

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
FEA EN OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

**(Resolución 1109E/2020, de 13 de octubre, del Director Gerente
del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)**

PRUEBA: CUESTIONARIO PREGUNTAS

23 de octubre de 2021

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**

1º. Señala cuál de las opciones que se dan NO es correcta respecto al cáncer de vulva:

- a) El principal factor pronóstico del cáncer de vulva es la afectación ganglionar.
- b) El tratamiento indicado para el cáncer vulvar inicial es la resección quirúrgica con márgenes, asociado con biopsia selectiva del ganglio centinela.
- c) Se ha demostrado que los márgenes menores a 8 mm en la pieza quirúrgica fijada, se asocian a un incremento en las recurrencias.
- d) El tratamiento de los bordes afectos por enfermedad invasiva, después de la resección local, debe ser prioritariamente radioterápico.

2º. Si el nivel de radicalidad en la cirugía radical del cáncer de cérvix es de “resección a nivel del túnel del uréter”, hablamos de:

- a) Histerectomía radical Tipo A de Querleu-Morrow.
- b) Histerectomía radical Tipo I de Piver.
- c) Histerectomía radical Tipo B1 de Querleu-Morrow y Tipo II de Piver.
- d) Histerectomía radical Tipo III de Piver.

3º. Al referirnos a las lesiones precursoras del cáncer de endometrio, ¿Cuál de las siguientes respuestas es la correcta?:

- a) La hiperplasia sin atipia no aumenta el riesgo de cáncer de endometrio.
- b) La hiperplasia atípica también se conoce como neoplasia endometriode intraepitelial.
- c) Hasta el 30% de pacientes con el diagnóstico de hiperplasia atípica en una biopsia, muestran focos de carcinoma endometriode en la pieza de histerectomía.
- d) Las opciones b y c son correctas.

4º. En Tumores de Ovario Borderline (TOBL), en pacientes jóvenes con deseo de gestación, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- a) En TOBL con implantes no invasivos se puede hacer cirugía conservadora, incluso en estadios avanzados.
- b) En TOBL con implantes invasivos nunca se puede plantear el tratamiento conservador.
- c) En TOBL subsidiario de tratamiento conservador, la cirugía debe incluir la realización de linfadenectomía pélvica bilateral y paraórtica.
- d) Cuando se hace tratamiento conservador, los TOBL mucinosos recidivan con más frecuencia que los serosos.

5°. En relación a la detección del feto pequeño para la edad gestacional, ¿Cuál de las siguientes opciones es cierta?

- a) Las curvas neonatales propias de cada población son las adecuadas.
- b) En población de bajo riesgo, el cribado a las 36-37 semanas tiene mejor predicción que el cribado más temprano en el III trimestre.
- c) El percentil 3 es el punto de corte más establecido.
- d) La circunferencia abdominal presenta mejor capacidad de detección que el peso estimado fetal.

6°. ¿Cuál es el indicador que va a ser más útil para monitorizar el riesgo de mortalidad a corto plazo de un CIR precoz grave? Seleccione una opción:

- a) Pulsatilidad Doppler Ductus Venoso >p95.
- b) Flujo atrial negativo o ausente en Ductus venoso.
- c) Registro cardiotocográfico.
- d) Perfil biofísico igual o inferior a 6.

7°. ¿Quién se beneficia más de Aspirina para la prevención de la preeclampsia?

- a) Gestante de 22 semanas y Doppler patológico de las arterias uterinas.
- b) Gestante de 12 semanas con antecedente de preeclampsia precoz.
- c) Gestante de 12 semanas con antecedente de preeclampsia y riesgo combinado (antecedentes, uterinas y tensión arterial) de 1/720.
- d) Gestante de 12 semanas con hipertensión crónica.

8°. En la finalización de una hipertensión gestacional (en ausencia de evolución a preeclampsia) se debe planificar de la siguiente forma:

- a) Manejo normal y finalización electiva a las 40 semanas.
- b) Control semanal desde las 37 semanas con finalización electiva 37.0 - 37.6 si factores de riesgo o buenas condiciones obstétricas y 40 semanas si no se cumplen las anteriores.
- c) Manejo normal de la gestación y parto según evolución normal.
- d) Control semanal desde las 37 semanas y finalización electiva 37.0 - 37.6 semanas.

