



PROCESO SELECTIVO PARA ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO (BOE.: 16-03-2019)

Categoría: **F.E.A. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

ADVERTENCIAS:

- **No abra este cuestionario** hasta que se le indique. Para hacerlo introduzca la mano en el cuadernillo y con un movimiento ascendente rasgue el lomo derecho (ver figura esquina inferior derecha).
- Marque las respuestas con bolígrafo negro, o en su defecto, azul. Compruebe siempre que la marca que va a señalar en la «Hoja de Examen» corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- El tiempo de realización de este ejercicio es de **180 minutos**.

PRIMERA PARTE

- Esta prueba consta de 100 preguntas y 10 de reserva, con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo solo una de ellas correcta.
- Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Examen» en la zona correspondiente a «PRIMERA PARTE», entre los números 1 y 110.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

SEGUNDA PARTE

- Esta prueba consta de 2 supuestos prácticos:
- SUPUESTO PRÁCTICO 1 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo solo una de ellas correcta.
- SUPUESTO PRÁCTICO 2 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo solo una de ellas correcta.
- Las preguntas de cada supuesto deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 1 y 2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 2», entre los números 1 y 16, en ambos casos.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

- La puntuación máxima posible de este ejercicio será de 100 puntos.
- No serán valoradas las preguntas no contestadas ni aquellas en las que las marcas o correcciones efectuadas no se ajusten a las indicaciones dadas en la «Hoja de Examen».
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, solicite su sustitución.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.

– SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN LA «HOJA DE EXAMEN» LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.
– ESTE CUESTIONARIO PUEDE UTILIZARSE COMO BORRADOR Y NO SERÁ NECESARIA SU DEVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL EJERCICIO.

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL



1ª PARTE

- 1.- La llamada reacción de zona determina:
 - A) Que el espermatozoide, gracias a la liberación de enzimas del acrosoma, pueda dispersar las células de la corona radiata.
 - B) Que el ovocito modifique su estructura, no dejando pasar a más de un espermatozoide.
 - C) Que el espermatozoide penetre en el ovocito.
 - D) Que el óvulo una vez fecundado sea transportado a su lugar de implantación.

- 2.- En una gestante de 32 semanas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones **NO** es habitual?
 - A) Aumento de las pelvis renales.
 - B) El tránsito intestinal se encuentra acelerado.
 - C) Se produce un aumento en el valor del perfil lipídico.
 - D) A nivel renal se observa un aumento del filtrado glomerular.

- 3.- Respecto al desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, es **FALSO** que:
 - A) Su presentación es más frecuente en el tercer trimestre de gestación.
 - B) Presenta una mortalidad perinatal elevada, en torno al 25 %.
 - C) Etiopatogenia desconocida.
 - D) La posibilidad de repetición en ulteriores gestaciones es de > 50 %.

- 4.- Se ha establecido como punto de corte para diagnóstico de placenta previa cuando existe una distancia, medida por ecografía, entre el borde placentario y el OCI (orificio cervical interno):
 - A) < 1 cm.
 - B) < 2 cm.
 - C) < 3 cm.
 - D) < 4 cm.

- 5.- En relación a la placenta, señale la respuesta **FALSA**:
 - A) Su formación se inicia a partir del noveno día postfecundación.
 - B) No alcanza su estructura definitiva hasta el séptimo mes.
 - C) Entre los mecanismos de transferencia placentaria se encuentra el de picnocitosis.
 - D) Una de sus múltiples funciones es la de barrera.

- 6.- Durante la lactancia, los antibióticos recomendados si fuera preciso su uso, son los siguientes **A EXCEPCIÓN** de:
 - A) Cefalosporina.
 - B) Macrólidos.
 - C) Aminoglucósidos.
 - D) Cloranfenicol.

- 7.- En cuanto a la acción de la diabetes sobre el feto y el neonato, señale la **FALSA**:
 - A) El hiperinsulinismo fetal es causa de patología en el feto.
 - B) La diabetes pregestacional puede desencadenar un retraso del crecimiento intrauterino.
 - C) Son frecuentes los fetos macrosómicos.
 - D) El distrés respiratorio neonatal es más común en la diabetes.

- 8.- El máximo riesgo de contagio de la varicela neonatal es:
- A) Durante las primeras 10 semanas de gestación.
 - B) Entre las 20 y 25 semanas de gestación.
 - C) Después del primer mes de vida.
 - D) Entre los 5 días antes del parto y los 2 días después.
- 9.- Ante una paciente tercigesta de 10 semanas, grupo y Rh A negativo, con un aborto y parto anterior a término, que presenta un test de Coombs indirecto positivo a título 1/8 en el inicio de la gestación con paternidad segura por un padre AB negativo usted le explicará:
- A) Que el riesgo de isoimmunización es muy elevado dado que estamos en el primer trimestre de la gestación.
 - B) Requiere control en la unidad de alto riesgo y valoración de transfusión intrauterina.
 - C) Que en la semana 16 está indicado realizar una amniocentesis.
 - D) Que no tiene ningún riesgo de enfermedad hemolítica perinatal por isoimmunización Rh.
- 10.-Ante una paciente con test de Coombs indirecto positivo a título 1/32 señale la técnica más adecuada para el diagnóstico de anemia fetal:
- A) Amniocentesis con estudio de bilirrubina.
 - B) Cordocentesis.
 - C) Estudio de la velocidad picosistólica en la arteria cerebral media.
 - D) Control de los títulos maternos de anticuerpos y en función de estos indicar transfusión.
- 11.-Respecto al embolismo de líquido amniótico, señale la **FALSA**:
- A) Complicación muy infrecuente aunque extremadamente grave de la gestación.
 - B) Cuando ocurre, suele ser durante la dilatación o expulsivo aunque también puede hacerlo en el puerperio inmediato.
 - C) No ocurre durante la realización de una cesárea.
 - D) El cuadro cursa también con una coagulopatía de consumo.
- 12.-Respecto a la ovogénesis, señale la **FALSA**:
- A) Se ovula un oocito secundario.
 - B) Se fecunda un oocito secundario.
 - C) La meiosis II solo se reanuda en caso de que se produzca fecundación.
 - D) El oocito primario sintetiza el OMI para inhibir la maduración ovocitaria.
- 13.-Señale la afirmación **ERRÓNEA**:
- A) Presentación de cara: siempre cesárea.
 - B) Presentación de frente: siempre cesárea.
 - C) Presentación de sincipucio: actitud expectante.
 - D) Presentación occipito-derecha transversa baja: fórceps.
- 14.-Una mujer en su cuarto mes de embarazo comienza a sangrar y el médico le detecta un útero más grande que el esperado para su edad gestacional. Decide interrumpir el embarazo y le practica un legrado. El patólogo, al examinar la muestra, observa numerosos quistes avasculares con proliferación significativa del trofoblasto, no hay feto y no se detecta invasión del miometrio. ¿Cuál será el diagnóstico?:
- A) Mola invasiva.
 - B) Mola hidatiforme parcial.
 - C) Mola hidatiforme completa.
 - D) Tumor trofoblástico del lecho placentario.

15.-Mujer de 35 años que acude a consulta con antecedentes de 3 abortos espontáneos de repetición. Presenta anticuerpos anticardiolipina positivo. Ante la patología que usted sospecha, debemos informar a la paciente sobre las posibles complicaciones atribuibles a esta patología, **EXCEPTO**:

- A) Trombosis arterial o venosa.
- B) Interrupción de embarazo.
- C) Retardo en el crecimiento intrauterino.
- D) Diabetes gestacional.

16.-En la receta médica electrónica, el plazo de validez durante el cual el paciente puede recoger el medicamento o producto sanitario en la farmacia, en el caso de una primera dispensación, contados a partir de la fecha de la prescripción o del visado en su caso:

- A) Será de tres días naturales.
- B) Será de siete días naturales.
- C) Será de diez días naturales.
- D) No existe plazo.

17.-Mujer de 26 años, primigesta de 32 semanas, acude a Urgencias por dolor cólico y lumbalgia. No refiere pérdida de líquido. En la exploración no se observan sangrado ni líquido amniótico en vagina. Se confirma latido cardíaco fetal normal y la exploración vaginal no demuestra dilatación de cérvix. La cervicometría a las 20 semanas era de 44 mm y hoy es de 33 mm. Test fibronectina negativo. En los primeros 10 minutos de vigilancia cardiotocográfica presenta 3 contracciones. ¿Qué pensaría como primera opción en esta paciente?

- A) Antibióticos.
- B) Sulfato de magnesio para neuroprofilaxis.
- C) Corticoides y tratamiento tocolítico.
- D) Hidratación venosa.

18.-Elige la **FALSA** respecto al VIH y embarazo:

- A) El momento de mayor riesgo de transmisión del VIH al feto es intraparto.
- B) Puede evitarse la transmisión de forma significativa si se hacen intervenciones durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio.
- C) La transmisión vertical está relacionada con la carga viral materna.
- D) Si la carga viral es > 1000 copias/ml en el último trimestre se realizará una cesárea electiva a las 40 semanas de gestación.

