

2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA

INSTRUCCIÓN:

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números E1 e E110, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de 150 minutos.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán 0,50 puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán 0,125 puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinale na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun X ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.
Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.
8. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advirtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto NON poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: www.sergas.es, logo de finalizados os tempos de exame.
Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

**LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO**

EXAME EN GALEGO

1. Segundo as recomendacións da SEGO, en cal das seguintes pacientes NON sería necesaria a profilaxe antitrombótica con HBPM (heparina de baixo peso molecular) no puerperio?

- A) Muller de 37 anos, IMC 32, parto con ventosa.
- B) Muller de 43 anos, IMC 28, parto vaxinal normal.
- C) Muller de 26 anos, fumadora 15 cig/día, indución por preeclampsia.
- D) Muller de 30 anos, IMC 35, cesárea electiva.

2. Sinala a opción correcta con respecto ao diagnóstico dos defectos do crecemento fetal:

- A) A altura uterina débese calcular en cada visita a partir das 22 semanas en decúbito supino.
- B) A partir dun CRL maior de 84 mm, a datación ecográfica deixa de ser máis precisa que a data da última regra, cando esta é coñecida.
- C) No terceiro trimestre o mellor parámetro de datación é o perímetro abdominal.
- D) Se DBP é maior ou igual a 60 mm e a DUR é certa débese datar por DUR.

3. Na avaliación das masas anexiais, cal dos seguintes enunciados é FALSO?

- A) A ecografía transvaxinal é a técnica de imaxe de primeira elección para caracterizar unha masa anexial.
- B) A avaliación con Doppler debe formar parte da exploración ecográfica rutineira das masas anexiais sospeitosas.
- C) A Resonancia Magnética non mellora a especificidade na valoración de masas anexiais non concluíntes.
- D) A utilización da clasificación de IOTA (International Ovarian Tumour Analysis Group) ofrece un rendemento diagnóstico similar ao dun ecografista experto.

4. Xestante de 34 ⁺⁺ semanas, X1P0, que acode ao Servizo de Urxencias por metrorraxia. Diagnosticada na ECO do III trimestre de placenta anterior marxinal. Ausencia de dinámica uterina no test non estresante e feto en presentación cefálica. Grupo sanguíneo A negativo. Confírmase por ECO transvaxinal a situación da placenta previamente diagnosticada. Cal das seguintes actitudes NON sería correcta?

- A) Ingreso, repouso relativo, control de constantes maternas, control do benestar fetal, analítica completa e reserva de sangue cruzado e profilaxe da isoimunización con ganmaglobulina anti-D.
- B) Se cede a hemorraxia e o estado materno fetal é adecuado poderíase expoñer o manexo ambulatorio tras 48-72 horas sen sangrado.
- C) Deixar ingresada, vixiar sangrado e programar cesárea na semana 36 e segunda dose de ganmaglobulina anti-D previa á cirurxía.
- D) En caso de ser dada de Alta, vixilancia estreita ambulatoria, informando á paciente de maneira adecuada de que tras o episodio inicial, a hemorraxia adóitase repetir, sendo imposible predicir o momento no que terá lugar. Informar tamén de que neste caso poderíase realizar un intento de parto vaxinal.

5. No estudo dunha masa mamaria debe existir unha "tripla concordancia" diagnóstica para poder excluír malignidade. Sinala cal destas modalidades diagnósticas NON pertence a esta tripla concordancia.

- A) Probas de imaxe.
- B) Exploración física.
- C) Marcadores xenéticos de risco.
- D) Biopsia da masa.

6. Muller de 42 anos, con xestación de 32 semanas a seguimento por feto con crecemento intrauterino restrinxido (CIR). Presenta en consulta unha tensión arteria de 143/91 mmHg en repouso e sen outros síntomas de interese. Infórmanse TA similares en varios controis na última semana. Tira reactiva en oríños: proteinuria negativa. Analítica sen alteracións. Ratio sFlt-1/PlGF: 40. Cal das seguintes opcións é a máis adecuada?

- A) Realizar control do CIR segundo protocolo, e vixilancia pola súa matrona de TA e proteinuria semanalmente.
- B) Control ambulatorio informando de riscos á embarazada, TA polo menos tres veces ao día e control semanal con ecografía, rexistro CTG e analítica.
- C) Ingreso por preeclampsia, iniciar tratamento hipotensor e sulfato de magnesio.
- D) Ingreso por preeclampsia para finalizar xestación tras maduración pulmonar fetal.

7. Xestante de 40 anos, fumadora de 10 cigarros de tabaco ao día, X1P0 con amenorrea de 32 semanas e diagnosticada de CIR tipo II. Sinale a correcta con respecto á conduta obstétrica a seguir:

- A) Débese aconsellar o ingreso hospitalario, repouso absoluto, administración de dúas doses de corticoides para maduración pulmonar e finalización da xestación nunha marxe de 6-12 horas.
- B) Recoméndaselle a eliminación do tabaquismo e desaconséllase o repouso absoluto. Citarase para controis ambulatorios cada 2-4 días e finalización da xestación, en caso de ser estes controis normais, a partir da semana 34 mediante cesárea electiva.
- C) Ingrésase á paciente, adminístraselle unha soa dose de corticoide para maduración pulmonar, Sulfato de Magnesio para neuroprofilaxe fetal por ser menor de 34 semanas, e prográmase cesárea electiva nun prazo de 12 horas.
- D) Poderíanse facer controis ambulatorios sen necesidade de ingreso cada 48-72 horas e se estes son normais, programar ingreso para finalización de xestación na semana 36.

8. Paciente de 38 anos que consulta por dor pélvica crónica de 2 anos de evolución a raíz do seu último parto. Ademais refire dor intensa na zona da episiorrafia que aumenta de forma considerable cando está menstruando e dispareunia. Esta dor cedía con antiinflamatorios non esteroideos ao principio pero agora xa non son suficientes. Á exploración, os xenitais externos son normais e obxectívase unha cicatrización perineal normal. Co espéculo, visualízase un cérvix ben epitelizado, de aspecto normal. Ao tacto bimanual, pálpase un nódulo duro e moi doloroso na cara posterior de cérvix, duns 2 cm. Na ecografía este nódulo é hipoecoxénico, con contido denso. Presenta un útero en anteversión "en coma" e os ovarios son normais. Complétase a exploración pélvica dos compartimentos anterior e posterior e non se obxectivan máis achados. Ante esta situación, cal sería o enfoque terapéutico de primeira liña?

- A) Análogos GnRH.
- B) Anticonceptivos hormonais combinados.
- C) Proxestáxenos en pauta continua.
- D) B e C son correctas.

9. A corioamnionite é unha causa importante de morbilidade materna e fetal. En relación ao seu diagnóstico e tratamento, cal dos seguintes enunciados é FALSO?

- A) O criterio diagnóstico cruce é a febre materna sen foco claro.
- B) Non existe contraindicación para a administración de corticoides para a maduración pulmonar fetal ante a sospeita clínica de corioamnionite.
- C) Ante o diagnóstico clínico debe iniciarse tratamento antibiótico e finalizar a xestación tras completar a maduración pulmonar fetal se está indicada.
- D) A tocolise está contraindicada.

10. Que se considera correcto acerca do uso de Insulina durante a xestación?

- A) Os requirimentos de Insulina no puerperio inmediato de mulleres con Diabetes Mellitus preexistente diminúen ata o 50% da dose prexestacional, sendo esta diminución máis marcada en mulleres que realizan lactación materna.
- B) Durante as semanas 9 a 14 do embarazo os requirimentos de Insulina aumentan considerablemente.
- C) O tratamento con Insulina durante a xestación hase de realizar indistintamente en forma basal-bolus ou mediante infusor continuo, sen unha preferencia clara dunha terapia sobre a outra.
- D) É necesario ter en conta que ás veces diminúen as necesidades de Insulina a partir das 35 semanas de xestación, sobre todo na Diabetes tipo I.

11. Sobre o cribado combinado de primeiro trimestre (CCPT) de trisomía 21, cal das seguintes afirmacións é CORRECTA?

- A) O marcador ecográfico por excelencia é a translucencia nucal (TN), a súa maior taxa de detección alcánzase se se realiza na semana 13.
- B) A determinación de B-HCG e PAPP-A séricas achegan unha maior taxa de detección na semana 13.
- C) Cunha estratexia de cribado continxente que inclúa o test de ADN-libre circulante, se a TN é maior de 3.5 mm é indicación de realizalo.
- D) O control de calidade do programa de CCPT pódese realizar mediante métodos cualitativos e cuantitativos.

12. Respecto o achado incidental de xermes patóxenos no screening de citoloxía cervical, conforme as recomendacións da Asociación Española de Patoloxía Cervical e Colposcopia, sinala a opción CORRECTA.

- A) O achado incidental de Actinomyces israelii en citoloxías cervicais de mulleres asintomáticas portadoras de DIU, é indicación de extracción do DIU e tratamento antibiótico específico.
- B) O achado incidental de Candida albicans en citoloxías cervicais de mulleres asintomáticas, é indicación de tratamento antifúnxico e/ou probiótico oral para restaurar a flora vaxinal.
- C) O achado incidental de "células crave" suxestivas de vaxinose bacteriana nas citoloxías cervicais de mulleres asintomáticas, é indicación de tratamento antibiótico da paciente e a súa parella.
- D) O achado incidental de Trichomonas vaginalis nas citoloxías cervicais de mulleres asintomáticas, é indicación de tratamento antibiótico da paciente e a súa parella.

13. É vostede o/a xinecólogo/a responsable dun Centro de Planificación Familiar durante o estado de Alarma Sanitaria pola pandemia de coronavirus COVID19. As autoridades sanitarias ordénanlle restinxir ao máximo as visitas presenciais á súa consulta médica e indícaselle realizar atención telefónica ás súas pacientes. Para iso facilítaselle un teléfono móbil corporativo, unha máscara cirúrxica e un documento de referencia (Posicionamento da Sociedade Española de Contracepción sobre a atención á saúde sexual e reprodutiva durante o estado de Alarma Sanitaria pola pandemia do COVID-19 – 5 de abril de 2020). Tendo en conta as recomendacións da Sociedade Española de Contracepción, sinala que información CORRECTA debería transmitir ás súas pacientes.

- A) As mulleres maiores de 35 anos usuarias de pímulas anticonceptivas hormonais combinadas de estróxenos/xestáxenos deberían cambiar a pímulas anticonceptivas de só xestáxenos para evitar eventos tromboembólicos asociados a unha eventual infección por COVID19.
- B) Nas pacientes con implantes subdérmicos anticonceptivos, a administración de vacinas tipo ARNm debería realizarse no brazo contralateral ao que ten inserido o implante.
- C) Cando o DIU de levonorxestrel se insire en mulleres maiores de 30 anos como método anticonceptivo, pódese manter ata os 45 anos sen perda de eficacia contraceptiva, demorando o seu recambio á finalización do estado de Alarma Sanitaria.
- D) As usuarias de DIU de levonorxestrel como método anticonceptivo poden utilizar de forma complementaria pímula de só xestáxenos ou preservativo a partir da data de caducidade do DIU, demorando o seu recambio á finalización do estado de Alarma Sanitaria.