9°. ¿Qué fármaco antihipertensivo ha demostrado ser más eficaz en el tratamiento de la hipertensión severa de la preeclampsia?

- a) Labetalol.
- b) Hidralazina.
- c) Nifedipino.
- d) Ninguno de los anteriores es más eficaz que el resto.

10°. Respecto al manejo de la RPM, seleccione la respuesta correcta:

- a) Si era una portadora de cerclaje, podemos considerar dejarlo in situ si no hay sospecha de infección ni evolución de las condiciones obstétricas.
- b) La neuroprofilaxis no debe administrarse porque es muy incierto el momento del parto.
- c) No debemos nunca administrar tocolisis.
- d) Debemos repetir semanalmente los corticoides para asegurar que en el momento del parto ha recibido dosis de corticoides.

11°. Gemelar monocorial de 23 semanas con discordancia de líquidos (Max 9 cm. Min 2.5 cm), vejigas (tendencia a ser grande-más pequeña que la otra pero visible), pesos estimados p48 y p13, Doppleres normales excepto umbilical del feto pequeño con diástole, pero pulsatilidad >p95. ¿Podemos establecer un diagnóstico? Seleccione una de las opciones:

- a) Transfusión feto-fetal.
- b) Retraso de crecimiento selectivo.
- c) Las opciones a y b.
- d) Discordancia de líquidos amnióticos y pesos fetales.

12°. Señale cuál de estos fármacos ha demostrado ser eficaz en el pronóstico neonatal:

- a) Antibióticos.
- b) Corticoides.
- c) Tocolíticos.
- d) Corticoides y sulfato de Magnesio.

13°. ¿Cuál es el germen más frecuente en la infección intraamniótica?

- a) Lactobacillus sp.
- b) Listeria Monocytogenes.
- c) Micoplasma hominis.
- d) Ureaplasma spp.

14°. ¿Cuál de las siguientes lesiones fetales diagnosticadas prenatalmente como lesión única es de mal pronóstico?:

- a) Vasculopatía lenticuloestriada.
- b) Anomalía del córtex cerebral.
- c) Quistes germinolíticos.
- d) Ninguna es de mal pronóstico.

15°. Respecto a la diabetes gestacional, ¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta?:

- a) Se ha demostrado que la dieta, el autocontrol de glucemia y el tratamiento con insulina si se necesita, no mejoran los resultados perinatales.
- b) Está contraindicado el ejercicio durante el embarazo, aunque sea de intensidad leve-moderado.
- c) La hemoglobina glicosilada tiende a ser más baja en la embarazada que en la mujer no gestante.
- d) La única opción de tratamiento es la insulina, ya que están contraindicados los antidiabéticos orales.

16°. Respecto al control del bienestar fetal intraparto con monitorización electrónica y en lo que se refiere a resultados neurológicos o de muerte fetal, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- a) En gestación de bajo riesgo la monitorización continua no es superior a la intermitente.
- b) En gestación de alto riesgo la monitorización continua es claramente superior a la intermitente.
- c) No hay estudios aleatorizados comparando la monitorización fetal intraparto con no monitorización.
- d) Las sociedades científicas aconsejan la monitorización fetal intraparto.

17°. Ante una rotura prematura de membranas pretérmino, ¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta?:

- a) Se trata de una rotura prematura de membranas pretérmino, si es por debajo de las 37 semanas de gestación.
- b) La rotura prematura de membranas pretérmino, se asocia con un incremento del riesgo de desprendimiento de placenta.
- c) El tabaco aumenta el riesgo de rotura de membrana pretérmino.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

18°. Sobre el trayecto del uréter, ¿cuál de las siguientes opciones es la verdadera?:

- a) El uréter entra en la pelvis anterior y medial a los vasos ováricos.
- b) El uréter transcurre lateral y a 4 cm. del orificio cervical interno del útero.
- c) El uréter transcurre en la pared de la vejiga 1,5 cm., antes de terminar en el trigono vesical.
- d) Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.