19.-Paciente de 48 años con 3 miomas uterinos, de 2, 3 y 13 cm. Presenta hipermenorrea y anéfrica que informa de 9,2 gr. de hemoglobina, albumina 4,2 g/dl, GOP 92 U/l, GPT 95 U/L, FAL 45 u/l, bilirrubina 0,6 mg/dL, PCR 0,1. La paciente está en lista de espera para la práctica de una histerectomía programada dentro de unos tres meses. Es esta paciente, dada su anemia e hipermenorrea, está indicado el tratamiento preparatorio con:

- A) Ergóticos dopaminérgicos.
- B) Análogos GnRH.
- C) Acetato de ulipristal.
- D) Gestágenos.

20.-Paciente de 62 años sometida a estudio por sospecha de adenocarcinoma de endometrio. Acudió a urgencias por metrorragias hace 5 días y alteraciones en el hábito de deposiciones. Se realiza histeroscopia que confirma la lesión y se realiza TC que informa de lesión que invade el estroma cervical, el parametrio, los ganglios pélvicos, paraaórticos e inguinales, así como la pared del recto. ¿Cuál es la estadificación correcta de la paciente?

- A) IIIb, ya que el tumor invade parametrio y los ganglios pélvico, paraaórticos e inguinales.
- B) IIIc ya que el tumor invade los ganglios pélvico, paraaórticos e inguinales.
- C) IVa, ya que tumor afecta al recto.
- D) IVb, ya que el tumor presenta metástasis a distancia.

21.-Mujer de raza negra de 35 años con antecedentes de cáncer de mama hormonodependiente, que fue tratada con cirugía conservadora + radioterapia + tamoxifeno. Acude ahora a consultas por sangrado menstrual abundante. En la ecografía vaginal se ve una imagen miomatosa con necrosis central, ecogenicidad mixta y vascularización abundante. La paciente tiene deseo genésico. Decidimos hacer una histeroscopia con biopsia, que es informada como leiomasarcoma. ¿Cuál será la actitud correcta?

- A) Quimioterapia.
- B) Hormonoterapia.
- C) Histerectomía y anexectomía.
- D) Extracción del tumor y morcelación con sistema adecuado de contención.

22.-Paciente de 36 años con buen estado general que es diagnosticada de carcinoma cervical de 4,5 cm en la resonancia. En dicha prueba no se objetiva invasión parametrial ni afectación ganglionar. La biopsia realizada informa de carcinoma escamosos VPH +, sin afectación de espacios linfovascuales. ¿Qué cirugía deberíamos planificar en esta paciente?

- A) Linfadenectomía pélvica con biopsia intraoperatoria y eventual linfadenectomía paraaórtica.
- B) Linfadenectomía paraaórtica para estadificación y posterior quimioradioterapia.
- C) Linfadenectomía pélvica con biopsia intraoperatoria y eventual linfadenectomía paraaórtica o eventual histerectomía radical.
- D) Ninguna. Vamos a quimioradioterapia.

23.-Mujer de 45 años. G2P2. No toma ninguna medicación. Acude a urgencias por sangrado vaginal de dos días de duración con molestias en hipogastrio. A la exploración genital no se objetiva ninguna lesión. Tacto vaginal no concluyente. En la ecografía se objetiva un engrosamiento endometrial redondeado, homogéneo y limitado al fondo uterino. ¿Cuál sería el siguiente paso diagnóstico?

- A) Microlegrado endometrial.
- B) Biopsia endometrial por aspiración en consulta.
- C) Histeroscopia y biopsia dirigida.
- D) Repetir ecografía en dos semanas.

24.-¿Cuál de las siguientes entidades **NO** se ha relacionado con la microbiota endometrial?

- A) Enfermedad inflamatoria pélvica.
- B) Fallos de implantación.
- C) Endometritis crónica y esterilidad.
- D) Adenocarcinoma endometrio.

25.-Con respecto al carcinoma de endometrio, señale la **FALSA**:

- A) El tipo II suele ser de estirpe histológica serosa y, por tanto, de mejor pronóstico.
- B) El tipo I es frecuente que se asocie a alta expresividad de receptores estrogénicos.
- C) La sobreexpresión de Her 2 es más frecuente en el tipo II.
- D) En una mujer postmenopáusica el más frecuente es el tipo I.

26.-Una mujer secundípara, con embarazo y parto normal y sin complicaciones, se presenta a los diez días del parto en nuestra consulta ya que se encuentra bastante alarmada por haber tenido fiebre en los últimos dos días y presentar desigualdades en la forma y consistencia de las mamas. A la exploración la mama derecha se encuentra enrojecida, con dolor periareolar. La paciente ha dejado de ofrecerle este pecho a su hijo por miedo a contagiarle algo. Tras varios días de tratamiento antibiótico se le realiza una biopsia, donde se confirma el componente inflamatorio con inmunohistoquímica CK7+/CK20-/BRST-1+/proteína fibrosa de enfermedad quística 15 +. El diagnóstico más probable es:

- A) Mastitis.
- B) Carcinoma inflamatorio de mama.
- C) Ectasia ductal.
- D) Mastopatía fibroquística.

27.-Cuál de estos perfiles hormonales tiene peor pronóstico en el cáncer de mama:

- A) Luminal A.
- B) Luminal B.
- C) HERB 2 positivo.
- D) Triple negativo.

28.-Paciente de 27 años con múltiples parejas sexuales esporádicas sin uso de preservativo que acude a tu consulta para valoración. ¿Cuál de estas pruebas **NO** le realizaría?

- A) Serología en sangre.
- B) HPV.
- C) Citología.
- D) Exudados vaginocervicales.

29.-Acude una paciente de 28 años con amenorrea secundaria de 8 meses de evolución. Comenta cefalea casi a diario en los últimos 2 meses. Presenta una FSH baja, una prolactina normal, y el test de estimulación con progestágenos es negativo, siendo positivo el de progestágenos/estrógenos. ¿Cuál sería la causa más frecuente de amenorrea en este caso?

- A) Prolactinoma.
- B) Craneofaringioma.
- C) Síndrome de ovario poliquístico.
- D) Síndrome de Sheehan.

30.-¿Cuál de las siguientes valoraciones es poco útil para conocer la reserva ovárica previa a un ciclo de tratamiento de reproducción asistida?

- A) Hormona Antimulleriana.
- B) Recuento de Folículos Antrales.
- C) FSH a principios de ciclo.
- D) Progesterona el día 22-23 del ciclo.

31.-Paciente de 26 años que acude a urgencias por dolor abdominal. Hace 5 días le realizaron una punción ovárica con extracción de ovocitos tras un ciclo de estimulación ovárica. El dolor es principalmente en hipogastrio, en la ecografía abdominal se visualiza una ascitis leve, y la analítica muestra un hematocrito del 47%. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?

- A) Síndrome de Hiperestimulación ovárica.
- B) Embarazo Ectópico.
- C) Hemoperitoneo.
- D) Infección pélvica severa.

32.-Respecto a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, son principios de protección de datos:

- A) La exactitud de los datos.
- B) El deber de confidencialidad.
- C) Tratamiento basado en el consentimiento del afectado.
- D) Consentimiento exclusivo de los mayores de edad.

33.-Mujer de 37 años, que acude por dolor abdominal, fiebre de 39°C de 24 horas de evolución. FUR hace 24 días. A la exploración presenta dolor a la movilización cervical, tiene una analítica con unos leucocitos de 17.000/mm³, PCR de 3, y una ecografía transvaginal donde se visualizan útero y ovarios normales, ¿qué actitud tomaría?

- A) Analgesia intravenosa y anticoncepción hormonal combinada.
- B) Antibióticos orales y control en la consulta.
- C) Antibióticos intravenosos e ingreso hospitalario.
- D) Antibióticos intravenosos y laparoscopia exploradora.

34.-Un hirsutismo de aparición brusca, con distribución masculina de la grasa y clitoromegalia en una mujer de 50 años que sigue tratamiento con Valproato desde hace 5 años por epilepsia, ¿qué le sugiere?

- A) Síndrome de Cushing.
- B) Yatrogenia farmacológica.
- C) Ovario poliquístico.
- D) Tumor virilizante.

35.-En relación al cáncer de mama, señale cuál de las siguientes le parece **INCORRECTA**:

- A) Aproximadamente el 40% de los cánceres de mama en el ser humano presentan una mutación del p53 como defecto adquirido.
- B) Si en la mamografía la paciente presenta una lesión en la mama sospechosa de malignidad se debe practicar una punción aspiración con aguja fina.
- C) Las pacientes que presentan BRCA1 mutado tienen un riesgo aproximado del 70 % de padecer cáncer de mama a lo largo de su vida, así como un riesgo aproximado del 33 % de presentar cáncer de ovario.
- D) La mamografía realizada como prueba de detección sistemática ha disminuido la mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años, pero está indicada de forma anual o bianual en mujeres mayores de 40 años con factores de riesgo.