14. Unha muller obesa de 40 anos cun gran útero miomatoso é sometida a unha histerectomía simple por vía abdominal. Ao finalizar a intervención, procédese a fixar a cúpula vaxinal aos ligamentos uterosacros para previr o prolapso xenital. Con todo a cavidade pélvica impresiona demasiado ampla tras a extirpación do útero e o xinecólogo considera que o risco de prolapso postcirúrxico é elevado. Sinala que outra técnica cirúrxica se pode engadir para previr o prolapso de cúpula vaxinal.

- A) Obliterar a cavidade vaxinal.
- B) Fixar a cúpula vaxinal aos ligamentos redondos.
- C) Fixar a cúpula vaxinal ao ligamento uraco.
- D) Obliterar o espazo de Douglas.

15. Sinala a opción FALSA respecto á enfermidade pélvica inflamatoria:

- A) Os axentes causais identificados mais frecuentemente foron *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* aínda que as infeccións mixtas adoitan ser comúns.
- B) Os microorganismos habituais da flora vaxinal como *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli* e outros non adoitan ser responsables desta patoloxía.
- C) O mecanismo responsable da enfermidade adoita ser o ascenso de microorganismos desde o endocervix causando endometrite, parametrite, salpinxite, abscesos tubo-ováricos e/ou peritonite pélvica.
- D) A importancia relativa dos diferentes patóxenos varía entre diferentes países e rexións de Europa.

16. Con respecto á prevención da preeclampsia (PE), indica a FALSA:

- A) No estudo ASPRE asociouse o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) en mulleres clasificadas de alto risco de PE cunha redución do 62% na incidencia de PE a termo.
- B) En pacientes clasificadas de alto risco de PE, recoméndase a administración de AAS (100-150 mg/24 h pola noite) desde antes das 16 semanas ata as 36 semanas.
- C) Se a embarazada consulta por sangrado vaxinal tomando AAS, debemos investigar a causa do sangrado, pero non é necesario suspendelo.
- D) Aproximadamente o 10% das mulleres que reciben AAS a baixas doses refiren síntomas gastrointestinais.

17. En relación ao cancro de ovario hereditario, cúmprense as seguintes afirmacións EXCEPTO:

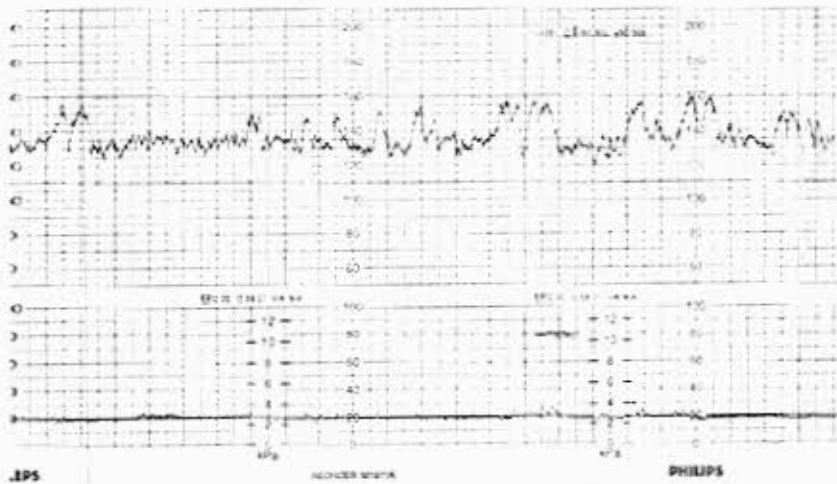
- A) Entre o 6 e o 21% de pacientes afectas de cancro de ovario de tipo seroso papilar de alto grao presentan mutación en BRCA 1/2, e existe indicación de solicitar estudo xenético independentemente dos seus antecedentes familiares.
- B) O risco de cancro de ovario en portadoras de mutación en BRCA2 é maior que en BRCA1.
- C) Nas mulleres portadoras da mutación BRCA1 /2 está indicada a salpingooforectomía bilateral unha vez cumprido o seu desexo xenésico.
- D) As mulleres portadoras da mutación BRCA1 /2 con cancro de ovario presentan mellor resposta ás terapias con platino e mellor supervivencia.

18. Respecto á medición da lonxitude cervical, sinala a correcta:

- A) Comparando a medición da lonxitude cervical por vía transvaxinal coa vía transabdominal non se atopan diferenzas significativas, polo que calquera das dúas vías sería válida como preditor de parto pretérmino.
- B) A FIGO recomenda o cribado universal da lonxitude cervical mediante ecografía transvaxinal a todas as xestantes entre as semanas 19.0 e 23.6 de xestación coincidindo coa ecografía morfolóxica.
- C) En xestantes asintomáticas con xestacións únicas o punto de corte para definir o cervix curto sitúase en menor ou igual a 25 mm e en asintomáticas con xestacións xemelares en menor ou igual a 20 mm.
- D) A embudización do colo uterino ou funneling asociado a cervix curto non implica maior risco de parto pretérmino que o cervix curto sen funneling.

19. En relación ao tratamento da xestación ectópica con metotrexate, sinala a opción INCORRECTA.

- A) O 35-60% das pacientes poden presentar dor pélvica aos 3-7 días despois da administración de metotrexate por infarto do tecido trofoblástico.
- B) Para someterse a un tratamento con metotrexate, o diámetro máximo da masa ectópica debe ser inferior a 3.5 - 5 cm e non debe identificarse actividade cardíaca embrionaria.
- C) Tras o tratamento con metotrexate pódese seguir visualizando ecográficamente unha masa anexial no lugar da implantación tubárica, que xeralmente persiste máis tempo que os niveis séricos detectables da hormona bHCG.
- D) O tratamento con metotrexate é de elección en pacientes con desexos xenésicos que desexan conservar intacto o seu aparello reprodutor, porque permite tentar unha nova xestación a partir da terceira semana da súa administración.

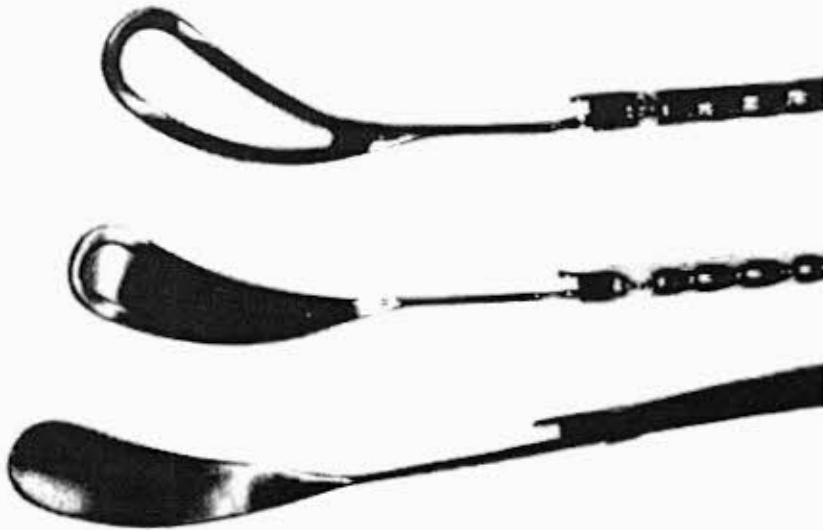


20. Secundixesta de 37 anos que acode á consulta prenatal para control na semana 40 ⁺³. Na ecografía presenta unha columna vertical máxima de 3,5 cm e un peso fetal estimado en percentil 15. Se presenta o test non estresante que se xunta á pregunta, que farías?

- A) Estudio Doppler da arteria umbilical e a arteria cerebral media.
- B) Inducirlle o parto.
- C) Un test estresante.
- D) Citala para control na semana 41.

21. Un dos obxectivos da ecografía sistemática do terceiro trimestre é a avaliación do crecemento fetal, segundo as recomendacións de SEGO sinala a opción **FALSA**:

- A) O parámetro de referencia para a definición do crecemento fetal debe ser o peso fetal estimado (PFE).
- B) A ecografía de terceiro trimestre para cribado de alteracións do crecemento fetal debe realizarse entre a semana 32 e 34.
- C) O intervalo para avaliar o ritmo de crecemento fetal debe ser de 2-3 semanas.
- D) O cribado do feto grande para a idade xestacional podería conlevar beneficios materno-fetais.



22. As follas do fórceps poden ser fenestradas ou cegas. ¿Cal é o principal propósito do deseño fenestrado das follas dun fórceps?

- A) Evitar lesións nas orellas fetais polas forzas compresivas do instrumento.
- B) Permitir unha suxeición firme do cranio fetal polas follas do instrumento.
- C) Diminuír a área de contacto do instrumento metálico contra o cranio fetal.
- D) Diminuír as forzas compresivas do instrumento contra as paredes vexinais da canle do parto.

23. Muller de 36 anos que acode a consulta por dismenorrea secundaria de 8 meses de evolución que non ben a tratamento con antiinflamatorios non esteroideos pautados polo seu médico de atención primaria. Como antecedentes personais ten unha apendicectomía e é fumadora de 20 cigarros/día. Non toma ningún tratamento habitual. Presenta ciclos regulares de 28 días e un lixeiro aumento na cantidade de sangrado nos últimos 2 anos. Tivo 2 embarazos e partos eutócicos, con 28 e 31 anos. Como método anticonceptivo utiliza preservativo aínda que ultimamente mantén poucas relacións sexuais porque resultanlle dolorosas. Á exploración encontramos un útero en retroversión, fixo, e na ecografía ambos ovarios localizados en saco de Douglas e un "sliding sign" posterior negativo. Ante estes achados, e sabendo que a nosa paciente ten o seu desexo xenésico cumprido, sinala o tratamento que considera de primeira liña:

- A) DIU de levonorxestrel.
- B) Anticonceptivos hormonais combinados.
- C) Proxestáxenos continuos.
- D) A e C son correctas.

24. En relación ao seguimento da xestación en pacientes con hipertensión arterial (HTA) crónica, sinala a **FALSA**:

- A) En termos xerais debe manterse a TA sistólica entre 130-150 mmHg e a TA diastólica entre 80-95 mmHg.
- B) A preeclampsia sobreengadida pode ocorrer no 10-25% dos casos.
- C) A ratio sFlt-1/PIGF pode axudar ao diagnóstico de preeclampsia sobreengadida.
- D) En pacientes ben controladas con metildopa, continuaremos co mesmo tratamento no puerperio.

25. Muller de 38 anos, realízase legrado evacuador por aborto diferido. Anatomía patolóxica: Mola hidatiforme parcial. Cal das seguintes afirmacións é CORRECTA?

