto de manera espontánea. Entre sus antecedentes destaca una cesárea anterior por presentación podálica en 2018 y embarazo de curso favorable. Tras 2 horas de pujos dirigidos, avisa matrona por agotamiento materno y no evolución del parto. El registro cardiotocográfico es normal durante el proceso de parto. Se realiza exploración vaginal y ecografía intraparto, con los siguientes datos:

Tacto vaginal: dilatación completa con presentación en III plano de Hodge.
No sangrado y líquido amniótico claro.
Presentación cefálica: occipito-ilíaca derecha anterior
Ángulo de progresión 152º
Distancia cabeza-periné < 4cm.
Señale la respuesta CORRECTA:

A) Lo más indicado sería la realización de una cesárea.
B) La ecografía intraparto no es un buen método para predecir el éxito del parto vaginal.
C) Según los datos ecográficos, el parto vaginal no es la mejor opción.
D) El parto instrumental en este caso es una opción válida como ayuda al expulsivo.

50. Gestante de 33 SG que acude a Urgencias por sensación de hidrorrea desde esta mañana. No asocia dolor abdominal ni episodio de metrorragia. A su llegada a Urgencias, las constantes son normales, afebril. La cervicometría revela un cérvix efectivo de 10mm con funneling de 40mm; RCTG categoría I, con dinámica uterina regular; ecografía abdominal con feto vivo y presentación cefálica; analítica con ausencia de parámetros de infección. La paciente es ingresada. Se administra antibioterapia intravenosa, tocolísis y primera dosis de maduración. De madrugada, avisa la matrona por fiebre y aumento de la dinámica, cada vez más dolorosa. Acudimos a valorar a la paciente y al realizar el tacto vaginal, se encuentra en dilatación completa, sin sangrado. Se repite analítica, con elevación de la PCR y de los leucocitos.
Señale la opción INCORRECTA:

A) La mejor actuación obstétrica sería finalizar con el tratamiento con atosibán y dejar evolucionar el parto.
B) Uno de los diagnósticos diferenciales en los que se debería pensar es en la corioamnionitis.
C) Dada la prematuridad, finalizar el embarazo no sería correcto, habría que subir la dosis de tocolítico y cambiar el régimen de antibioterapia.
D) El examen anatomopatólogo de la placenta ayudaría a confirmar nuestro diagnóstico de sospecha.

51. Según la clasificación de los desgarros perineales en el parto, señale la FALSA:

A) En el desgarro de 4º grado se lesiona esfínter anal y mucosa rectal.
B) Cuando se lesiona la piel perineal y la mucosa vaginal se considera desgarro de 1º grado.
C) En el desgarro de tipo 3b hay lesión del esfínter anal interno y externo.
D) Cuando se lesionan los músculos del periné sin afectación del esfínter anal se denomina desgarro de 2º grado.

52. Si se produce una distocia de hombros durante el parto debemos realizar todo EXPECTO:

A) Identificar el problema y registrar la hora de inicio.
B) Realizar maniobras de presión fúndica.
C) Posicionar a la paciente en decúbito supino, sin almohadas en el límite inferior de la camilla.
D) Decirle a la paciente que no empuje.

53. En relación a la lactancia materna, señale la FALSA:

A) La infección materna por el virus de la leucemia humana de células T es una contraindicación para la misma.
B) Ante la presencia de anquiloglosia en el neonato es preciso detener la lactancia para evitar problemas de agarre.
C) El calostro comienza a secretarse en la última parte del embarazo y se mantiene 2-4 días del puerperio.
D) La lactancia debe ser a demanda del niño, con intervalos no superiores a 3h entre las tomas.

54. Mujer de 27 años, puérpera de hace dos semanas, acude a Urgencias por fiebre de 38,5º en domicilio y dolor en la mama izquierda. A la exploración, se objetiva en cuadrante superior izquierdo de dicha mama una masa caliente, fluctuante y dolorosa al tacto. En relación al diagnóstico y tratamiento de la entidad que se sospecha, señale la FALSA:

A) Durante la fase inicial del tratamiento, la extracción manual de leche de la mama afecta está contraindicada.
B) El drenaje por aspiración ecoguiado con aguja fina (PAAF) es el tratamiento de elección en caso de tamaño de la lesión inferior a 5cm y uniloculados.
C) Se debe reafirmar a la madre sobre el mantenimiento de la lactancia materna a demanda con ambas mamas, así como el drenaje frecuente de la misma.
D) En los casos de recidiva de la mastitis aguda en la misma localización y resistencia al tratamiento antibiótico sería necesario realizar el diagnóstico diferencial con un carcinoma de mama.

55. Sobre el método anticonceptivo MELA durante el puerperio, señale la FALSA:

A) Solo se puede aplicar durante los 3 primeros meses.
B) No tiene efectos secundarios.
C) Requiere lactancia exclusiva y a demanda.
D) Es imprescindible que la puérpera esté en amenorrea.