36.-¿Cuál de las exploraciones mencionadas a continuación es indispensable para la determinación de un estadio IVA en un carcinoma endometrial?

- A) Culdocentesis.
- B) Determinación de alfa-fetoproteína y beta-HCG.
- C) Rectoscopia y cistoscopia.
- D) RM pélvica.

37.-Mujer de 63 años intervenida de un adenocarcinoma ductal infiltrante de mama izquierda de 12 mm. y con afectación de 2 ganglios de 19 ganglios axilares analizados. El tumor presenta sobreexpresión de erb2 con RE débilmente positivos y RP negativos. Ki67 del 30% es pobremente diferenciado. ¿Cuál es el estadio del tumor?

- A) IBG3.
- B) IIBG3.
- C) IIAG3.
- D) IAG3.

38.-Mujer de 26 años, nuligesta, vacunada contra el virus del papiloma humano, acude a la consulta por alteración de bajo grado (LSIL) en citología de cribado. Se realiza colposcopia y biopsia de exocérvix con resultado histológico de neoplasia intraepitelial de bajo grado (LSIL-CIN 1). ¿Cuál es la actitud a seguir en esta paciente?

- A) Solicitar detección del virus del papiloma humano.
- B) Conización cervical.
- C) No tratar y programar nueva revisión en 6-12 meses.
- D) Tratamiento destructivo local (vaporización laser).

39.-Tumor vulvar de 3 cm de diámetro en labio menor izquierdo con extensión a 1/3 inferior de uretra e invasión estromal de 2 mm. ¿Cuál es el estadio de este tumor?

- A) IA.
- B) II.
- C) IIIA.
- D) IIIB.

40.-Mujer de raza caucásica de 28 años de edad, nulípara, acude para revisión ginecológica anual y solicitando la posibilidad de reducir el riesgo de cáncer de ovario dado que su madre falleció a causa de esta neoplasia a los 64 años de edad. En el interrogatorio detallado no se identifican otros antecedentes familiares de cáncer ovárico ni mamario. ¿Cuál de las siguientes estrategias es la más idónea para reducir el riesgo de cáncer de ovario en esta paciente?

- A) Oclusión tubárica bilateral.
- B) Salpingooforectomía bilateral por laparoscopia.
- C) Administración diaria continuada de aspirina a baja dosis.
- D) Tratamiento con anticonceptivos orales combinados.

41.-¿A qué estructura pertenece el esfínter estriado de la uretra?

- A) El plano superficial del periné.
- B) La parte más interna del elevador del ano.
- C) El plano profundo del periné.
- D) El diafragma urogenital.

42.-Paciente de 33 años que consulta por dismenorrea intensa, que en ocasiones llega a ser incapacitante. No tiene antecedente de interés, es nuligesta y no tiene deseo de gestación. No presenta otra sintomatología adicional. En la exploración y pruebas complementarias es diagnosticada de endometriosis quística bilateral, con un endometrioma de 3 cm en el ovario derecho y otro de 4 cm en el izquierdo. No existen hallazgos sugestivos de endometriosis profunda. Señale cuál es la actitud más adecuada:

- A) Realizar una quistectomía laparoscópica.
- B) Mantener actitud expectante, reforzando la analgesia y nuevo control en 6 meses.
- C) Solicitar la determinación del Ca-125.
- D) Pautar tratamiento de anticonceptivos orales, informar de la posibilidad de preservar la fertilidad y control en 6 meses.

43.-Nos ingresa en paritario una secundigesta primípara con una cesárea anterior que lleva tres horas de contracciones en su domicilio. En el momento de llegar al paritario está en el segundo período del parto, III-IV plano de Hodge, occipito-posterior. Tras una hora en el segundo periodo de parto se encuentra con la misma exploración y empiezan a aparecer deceleraciones en la monitorización que indican claramente una amenaza de pérdida de bienestar fetal. Sabiendo que no hay anestesiólogo disponible en ese momento, pues está en una urgencia cardíaca y tardará media hora, ¿cuál sería nuestra actitud?

- A) Administrar O2 con gafas nasales y esperar al anestesista.
- B) Hacer una maniobra de Kristeller.
- C) Hacer la maniobra del sacacorchos para colocarlo en occipito-anterior.
- D) Hacer un fórceps.

44.-Gestante secundigesta con antecedente de un parto anterior en la semana 36, que consulta en la semana 32 por percibir contracciones. En la exploración se comprueba un cérvix permeable a un dedo, borrado en 30% y con 3 cm de longitud ecográfica. La monitorización cardiotocográfica fetal revela una frecuencia cardíaca de 140 L/m y una contracción uterina cada 5 minutos. El test de fibronectina exocervical es negativo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **INCORRECTA**?

- A) Se trata de una amenaza de parto pretérmino establecida que obliga a realizar tocolisis y maduración pulmonar fetal con betametasona.
- B) El test de fibronectina negativo se asocia a un riesgo de parto pretérmino inferior al 1% en las 2 semanas siguientes.
- C) Una longitud cervical de 3 cm. supone un elevado valor predictivo negativo para el parto pretérmino.
- D) Se aconseja la administración de corticoides para maduración pulmonar por el antecedente de parto pretérmino.

45.-Paciente de 65 años que acude al ginecólogo por sangrado escaso desde hace tres meses. En la exploración no se observan alteraciones en la vulva, vagina o cérvix. En la ecografía transvaginal se observa una imagen heterogénea que ocupa toda la cavidad endometrial de 32x24 mm, con intensa vascularización y que parece infiltrar menos del 50% del miometrio. El resultado de la biopsia es de adenocarcinoma endometriode pobremente diferenciado (G3). En el estudio de extensión se observan ganglios aumentados de tamaño a nivel paraaórtico, sin evidencia de otros focos de enfermedad a distancia. Indique la respuesta **FALSA** con respecto al manejo en el caso planteado:

- A) La infiltración miometrial se valora con RMN o ecografía transvaginal.
- B) Requerirá tratamiento adyuvante con radioterapia.
- C) Debe realizarse la técnica de ganglio centinela.
- D) Si se confirman los datos preoperatorios sería un estadio IIIC2.

46.-De conformidad con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, los centros sanitarios revisarán que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en esta ley y en las demás normas aplicables, entre ellos la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales profesionales de los mismos, en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente cada:

- A) Tres años como mínimo.
- B) Cuatro años como mínimo.
- C) Cinco años como mínimo.
- D) Seis años como mínimo.

47.-Acude la urgencia una paciente, que ha parido hace una semana, con molestias abdominales difusas. Su gestación ha sido absolutamente normal y se la atendió un parto eutócico sin episiotomía y con alumbramiento normal. Se obtuvo un recién nacido sano. Está con lactancia materna con normalidad. La exploración es normal, con frecuencia cardíaca de 68 lpm y TA de 125/70 mmHg. En la analítica se objetiva una GOT-ALT de 250 U/L y GPT-AST de 175 U/L, LDH 750 y bilirrubina total de 1,5 mg/dl, con series roja y blancas normales con 80.000 plaquetas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en esta puérpera?

- A) Síndrome de HELLP.
- B) Hígado graso agudo del embarazo.
- C) Hepatitis B.
- D) Colestasis intrahéptica.

48.-¿Cuándo **NO** está indicado hacer profilaxis antibiótica durante el parto para la prevención de la infección neonatal por estreptococo del grupo B?

- A) En la embarazada con el antecedente de un recién nacido con infección por el estreptococo del grupo B.
- B) En la embarazada con bacteriuria por estreptococo en el embarazo en curso.
- C) En la embarazada con cultivo desconocido o no realizado y parto pretérmino.
- D) En la cesárea programada en la gestante sin trabajo de parto y con membranas íntegras.

49.-Señale cuál de las siguientes es una característica inequívoca de la mola hidatiforme completa:

- A) Degeneración hidrópica de las vesículas coriales, acompañada de un grado variable de hiperplasia que solo afecta a un grupo de vellosidades.
- B) Presencia de hiperplasia en el citotrofoblasto y en el sincitiotrofoblasto.
- C) Microscópicamente se observa una degeneración hidrópica de todas las vellosidades.
- D) El grado de hiperplasia celular nunca es un factor pronóstico.

50.-En relación al aborto recurrente o de repetición señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

- A) Su causa más importante son las anomalías genéticas del embrión.
- B) La mayoría son de causa desconocida.
- C) Suelen ser consecuencia de anomalías congénitas o adquiridas del útero.
- D) En lo primero que hay que pensar es en que sean producto de infecciones congénitas.

51.-¿Cuál de los siguientes **NO** figura entre los factores de alto riesgo de tener una gestación ectópica?

- A) Cirugía tubárica previa.
- B) Precocidad sexual.
- C) Embarazo ectópico previo.
- D) DIUs liberadores de progesterona.

52.-Señale cuál de las siguientes características anatomo-patológicas es específica de la forma parcial de mola hidatiforme en comparación con la forma completa:

- A) Todas las vellosidades coriales son hidrópicas.
- B) Es característica la presencia de hematíes fetales maduros en los vasos vellosos.
- C) Habitualmente el cariotipo es 46 XX (homólogo paterno).
- D) Nunca existen vellosidades normales, este es un atributo de la forma completa.