- A) A probabilidade de neoplasia trofoblástica xestacional é baixa e non precisa seguimento posterior.
- B) Se observamos unha elevación das cifras de HCG en tres medidas semanais consecutivas deberase considerar iniciar tratamento con quimioterapia.
- C) Os anticonceptivos hormonais combinados están contraindicados porque alteran os valores de HCG.
- D) Realizaremos controis seriados de HCG sérica cada mes ata que se normalice e posteriormente alta.

26. En relación ao tratamento cirúrxico laparoscópico da xestación ectópica tubárica, sinala a opción CORRECTA.

- A) A salpinguectomía laparoscópica é a técnica de elección en pacientes cunha trompa contralateral de aspecto san que desexan conservar a súa fertilidade.
- B) A probabilidade de recidiva de xestación ectópica é superior en pacientes sometidas a tratamento laparotómico respecto ás sometidas a tratamento laparoscópico.
- C) Tras efectuar unha salpingostomía lineal laparoscópica, non é necesario realizar controis seriados de niveis séricos da hormona bHCG.
- D) A probabilidade de lograr unha xestación intrauterina sucesiva é maior en pacientes sometidas a salpingostomía lineal respecto ás sometidas a salpinguectomía laparoscópica.

27. Acode a consulta unha muller de 32 anos por sangrado menstrual abundante no último ano e dismenorrea secundaria cada vez máis intensa. Sen antecedentes de interese. Ten ciclos regulares cada 30 días e é nulíxesta. Na ecografía transvaxinal obxectivamos un útero an anteversión cunha marcada asimetría no grosor das paredes anterior e posterior, cunha lesión hiperecoxénica de 27 mm de diámetro máximo na cara anterior da que parten sombras radiais e zonas ecolúcidas con halo ecoxénico no espesor do miometrio. Ante a sospeita dunha adenomiose, que outros signos ecográficos poderíamos encontrar que apoiaran este diagnóstico?

- A) Doppler cor periférica á lesión.
- B) Zona de unión regular e de grosor constante en toda a súa extensión.
- C) Illotes ecoxénicos.
- D) Liñas subendometriais paralelas cara o miometrio.



28. Estás atendendo un parto podálico nunha primixesta a termo. Xa saliron os ombreiros e só queda por saír a cabeza. Que manobra, representada na imaxe adxunta, utilizarías neste momento para axudar ao desprendemento da mesma?

- A) Manobra de Bratch.
- B) Manobra de Rojas-Lövset.
- C) Manobra de Mouriceau.
- D) Manobra de Müller.

29. En relación ao cancro de mama hereditario, indique a opción CORRECTA.

- A) As mulleres con antecedentes familiares de primeiro grao de cancro de mama cuxo análise de mutacións de oncoxenes BRCA1 e BRCA2 resultan negativos non precisan un seguimento especial respecto a poboación xeral.
- B) Os cancros de mama asociados a BRCA1 tenden a ocorrer a unha idade máis temperá que os asociados a BRCA2.
- C) Os antecedentes familiares por vía paterna en relación a mutacións dos oncoxenes BRCA1 e BRCA2 carecen de relevancia respecto ao cancro de mama.
- D) O modelo de Gail é unha ferramenta para o cálculo de risco oncolóxico en mulleres con mutacións dos oncoxenes BRCA1, BRCA2 ou outras síndromes hereditarias asociadas con neoplasias de mama.

30. Cando aplicamos un fórceps de Kielland sobre unha presentación asinclítica, ¿como podemos resolver o asinclitismo da cabeza fetal?

- A) Non se pode resolver cun fórceps de Kielland.
- B) Retirando e recolocando coidadosamente as ramas do instrumento.
- C) Traccionando e/ou escorregando cada rama do fórceps ao longo do eixo lonxitudinal fetal.
- D) Realizando unha tracción firme e sostida cara á forcada vulvar posterior.

31. Cal das seguintes actitudes NON é aconsellable no manexo intraoperatorio da placenta ácreta?

- A) Nas ocasións en que a xestante non teña mais desexo xenésico, o tratamento definitivo é a histerectomía tras cesárea.
- B) En casos de acretismo focal, as partes non desprendidas da placenta pódense deixar "in situ" e complementar o tratamento con fármacos, medidas mecánicas ou suturas compresivas do útero.
- C) En canto á técnica cirúrxica, unha incisión de Pfannenstiel ampla é tan recomendable como unha laparotomía media.
- D) A embolización das arterias uterinas é unha opción para considerar como técnica adxuvante ao tratamento cirúrxico conservador, ou previamente á histerectomía, para diminuír a rega sanguínea á placenta.

32. Con respecto á profilaxe antibiótica na rotura prematura de membranas (RPM), cal dos seguintes enunciados é FALSO?

- A) A administración de antibióticos de amplo espectro durante o manexo expectante da RPM pretermo prolonga o embarazo e reduce as infeccións do recém nacido.
- B) Na RPM a termo non hai evidencia suficiente para xustificar o uso rutineiro de antibióticos profilácticos, agás nas portadoras de estreptococo B agalactiae.
- C) O tratamento con Amoxicilina-clavulánico como antibiótico de primeira elección en RPM pretermo é unha das pautas recomendadas por varias sociedades científicas.
- D) A profilaxe antibiótica do estreptococo grupo B na RPM pretermo debe iniciarse desde o ingreso, salvo cultivo vaxino-rectal negativo nas 5 semanas previas.

33. Cal dos seguintes enunciados é FALSO respecto ao diagnóstico da hemorraxia uterina disfuncional?

- A) Está indicado o estudo da hemostase sobre todo se o sangrado prodúcese desde a menarquía ou se existe historia familiar de alteración da coagulación.
- B) A ecografía transvaxinal debe ser considerada de primeira elección para descartar anomalías estruturais, podendo asociarse a sonohisterografía xa que aumenta o seu rendemento.
- C) A histeroscopia considérase de segunda liña tras a ecografía transvaxinal e a biopsia de endometrio por aspiración.
- D) Está recomendado o uso de cuantificacións hormonais, sobre todo da hormona tiroideoestimulante, debido á súa alta frecuencia de asociación con alteracións menstruais.

34. Son criterios ecográficos de síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) os seguintes, EXCEPTO:

- A) Diagnóstico confirmado de xestación monocorial.
- B) Secuencia polihidramnios-anhidramnios.
- C) Vexigas discordantes.
- D) Discordancia biométrica.

35. En relación ao estudo da parella infértil, sinala cal é a técnica diagnóstica de referencia para a avaliación da permeabilidade das trompas de Falopio.

- A) Laparoscopia diagnóstica.
- B) Histerosalpingografía
- C) Histeroscopia.
- D) Histerosonografía.

36. Sinale a opción **FALSA** respecto aos miomas uterinos.

- A) A clasificación STEPW ten en conta os seguintes factores: tamaño, localización, extensión da base do mioma, penetración do mioma dentro do miometrio e relación coa parede lateral.
- B) A ecografía transvaxinal ten unha alta sensibilidade para detectar miomas en úteros de tamaño acorde a menos de 14 semanas de xestación. En úteros de tamaño superior recoméndase realización de Resonancia Magnética, que ademais permite diferenciar entre leiomiomas, adenomioses e sarcomas uterinos.
- C) Non se puido demostrar a transformación maligna dos leiomiomas como orixe dos leiomiosarcomas uterinos.
- D) O ácido tranexámico considérase eficaz para o tratamento do sangrado menstrual abundante asociado con miomas uterinos.

37. Tráenos á consulta unha nai á súa filla de 15 anos por amenorrea secundaria de 8 meses de evolución tras comezar a competir a nivel nacional co equipo de atletismo da cidade. Adestra 3 horas diariamente, leva unha dieta moi estrita e baixou 6 Kg no último ano. Actualmente ten un IMC de 17,2. Que achados analíticos e resposta ao test de xestáxenos é máis probable que atopemos?

- A) FSH elevada e test de xestáxenos positivo.
- B) FSH normal e test de xestáxenos negativo.
- C) FSH elevada e test de xestáxenos negativo.
- D) FSH normal e test de xestáxenos positivo.

38. Muller de 35 anos de idade, VIH positiva, co antecedente de histeroscopia diagnóstica por sospeita de pólipo endometrial hai 48 horas, que acode a Urgencias por dor abdominal, febre de 38,5° C e leucorrea pestilente. Tras a exploración pertinente diagnósticase de enfermidade pélvica inflamatoria. Cal sería a actitude máis correcta neste caso?

- A) Ingreso, tratamento antibiótico intravenoso e solicitude de TAC abdominopélvico para descartar abscesos pélvicos, por ser paciente VIH positiva.
- B) A pesar de ser un paciente VIH positiva, pódese tratar de maneira ambulatoria con antibioterapia oral, se non é inmunodeprimida e non presenta criterios de ingreso.
- C) Ingreso e tratamento intravenoso xa que ao presentar febre de máis de 38°C (criterio de ingreso) xunto coa súa patoloxía de base (VIH) fainos pensar que o tratamento ambulatorio estándar vai fracasar.
- D) Estaría contraindicado o tratamento ambulatorio xa que se supón que neste caso a enfermidade inflamatoria é secundaria a unha técnica invasiva como é a histeroscopia e é preciso o ingreso para descartar con TAC e/ou RMN abscesos pélvicos.

39. Unha muller de 45 anos con antecedente de carcinoma escamoso de cérvix estadio IB1 é sometida a unha histerectomía radical tipo III de Piver Rutledge con linfadenectomía pélvica. Aos 2 anos da intervención presenta unha recidiva a nivel da cúpula vaxinal de 1 centímetro de extensión. Sinale cal é o tratamento máis adecuado para esta paciente.

- A) Braquiterapia.
- B) Exenteración pelviana.
- C) Radioterapia e quimioterapia combinadas.
- D) Escisión local da lesión con marxes libres de afectación tumoral de 3 centímetros.

40. Despois dun parto vaxinal dun recentemente nado de 4320 g e un alumeamento normal, aos 15 minutos a pérpera comeza a sangrar de forma importante. Despois de ter revisado a cavidade uterina, realizar masaxe uterino e agotar o tratamento farmacolóxico da hemorraxia postparto, colocámoslle un balón de taponamento intrauterino pero segue sangrando e está comezando a hipotensarse e presenta palidez e taquicardia. Decides avisar ao anestesiata para facer unha laparotomía, Cal das seguintes suturas de compresión uterina consideras MENOS adecuada neste caso como primeira opción para tratamento da atonía?

- A) Sutura segundo técnica de Hayman.
- B) Sutura segundo técnica de B-Lynch.
- C) Sutura segundo técnica de Esike.
- D) Sutura segundo técnica de Pereira.

41. Muller de 44 anos con diagnóstico de neoplasia trofoblástica xestacional (NTG), tras aborto 5 meses antes. En estudo de extensión achado de metástase pulmonar (nódulo único). Considerando que é unha NTG de baixo risco (FIGO/OMS: puntuación de 4), cal é o tratamento adecuado?