19°. Respecto al Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), ¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta?:

- a) La hiperandrogenemia nunca está presente en los hirsutismos severos.
- b) La persistencia de niveles altos de testosterona es la mejor prueba de hiperandrogenismo.
- c) La determinación de la testosterona libre es la prueba inicial preferida.
- d) Las respuestas b y c son correctas.

20°. Con respecto a la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), ¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta?:

- a) La Neisseria gonorrhoeae y la Chlamydia Trachomatis, son los gérmenes más comúnmente identificados en EIP, en mujeres pre-menopáusicas.
- b) En la mayoría de los casos de EIP, se desconoce el germen causante.
- c) La EIP se considera clínicamente como una infección mixta.
- d) Ninguna de las tres opciones anteriores es cierta.

21°. Respecto al prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria de urgencia asociada, ¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta?

- a) El prolapso de órganos pélvicos en estadios II a IV, no suelen asociarse con la incontinencia urinaria de urgencia.
- b) En mujeres con prolapso anterior o apical, la incontinencia urinaria de urgencia puede manifestarse después de la corrección quirúrgica.
- c) Es frecuente la obstrucción de uretra en prolapsos grado I.
- d) Ninguna de las anteriores opciones es cierta.

22°. Señale la respuesta correcta sobre la endometriosis:

- a) A pesar de la dificultad existente para conocer con exactitud la prevalencia de la enfermedad, se estima que la endometriosis afecta por lo menos a un 10% de la población femenina en edad fértil.
- b) Los síntomas más comunes son: dismenorrea, dispareunia, infertilidad y dolor pélvico crónico. La intensidad de estos síntomas tiene relación, en todos los casos con la extensión anatómica de la enfermedad.
- c) La infertilidad puede alcanzar al 60-70 % de las mujeres con la enfermedad.
- d) Existen diversos métodos para el diagnóstico de la endometriosis como exploración física, resonancia magnética nuclear (RMN), ultrasonidos o tomografía axial computarizada (TAC) o Laparoscopia. No obstante, el método diagnóstico definitivo es únicamente la confirmación histológica.

23°. Señale la respuesta incorrecta respecto al tratamiento de la endometriosis:

- a) Lo único que pueden conseguir los tratamientos medicamentosos de la endometriosis es frenar de manera transitoria la progresión de la enfermedad.
- b) No existe ningún fármaco que sea superior a otro en cuanto a reducción de la extensión de las lesiones o al índice de recidivas tras el cese del tratamiento.
- c) En general, se acepta que el tratamiento médico de elección debe ser el enfoque menos invasivo y que siendo eficaz a largo plazo, presente los mínimos riesgos posibles.
- d) El drenaje y la coagulación laparoscópica para el tratamiento de endometriomas ováricos >4 cm de diámetro mejora la fecundidad comparada con la quistectomía laparoscópica.

24°. Respecto a la endometriosis y la infertilidad indique la respuesta correcta:

- a) Las endometriosis avanzadas, con importantes alteraciones anatómicas (tubáricas, ováricas y adherenciales), tienen una clara relación con la infertilidad. En cambio, la relación de la endometriosis I y II con la infertilidad es menos evidente.
- b) La supresión de la función ovárica para mejorar la fertilidad en la endometriosis mínima-leve es efectiva y debiera ofrecerse para esta indicación aislada.
- c) La ablación de las lesiones endometriósicas más la adhesiolisis para mejorar la fertilidad en la endometriosis mínima-leve es efectiva comparada con la sola laparoscopia diagnóstica.
- d) Son correctas las opciones a y c.

25°. ¿Cuál de las siguientes situaciones se corresponde mejor con la definición de Insuficiencia Ovárica Prematura?:

- a) Oligoanovulación, AMH <0,5 ng/mL, edad menor 45 años.
- b) Oligo-amenorrea, FSH elevada, edad menor de 40 años.
- c) Oligo-amenorrea, estradiol elevado, edad menor de 40 años.
- d) Oligoanovulación, inhibina alta, bajo recuento de folículos antrales.