56. Acude a Urgencias una puérpera, con parto eutócico de hace 5 semanas, con cuadro de metrorragia similar a regla, sin dolor asociado ni fiebre. A su llegada constantes normales, cérvix bien epitelizado, con sangrado en cantidad como regla procedente de cavidad. En la ecografía transvaginal se visualiza un endometrio con línea fina y en fondo se observa formación heterogénea de 30x28mm Doppler negativo. Hb en Urgencias 10,5 g/dl. Sospechando una retención de restos ovulares placentarios (RROP), señale la CORRECTA:

A) Es un RROP tipo 2 según la clasificación ecográfica de Gutenberg.
B) Ingreso hospitalario y legrado urgente.
C) La malformación arterio-venosa no se encuentra dentro del diagnóstico diferencial
D) Se podría plantear en este caso un manejo expectante y revisión en 4 semanas.

57. Puérpera con parto de inicio espontáneo y finalización mediante vacuo-extracción por expulsión prolongado. Tras 4 horas desde su llegada a planta de puerperio, la paciente refiere incapacidad para orinar a pesar de realizar esfuerzo persistente. Comprobamos que desde el parto solo ha realizado una micción mediante sondaje vesical, sin conseguirse de manera espontánea. Nos encontramos ante una Retención Aguda de Orina (RAO). ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo para esta entidad?:

A) Anestesia epidural
B) Multiparidad
C) Segunda fase del parto prolongada
D) Peso neonatal >3800 gr

58. Respecto a los tumores de ovario borderline, señale de la respuesta VERDADERA:

A) Se comportan biológicamente como una entidad nosológica distinta al cáncer de ovario.
B) Son tumores con una alta morbi-mortalidad asociada.
C) Suele asociarse a una elevación de marcadores tumorales como el Ca 125.
D) La cirugía preservadora de la fertilidad está contraindicada como tratamiento definitivo.

59. Estaría indicado derivar a la consulta de Tracto Genital Inferior para realización de colposcopia a los siguientes ejemplos, EXCEPTO:

A) Todas las pacientes con un riesgo inmediato de HSIL/CIN3+ del ≥5%.
B) Mujer de 34 años con citología compatible con L-SIL asociado a HPV 56.
C) Todas las pacientes con detección de HPV 16/18 en la citología, independiente de la lesión que presente.
D) Mujer de 67 años con citología compatible con L-SIL asociado a HPV 33.

60. En relación con el Síndrome de Lynch qué opción es CORRECTA:

A) Se recomienda la realización de histerectomía con doble salpingooferectomía preferiblemente antes de los 40 años.
B) Hay una contraindicación relativa de la terapia hormonal sustitutiva dado el riesgo aumentado de cáncer.
C) Se recomienda cribado anual en pacientes diagnosticadas de síndrome de Lynch a partir de los 30 años mediante una ecografía transvaginal y biopsia de endometrio.
D) No es un factor a tener en cuenta el deseo genésico de la paciente a la hora de plantear la cirugía profiláctica.

61. En cuanto a la preservación de fertilidad en paciente joven con diagnóstico histológico de premalignidad (hiperplasia atípica/neoplasia intraepitelial endometrial) o en el de adenocarcinoma de endometrio tipo endometrioide grado 1, señale la respuesta FALSA:

A) Para la obtención de muestra endometrial los tres métodos convencionales (aspirado endometrial, histeroscopia y legrado ginecológico) son válidos con tasas diagnósticas similares.
B) Se recomienda la resonancia magnética o ecografía de experto con resultado similar para descartar la infiltración miometrial.
C) El límite para ofrecer esta opción son los 35 años dados los peores resultados que se ven a partir de dicha edad.
D) Es importante realizar una correcta valoración anexial, ya que hasta en un 0.3-8% de casos pueden verse lesiones de ovario sincrónicas.

62. Cuál de los siguientes se considera factor de buen pronóstico en el cáncer de endometrio:

A) Mutación en POLE.
B) Inestabilidad de microsatélites.
C) Alteraciones en p53.
D) Histología no endometrioide.

63. En relación al síndrome de ovario poliquístico, es FALSO que:

A) Clínicamente es típica la oligomenorrea, obesidad e hirsutismo.
B) Presenta un mayor riesgo a largo plazo de desarrollar hiperplasia endometrial.
C) Estaría indicado realizar una valoración del riesgo metabólico en todas las pacientes.
D) La metformina se recomienda como terapia de primera línea.

64. Respecto a las indicaciones de la terapia hormonal de la menopausia, señale la VERDADERA:

A) Estaría contraindicada en pacientes portadoras de la mutación BRCA.
B) La escala Cervantes es una herramienta útil para valorar la calidad de vida de las pacientes.
C) Las pacientes histerectomizadas no requieren administración de gestágenos, independiente del motivo de la histerectomía.
D) La vía transdérmica tiene es mismo riesgo tromboembólico que la vía oral.