- A) Resección do nódulo pulmonar unicamente.
- B) Tratamento con quimioterapia múltiple (EMA/CO).
- C) Tratamento de primeira elección con Metotrexate.
- D) Tratamento de primeira elección con Actinomicina-D.

42. Avisate o residente de garda urxente por unha distocia de ombreiros nunha primixesta con analxesia epidural tras un parto autóxico. Ao chegar á sala de partos coméntache que xa realizaron a manobra de Mc Roberts e presión suprapúbica e non conseguiron resolver a distocia. Que manobra realizarías a continuación en primeiro lugar?

- A) Manobra de Woods.
- B) Manobra de Rubin.
- C) Manobra de Jacquemier.
- D) Calquera das anteriores.

43. En relación ao tratamento cirúrxico do cancro de mama, sinala a opción CORRECTA.

- A) As técnicas cirúrxicas de mastectomía con conservación da mamila (nipple sparing mastectomy) teñen peores resultados que as mastectomías con conservación de pel (skin sparing mastectomy) en termos de supervivencia global, intervalo libre de enfermidade e recurrencias locais.
- B) As lumpectomías con marxes libres de afectación neoplásica de máis de 2 centímetros e ganglios axilares negativos non precisan de tratamento adxuvante con radioterapia.
- C) A lesión accidental del nervio torácico longo durante a linfadenectomía axilar provoca atrofia do músculo serrato maior, escápula alada e dificultade para a elevación do brazo.
- D) O achado de dous ganglios linfáticos positivos durante a estadificación axilar mediante ganglio sentinela do carcinoma intraductal de baixo grao obriga a realizar unha linfadenectomía axilar completa.

44. Acode a consulta unha primixesta na semana 41 +2 cun embarazo de baixo risco. Que combinación de estratexias demostraron unha maior sensibilidade para detectar signos de compromiso fetal nesta etapa da xestación?

- A) Test non estresante + Índice de líquido amniótico + Amnioscopia.
- B) Test non estresante + Doppler da arteria umbilical.
- C) Medición ecográfica de columna máxima de líquido amniótico + Test non estresante.
- D) Doppler de arteria umbilical + Amnioscopia.

45. Muller de 43 anos de idade remitida de Atención Primaria por alteracións menstruais de 6 meses de evolución para estudo. Nulipara e con IMC de 32. Refire non ter nunca relacións sexuais. Diagnosticada con 20 anos de idade de síndrome de ovario poliquístico. Cal sería o algoritmo de traballo a seguir?

A) Exploración, anamnese e ecografía transabdominal. Ante resultados normais tratamento con anticonceptivos hormonais orais e reavaliación en 6 meses.

B) Exploración, anamnese e ecografía transrectal, tras o consentimento da paciente. Se nesta última non se aprecian causas estruturais do seu sangrado irregular, programárase histeroscopia por presentar factores de risco para hiperplasia ou neoplasia.

C) Exploración, anamnese e ecografía transrectal, tras o consentimento da paciente. Non faría falta histeroscopia se a ecografía transrectal non atopa patoloxía estrutural. Pautárase tratamento con xestáxenos e reavaliación en aproximadamente 6 meses.

D) Exploración, anamnese e ecografía transrectal, tras o consentimento da paciente. A pesar de non visualizar na ecografía transrectal patoloxía estrutural, como a paciente presenta factores de risco para hiperplasia ou neoplasia de endometrio, fai falta unha visualización da cavidade endometrial e biopsia. Ao non ter tido nunca relacións sexuais programárase para histeroscopia en quirófano.

46. Xesta 1 Para 0. 36 anos de idade, e orixinaria de país de América do Sur. IMC de 31. Xestación sen controlar ata a data cursando actualmente 14 semanas de amenorrea. Glucemia basal de 124 mg/dl. Que actitude considera a máis correcta para facer cribado e diagnóstico de Diabetes Xestacional?

A) Poderíase esperar ata as 24 semanas de xestación xa que non presenta antecedentes obstétricos que nos obriguen á realización de test de O'Sullivan inmediatamente.

B) Hase de diagnosticar de Diabetes xestacional sen realizar test de O'Sullivan nin sobrecarga oral de glicosa, polo achado da glicemia basal superior a 123 mg/dl.

C) A pesar de presentar factores de risco para Diabetes xestacional, poderíamos esperar á semana 24 para realizar o test de O'Sullivan, xa que o risco de resultados perinatais adversos é maior nas diabetes xestacionais diagnosticadas no III trimestre.

D) Presenta factores de risco para Diabetes Xestacional polo que está indicado a realización canto antes de test de O'Sullivan. Ademais as xestantes diagnosticadas de Diabetes Xestacional no I trimestre do embarazo son as que maior risco de resultados perinatais adversos presentan.

47. Acode á consulta unha muller nulixesta de 28 anos que está a planear embararse. Que vacinas deberíamos ofrecerlle se non está inmunizada ou ten un cribado serolóxico negativo segundo a "Guía de consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal" publicada polo SERGAS en 2019?

A) Triplo vírica, varicela, hepatite B e tétano/tosferina.

B) Triplo vírica e varicela.

C) Varicela e hepatite B.

D) Triplo vírica, hepatite B, tétano/tosferina.

48. Indique con cal das seguintes intervencións intraparto NON hai evidencia de que se mellore o pronóstico dos fetos prematuros:

- A) Elixir a cesárea como vía do parto nunha xestante de 24-4 semanas co feto en presentación podálica.
- B) Utilizar bolsas isotérmicas previamente temperadas a 26°C en recentemente nados prematuros de menos de 32 semanas de xestación ou menos de 1500 g de peso.
- C) Favorecer o contacto pel con pel en función da idade xestacional e a estabilidade do recentemente nado valorada polo neonatólogo.
- D) Iniciar o coidado neonatal mentres se espera a clampar o cordón umbilical, xa que atrasar o clampaxe deste permite aumentar o fluxo de sangue procedente da placenta e mellora a transición do recentemente nacido á vida extrauterina.

49. Sinale o enunciado correcto respecto ao sangrado uterino anómalo e a súa relación coa hiperplasia e o cancro de endometrio.

- A) Os límites ecográficos do grosor endometrial medido por ecografía transvaxinal en mulleres con metrorraxia postmenopáusica son tamén aplicables ás mulleres sometidas a terapia hormonal substitutiva.
- B) As mulleres que consultan por sangrado uterino anómalo e son diagnosticadas de hiperplasia endometrial no seo dun pólipo ou outra lesión focal, deben ser sometidas a unha histeroscopia con biopsias dirixidas para descartar un carcinoma endometrial coexistente.
- C) Durante o tratamento con Tamoxifeno o risco de cancro de endometrio é tan alto nas pacientes premenopáusicas como nas postmenopáusicas.
- D) A pesar do incremento no risco de hiperplasia atípica e de carcinoma de endometrio en mulleres a tratamento con Tamoxifeno, non está xustificado ningún cribado previo ao inicio do tratamento con ecografía.

50. Unha muller de 45 anos diagnosticada de incontinencia urinaria xenuína de esforzo por hipermobileidade uretral é sometida a unha intervención mediante hamaca suburetral tipo TVT-O, sen incidencias operatorias. Ás 3 horas de finalizar o procedemento, refire certa dificultade para ouriñar de forma espontánea, con sensación de baleirado incompleto. Realízase unha estimación ecográfica do residuo postmiccional e obsérvanse 300 cc de ouriños residuais. Sinale cal é o manexo máis adecuado nesta paciente.

- A) Dar de alta á paciente recomendando exercicios de Kegel con axuda da súa matrona de Atención Primaria.
- B) Volver a quirófano e retirar a malla de inmediato.
- C) Realizar unha nova estimación de residuo urinario vesical postmiccional tras unha segunda micción espontánea e remitir a casa con sonda de Foley se persiste un volume de ouriños residuais elevado.
- D) Solicitar un TAC abdómino-pélvico urxente para descartar un hematoma compresivo no espazo de Retzius.

51. Muller de 49 anos con diagnóstico ecográfico de tumoración anexial sospeitosa de malignidade de 8 cm. TAC abdomino-pélvico compatible con exploración anterior, e presenza de dúas adenopatías inespecíficas paraaórticas menores de 10 mm. Realízase cirurxía citoreductora completa, producíndose rotura accidental da tumoración durante a intervención. O estudo anatomopatolóxico confirma o diagnóstico de cistoadenocarcinoma seroso de baixo grao de ovario dereito sen invasión capsular e resto de estudo negativo. O estadio clínico correspondente segundo a FIGO sería:

- A) Estadio IA.
- B) Estadio IIIA1.
- C) Estadio IIIC.
- D) Estadio IC1.

52. Muller de 56 anos de idade asintomática e remitida para valoración por Xinecoloxía polo seu Médico de Primaria. Nulípara con dúas cesáreas previas. Vista en Xinecólogo privado que lle diagnosticou de endometrio engrosado e recomendou biopsia de endometrio sen ningún dato adicional máis. Que procedería realizar para completar estudos?

- A) Na ecografía transvaxinal delimitase claramente un endometrio cun grosor de 7 mm e líquido intracavitario. Ao non presentar metrorraxia e a pesar do achado de líquido intracavitario, o cal é frecuente en pacientes con cesáreas previas, non estaría indicado o estudo histolóxico e procede control ecográfico en 5-6 meses.
- B) En pacientes postmenopáusicas o grosor endometrial maior de 5 mm asociado a líquido intracavitario obriga a estudo con histeroscopia e biopsias dirixidas.
- C) O grosor endometrial de 7 mm déixanos tranquilos por ser menor de 11 e a paciente estar asintomática. A presenza de líquido intracavitario non se considera relevante nesta paciente e non procede realizar estudo histolóxico, pero si controis ecográficos cada 2-3 meses.
- D) Un endometrio de 7 mm en mulleres postmenopáusicas asintomáticas require histerosonografía en consulta, con biopsia de endometrio con Cournier, ao ser menos invasiva e mellor tolerada que a histeroscopia.

53. Cal dos seguintes enunciados é FALSO respecto ás recomendacións para dar a unha paciente diagnosticada de enfermidade pélvica inflamatoria?