26°. La prevención secundaria del Síndrome de Hiperestimulación Ovárica se realiza usando:

- a) B-HCG.
- b) Agonistas de GnRH.
- c) Seguril.
- d) Adecumar.

27°. Para la realización de una inseminación artificial existe una posibilidad aceptable de gestación con un recuento de espermatozoides móviles superior a:

- a) 1 millón.
- b) 2 millones.
- c) 3 millones.
- d) 4 millones.

28°. La hiperplasia suprarrenal congénita de origen tardía (forma no clásica) se sospecharía si:

- a) 17 OH-Progesterona de 1,6 ng/mL.
- b) 17 OH-Progesterona de 0,5 ng/mL.
- c) 17 OH-Progesterona tras test de ACTH de 17 ng/mL.
- d) 17 OH-Progesterona tras test de ACTH de 10 ng/mL.

29°. El riesgo de tromboembolismo asociado con los anticonceptivos hormonales orales conteniendo etinilestradiol y diversos gestágenos:

- a) Es 4 veces más alto que en las no usuarias.
- b) Sólo es más alto en las pacientes fumadoras.
- c) Es más alto que el riesgo asociado al embarazo.
- d) Sólo es más alto después de los 40 años.

30°. Si hablamos del cribado de cáncer de cérvix en mujeres inmunodeprimidas, ¿Cuál de las siguientes recomendaciones es cierta?:

- a) Hacer Citología anual a partir de los 18 años.
- b) Hacer Co-test trienal en mujeres con CD4 > 200 cl/μL o con tratamiento anti retroviral (TAR) activo, a partir de los 30 años.
- c) Co-test anual si los CD4 < 400 cl/μL, aunque reciban tratamiento, a partir de los 35 años.
- d) Seguir el programa de cribado como en pacientes no inmunodeprimidas.

31°. Respecto al cribado del parto prematuro, señale la respuesta correcta:

- a) El riesgo de parto prematuro es mayor en las mujeres con varios abortos de primer trimestre.
- b) El punto de corte de ≤ 20 mm define un cérvix normal, tanto en embarazos únicos o gemelares.
- c) En el supuesto que se decida cribar la longitud cervical ecográfica, se realizará una única medición entre las semanas 18 y 24 de gestación, tanto en embarazos únicos o múltiples.
- d) Se recomienda el cribado con FFN (fibronectina fetal) y pHIGFBP-1 (cervical phosphorylated insuline-like growth factor binding protein-1) para predecir el parto pretérmino espontaneo en gestantes asintomáticas con embarazos único o múltiples.

32°. Respecto a la prevención de la prematuridad, marque la respuesta que es falsa:

- a) No se recomienda el uso de pesario como tratamiento profiláctico en gestaciones gemelares. (Calidad moderada. Grado de recomendación fuerte).
- b) Se recomienda la realización de un cerclaje por exploración física ante: Evidencia de una dilatación cervical asintomática > 1-2 cm con membranas visibles a través de orificio cervical externo antes de las 24-26 semanas de gestación.
- c) Se recomienda la administración de progesterona natural micronizada (200mg/24h vía vaginal) en gestantes asintomáticas con embarazos únicos y cérvix corto (\leq de 25 mm) para prevenir el parto pretérmino.
- d) Se recomienda el reposo absoluto en embarazos únicos en la amenaza de parto pretérmino.

33°. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las gestaciones gemelares es correcta?

- a) En la ecografía del 1^{er} trimestre es imprescindible el diagnóstico de zigosidad.
- b) En la ecografía de 1^{er} trimestre la gestación se data con el CRL menor en las gestaciones bicoriales.
- c) El cribado combinado (incluye edad materna, TN fetal, PAPP-A y fracción libre de BGCH sérica materna) es de elección en gestaciones gemelares monocoriales.
- d) El riesgo basal (por edad materna) de anomalías cromosómicas en gestación monocorial es el mayor que en gestaciones únicas.