53.-En relación con el diagnóstico del embarazo ectópico, señale cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**:

- A) Las probabilidades de gestación heterotópica son independientes de la forma de obtención de la gestación.
- B) La forma más común de presentación ecográfica es la existencia de una masa anexial con el útero vacío.
- C) La forma más frecuente de presentación ecográfica es en la que se visualiza el embrión vivo fuera de la cavidad uterina.
- D) La visualización por ecografía del cuerpo lúteo ayuda en el diagnóstico porque el embarazo ectópico tubárico es siempre ipsilateral.

54.-En una gestante de 27 semanas con rotura prematura de membranas (RPM) se podrá realizar el diagnóstico de corioamnionitis clínica si tiene fiebre ($\geq 37.8^\circ$) y:

- A) Es suficiente si no hay otro foco que justifique la fiebre.
- B) Leucocitosis materna > 15.000 o taquicardia materna (> 100 l/m).
- C) Taquicardia fetal (> 160 l/m) o presencia de líquido amniótico maloliente.
- D) Proteína C reactiva materna elevada.

55.-En relación a la prevención de la sensibilización anti-D, señale cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**:

- A) Cuando se aplica posparto, la máxima eficacia se obtiene cuando se administra en los primeros 7 días.
- B) La vida media de la inmunoglobulina anti-D pasiva es de aproximadamente 3 meses.
- C) La dosis habitual es de 300 microgramos.
- D) Gracias a la profilaxis anti-D se han conseguido reducir también las sensibilizaciones a otros antígenos eritrocitarios.

56.-¿Cuál de las siguientes es una característica del útero de Couvelaire?

- A) Existe un infiltrado hemorrágico en el miometrio y la serosa uterina.
- B) Es un útero atónico, con una contractilidad muy disminuida y por tanto es causa de hemorragia obstétrica.
- C) Para su tratamiento puede ser necesario la realización de una histerectomía.
- D) Todas las anteriores son características del útero de Couvelaire.

57.-En una gestante que acude a Urgencias en la semana 27 refiriendo contracciones uterinas y que es diagnosticada de amenaza de parto pretérmino, ¿cuál es la mayor utilidad de la medición de la longitud del cérvix por ecografía vaginal?

- A) Su alto valor predictivo positivo para diagnosticar que mujer tiene alto riesgo de tener un parto pretérmino.
- B) Su alta sensibilidad para distinguir las gestantes con una amenaza de parto pretérmino verdadera.
- C) Su alto valor predictivo negativo para diagnosticar qué gestante tiene bajo riesgo de tener un parto pretérmino.
- D) Al tener la gestante contracciones uterinas no es útil medir la longitud del cuello pues siempre hay que poner tocolítics.

58.-En relación con el diagnóstico no invasivo de las anomalías cromosómicas fetales, señale cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**:

- A) El estudio se basa en el análisis de fragmentos de ADN libre fetal presentes en la sangre materna.
- B) El estudio se basa en el análisis de las células fetales presentes en la sangre materna.
- C) Permite la detección del conjunto de las anomalías cromosómicas fetales.
- D) Ninguna de las anteriores afirmaciones es correcta.

59.-En relación con el estudio de los flujos vasculares fetales con Doppler, señale cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**:

- A) A lo largo del embarazo normal se produce una disminución paulatina de los índices de resistencia en la mayoría de las arterias fetales.
- B) En una primera fase de adaptación del feto con CIR a la situación de insuficiencia placentaria se produce una vasodilatación cerebral manifestada por una disminución de los índices de resistencia en la arteria cerebral media.
- C) En el feto con CIR, el estudio Doppler que mejor predice la existencia o no de acidosis fetal es el que se realiza en el ductus venoso.
- D) Todas las afirmaciones anteriores son correctas.

60.-Primigesta de 34 años, diagnosticada de preeclampsia injertada sobre una hipertensión crónica y tratada con alfametildopa 250 mgr/6h. Actualmente está en la semana 31 de gestación. Las ecografías fetales previas han sido informadas como normales y en la ecografía de control realizada ayer se observa que el peso fetal estimado se sitúa en el percentil 5, la cantidad de líquido amniótico en un percentil 3, el índice de pulsatilidad en las arterias uterinas en un percentil 98, el índice cerebro-placentario se sitúa en el percentil 2, el flujo diastólico es ausente en la arteria umbilical y positivo en el ductus venoso. ¿Cuál sería el manejo más adecuado?

- A) Se trata de un feto con CIR y dada la edad gestacional y situación fetal, lo correcto sería administrar un ciclo de maduración fetal con corticoides y realizar una cesárea inmediatamente después.
- B) Se trata de un feto con CIR en fases iniciales de adaptación a la situación de insuficiencia placentaria y que requiere vigilancia periódica.
- C) Se trata de un feto PEG anómalo cuyo pronóstico depende principalmente de la causa que provoque su trastorno del crecimiento.
- D) Debe extraerse urgentemente al feto porque con toda probabilidad está en acidosis.

61.-Según el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, el prescriptor deberá consignar en la receta y en la hoja de información para el paciente los datos básicos obligatorios, imprescindibles para la validez de la receta médica (señale la **FALSA**):

- A) Datos del paciente.
- B) Datos del medicamento.
- C) Datos del prescriptor.
- D) Siempre será necesario el visado por las Autoridades sanitarias.

- 62.-En relación al embarazo múltiple, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**?
- A) Todas las gestaciones gemelares monocoriales son monocigotas.
 - B) La probabilidad de embarazo múltiple aumenta con la edad de la gestante y disminuye con el número de embarazos.
 - C) El riesgo de anomalías congénitas en un embarazo múltiple es igual al del embarazo único.
 - D) Todas las afirmaciones anteriores son correctas.
- 63.-En relación al síndrome de transfusión feto-fetal, señale cuál de las siguientes afirmaciones es **CIERTA**:
- A) Los fetos son siempre del mismo sexo.
 - B) El diagnóstico se basa en la observación de polihidramnios en el saco amniótico del feto que actúa como donante y de oligohidramnios en el saco del feto receptor.
 - C) La diferencia de tamaño entre ambos fetos es un criterio básico para el diagnóstico.
 - D) Desde el punto de vista placentario se caracteriza por la existencia de uno o más cotiledones que son perfundidos por arterias del feto receptor y drenados por venas del donante, junto a una disminución del número de anastomosis compensadoras.
- 64.-En relación a la asistencia al parto del embarazo múltiple, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **CIERTA**?
- A) Independientemente del número de fetos, si todos ellos están en longitudinal-cefálica se puede optar por el parto vaginal.
 - B) En la gestación gemelar bicorial únicamente cuando el primer feto está en situación transversa es preferible optar directamente por realizar una cesárea, sin intentar el parto vaginal.
 - C) En una gestación gemelar con el primer feto en podálica y el segundo en cefálica lo habitual es optar por una gran extracción del primero y que el segundo nazca normalmente.
 - D) En las gestaciones monocoriales-monoamnióticas con ambos fetos en cefálica debe optarse siempre por realizar una cesárea electiva.
- 65.-En relación al embarazo gemelar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?
- A) El tratamiento de primera elección del síndrome de transfusión feto-fetal es la ablación con láser de las anastomosis vasculares, que permite la supervivencia de ambos gemelos en prácticamente el 100% de los casos.
 - B) La secuencia TRAP (twin-reversed-arterial-perfusión) se caracteriza básicamente porque existe un feto malformado que parasita a uno sano que le perfunde a través de una conexión arterio-arterial.
 - C) Ambas complicaciones, síndrome de transfusión feto-fetal y secuencia TRAP, son características de la gestación monocorial-monoamniótica.
 - D) En una gestación gemelar monocorial, cuando un feto tiene una malformación congénita el otro gemelo también la tiene siempre, pudiendo ser la misma o diferente.

66.-Cuartigesta de 40 años, con antecedentes de dos partos eutócicos y una interrupción de la gestación por malformación fetal, actualmente en la semana 37 de embarazo y diagnosticada de placenta marginal en la ecografía de control del crecimiento fetal realizada en la semana 34. Acude a Urgencias refiriendo contracciones uterinas cada 7 minutos aproximadamente, no dolorosas, y que se acompañan de sangrado en pequeña cantidad pero incesante. El grado de bienestar materno es adecuado y en la exploración se observa que el feto está en situación longitudinal-cefálica y que el cuello uterino está borrado en un 50% y tiene una dilatación de 2 cm. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es más apropiada?

- A) No debería haberse realizado el tacto vaginal por el riesgo de agravar la hemorragia ya existente.
- B) Debe realizarse una cesárea urgente con el diagnóstico de placenta previa y metrorragia.
- C) Dada la edad gestacional lo apropiado es optar por el manejo expectante, esperando el cese espontáneo del sangrado dado que este es escaso.
- D) Debe estimularse la dinámica uterina y cuando la mujer esté de parto realizar amniorrexis pues quizá con ello cese la hemorragia.