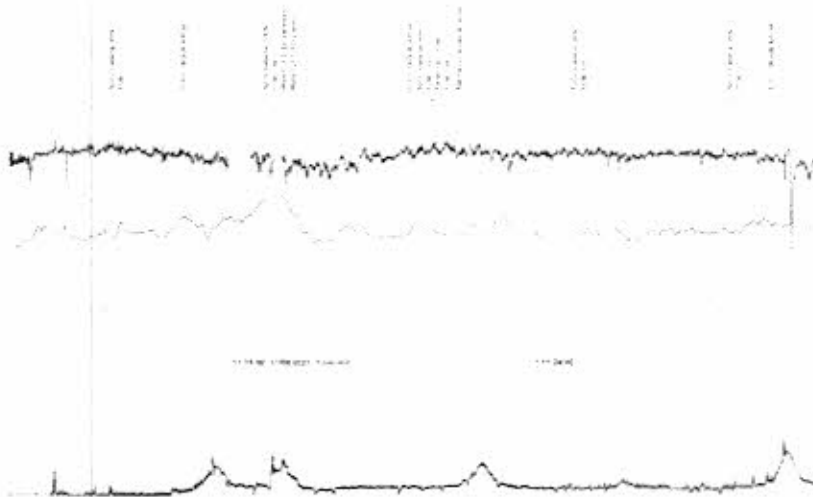
- A) A fertilidade adoita estar ben conservada en mulleres cun primeiro episodio tratado coa terapia antimicrobiana adecuada.
- B) En mulleres con perihepatite, será necesario asociar ao tratamento antibiótico a liberación laparoscópica das adherencias hepáticas.
- C) A dor pélvica crónica de distinta severidade afecta aproximadamente ao 30% das mulleres posteriormente a unha enfermidade pélvica inflamatoria.
- D) Auméntase o risco relativo dun posterior embarazo ectópico, pero o risco absoluto mantense baixo, ao redor do 1%.

54. Avísanlle urxente de paritorio por unha xestante múltipara de 33 semanas de xestación en período expulsivo cun rexistro decelerativo persistente e líquido meconial. As condicións exploratorias son: presentación cefálica en estación pélvica +2 cm, dilatación cervical completa, orientación de cabeza fetal occipito transversa esquerda, membranas amnióticas rotas con emisión de líquido meconial fluído. A paciente ten analxesia epidural que é efectiva e realizouse sondaxe vesical, pero os puxos maternos son insuficientes para permitir a progresión do parto a pesar da perfusión de oxitocina. Decídese finalizar o parto por vía vaxinal por risco de perda de benestar fetal. Sinale o instrumento obstétrico máis adecuado nestas circunstancias.

- A) Espátulas de Thierry.
- B) Ventosa obstétrica de silicona.
- C) Fórceps de Kielland.
- D) Ventosa obstétrica metálica.

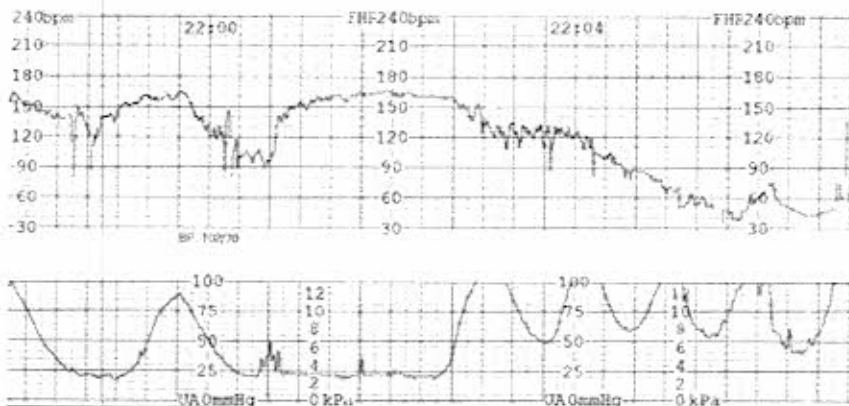
55. Que se considera INCORRECTO no seguimento da paciente tratada dun cancro de endometrio?

- A) Calquera lesión sospeitosa en cúpula vaxinal deberá ser biopsiada.
- B) Recoméndase o uso da citoloxía de cúpula vaxinal para diagnostico precoz de recidivas, sobre todo durante os cinco primeiros anos tras o finalizar o tratamento completo.
- C) En pacientes en estadios avanzados pódese incluír o Ca 125 no seguimento, especialmente en tipo II, e só se demostrou elevado no momento do diagnóstico.
- D) Recoméndase insistir en hábitos de vida saudables con incidencia na dieta e exercicio físico regular, e vixiar posibles signos de recidiva.



56. Ingresa por traballo de parto unha muller de 28 anos, secundixesta cun aborto previo, na semana 38 ⁺⁺. Refire levar 26 horas de bolsa rota. Trátase dunha xestación de baixo risco. Á exploración presenta líquido claro, está con 5 cm e ten 38,2°C. Se o cardiotocograma basal é o que se xunta, que farías en primeiro lugar?

- A) Pautarlle oxitocina en doses crecentes.
- B) Cesárea urxente por risco de perda de benestar fetal.
- C) O rexistro cardiotocográfico é normal; como é de baixo risco, pautaríalle monitorización fetal intermitente.
- D) Pautarlle paracetamol, antibiótico, sueroterapia endovenosa e realizar unha toma de pH de calota.



57. Ante o rexistro fetal cardiotocográfico que se xunta, Que debemos sospeitar?

- A) Desprendemento de placenta.
- B) Prolapso de cordón.
- C) Rotura uterina.
- D) Calquera dos anteriores.

58. En relación á exploración ecográfica fetal do primeiro trimestre, indica a opción CORRECTA:

- A) A non visualización dos dous riles xustifica repetir a ecografía antes da semana 13+6.
- B) Debe visualizarse sempre o corte de catro cámaras cardíacas, a correcta orientación do eixo cardíaco e o corte de tres vasos-traquea (3VT).
- C) No plano axial cerebral debe visualizarse a integridade ósea, a integridade da liña media e os ventrículos laterais.
- D) Todas as anteriores son correctas.

59. A ratio sFlt-1/PIGF pode ser utilizado para o diagnóstico e manexo da preeclampsia (PE), cal dos seguintes enunciados é VERDADEIRO?

- A) En pacientes con sospeita clínica de PE, unha ratio sFlt-1/PIGF menor de 38 descarta a aparición da enfermidade entre 1-4 semanas.
- B) Unha ratio sFlt-1/PIGF maior de 85 nunha xestación menor de 34 semanas, é indicación de finalización do embarazo.
- C) A utilización da ratio sFlt-1/PIGF non é custo-efectiva en pacientes con sospeita clínica de PE.
- D) Con valores moi altos (maior de 600), o máis probable é que a causa de hipertensión arterial e proteinuria sexa distinta da PE.

60. Das seguintes afirmacións en relación á exploración ecográfica fetal do segundo trimestre, sinala a opción FALSA:

- A) No plano transtalámico debemos visualizar: astas frontais dos ventrículos laterais, cavum do septum pellucidum, tálamos, gyrus do hipocampo e cerebelo.
- B) A medición das astas posteriores dos ventrículos laterais a nivel da cisura parieto-occipital é correcta.
- C) A medida da cisterna magna debe estar entre 2 e 10 mm.
- D) No corte de tres vasos-traquea (3VT) obsérvase de esquerda a dereita: a arteria pulmonar, a aorta e a vea cava superior.

61. Chega a urxencias unha puérpera lactante cun parto eutócico hai 6 días, tras unha indución oxitócica por un oligoamnios, dun recentemente nado de 3250 g. Acode por febre de 38°C, dor e eritema nas mamas dunhas 7 horas de evolución. Que NON lle recomendarías unha vez descartado outro foco de orixe da febre como tratamento de 1ª liña?

- A) Extracción frecuente e eficaz.
- B) Xeo local entre tomas.
- C) Antiinflamatorios.
- D) Antibioterapia.

62. Estás facendo unha cesárea por unha xestación triple nun hospital de III nivel e ao rematar de suturar a histerorrafia obxectivas un sangrado profuso pola mesma e un útero moi brande que responde ben á masaxe pero volve perder ton e sangrar. Administranlle 0,25 mg de metilergometrino intramusculares e 10 UI de oxitocina intramiométriais ademais das 20 UI que xa lle estaban pasando iv. Tras 10 minutos de masaxe, o anestesista alértanos de que a paciente empeza a hipotensarse. Tras reservar sangue e sacar unha unha analítica urxente para valorar a coagulación, cal sería a actitude MENOS apropiada neste momento?

- A) Poñerte en contacto co servizo de radioloxía intervencionista para levar a cabo unha embolización arterial selectiva.
- B) Realizarlle unha histerectomía.
- C) Realizarlle unha sutura de capitonaxe.
- D) Taponamento uterino con balón.

63. En relación á interrupción voluntaria da xestación en embarazos do primeiro trimestre, sinala a opción **CORRECTA**.

- A) Tras realizar un legrado evacuador mediante cánula de aspiración conectada a baleiro, recoméndase completar o procedemento cirúrxico cunha legra fenestrada para asegurar a vacuidade uterina, de forma rutineira.
- B) A administración profiláctica de antibióticos de forma previa a un legrado evacuador é habitualmente innecesaria e non se recomenda, por tratarse dunha cirurxía de curta estancia.
- C) A combinación de mifepristona e misoprostol para aborto farmacolóxico é unha opción eficaz para xestacións de ata 63 días de xestación.
- D) A realización dun aborto farmacolóxico con mifepristona contraindica xestacións sucesivas nos seguintes tres meses polos efectos teratoxénicos asociados a este medicamento.

64. Á súa consulta acode unha muller de 30 anos no curso da 23ª semana de xestación que foi diagnosticada recentemente dun carcinoma escamoso de cérvix estadio IA1. A paciente refire que non desexa interromper a xestación pero está moi preocupada e solicita o seu consello profesional. Indique a opción **CORRECTA** respecto ao manexo máis adecuado desta paciente.

- A) O parto vaxinal está contraindicado e deberíase practicar unha cesárea e histerectomía radical ás 37 semanas de xestación.
- B) Dada a idade xestacional actual, sería máis razoable realizar un tratamento inmediato mediante quimio-braquiterapia para evitar a progresión neoplásica.
- C) Aconséllase esperar á semana 35 para finalizar a xestación e tratar cirurxicamente a neoplasia cervical sen máis demora.
- D) En xeral, a xestación pode discorrer de forma habitual e o parto pode realizarse por vía vaxinal, demorando o tratamento da neoplasia á sexta semana postparto.

65. Muller con xestación xemelar monocorial biamniótica de 26 semanas. Ecografía: primeiro xemelgo con PFE de 850 g. (p28), vexiga visible, MCV LA de 8 cm; segundo xemelgo con PFE de 725 g (p5), vexiga visible, MCV LA de 3 cm. Discordancia PFE 15%. Doppler: primeiro xemelgo con IP AUM de 1.5 (p84) e VPS ACM de 30 cm/s (0.91 MoM); segundo xemelgo con IP AUM de 1.97 (p96) e VPS ACM de 40 cm/s (1.21 MoM). Cal é o diagnóstico?

(PFE: peso fetal estimado, MCV LA: máxima columna vertical de líquido amniótico, IP AUM: índice pulsatilidade de arteria umbilical, VPS ACM: velocidade pico sistólica de arteria cerebral media)

- A) Discordancia de líquidos amnióticos.
- B) Síndrome de transfusión feto-fetal.
- C) Crecemento intrauterino restrinxido selectivo.
- D) Secuencia anemia-policitemia (TAPS).