34°. En relación al test de ADN fetal en sangre materna (ADNf) señale la opción correcta:

- a) El test de ADNf es un test de diagnóstico, no un test cribado.
- b) A día de hoy es el mejor método de cribado para la trisomía 21.
- c) Es una prueba igual de precisa para el cribado de las trisomías 21, 18 y 13 en gestaciones gemelares que para gestaciones únicas.
- d) El ADNf es la prueba de elección en caso de anomalía morfológica o translucencia nucal mayor de 3,5 mm.

35°. ¿Cuál de estos NO es un factor materno de riesgo de preeclampsia?

- a) Diabetes Mellitus.
- b) Edad Materna > de 40 años.
- c) Patología hepática previa.
- d) Periodo intergenésico largo (más de 10 años).

36°. En relación a la anticoncepción hormonal (AHC) y riesgo cardiovascular, señale la respuesta incorrecta:

- a) La reducción de las dosis de estrógenos en los anticonceptivos hormonales disminuye el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV).
- b) El riesgo relativo de TEV se incrementa a partir del primer año de uso del AHC.
- c) El riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) entre las usuarias de AHC es mucho mayor entre fumadoras o con historia de hipertensión (Grado de recomendación B).
- d) No se recomienda la realización de cribado de trombofilia de rutina a la población general, antes de iniciar el uso de AHC (Grado de recomendación C).

37°. ¿Cuál de estos fármacos hipotensores, estaría contraindicado en un gestante con feocromocitoma?

- a) Nifedipino.
- b) Hidralacina.
- c) Alfametildopa.
- d) Hidroclorotiazida.

38°. ¿Cuáles son los planos ecográficos fundamentales para el estudio del suelo pélvico?

- a) Plano coronal y plano de mínimas dimensiones.
- b) Plano medio sagital y plano corona.
- c) Plano medio sagital y plano mínimas dimensiones.
- d) Plano axial y plano coronal.

39°. ¿Cuál sería el primer paso diagnóstico en una paciente postmenopáusica con una hemorragia uterina anormal?

- a) Biopsia endometrial.
- b) Ecografía vaginal.
- c) Control de calendario menstrual en 3 meses.
- d) Histeroscopia.

40°. En relación al cribado de preeclamsia del primer trimestre, ¿cuál de estos NO formaría parte de un cribado básico?

- a) Historia materna.
- b) Presión arterial.
- c) PIGF (factor de crecimiento placentario).
- d) Índice de pulsatilidad de arterias uterinas.

41°. Con respecto a la ratio sFlt/PIGF (Tirosina quinasa 1 soluble similar a FMS/factor de crecimiento placentario) señale la respuesta correcta:

- a) Se necesita más estudios para saber su validez en el diagnóstico de preeclampsia.
- b) En paciente con sospecha clínica de preeclampsia, una ratio < 38 descarta la aparición de enfermedad entre 1-4 semanas (VPN 99-95%).
- c) Con una ratio entre 38-85 seguir controles de gestación habituales.
- d) Con una ratio 38-85 se debe ingresar a la paciente para estudio.

42°. ¿Cuál de estas NO es característica de un Mola completa?

- a) Sangrado vaginal en segundo trimestre (media 16 semanas).
- b) Edema vellositario generalizado.
- c) Desarrollo fetal presente.
- d) Genoma diploide.

43°. Basándonos en la medición de la densidad mineral ósea (DMO) definimos la osteoporosis como:

- a) Un valor de DMO dentro de una desviación estándar de la referencia media de mujeres adultas jóvenes (T score \geq a -1 desviación estándar (DE)).
- b) Un valor de DMO >1 , pero $< 2,5$ desviaciones estándar por debajo de la referencia media de mujeres adultas jóvenes (T score menos de -1 y mayor que $- 2,5$ DE).
- c) Un valor de DMO 2,5 o más desviaciones estándar por debajo de la referencia media de las mujeres adultas jóvenes (T score menor o igual a -2,5 DE).
- d) Un valor de DMO de < 2 desviaciones estándar por debajo de la referencia media de las mujeres adulta jóvenes (T score menos o igual a -3 DE).