67.-Primigesta de 36 años, con embarazo controlado de evolución normal. Tiene como antecedente una miomectomía con apertura de cavidad. Acude en la semana 35 + 5 a urgencias por malestar general y dolor intenso abdominal que se irradia a espalda de 40 minutos de evolución acompañado de sangrado vaginal escaso. En la exploración el abdomen está blando, el cérvix presenta un borramiento del 30%, sin dilatación y los tonos fetales son positivos pero bradicárdicos con Sonicaid. ¿Cuál es el primer diagnóstico que se ha de sospechar?

- A) Abruption placentae.
- B) Placenta previa.
- C) Rotura de vasa previa.
- D) Rotura uterina.

68.-Señale cuál de las siguientes afirmaciones **NO** es una característica de la inversión del triple gradiente descendente:

- A) Para su tratamiento se aconseja inhibir la actividad uterina para posteriormente comenzar la estimulación con oxitocina.
- B) Suele acompañarse de un enlentecimiento de la dilatación cervical.
- C) Es fácilmente reconocible mediante el análisis del registro cardiotocográfico.
- D) Para su tratamiento se aconseja realizar una amniorrexis artificial.

69.-¿Cuál es la interpretación de los siguientes resultados obtenidos del análisis de la sangre arterial de cordón umbilical inmediatamente tras el parto: pH 7.27, pCO₂ 50 mmHg, HCO₃ 22 mEq/l, déficit de base 2.7 mEq/l?

- A) Estado ácido-base normal para un recién nacido.
- B) Acidosis respiratoria.
- C) Acidosis metabólica.
- D) Acidosis mixta (respiratoria y metabólica).

70.-Señale la respuesta correcta en relación al mecanismo del parto normal en presentación de nalgas:

- A) El diámetro rector es el bitrocantéreo.
- B) Siempre sale primero la nalga posterior.
- C) El diámetro biacromial se sitúa en el transversal del estrecho inferior, como paso previo a su salida.
- D) El occipucio se coloca a nivel del sacro de la madre.

71.-Gestante de 33 semanas, con gestación gemelar que acude a la urgencia por metrorragia. Al realizar la ecografía se observa un desprendimiento parcial de la placenta y se realiza una cesárea de urgencia. Se traslada a la madre a reanimación y hace 2 cuadros de atonía uterina en 15 minutos. Presenta gran palidez y entra en anuria. Empieza a sangrar sin llegar a formar coágulos. Ante la sospecha de una coagulopatía de consumo se solicita una analítica donde esperamos encontrar:

- A) Disminución de plaquetas, fibrinógeno y PDFs, y aumento del tiempo de protrombina y de la antitrombina III.
- B) Disminución de plaquetas, fibrinógeno, antitrombina III y del tiempo parcial de tromboplastina, y aumento de PDFs.
- C) Disminución de fibrinógeno y antitrombina III, y aumento de plaquetas, PDFs y tiempo de protrombina.
- D) Disminución de plaquetas, fibrinógeno y antitrombina III, y aumento de PDFs y tiempo de protrombina.

72.-¿Cuál será el diagnóstico más probable en una paciente de 41 años, obesa, que se encuentra en el 8º día del puerperio con febrícula y presenta un cuadro de dolor torácico, disnea súbita, taquicardia y taquipnea?. Como antecedentes cabe destacar que el parto fue por cesárea urgente por una metrorragia del III trimestre (por placenta previa) y el posoperatorio fue complicado ya que curso con una coagulopatía obstétrica.

- A) Infarto agudo de miocardio.
- B) Neumonía.
- C) Embolismo pulmonar.
- D) Coagulación intravascular diseminada.

73.-Respecto a los niveles de progesterona durante el embarazo, señale la afirmación **CORRECTA**:

- A) La placenta comienza a sintetizar progestágenos aproximadamente hacia la semana 8-10, cuando adquiere el tamaño y la capacidad funcional suficiente para producirla.
- B) Previamente a la semana 8-10, los niveles de progesterona en la circulación materna son indetectables.
- C) Sus niveles máximos en la circulación materna se alcanzan en la semana 20, y posteriormente disminuyen hasta hacerse indetectables, momento en que se desencadena el parto.
- D) La progesterona no es una hormona esencial para el mantenimiento del embarazo. De hecho, 1 de cada 5 embarazos normales cursan con niveles extremadamente bajos de progesterona.

74.-En relación con la sutura lamboidea señale cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**:

- A) Está situada entre los huesos frontales.
- B) Está situada entre los huesos parietales.
- C) Está situada entre el hueso occipital y los parietales.
- D) Su punto medio es la fontanela anterior.

75.-¿Cuál de los siguientes fármacos no debe ser utilizado durante el tercer trimestre de la gestación por su asociación al cierre prematuro del conducto arterioso?

- A) Heparina.
- B) Antiinflamatorios no esteroideos.
- C) Metronidazol.
- D) Metamizol.

76.-**NO** es un principio propio de la bioética:

- A) Principio de autonomía.
- B) Principio de justicia.
- C) Principios de beneficencia y no maleficencia.
- D) Principio de legalidad.

77.-Paciente de 50 años sin AP de interés que presenta una carcinoma infiltrante de mama unifocal T2N0M0 que ocupa menos del 15% de la mama. ¿En qué caso consideraría más indicado comenzar con QTNA?

- A) Subtipo triple negativo.
- B) Subtipo Luminal A.
- C) Subtipo Luminal B her2 negativo.
- D) Carcinoma tubular de mama.

78.-Respecto al cáncer de mama y embarazo, señale la **CORRECTA**:

- A) El embarazo empeora drásticamente el pronóstico del cáncer de mama.
- B) La cirugía conservadora no debe considerarse como opción terapéutica.
- C) La quimioterapia puede administrarse durante el segundo y tercer trimestre.
- D) El ganglio centinela está contraindicado.

79.-Una de las siguientes **NO** es una contraindicación para la realización de una histerectomía por vía laparoscópica:

- A) Negativa de la paciente.
- B) Inexperiencia del cirujano.
- C) Úteros mayores de 13 semanas.
- D) Enfermedad que no soporte el pneumoperitoneo.

80.-¿Cuál de los siguientes puntos no es un lugar frecuente de lesión ureteral en el transcurso de una histerectomía radical laparoscópica?

- A) En el ligamento cardinal.
- B) A nivel del ligamento uterosacro.
- C) Al seccionar los vasos infundíbulo-pélvicos.
- D) En el cruce de la arteria uterina.

81.-¿Cuál de las siguientes circunstancias se debería evitar en el transcurso de una laparoscopia por una sospecha de cáncer de ovario?

- A) Evitar ruptura de tumor.
- B) Extracción en bolsa de material.
- C) Trabajar a presión elevada para evitar diseminación.
- D) Lavado de puertos con povidona iodada.

82.-Una mujer de 45 años que fue tratada de un carcinoma escamoso de cérvix estadio IIA1 mediante histerectomía radical y que no requirió tratamiento adyuvante posterior por riesgo bajo de recidiva, presenta ahora una recidiva local, que no afecta a la pared pélvica. ¿Cuál cree que es el tratamiento indicado?

- A) Radioterapia y quimioterapia.
- B) Quimioterapia paliativa.
- C) Exenteración pelviana.
- D) Radioterapia.

- 83.-En el momento actual, ¿cuál de los siguientes considera menos útil en el diagnóstico de la endometriosis profunda?
- A) Resonancia magnética con gel.
 - B) Exploración clínica.
 - C) Marcador serológico CA125.
 - D) Ecografía transvaginal.
- 84.-Mujer de 48 años, intervenida en varias ocasiones de endometriosis, quistectomía bilateral, anexectomía derecha y adhesiolisis. Varios intentos de FIV sin éxito, no planteándose más tratamientos de fertilidad. Persiste dolor pélvico severo y metrorragia. En la ecografía transvaginal se observa útero con signos de adenomiosis, así como endometrioma en OI de 7 cms. ¿Qué opción terapéutica le parece más acertada?
- A) DIU de levonorgestrel.
 - B) Tratamiento con gestágenos vía oral en pauta continua.
 - C) Terapia add-back (Análogos GnRH más Tibolona) dado que el riesgo quirúrgico en esta paciente es elevado por las cirugías previas.
 - D) Plantearía cirugía consistente en Histerectomía más anexectomía izquierda así como extirpación de los focos de endometriosis visibles.
- 85.-Paciente de 27 años con dismenorrea severa. En el último año presenta cuadros pseudoobstructivos así como dolor en FID irradiado a gotiera parietocólica derecha, ambos coincidentes con la menstruación. ¿Qué prueba diagnóstica le parece más apropiada para descartar endometriosis en esta localización?
- A) RM con gel.
 - B) Ecografía transrectal.
 - C) Enema de bario con doble contraste.
 - D) Colonoscopia.
- 86.-A una mujer de 26 años se le realiza una biopsia con aguja gruesa (BAG) de un nódulo palpable en CSE de mama derecha y que ecográficamente corresponde con una tumoración sólida. El resultado anatomopatológico es: proliferación mixta de estroma y epitelio, con predominancia de la proliferación estromal. ¿Qué tipo de tumoración presenta la paciente?
- A) Tumor Phyllodes.
 - B) Fibroadenoma.
 - C) Hamartoma.
 - D) Adenoma.
- 87.-Señale la afirmación que le parece **INCORRECTA** respecto a los pólipos de endometrio:
- A) La histerosonografía es la técnica no invasiva más precisa para su diagnóstico.
 - B) El sangrado irregular intermenstrual o postmenopaúsico es su principal síntoma.
 - C) La verdadera incidencia de los pólipos es desconocida ya que la mayoría son asintomáticos.
 - D) Su extirpación no modifica la tasa de embarazo.
- 88.-Si en el resultado de una biopsia endometrial usted lee “aumento de la proporción glándulas/estroma, sin apiñamiento glandular y sin atipias celulares” ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
- A) Endometrio en fase secretora.
 - B) Adenocarcinoma de endometrio.
 - C) Hiperplasia endometrial compleja.
 - D) Hiperplasia endometrial simple.