66. Conforme ao protocolo da SEGO sinala o enunciado **FALSO** respecto ao papel da infección intraamniótica subclínica na predición do parto pretérmino:

- A) O diagnóstico de infección intraamniótica subclínica baséase na visualización de xermes na tinguidura de Gram do líquido amniótico e posterior cultivo aerobio/anaerobio.
- B) Ante a sospeita ou diagnóstico de infección intramniótica subclínica débese iniciar tratamento antibiótico empírico con Ampicilina 2 g/6 h EV + Ceftriaxona 1 g/12 h EV + Claritromicina 500 mgs/12 h VO, á espera do diagnóstico de confirmación e antibiograma específico.
- C) O xerme illado con máis frecuencia é o Ureaplasma spp. da familia dos Micoplasmas xenitais.
- D) Baseándonos en que no 40% das xestacións menores de 28 semanas, a prematuridade extrema grave ten a súa orixe máis frecuente na infección/inflamación e que estes recentemente nados teñen peor prognóstico, recoméndase a realización dunha amniocentese para o seu diagnóstico e iniciar de maneira precoz o tratamento antibiótico de amplo espectro.

67. En relación ao control da xestación con Diabetes Prexestacional, sinala o enunciado que considere correcto:

- A) Ao ser a diabetes prexestacional un factor de risco para preeclampsia, recoméndase o tratamento preventivo con ácido acetilsalicílico no caso de non realizar o cribado de preeclampsia do I trimestre.
- B) As probas de screening de cromosopatías non se ven alteradas pola diabetes.
- C) O control do benestar fetal mediante estudo cardiotocográfico débese iniciar a partir da semana 36.
- D) Hase de valorar a realización de Ecocardiografía fetal para estudo de miocardiopatía hipertrófica, en todos os casos e habitualmente entre a 31 e a 34 semanas.

68. A xestación xemelar monocorial require un seguimento ecográfico estrito para detectar precozmente as posibles complicacións, cal dos seguintes enunciados é VERDADEIRO?

- A) Realizaremos control ecográfico cada 4 semanas.
- B) A partir da semana 20 debemos incluír o índice de pulsatilidade en arteria umbilical e a velocidade pico sistólica en arteria cerebral media en todos os controis ecográficos.
- C) En todas as exploracións valoraremos a repleción das vexigas e a cantidade de líquido amniótico mediante o ILA (índice de líquido amniótico).
- D) En todas as exploracións debemos realizar a medición da lonxitude cervical ata a semana 32.

69. Unha muller de 40 anos, con desexos xenésicos cumpridos, é diagnosticada de CIN-3 mediante biopsia cervical colposcópica e legrado endocervical. Sométese a unha conización con bisturí frío e o resultado anatomopatolóxico da peza é carcinoma escamoso invasivo grao 2 cunha extensión superficial de 8 mm e infiltración estromal de 2 mm de profundidade, sen invasión linfovascular. A análise revela ademais unha pequena área de CIN-3 que afecta ás marxes da peza. Sinale cal é o manexo máis adecuado desta paciente.

- A) Repetir a conización e o legrado endocervical para obter marxes libres na peza de conización.
- B) Realizar unha histerectomía radical tipo III de Piver-Rutledge.
- C) Realizar unha histerectomía simple extrafascial.
- D) Realizar braquiterapia e quimioterapia.

70. Con respecto ao desprendemento prematuro de placenta normoinserta, cal dos seguintes enunciados é **FALSO**?

- A) Pódese producir de maneira aguda, aínda que na maioría dos casos está relacionado cunha patoloxía placentaria previa.
- B) A hipertonía uterina en ocasións preséntase cun patrón típico de contraccións de parto aínda que xeralmente estas son de alta frecuencia e baixa intensidade.
- C) A sensibilidade da ecografía para o seu diagnóstico é alta, cuns patróns ecográficos típicos, como o movemento "jelly-like" da placa coriónica coa actividade fetal.
- D) En caso de feto morto, a vía de parto de elección é a vaxinal, xa que a cesárea aumenta o risco de complicacións hemorráxicas.

71. Acode a primeira consulta prenatal unha primixesta de 34 anos. Atópase na semana 8 de embarazo. Que perfil de cribado serolóxico considera a SEGO eficaz?

- A) VIH, rubeola, sífilis, hepatite B, hepatite C.
- B) Rubeola, hepatite B, sífilis, VIH.
- C) Rubeola, hepatite C, sífilis, VIH.
- D) Sífilis, VIH, Rubeola, hepatite B, CMV.

72. Sinala a correcta entre as seguintes con respecto ao uso do cerclaxe profiláctico:

- A) O cerclaxe está indicado por historia obstétrica en caso de máis de 2 abortos tardíos ou partos prematuros e realizárase entre a 13 e a 16 semanas preferentemente por vía vaxinal.
- B) A técnica de Shirodkar é claramente inferior á de Mc Donald xa que se viron máis fallos na técnica coa primeira por non chegar a cinta de fixación á capa muscular do cervix e quedar na mucosa.
- C) O cerclaxe débese realizar ante xestantes con antecedente de parto pretérmino e lonxitude cervical menor ou igual a 25 mm e en caso de indicarse por historia obstétrica en xestantes que sufrisen 2 abortos tardíos documentados suxestivos de incompetencia cervical.
- D) Sempre se debe retirar o cerclaxe de maneira inmediata tras a rotura de membranas.

73. Acode á túa consulta unha muller de 34 anos por esterilidade primaria de 1 ano de evolución. Refire sangrado infrecuente (ciclos de uns 45–50 días). Á exploración obxectivas acné e hirsutismo facial e periareolar. Solicítaslle unha analítica e un perfil hormonal de 1ª fase do ciclo e obxectivas unha FSH 6, unha LH 11, un índice HOMA= 1,9 e unha hormona antimülleriana 3,6. Tamén lle solicitas unha histerosalpingografía e un seminograma á súa parella, que son normais. Que tratamento lle pautarías como primeira liña para estimular a ovulación?

- A) Modificar os hábitos de vida + Citrato de clomifeno + Metformina.
- B) Modificar os hábitos de vida + Citrato de clomifeno.
- C) Modificar os hábitos de vida + Drilling ovárico.
- D) Modificar os hábitos de vida + Estimulación con gonadotrofinas.

74. Paciente de 43 anos que consulta por dor pélvica duns 12 meses de evolución e máis intenso, de forma intermitente, en fosa ilíaca dereita. A dor non responde ben a antiinflamatorios non esteroideos. Ademais perdeu peso e encóntrase moi cansada. Ten dúas cesáreas previas e non plantexa ter máis fillos. Na ecografía obxectívase imaxe compatible con endometrioma ubicado en Douglas de 6 cm. O outro ovario non se consegue visualizar na exploración. Na analítica presenta unha anemia ferrópenica moderada e un Ca 125 de 66 UI/ml. Decídese realizar unha laparoscopia onde se practica adhesiolise do compartimento posterior da pelve, que presenta un cadro adherencial importante tantodos anexos como do sigma, quistectomía do ovario esquerdo e doutro pequeno endometrioma do ovario dereito (que se encontra tamén en Douglas), e apendicectomía por lesións macroscópicas compatibles con implantes endometriósicos. A anatomía patolóxica é compatible con endometriose tanto das cápsulas dos quistes como do apéndice. Ao mes a paciente acode a revisión referindo unha melloría practicamente total da dor e unha mellor tolerancia á inxesta. Neste momento, que actitude sería a MENOS recomendada con esta paciente?

- A) Actitude expectante e revisión en 6 meses.
- B) Proxestáxenos en pauta continua.
- C) Anticonceptivos hormonais combinados.
- D) DIU de levonorgestrel.

75. Elixe a afirmación verdadeira sobre a monitorización electrónica fetal intraparto:

- A) Reduce a taxa de cesáreas.
- B) Reduce o risco de convulsións neonatais en pacientes de risco.
- C) Reduce a mortalidade perinatal.
- D) Reduce a parálise cerebral.

76. En relación ao diagnóstico mamográfico do cancro de mama, sinala a opción CORRECTA.

- A) O 98% das neoplasias de mama de nova aparición son mamograficamente detectables.
- B) A mamografía dixital é especialmente adecuada para o estudo de mulleres postmenopausicas con mamas de predominio graxo.
- C) En pacientes portadoras de mutacións do oncoxene BRCA o cribado mamográfico bianual debe adiantarse aos 45 anos.
- D) As microcalcificacións en "flocos de millo" son signos mamográficos patognomónicos de fibroadenomas involutivos.

77. Unha muller de 39 anos diagnósticada de infertilidade por factor tubárico sométese a un procedemento de fecundación in vitro. O seu pico de estradiol é de 4600 pg/mL. Recupéranse 16 ovocitos e transfírense dous embrións, logrando unha xestación única. No curso do embarazo desenvolve unha síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO). Sinale cal dos seguintes factores foi a causa máis probable do desenvolvemento do SHO.

- A) A idade da paciente.
- B) O nivel do pico de estradiol.
- C) O número de embrións transferidos.
- D) O factor tubárico.

78. En relación ao tratamento farmacolóxico da vexiga hiperactiva, sinale a opción CORRECTA:

- A) O tratamento con tolterodina pode provocar deterioración cognitiva en pacientes anciás.
- B) O tratamento con mirabegrón está contraindicado en pacientes con glaucoma de ángulo estreito.
- C) A selectividade do mirabegrón por receptores muscarínicos M3 explica a súa baixa taxa de efectos adversos.
- D) O tratamento con tolterodina está contraindicado en pacientes con glaucoma de ángulo aberto.

79. Durante a garda avísate unha matrona porque unha secundixesta de 39 ⁺⁴ semanas leva cunha dilatación de 6 cm 2 horas. Ten a bolsa íntegra e puxeronlle a epidural con 4 cm. Ten dinámica regular cada 4 minutos. Procedes a realizar unha amniorrexix artificial, fluíndo líquido claro. Volves explorala ás 2 horas e está con 7 cm. Pautas unha estimulación oxiótica e en cantas horas deberías volver explorala?

- A) 1 hora.
- B) 2 horas.
- C) 3 horas.
- D) 4 horas.

80. En relación á colposacropexia laparoscópica con malla de polipropileno para o tratamento do prolapso xenital, sinale a opción CORRECTA.

- A) A malla fíxase proximalmente ao ligamento amarelo do promontorio do sacro e distalmente á porción lateral dos músculos sacrococcíxeos.
- B) O risco de extrusión de malla é superior na cervicosacropexia respecto á colposacropexia.
- C) Durante a disección retroperitoneal do promontorio do sacro é preciso identificar os vasos sacros medios para evitar lesións vasculares.
- D) A fixación da malla á cúpula vaxinal debe realizarse coa máxima tensión posible para reducir o risco de recidivas.