65. En relación al síndrome de ovario poliquístico, señale la opción VERDADERA:

A) La presencia de ciclos irregulares en los dos primeros años tras la menarquia nos obliga a descartar el síndrome de ovario poliquístico.
B) La hormona antimulleriana es producida por los folículos preantrales y las células de la teca en el ovario.
C) El hiperandrogenismo clínico podría evaluarse mediante escalas estandarizadas si bien es variable entre los diferentes grupos étnicos.
D) La valoración ecográfica de los folículos ováricos no varía entre la pubertad y la edad adulta.

66. Paciente de 24 años que acude a nuestra consulta para asesoramiento anticonceptivo. Señale la FALSA:

A) La drospirenona se caracteriza por su efecto antimineralcorticoide, antiestrogénico y antiandrogénico.
B) Si bien el acetato de ciproterona apenas se utiliza como anticonceptivo, sigue siendo de utilizad en aquellas pacientes con SOP
C) Es imprescindible la realización de una histeroscopia previa a la inserción de un DIU.
D) El método con solo gestágenos es una opción segura para madres lactantes.

67. Señale la opción terapéutica más adecuada a utilizar en una paciente de 44 años, con deseos genésicos cumplidos, fumadora de 5 cig/día y con IMC de 31 kg/m² que acude a consulta refiriendo anemia y patrón menstrual anómalo de 5 meses de duración:

A) Píldora combinada de EE/gestágenos
B) Parche transdérmico de EE/gestágenos
C) DIU de Levonorgestrel
D) DIU de Cobre

68. **Paciente de 59 años (con menopausia a los 50) que acude a consulta de Ginecología refiriendo sequedad vaginal intensa y dispareunia que persisten a pesar de los hidratantes y lubricantes que le había indicado su médico de cabecera. Como antecedente personal de interés, ha sido recientemente intervenida y tratada por un cáncer de mama. No presenta ninguna otra patología. Actualmente, está en seguimiento en Oncología sin tratamiento activo. Señale cuál de las siguientes opciones le parece la más adecuada teniendo en cuenta el historial médico de la paciente:**
    A) Terapia hormonal oral con estrógenos/gestágenos.
    B) Terapia hormonal oral con estrógenos solos.
    C) Terapia hormonal transdérmica con estrógenos + gestágenos orales.
    D) Ospemifeno (SERM) oral.

69. **Señale cuál de las siguientes terapias NO utilizaría en una paciente de 23 años, diagnosticada de SOP, con IMC de 29 kg/m² e hirsutismo, que sufre períodos de amenorrea de 2-3 meses y no tiene deseo gestacional por el momento:**
    A) Pérdida de peso
    B) Citrato de Clomifeno
    C) Píldora combinada con EE/Dienogest
    D) Inositol

70. **Señale cuál NO es una opción terapéutica válida a utilizar en una mujer de 42 años, sin antecedentes médicos de interés, que cursa con reglas irregulares y muy abundantes desde hace 2 años y que desea un tratamiento para solucionar sus sangrados y que sirva además como anticonceptivo:**
    A) Progesterona natural micronizada en la 2ª fase del ciclo
    B) Gestágenos solos en pauta continua
    C) DIU de Levonorgestrel
    D) Implante de Levonorgestrel

PREGUNTAS DE RESERVA

71. **Según la clasificación BIRADS. Un hallazgo probablemente benigno, con <2% de probabilidad de ser cáncer, se trataría de:**
    A) BIRADS 2
    B) BIRADS 3
    C) BIRADS 4A
    D) BIRADS 4C

72. **Según los tipos de cáncer de mama, un tumor con RE -, RP-, Her 2 -, nos encontraríamos ante:**
    A) Luminal A like
    B) Luminal B like
    C) Basal-like
    D) Ninguna es correcta

73. **Cuál NO es un criterio de derivación a Unidad de consejo genético en el contexto de cáncer de mama:**
    A) Cáncer de mama diagnosticado antes de los 35 años.
    B) Cáncer de mama con más de 50 años, triple negativo.
    C) Cáncer de mama y ovario, sincrónico o metacrónico.
    D) Familia con > 3 familiares con cáncer de mama y/o ovario.

74. Indique la respuesta CORRECTA respecto a la hormonoterapia en cáncer de mama:

A) Se recomienda realizar tratamiento hormonal si la determinación del receptor de estrógenos es de al menos un 10%.
B) Se recomienda realizar tratamiento hormonal si la determinación del receptor de estrógenos es de al menos un 15%.
C) Se recomienda realizar tratamiento hormonal si la determinación del receptor de estrógenos es de al menos un 8%.
D) Se recomienda realizar tratamiento hormonal si la determinación del receptor de estrógenos es de al menos un 12%.

75. 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. 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. ¿Cuánto tiempo se administra?

A) 6 meses
B) 12 meses
C) 18 meses
D) 24 meses