89.-En la linfadenectomía para-aórtica extraperitoneal laparoscópica, tras la localización del músculo psoas y la inserción de trócares, la primera estructura que debemos localizar y dejar en el lecho de la disección es:

- A) Vena gonadal izquierda.
- B) Arteria mesentérica inferior.
- C) Uréter izquierdo.
- D) Arteria ovárica izquierda.

90.-Paciente de 40 años a la que tras una histerectomía simple por útero miomatoso se diagnóstica incidentalmente un carcinoma escamoso cervical de 4 mm de invasión estromal y 7 mm de extensión superficial con LVSI negativo, ¿qué conducta seguiría?

- A) Parametrectomía simple.
- B) Parametrectomía radical (incluyendo linfadenectomía pélvica).
- C) Seguimiento.
- D) Tratamiento radioterápico adyuvante.

91.-El objetivo fundamental de la citorreducción en el cáncer de ovario avanzado es:

- A) Extirpación de la masa tumoral mayor.
- B) Tumor residual <1cm.
- C) Citorreducción completa o microscópica.
- D) Tumor residual entre 1 y 2 cms. como máximo.

92.-La indicación fundamental de la laparoscopia en el carcinoma de ovario, entre las siguientes, es:

- A) Estadificación de carcinoma de ovario inicial.
- B) Citorreducción de intervalo.
- C) Citorreducción primaria.
- D) Resección de lesiones metastásicas aisladas.

93.-Con respecto a la clínica de la endometriosis ureteral, lo más frecuente es que curse:

- A) Asintomático.
- B) Pielonefritis.
- C) Hematuria.
- D) Dolor cólico.

94.-En una mujer de 32 años con una secreción mamaria uniorifical y sin evidencia de lesión orgánica en las pruebas complementarias ¿Qué actitud le parece más adecuada?

- A) Cuadrantectomía.
- B) Exéresis del ducto secretor.
- C) Conducta expectante.
- D) Ninguna de las anteriores.

95.-Paciente diagnosticada de cáncer de cuello uterino, con RM pélvica que informa de tumor de 3 cm de diámetro máximo, sin afectación de parámetro ni de tercio superior de vagina, así como ausencia de adenopatías patológicas. Se indica cirugía y en la misma se objetivan ganglios metastásicos en cadenas pélvicas, con paraaórticas negativas. ¿Qué estadio tumoral es?

- A) IB2.
- B) IB3.
- C) IIIC1.
- D) IIIC2.

96.-Mujer de 38 años a la que se practica una conización por lesión compatible con H-SIL. La anatomía patológica informa de invasión del estoma con una profundidad de invasión de 6 mm. tomados desde la base del epitelio y extensión en superficie de 1 cm., con bordes quirúrgicos libre de tumor. ¿Cómo denominaríamos este caso?

- A) Estadio Ia2 de cáncer de cuello.
- B) Estadio Ia1 de cáncer de cuello.
- C) Estadio Ib2 de cáncer de cuello.
- D) Estadio Ib1 de cáncer de cuello.

97.-En una mujer de 53 años, asintomática para clínica ginecológica, con un IMC de 35, un historial de reglas compatible con anovulación y una imagen ecográfica compatible con un pólipo endometrial de 1,5 cm ¿qué actitud cree más conveniente?

- A) Histeroscopia diagnóstica y terapéutica si existiera pólipo.
- B) Actitud expectante con controles ecográficos y clínicos y si aparece sangrado genital o cambia el aspecto ecográfico lo extirparía.
- C) Legrado endometrial para biopsiar endometrio.
- D) RMN pélvica y marcadores tumorales.

98.-Señale la respuesta **INCORRECTA** en relación con el cáncer de ovario en mujeres que presentan una mutación genética de BRCA-1:

- A) La probabilidad de presentar cáncer de ovario alcanza el 40%.
- B) Los tumores aparecen en edades más jóvenes y habitualmente son bilaterales.
- C) La histología más frecuente es el adenocarcinoma mucinoso.
- D) El pronóstico es peor que en los casos no ligados a BRCA.

99.-Los principios esenciales de la profesión médica se traducen en las siguientes actitudes, responsabilidades y compromisos básicos:

- A) El fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad, la empatía y la compasión, que son elementos esenciales para una relación profesional de confianza plena.
- B) La mejora continua en el ejercicio profesional y en la calidad asistencial, basadas en el conocimiento científico y la autoevaluación.
- C) El ejercicio de la autorregulación, con el fin de mantener la confianza social, mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y una apropiada gestión de los conflictos.
- D) Todas las anteriores son ciertas.

100.-La pelvis platipeloide o plana se caracteriza por:

- A) Tener un ángulo subpúbico muy agudo, inferior a 90°.
- B) Tener unos diámetros antero-posteriores menores que los diámetros transversos.
- C) Tener unas espinas ciáticas muy prominentes.
- D) Suele provocar que la cabeza fetal rote a occipito-posterior.

PREGUNTAS DE RESERVA

101.-¿Cuál de los siguientes **NO** es un criterio ecográfico de IOTA (International Ovarian Tumor Analysis)?

- A) Bilateralidad.
- B) Ascitis.
- C) Vascularización.
- D) Componente sólido.

102.-Paciente de 33 años con leve astenia y dolores musculares generalizados consulta por unos bultos inguinales muy dolorosos. A la exploración se palpan adenopatías muy dolorosas y una úlcera en labio menor izquierdo, no dolorosa, por lo que la paciente no se había dado cuenta. ¿Qué genotipo de Chlamydia trachomatis se asocia a este caso?

- A) A, B y C.
- B) D, E y F.
- C) G, K.
- D) L1, L2 y L3.

103.-Cuál de los siguientes factores **NO** le haría inclinarse por un tratamiento quirúrgico de un endometrioma ovárico en una paciente nuligesta:

- A) Bilateralidad.
- B) Morfología atípica.
- C) Crecimiento rápido.
- D) Dolor.

104.-Los tumores malignos de origen mesodérmico representan el 2-6 % de todos los tumores malignos del útero. Su síntoma más frecuente es el sangrado vaginal. Son tumores de difícil diagnóstico, que normalmente se diagnostican en el postoperatorio gracias a la anatomía patológica realizada a un tumor teóricamente benigno. Señale la respuesta **INCORRECTA**:

- A) La morcelación eléctrica es un tipo de tratamiento de los miomas y debe realizarse siempre con un sistema de contención adecuado tipo bolsa por si se trataran de sarcomas no diagnosticados.
- B) La raza blanca, el tratamiento prolongado con tamoxifeno y la radiación pélvica son factores de riesgo para dichos tumores malignos.
- C) La presencia de calcificaciones es uno de los signos más específicos para descartar leiomioma.
- D) En caso de no disponer de sistema de contención tipo bolsa para la morcelación, se podría hacer una morcelación no estanca en caso muy bien seleccionados.

105.-Un mioma de 6 cms que afecta al endometrio, al miometrio y a la serosa, según la clasificación de la FIGO 2011, sería:

- A) Un tipo 3.
- B) Un tipo 4.
- C) Un tipo 6.
- D) Un tipo 2-5.

106.-En relación con la hematopoyesis fetal, señale cuál de las siguientes afirmaciones **NO** es correcta:

- A) La eritropoyesis fetal es dependiente de la eritropoyetina materna.
- B) Los hematíes fetales son de mayor tamaño que los hematíes adultos.
- C) La eritropoyetina fetal es de producción hepática.
- D) El primer lugar en el que comienza la hematopoyesis fetal es en el saco vitelino.

107.-El diámetro del estrecho superior que une el promontorio con el borde inferior de la sínfisis del pubis, se denomina:

- A) Transverso anatómico.
- B) Conjugado anatómico.
- C) Conjugado obstétrico.
- D) Todas las respuestas anteriores son falsas.