81. Acode a consulta unha muller de 17 anos por sangrado infrecuente. Á exploración obxectivamos un sobrepeso importante, acantose nigricans no pescozo e na dobradura submamaria e unha puntuación de 9 no test de Ferriman-Gallwey. Que perfil hormonal é máis probable que presente esta paciente en fase inicial do ciclo?

- A) FSH 6 e LH 4.
- B) FSH 7 e LH 8.
- C) FSH 7 e LH 16.
- D) FSH 17 e LH 35.

82. Estás de garda e avísate a matrona por unha xestante en traballo de parto, tras unha maduración cervical con dinoprostona e posterior estimulación con oxitocina por un embarazo de 41 ⁺³ semanas. Ten unha cesárea previa hai 3 anos por podálica. Presenta unha taquisistolia importante pese a terlle pechado o goteo oxitócico e no rexistro cardiotocográfico obxectívanse deceleracións profundas. A última exploración, hai 2 horas, estaba cunha dilatación de 7 cm e a presentación en I plano. A nai atópase inqueda e nótala suorenta. Ao explorala está practicamente en completa, case no acadas a presentación e obxectivas un sangrado continuo. Que actitude tomarías?

- A) Animaríalle a empezar con puxos activos.
- B) Tomaríalle unha mostra de calota para valorar a acidose fetal.
- C) Indicaríalle unha cesárea emerxente.
- D) Poñeríalle unha amnioinfusión.

83. Sinale a opción correcta en relación á neoplasia intraepitelial vulvar (VIN).

- A) O termo VIN débese aplicar só ás lesións de alto grao (antes VIN 2 e VIN 3) xa que o VIN I é reactivo á inflamación por VPH e non hai evidencia de que sexa lesión precursora do cancro.
- B) O VIN diagnóstícase na maioría dos casos pola clínica de prurito que produce, sendo moi baixa a frecuencia de casos asintomáticos.
- C) O tratamento cirúrxico escisional é o de elección, debido sobre todo á alta taxa de curación e á baixa porcentaxe de recorrencias.
- D) A actitude expectante non se recomenda pola baixa taxa de regresión espontánea destas lesións.

84. Acode á consulta unha secundixesta cunha cesárea previa por un fracaso de inducción hai 2 anos. Actualmente está de 41 ⁺⁵ semanas, o peso fetal estimado está nun percentil 33 e ten una columna vertical máxima de 2,8 cm. O test non estresante é reactivo e con boa variabilidade e non ten dinámica. Á exploración presenta un BISHOP de 6. Que método de inducción do parto che parece MENOS recomendable nesta situación?

- A) Dinoprostona vaxinal.
- B) Misoprostol vaxinal.
- C) Balón intracervical.
- D) Amniotomía + Oxitocina endovenosa.

85. Poden ser causa de polihidramnios as seguintes, EXCEPTO:

- A) Anomalías gastro-intestinais.
- B) Tratamento con inhibidores da síntese de prostaglandinas.
- C) Anomalías cardio-vasculares.
- D) Infeccións conxénitas.

86. A etioloxía do oligoamnios varía segundo a idade xestacional, cal das seguintes afirmacións é CERTA?

- A) Na segunda metade da xestación entre as causas máis frecuentes atópase a rotura prematura de membranas e a insuficiencia placentaria.
- B) Está presente ata no 40% das xestacións a termo tardías.
- C) No segundo trimestre as anomalías gastro-intestinais desempeñan un papel destacado na etioloxía.
- D) Todas as anteriores son correctas.

87. Con respecto ás lesións benignas da vulva, sinala a que se considera INCORRECTA:

- A) A acantose nigricans debe ser tida en consideración pola súa asociación a problemas cardiovasculares.
- B) A queratose seborreica é a tumoración benigna da vulva máis frecuente e debe facerse diagnóstico diferencial co nevo atípico e o melanoma.
- C) Os pseudotumores vulvares son expresión de tecido normal pero ectópico en vulva, como mama ou glándula salivar.
- D) O nevo melanocítico é unha lesión pigmentada que adoita agruparse de maneira múltiple, con bordos ben definidos, circunscritos e regulares.

88. Ingesa na maternidade unha xestante de 39 anos cunha idade xestacional de 27 ⁺² semanas por unha morte fetal intraútero. Tras o parto, cal das seguintes opcións debemos ofrecer para o manexo da súa lactación?

- A) Ofreceríámoslle unha inhibición farmacolóxica da lactación.
- B) Ofreceríámoslle unha inhibición fisiolóxica da lactación.
- C) Ofreceríámoslle doar o seu leite ao banco de leite de referencia para o noso hospital.
- D) Todas as anteriores.

89. Qué enunciado considera FALSO respecto do tratamento conservador do acretismo placentario?

- A) Recoméndase o uso profiláctico de uterotónicos e antibióticos.
- B) O control da reabsorción da placenta realízase coa monitoraxe dos niveis de B-HCG, xa que éstos teñen unha boa correlación coa involución placentaria.
- C) As complicación máis frecuentes son o sangrado e a sepsis.
- D) Débese reevaluar o caso se non diminúe o volume placentario nun período de 2-4 semanas tras o parto.

90. En relación ao diagnóstico de corionicidade e amnionicidade das xestacións xemelares, indica o enunciado FALSO:

- A) A identificación no primeiro trimestre de dous sacos xestacionais, cada un deles cun embrión e unha vesícula vitelina no seu interior corresponde cunha xestación bicorial.
- B) Na xestación monocorial antes das 11 semanas, a presenza de dúas vesículas vitelinas sempre se corresponde cunha xestación biamniótica e a presenza de unha vesícula vitelina sempre se corresponde cunha xestación monoamniótica.
- C) Entre as semanas 11 e 14, a presenza do signo "T" é diagnóstico de xestación monocorial biamniótica.
- D) A identificación dunha membrana interfetal fina a partir das 14 semanas orienta a xestación monocorial biamniótica.

91. Xestante de 31⁺⁴ semanas con antecedente de parto pretérmino na semana 33, que acode a Urxencias por sensación de dinámica uterina. No test non estresante visualízanse catro contraccións de intensidade media cada 10 minutos e na ECO transvaxinal unha lonxitude cervical de 9–10 mm. Cal das seguintes sería a actitude máis correcta á hora de mellorar os resultados neonatais?

- A) Administrar unha quenda de Corticoides (dúas doses) e Sulfato de magnesio, sobre todo se se prevé un parto inminente nas seguintes 24 horas, sen ter preferencias entre Betametasona e Dexametasona, excepto ante o risco de corioamnionite que é maior con esta última.
- B) Indicar repouso absoluto, soroterapia para hidratación, Betametasona 12 mg IM (dúas doses separadas 24 horas) e Sulfato de Magnesio, un bolus de 4 g IV seguido dunha perfusión de mantemento de 1 g/ h EV durante 24–48 horas.
- C) As opcións a) e b) anteriores son correctas e é obrigatorio administrar, en caso de non ter lugar o parto, unha dose de recordo de Corticoides, sobre todo se a primeira dose destes adminístrouse hai máis de 5 días.
- D) Non está indicado a administración de Sulfato de Magnesio por ser unha xestación maior de 31 semanas.

92. En relación ao tratamento farmacolóxico da osteoporose en pacientes postmenopausicas, sinala a opción CORRECTA.

- A) O raloxifeno oral é o tratamento de elección na prevención de fracturas de cadeira en pacientes menores de 60 anos.
- B) O denosumab semestral produce un menor incremento da densidade mineral osea respecto ao tratamento con bifosfonatos orais.
- C) A suplementación dietética con calcio e vitamina D asóciase a unha peor resposta aos tratamentos antirresortivos en pacientes de idade avanzada.
- D) Os efectos antirresortivos óseos dos bifosfonatos persisten varios anos trala interrupción do tratamento.

93. Muller de 52 anos. Diagnóstico ecográfico de tumoración anexial dereita sospeitosa de malignidade. No TAC toraco–abdomino–pélvico detéctase tumor de ovario dereito de 10 cm, e múltiples metástasis en peritoneo extrapélvico e ganglios retroperitoneais por riba de vasos renais. O estudo anatomopatolóxico mediante biopsia dirixida de nódulo peritoneal informa de cistoadenocarcinoma seroso de ovario. Cal das seguintes opcións é o enfoque terapéutico inicial máis adecuado?

- A) Cirurxía citoredutora mediante laparoscopia por un xinecólogo oncolóxico.
- B) Histerectomía total, dobre anexectomía e resección máxima posible de tumor, asumindo citoredución subóptima.
- C) Tratamento con quimioterapia neoadxuvante e cirurxía de intervalo citoredutora.
- D) Tratamento con quimioterapia, descártase tratamento cirúrxico.

94. Secundixesta de 32 anos, Rh negativo, que acode na semana 29 de xestación a consulta prenatal. Cursa unha xestación de baixo risco e normoevolutiva ata a data. Que inmunizacións lle ofreceremos neste momento da súa xestación?

- A) Só a inmunoglobulina anti-D, dado que a tosferina xa se lle administrou na xestación anterior.
- B) Inmunoglobulina anti-D e tosferina 2 semanas despois.
- C) Inmunoglobulina anti-D e tosferina simultaneamente na visita actual.
- D) Inmunoglobulina anti-D e tosferina 4 semanas despois.

95. En relación ao emprego de ospemifeno para o tratamento da atrofia vulvovaxinal postmenopausica, sinale a opción **CORRECTA**.

- A) É un derivado do tamoxifeno que se pode usar de forma segura en pacientes con cancro de mama.
- B) A administración simultánea con alimentos aumenta a súa absorción e biodispoñibilidade por vía oral.
- C) Debe evitarse en pacientes con factores de risco cardiovascular porque empeora o perfil lipídico sanguíneo.
- D) En casos de atrofia vulvovaxinal severa, aconséllase administrar de forma conxunta con estrógenos locais para actuar de forma sinérxica.

96. Sobre as probas xenéticas que podemos realizar no diagnóstico prenatal, cal dos seguintes enunciados é **FALSO**?

- A) O ADN fetal libre circulante en sangue materno é de orixe placentario e actualmente é o mellor método de cribado para a trisomía 21.
- B) No caso de detectar unha trisomía 13 ou 21 mediante QF-PCR, debemos realizar un cariotipo para poder realizar un consello xenético reprodutivo.
- C) Unha das vantaxes do cariotipo convencional fronte ao molecular é que nos permite coñecer a localización do material xenómico.
- D) Os microarray permiten identificar pequenas perdas ou ganancias de material xenético (CNVs) e triploidías completas.

97. Consúltache unha muller de 19 anos por sangrado infrecuente (regla cada 4-5 meses) e hirsutismo facial marcado e na liña media infraumbilical. Ao realizarlle unha ecografía transvaxinal obxectivas un ovario de 35 x 25 x 25 mm, con 14 folículos de entre 5 e 8 mm. Cal consideras que é a mellor opción terapéutica para esta paciente?