44°. Respecto al COVID, señale la afirmación correcta:

- a) Existe un elevado número de gestantes asintomáticas.
- b) La clínica en la gestante es muy distinta a la población no gestante.
- c) Tienen contraindicada la lactancia materna.
- d) Son ciertas las opciones a y b.

45°. En la evaluación de masas anexiales, señale la respuesta falsa:

- a) La ecografía es la técnica clave. No superada ni por TAC, RM o PET.
- b) Los "scores" son útiles y mejoran a los resultados de un examinador experto.
- c) El CA-125 añade información útil a la ecografía por lo que su uso sistemático no se recomienda.
- d) El objetivo del diagnóstico es orientar la conducta clínica.

46°. ¿Cuál de estos planos NO define una ecografía básica cerebral?:

- a) Plano sagital cerebral.
- b) Plano transventricular.
- c) Plano transtalámico.
- d) Plano transcerebeloso.

47°. En relación a la vaginosis bacteriana (VB) señale la respuesta falsa:

- a) La VB se considera un síndrome polimicrobiano.
- b) Olor a aminas (característico a pescado) al añadir gotas de hidróxido potásico en un porta con secreción vaginal.
- c) Se observan clue cells al microscopio.
- d) Ph vaginal inferior a 4,5.

48°. Desde el punto de vista ecográfico, en relación a la adenomiosis, señale cual NO es uno de sus hallazgos característicos:

- a) Asimetría de paredes miometriales.
- b) Miometrio homogéneo.
- c) Anomalías de la zona de transición miometrio–endometrio.
- d) Zonas quísticas en el interior de miometrio.

49°. Según la clasificación de los desgarros perineales, ¿cuál de las siguientes opciones es incorrecta?

- a) Desgarro de cuarto grado: desgarro de esfínter anal y mucosa rectal.
- b) Desgarro de segundo grado: afecta a la musculatura excluyendo el esfínter anal.
- c) Desgarro de tercer grado "a": lesión de más 50 % del esfínter anal externo.
- d) Desgarro de primer grado: afecta a piel y mucosa vaginal.

50°. En relación con la maduración cervical, señale la respuesta correcta:

- a) No debe utilizarse prostaglandinas en administración simultánea con oxitocina.
- b) La PGE1 o dinoprostona puede administrarse por vía oral o vaginal.
- c) La PGE2 o misoprostol, se aplica en un dispositivo de liberación vaginal.
- d) La cesárea previa es una de las indicaciones del uso de misoprostol para inducción de parto.

51°. Señale la respuesta correcta en relación a la distocia de hombros:

- a) La distocia de hombros es un accidente obstétrico que se puede prevenir.
- b) Se recomienda realiza maniobra de Kristeller.
- c) Es obligatoria la realización de una episiotomía.
- d) La diabetes es un factor de riesgo asociado a la distocia de hombros.

52°. En el manejo activo del tercer estadio del parto, como prevención de la hemorragia postparto NO es imprescindible realizar:

- a) Alumbramiento dirigido preferentemente con oxitocina.
- b) Pinzamiento precoz del cordón umbilical.
- c) Tracción controlada del cordón umbilical.
- d) Masaje uterino después de la expulsión de la placenta.

53°. En una gestación ectópica tubárica ¿cuál NO sería indicación de tratamiento con Metotrexate?:

- a) Paciente termodinámicamente estable.
- b) Ausencia de actividad cardíaca.
- c) BHCG de 10.000 UI/ml.
- d) Ausencia de dolor abdominal severo o persistente.

54°. ¿Cuál de estas manifestaciones clínicas y valores de laboratorio no es característica de colestasis intrahepática?

- a) Prurito de palmas y plantas.
- b) Acido biliares elevados $>10 \mu\text{ml/l}$.
- c) Plaquetopenía ($< 50.000 /\text{ml}$).
- d) Náuseas, vómitos, molestias en hipocondrio derecho.

55°. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es un criterio IOTA de malignidad?

- a) Tumor sólido contornos irregulares.
- b) Sombra acústica.
- c) > 4 proyecciones papilares.
- d) Tumoraición multilocular sin áreas sólidas.