108.-Para el inicio del trabajo de parto es esencial que tenga lugar:

- A)** La elevación de los niveles plasmáticos de oxitocina.
- B)** Un aumento de la síntesis de prostaglandinas, particularmente PgE1.
- C)** Una disminución muy importante de los niveles plasmáticos de progesterona.
- D)** Un aumento en la producción esteroidogénica por la suprarrenal fetal.

109.-¿Cuál de las siguientes es falsa con respecto a la colestasis intrahepática del embarazo?

- A)** La probabilidad de muerte fetal intraútero sin causa aparente es algo mayor que en la población general (1-1.5%).
- B)** Se diagnostica con prurito sin enfermedad que lo justifique y aumento de ácidos biliares en sangre materna.
- C)** El tratamiento con ácido ursodesoxicólico no disminuye el riesgo de muerte fetal.
- D)** El prurito suele afectar inicialmente a tronco y cara.

110.-Si una paciente con infección por el VIH nos pide información de cara a un futuro embarazo, podemos asegurarle que:

- A)** Si su infección por el VIH está bien controlada el riesgo de transmisión vertical es menor a un 1%.
- B)** Deberá recibir tratamiento antirretroviral solo en el tercer trimestre.
- C)** Si se produce una rotura de bolsa espontánea antes del parto se realizará una cesárea urgente para evitar el riesgo de transmisión vertical.
- D)** Si el niño no ha resultado infectado en el parto puede permitirse la lactancia materna.

2ª PARTE – SUPUESTO PRÁCTICO 1

Gestante de 24 años, IMC 22 k/m², sin antecedentes médicos de interés ni alergias medicamentosas conocidas. Primigesta (G1P0) de 35+3 semanas. Embarazo de bajo riesgo, aunque se han realizado ecografías adicionales en la semana 26 y 32 por detección de elevación de las resistencias en las arterias uterinas en la ecografía del segundo trimestre. En la última ecografía el feto se encontraba en un percentil 5 de crecimiento con estudio hemodinámico normal.

Se le ha recomendado que vigile su tensión arterial y acude porque en la última semana le está subiendo y hoy lleva todo el día con TA > 140/90 mmHg y ha empezado a dolerle la cabeza y a ver algunos destellos con visión algo borrosa, la cefalea es frontal, de intensidad moderada alta y que no ha cedido con la toma de paracetamol. Ha tenido algunas náuseas y un vómito esporádico acompañado de dolor en epigastrio que ya ha cedido. Se siente inquieta y angustiada. Nota que orina poco en las últimas 48 horas. Ha engordado 4kg en la última semana. Se ha levantado con los “párpados hinchados” y su pareja dice que “esa no es su cara”. Se ha tenido que quitar los anillos de las manos porque se le estaban empezando a hinchar y tenía miedo de no poderse los quitar más adelante.

Exploración:

- Constantes: T° 36.2°C, TA: 169 /112 mmHg. FC: 105 lpm.
- Consciente, orientada, alerta.
- Normohidratada, normocoloreada. Edemas en miembros inferiores, manos y cara (nota que se ha levantado con los “párpados hinchados”).
- Auscultación respiratoria y cardíaca: normal. Frecuencia respiratoria: 16-18 resp/min.
- Dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Reflejos conservados, no signos de focalidad neurológica.
- Fondo de ojo: se observa papiledema.
- Cérnix desfavorable (Bishop 2).
- Presentación cefálica comprobada con ecografía.

Pruebas complementarias:

- Saturación de oxígeno: 98%
- EKG: taquicardia sinusal, por lo demás normal.
- RCTG: reactivo a 145 lpm, no dinámica.
- Ecografía: feto vivo y móvil en presentación cefálica, placenta normoinserta en cara anterior, líquido amniótico normal, peso fetal estimado de 1850g (< percentil 10), estudio Doppler compatible con CIR estadio I (índice cerebro-placentario de 1.05, < percentil 5). IP medio en arterias uterinas de 1.3 (> percentil 95).
- Analítica:
 - Hemograma: Hematíes: 4.98 x 10⁶/μL; Hemoglobina: 13.8 g/dL; Hematocrito: 39.9%; VCM: 91.2 fl; Plaquetas: 97 x 10³/μL; Leucocitos: 9.7 x 10³/μL; Neutrófilos 78.7%.
 - Frotis sanguíneo: presencia de esquistocitos.

- Bioquímica suero materno: Creatinina: 0.57 mg/dL; Urea: 22 mg/dL; Sodio: 141 mEq/L; Potasio: 4.08 mEq/L; Albúmina: 3.5 g/dL; Calcio: 8.7 mg/dL; ALT (GPT): 87 U/L; AST (GOT): 95 U/L; LDH: 615 U/L; Ácido úrico: 6.8 mg/dL; PIGF: 16.35 pg/mL; sFlt1 10543 pg/ml; Cociente sFlt-1/PIGF: 645.
- Bioquímica urinaria (micción única): Creatinina: 49.7 mg/dL; Proteínas: 0.23 g/L; Cociente Proteínas/Creatinina: 0.46.
- Coagulación: Actividad de protrombina: 138%; Tiempo de protrombina: 9.2 s; INR 0.85; TTPa 27s; Fibrinógeno: 553 mg/dL

1.-¿Cuál sería su juicio clínico?

- A) Hipertensión gestacional.
- B) Preeclampsia moderada.
- C) Síndrome de HELLP.
- D) Preeclampsia severa complicada con síndrome de HELLP.

2.-Una de las afirmaciones sobre la preeclampsia es **FALSA**:

- A) Se define la preeclampsia como la aparición de hipertensión, proteinuria y edemas.
- B) Se define hipertensión como una presión arterial igual o superior a 140/90mm Hg., determinadas en dos ocasiones separadas de 4 a 6 horas, salvo en criterios de hipertensión grave.
- C) Proteinuria se define como existencia de 300mg o más en orina de 24 horas.
- D) Se considera signo de especial gravedad una oliguria <500mL/24h en una gestante hipertensa.

3.- Uno de los siguientes criterios **NO** es aceptado para considerar a una preeclampsia como grave:

- A) TA > o = 160/100 mm Hg.
- B) Proteinuria > 2 g/L 24 h. La proteinuria deberá ocurrir por primera vez en el embarazo y regresar tras el parto.
- C) Creatinina sérica <1,2 mg/dL.
- D) Cianosis o edema de pulmón.

4.- Uno de los siguientes **NO** es factor de riesgo para la preeclampsia:

- A) Alto peso al nacer de la embarazada.
- B) Donación de ovocitos o embriones.
- C) Adolescentes (embarazo precoz).
- D) Embarazo molar.

5.- Dentro de la etiopatogenia y fisiopatología de la preeclampsia una de las siguientes afirmaciones es **FALSA**:

- A) La 1ª oleada trofoblástica se produce entre las semanas 8- 12, con la invasión trofoblástica de la porción decidual de las arterias espirales.
- B) La 2ª oleada trofoblástica se produce alrededor de la semana 24-26, con invasión de la capa muscular de arterias espirales y de la porción más distal de las arterias radiales.
- C) Se caracteriza por una anómala invasión vascular por el trofoblasto + predisposición materna a desarrollar lesión endotelial que ocasionará microangiopatía generalizada.
- D) Síndrome plurietiológico que sólo ocurre en gestantes con placenta (no es necesario feto ni útero).

6.- Uno de los siguientes factores es un potente antiangiogénico causante de las alteraciones endoteliales sistémicas en la preeclampsia:

- A) VEGF.
- B) PlGF.
- C) TGF- β 1.
- D) sFlt-1.

7.- La sEng es otro potente antiangiogénico que se produce en la preeclampsia y que actúa antagonizando los efectos de:

- A) VEGF.
- B) PLGF.
- C) TGF-B1.
- D) SFLT-1.

8.- El factor sFlt-1 se produce:

- A) En los endotelios del cerebro, hígado y riñón maternos.
- B) En los endotelios del feto.
- C) En el sincitiotrofoblasto.
- D) En el citotrofoblasto.

9.- En este caso clínico cuál sería la actitud más **CORRECTA**:

- A) Tratamiento oral y vigilancia durante unas horas y si mejora dar de alta a la paciente.
- B) Ingreso y tratamiento oral con metildopa.
- C) Ingreso y tratamiento con Labetalol IV en bolo de 20mg a pasar en 20 min, y tras una buena respuesta mantener una perfusión a 20 mg/h iv, añadir sulfato de magnesio para protección neurológica.
- D) Ingreso en UVI para estabilizar a la paciente y tratar con nifedipino sublingual y protección neurológica con sulfato de magnesio.

10.- Qué alteración **NO** es habitual observar en un síndrome de HELLP:

- A) El aumento de la TA es una constante de este síndrome.
- B) Las plaquetas están disminuidas por debajo de 100.000.
- C) Se observan presencia de esquistocitos.
- D) La LDH suele estar aumentada.