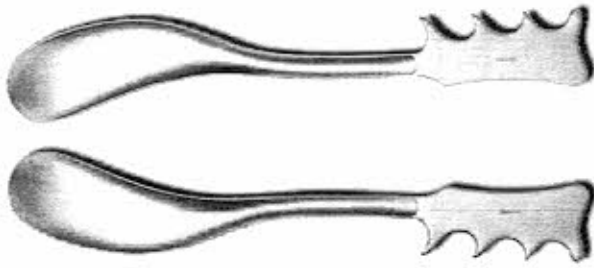
- A) DIU de levonorgestrel de 13,5 mg.
- B) Desogestrel 75 mg en pauta continua.
- C) Pílula combinada levonorgestrel/etinilestradiol.
- D) Pílula combinada acetato de clormadinona/etinilestradiol.

98. Puérpera en cuarto día tras cesárea urxente, acode a urxencias por presentar T^a de 38.7°C persistente, dor en hipogastrio e loquios fedorentos. Na exploración física obxétívase subinvolución uterina, con dor á palpación e mobilización uterina, sen outros datos de interese. Hemograma: leucocitose 30000/mm³, con desviación esquerda. PCR 220 mg/l. Cal das seguintes opcións é **CORRECTA**?

- A) Debemos iniciar tratamento con antibiótico oral de amplo espectro e control ambulatorio.
- B) Se se persiste a febre tras 48-72 horas despois de tratamento adecuado debemos realizar unha proba de imaxe.
- C) Se se evidencia a persistencia de restos placentarios na ecografía, programaremos legrado por aspiración despois de completar tratamento antibiótico 7-10 días.
- D) A realización de hemocultivos e cultivos de vaxina/cérvix non achega nada ao manexo do caso clínico.

99. En relación aos fibroadenomas mamarios, sinale a opción **CORRECTA**.

- A) Son tumores fibroepiteliais benignos, pero o achado histolóxico de atipias citolóxicas nunha PAAF fai recomendable a súa excisión.
- B) A súa incidencia en pacientes novos aumenta de forma significativa polo consumo de anticonceptivos orais.
- C) Radiolóxicamente caracterízanse pola presenza de microcalcificacións e bordos irregulares.
- D) Histolóxicamente presentan un estroma hiper celular con pleomorfismo aumentado e grande actividade mitótica.



100. Identifique o instrumento obstétrico da figura adxunta e sinala a súa principal utilidade tocúrxica.

- A) É un fórceps de Luikart e serve para instrumentación en partos de fetos prematuros.
- B) Son unhas espátulas de Thierry e serven para traccionar do feto en partos de nádegas.
- C) É un fórceps de Luikart e serve para corrixir distocias de rotación persistentes.
- D) Son unhas espátulas de Thierry e serven para ampliar a canle do parto en período expulsivo.

Preguntas de reserva

1. Acode a consulta unha muller de 35 anos por esterilidade primaria. Refire ter ciclos largos desde hai un par de anos coincidindo cun cambio do seu posto de traballo a un de maior responsabilidade. Ademais, está preocupada porque nos últimos meses manchou o suxeitador nalgunha ocasión por unha secreción esbrancuxada pola mamila. Non está tomando ningún tratamento. Solicitámoslle unha prolactina e ten 76 ng/ml. Pautámoslle Cabergolina e que recomendacións lle damos sobre o tratamento no caso de que teña un test de embarazo positivo.

- A) Debe facerse un control da prolactina en cada trimestre da xestación.
- B) Recomendámoslle que siga tomando cabergolina durante toda a xestación 2 días á semana.
- C) Informámoslle que non debe dar lactación materna.
- D) Ningunha das anteriores é correcta.

2. Á súa consulta acode unha muller de 33 anos de idade referindo antecedente de tres abortos consecutivos de menos de dez semanas de xestación nos últimos dous anos. Acompañaa a súa parella, de 40 anos, que relata antecedente familiar de síndrome de Down nun tío paterno. Desexan tentar unha nova xestación nos próximos meses. Sinala que probas diagnósticas son de elección para tentar establecer un diagnóstico etiolóxico dos seus abortos de repetición.

- A) Estudo de cariotipo a ámbolos membros da parella, estudo de trombofilias hereditarias (Factor V de Leyden e mutación do xene da protrombina G20210A) e estudo da cavidade uterina mediante histerosonografía.
- B) Estudo de cariotipo a ámbolos membros da parella, estudo de anticorpos antifosfolípidos e estudo da morfoloxía uterina mediante ecografía 3D.
- C) Estudo de cariotipo a ámbolos membros da parella, estudo de trombofilias hereditarias (Factor V de Leyden e mutación do xene da protrombina G20210A) e seminograma.
- D) Estudo de cariotipo a ámbolos membros da parella, estudo de anticorpos antifosfolípidos e cultivo microbiolóxico de chlamydias do exudado endocervical.

3. Acode a control prenatal unha secundixesta de 41 ⁺⁰ semanas. Presenta un test non estresante reactivo e con boa variabilidade, con dinámica irregular que non percibe e unha columna máxima de líquido amniótico de 3,2 cm. O feto ten un peso estimado por ecografía en percentil 34. Á exploración ten un BISHOP 5. Que información sobre o control da xestación nesta etapa lle deberíamos proporcionar?

- A) A inducción na semana 41 aumenta a taxa de cesáreas.
- B) A manobra de Hamilton a termo reduce a necesidade de inducción.
- C) Debemos realizar sempre unha amnioscopia para decidir se inducirle o parto.
- D) Se decide conduta expectante, o máis importante é que realice control domiciliario de movementos fetais.

4. En relación á técnica cirúrxica de corrección da incontinencia urinaria mediante hamaca suburetral tipo TVT-O con malla de polipropileno, sinala a opción CORRECTA.

- A) A inserción da malla debe situarse o máis preto posible do meato uretral para asegurar unha adecuada continencia.
- B) As lesións vesicais iatroxénicas son máis frecuentes nas técnicas antiincontinencia transobturatrices respecto as retropúbicas.
- C) O axuste suburetral da malla debe efectuarse sen tensión para evitar unha posible retención urinaria postoperatoria.
- D) O estudo urodinámico é unha técnica diagnóstica imprescindible no estudo preoperatorio de pacientes intervidas mediante TVT-O.

5. Muller de 35 anos, con xestación de 35 semanas. Indícase ingreso por cifras de tensión arteria ao redor de 150/100 mmHg, cefalea e alteracións visuais persistentes. Analítica: cociente proteína/creatinina de 100 mg/mmol., ratio sFlit-1/PIGF de 130; hemograma, bioquímica e probas de coagulación normais. Cal das seguintes opcións é CORRECTA?

- A) Debemos realizar unha cesárea urxente.
- B) A anestesia epidural está contraindicada.
- C) Debemos iniciar tratamento con sulfato de magnesio e maduración cervical con prostaglandinas.
- D) Indicaremos control estrito de TA e diurese, e iniciaremos tratamento con Labetalol oral 100 mg/8h.

6. En relación co uso de tocolíticos sinala o enunciado FALSO:

- A) Os tocolíticos atrasan o parto 48 horas co obxectivo de poder administrar corticoides e sulfato de magnesio e poder derivar á xestante a un centro de terceiro nivel con dispoñibilidade de UCI neonatal.
- B) A Indometacina é o fármaco de elección en xestacións de menos de 24 semanas pero non se debe administrar máis aló das 32 semanas de xestación.
- C) Aínda que a tocólise de mantemento (máis de 48 horas) non demostrou atrasar o parto nin mellorar os resultados neonatais, se se descartan contraindicacións a esta, poderíase valorar un novo ciclo se existe reinicio da dinámica uterina.
- D) O Nifedipino en cápsulas orais non precisa de documentación de uso fóra de indicación por dispoñer de autorización pola AEMPS para o tratamento da ameaza de parto pretérmino, do mesmo xeito que a posoloxía en solución oral.

7. **Signale a opción INCORRECTA respecto ao lique escleroatrófico vulvar.**

- A) É o trastorno non neoplásico vulvar máis frecuente da área vulvoperineal, afectando sobre todo a mulleres postmenopáusicas, aínda que tamén pode aparecer en nenas e en mulleres premenopáusicas.
- B) Caracterízase por atrofia progresiva e inflamación crónica que afecta a beizos maiores e menores, perineo e rexión perianal, e mesmo en certos casos á vaxina.
- C) Nas lesións avanzadas é evidente a atrofia e desaparición dos beizos menores e acusada estenose de introito, incluso podendo chegar a obstruír a uretra.
- D) É común a asociación con incontinencia de urina ata nun 30% dos casos, empeorando os síntomas.

8. **En relación ao uso da Proxesterona como prevención secundaria da prematuridade, sinala o enunciado correcto:**

- A) Os preparados de Proxesterona utilizados en España e en Estados Unidos teñen a mesma composición e presentación e por tanto o mesmo efecto sobre a contractilidade do miometrio.
- B) A utilidade da Proxesterona natural micronizada vía vaxinal como preventiva do parto pretérmino demostrouse sobre todo en xestantes con antecedente de parto petérmino e lonxitude cervical normal.
- C) En xestantes con ou sen historia anterior de prematuridade e lonxitude cervical igual ou menor a 25 mm a administración de 200 mg/24 horas de Proxesterona natural micronizada por vía vaxinal está recomendada cun grao de recomendación forte xa que é efectiva en reducir o parto pretérmino menor de 34 semanas.
- D) Existe evidencia suficiente para recomendar o uso da Proxesterona micronizada vaxinal tamén en xestacións gemelares con cervix curto.

9. **Estás pasando a planta de puerperio e unha das pacientes coméntache que cada vez que intenta incorporarse comeza cunha cefalea intensa e mareo con sudoración que estrañamente cédelle casi inmediatamente se se volve tombar. Que medidas NON lle recomendarías a esta paciente?**

- A) Paracetamol con codeína.
- B) Que intente levantarse cada vez un tempo máis prolongado e trate de camiñar.
- C) Cafeína.
- D) Que se manteña tombada na cama.

10. **Muller de 45 anos, con amenorrea de 10 semanas e test de embarazo positivo. Acode a urxencias por sangrado vaxinal moderado e dor pélvico. Na exploración xinecolóxica obxectívase sangrado de cavidade uterina e útero aumentado de tamaño como xestación de 14 semanas. Na ecografía transvaxinal obsérvase cavidade uterina ocupada por masa heteroxénea de 80 x 32 mm, con áreas anecoicas (imaxe en "tormenta de neve") e ausencia de embrión; ovario dereito con quiste multitabicado de 50 mm, e ovario esquerdo con outro de iguais características de 80 mm. Realízase estudo preoperatorio e HCG total, que ten un valor de 130.000 UI/ml. Que actitude sería a máis adecuada?**

- A) Iniciar tratamento médico con Misoprostol para expulsión de restos abortivos.
- B) Seguimento ambulatorio con ecografía en 15 días.
- C) Realizar legrado evacuador por aspiración tras dilatación cervical e con control ecográfico.
- D) Histerectomía con dobre anexectomía.