11.- Qué fármaco antihipertensivo **NO** utilizaría en este caso clínico:

- A) Hidralacina.
- B) Nifedipino.
- C) Metildopa.
- D) Labetalol.

12.- Qué actitud obstétrica adoptaría en este caso:

- A) Si se controla la TA adoptaría una actitud expectante.
- B) Dada la situación haría una cesárea urgente.
- C) Induciría el parto con métodos mecánicos (sonda de Foley).
- D) Si se controla la situación y mejoran todos los parámetros le daría el alta y la controlaría cada 48h.

13.- La frecuencia cardiaca de esta paciente es de 105 lpm. ¿Qué fármaco sería el más adecuado utilizar?

- A) Labetalol.
- B) Diazóxido.
- C) Atenolol.
- D) Nifedipino sublingual.

14.- Qué fármaco **NO** utilizaría nunca durante el embarazo en una gestante con hipertensión:

- A) Aspirina.
- B) IECA.
- C) Nifedipino oral.
- D) Dexametasona.

15.- En un síndrome de HELLP podemos actuar de modo conservador en todos los supuestos **MENOS EN UNO**:

- A) TA < 160-110.
- B) Oliguria que responde a sueroterapia.
- C) Encimas hepáticas aumentados sin dolor en hipocondrio derecho o epigastrio.
- D) La aparición de un cuadro de CID no impide realizar un tratamiento conservador.

PREGUNTA DE RESERVA

16.- Uno de los siguientes criterios diagnósticos **NO** es típico del síndrome de HELLP:

- A) Bilirrubina <1.2 mg/dl.
- B) LDH > 600ui/l.
- C) GOT>70 UI.
- D) Plaquetas < 100000.

2ª PARTE – SUPUESTO PRÁCTICO 2

Mujer de 35 años, fumadora y sin antecedentes médicos de interés, nuligesta, que acude angustiada por el resultado de ASC-H en una citología realizada en su centro de salud.

1.- ¿Qué le diríamos respecto al significado de esa citología?

- A) Que el resultado se asocia a cáncer en un alto porcentaje de los casos.
- B) Que es un resultado orientativo y que sugiere lesión de alto grado, pero debe confirmarse.
- C) Que es una lesión de alto grado y debe conizarse.
- D) Que es una atípica incierta y debemos realizar un test de HPV.

Realizamos una Colposcopia que evidencia dos lesiones, una entre las 3-4h acetoblanca con mosaico grado I y otra a las 12h de unos 5 mm que entra en canal endocervical acetoblanca densa con punteado grado II.

2.- ¿Qué es **CIERTO** de estas lesiones?

- A) Ambas son lesiones por un VPH 16.
- B) La lesión de las 3h y de las 12h son histológicamente similares.
- C) La lesión de las 12h puede corresponder a un HSIL.
- D) La crioterapia en consulta puede ser una buena alternativa terapéutica en este caso.

3.- ¿Qué sabemos de la relación entre el VPH y las lesiones cervicales?

- A) Todas las lesiones por VPH siempre son por el mismo genotipo.
- B) Si hay varios tipos hay varias lesiones.
- C) Una misma lesión puede contener dos o más VPH.
- D) Si aparece el VPH 16, siempre es el genotipo dominante en las lesiones.

La paciente fue sometida a conización y el resultado histológico fue de HSIL/CIN2-3 con borde exocervical libre y endocervical afecto.

4.- ¿Qué actitud deberíamos tomar en esta mujer?

- A) Realizar una histerectomía sería lo más apropiado.
- B) Determinar el genotipo de VPH sería de utilidad para manejo posterior.
- C) Hacer una vaporización láser del canal endocervical.
- D) Valorar la lesión residual endocervical.

La paciente no acude a la visita por haber tenido varios ingresos y consultas médicas debido a una esclerosis múltiple. Actualmente está en tratamiento con inmunosupresores. Tras 12 meses retoma las visitas ginecológicas y acude a nuestra consulta. En ella se hace una toma de citología en medio líquido para cotest y se objetiva un pequeño pólipo endocervical sesil de unos 8 mm que procede por el OCI. Se intenta extirparlo y sólo se consigue extraer la parte distal. El sangrado se controla tras varios intentos de coagulación con solución de Monsel.

5.- ¿Qué debemos comunicar a la paciente?

- A) Que puede haber una lesión oculta endocervical.
- B) Que el pólipo endocervical suele ser benigno y no debe preocuparse.
- C) Que es posible que tras los 12 meses si quedó lesión residual ésta ya haya desaparecido.
- D) Que los procesos inflamatorios como la esclerosis múltiple suelen aumentar el aclaramiento del VPH.

El resultado del cotest fue de HSIL/CIN 2-3 con presencia del HPV 16, y el de la biopsia del pólipo de CIN 3 sin poder descartar invasión.

6.- ¿Qué le explicaría a la paciente?

- A) Que lo mejor para su caso es una histerectomía.
- B) Que si tiene deseos genésicos lo mejor es quedarse embarazada lo antes posible.
- C) Que un legrado endocervical daría el diagnóstico.
- D) Que se debe descartar un carcinoma de cérvix.

La paciente le pregunta que si en su caso la vacunación frente al VPH es recomendable.

7.- ¿Qué es cierto sobre la vacunación?

- A) La vacunación en mujeres conizadas por CIN 2-3 es recomendable.
- B) La vacunación no es recomendable en mujeres inmunosuprimidas.
- C) La vacuna sólo es eficaz en mujeres antes de los 26 años.
- D) La vacuna tiene efecto sobre el aclaramiento del VPH.

El comité de tumores ginecológico decide hacer una nueva conización, pero la paciente por miedo se hace una RMN en un médico privado. El resultado de la RMN informa de la presencia de una tumoración de 3 x 1,5 cm que ocupa el canal endocervical e invade el estroma cervical de forma superficial. No afectación de estructuras vecinas.

8.- ¿Qué le comentaría a la paciente?

- A) Que es un claro cáncer de cérvix y debe hacerse HT radical.
- B) Que en caso de que tenga deseo genésico deberíamos valorar la invasión linfovascular.
- C) Que es un caso para químio-radioterapia.
- D) Se debe realizar una linfadenectomía paraaóptica previamente.

Se decide realizar la conización y se obtiene en la pieza un carcinoma cervical invasor adenoescamoso de 2,1 cm y con borde endocervical afectado. No hay invasión del espacio linfo-vascular.

9.- ¿Qué estadio FIGO 2018 tiene el tumor?

- A) Ib1.
- B) Ib2.
- C) Ib3.
- D) Ila2.

La paciente no desea gestación por su enfermedad y decide hacer tratamiento radical.

10.- ¿Qué opción es la más adecuada?

- A) Ampliar conización.
- B) Traquelectomía radical.
- C) HT radical tipo B2/C1 si el ganglio centinela pélvico es negativo.
- D) HT radical tipo A.

La paciente le comenta que el ginecólogo privado le dijo que la vía de la cirugía puede alterar los resultados oncológicos.

11.- ¿Qué le comentaría a la paciente a este respecto?

- A) Que no hay evidencia de que la vía cambie el pronóstico.
- B) Que la cirugía laparoscópica aumenta el riesgo de recidiva.
- C) Que la vía abierta no es aconsejable.
- D) Que si el ganglio centinela es negativo la vía de abordaje no importa.

Se realiza el tratamiento y el resultado final es de un carcinoma adenoescamoso con tamaño final de 4,2 cm de diámetro mayor, con invasión profunda del estroma cervical sin presencia de émbolos tumorales en el espacio linfo-vascular y ganglios pélvicos negativos.

12.- ¿Qué estadio tendría el tumor tras la cirugía?

- A) El mismo que al inicio. No cambia.
- B) Ib3.
- C) Iib.
- D) IIIc1.

13.- ¿Qué tratamiento adyuvante le recomendaría?

- A) No precisa más tratamientos.
- B) Radioterapia.
- C) Quimioradioterapia concomitante.
- D) Quimioterapia.

14.- ¿Qué seguimiento le haría?

- A) Cada 3 meses hasta el 2º año.
- B) Cada 3 meses desde el 5º año.
- C) Cada 6 meses hasta el 2º año.
- D) Cada 6 meses hasta el alta.

15.- Respecto al seguimiento de esta paciente, ¿qué es **FALSO**?

- A) La citología está recomendada.
- B) El test de VPH no aporta valor pronóstico.
- C) La RMN es útil en las recidivas.
- D) Se recomienda una placa de tórax anual.

PREGUNTA DE RESERVA

16.- La paciente pregunta que si hubiera tenido deseos genésicos ¿cómo se hubiera tratado el tumor? Conteste la que considere más acertada:

- A) Solo los tumores de menos de 2 cm son subsidiarios de preservación de la fertilidad.
- B) En tumores de más de 4 cm hay buenos resultados con la quimioterapia neoadyuvante seguida de traquetectomía radical.
- C) En el caso de la paciente se podría hacer preservación de la fertilidad tras una quimioradioterapia.
- D) En un tumor de cérvix es mejor no preservar la fertilidad por bajas tasas de gestación a término.