56°. ¿Cuál NO sería una alteración analítica de un síndrome de hiperestimulación ovárica grave?:

- a) Sodio < 135 mEq/l y Potasio > 5mEq/l.
- b) Leucocitos <15.000 por ml.
- c) Hemoconcentración (hematocrito >45%).
- d) Oliguria (<600ml/24 horas).

57°. ¿Cuál de estas vacunas se puede administrar en el embarazo?

- a) Sarampión, rubeola, parotiditis.
- b) BCG, varicela, tifoidea oral.
- c) Difteria, pertussis acelular, tétanos.
- d) Ninguna de la anteriores es correcta.

58°. En relación a las amenorreas hipotálamo hipofisarias ¿cuál NO sería una causa?

- a) Insuficiencia renal crónica.
- b) Tratamiento con corticoterapia.
- c) Síndrome de Sheehan.
- d) Síndrome de Mayer-Rokitansky –Kuster-Hauser.

59°. ¿Cuál es criterio de hospitalización de una Enfermedad Inflamatoria Pélvica?

- a) Sospecha de absceso pélvico o signos de irritabilidad peritoneal.
- b) Seropositividad frente al VIH.
- c) Paciente adolescente.
- d) Todas las opciones anteriores son correctas.

60°. En el parto de cara:

- a) El punto guía es la frente y el diámetro es el occipito-mentoniano.
- b) El punto guía es el mentón y el diámetro es el submento-bregmatico.
- c) El punto guía es el bregma y el diámetro es el occipito-frontal.
- d) El punto guía es el mentón y el diámetro es el mento-occipital.

61°. En relación al hidrops fetal no inmune, la causa más frecuente es:

- a) Urinaria.
- b) Cardiovascular.
- c) Hematológica.
- d) Infecciosas.

62°. La sutura metópica se encuentra:

- a) Entre el hueso frontal y el parietal.
- b) Entre el hueso parietal y el occipital.
- c) Entre los dos huesos frontales.
- d) Entre los dos huesos parietales.

63°. Sobre la enfermedad de Paget de vulva, NO es cierto que:

- a) Es un adenocarcinoma intraepitelial.
- b) Suele ser multifocal.
- c) Entre 2-4% de las pacientes presentan otras neoplasias sincrónicas de mama, recto, vejiga, uretra, cérvix u ovario.
- d) El prurito es el síntoma más común.

64°. Paciente diagnosticada de carcinoma de cérvix, tratada con una cirugía conservadora de la fertilidad y se le colocó un cerclaje cervical. A los 18 meses es diagnosticada de un aborto diferido. Señale la opción correcta:

- a) Siempre se debe retirar el cerclaje para permitir la expulsión de los restos ovulares.
- b) La administración de misoprostol para favorecer la expulsión es adecuada.
- c) La dilatación cervical y el legrado se asocian en estas pacientes a complicaciones graves.
- d) Se requiere histerotomía y extracción de restos vía abdominal.

65°. Paciente 28 años con deseos genésicos, diagnosticada de cistoadenocarcinoma seroso ovárico en estadio IAG1 de la FIGO. Tras realizar salpingooforectomía unilateral del lado afecto, ¿cuál sería el siguiente paso en su tratamiento?:

- a) Quimioterapia con cisplatino + paclitaxel durante 6 ciclos.
- b) Radioterapia intraperitoneal.
- c) Quimioterapia intraperitoneal.
- d) Ninguno.

66°. Paciente 34 años que en un cribado de cérvix rutinario presenta HSIL en citología. ¿cuál es la prueba preferente a realizar?

- a) Legrado endocervical.
- b) Conización con asa.
- c) Repetir cribado en 4 meses.
- d) Colposcopia y biopsia si procede.

67°. Paciente 65 años intervenida de adenocarcinoma de endometrio. El estudio Anatomopatológico describe un tumor endometrial endometriode de 3 cm que invade < 50% afectando en la porción inferior a las glándulas cervicales. Presenta un grado de diferenciación intermedio. ¿Cuál es el estadio tumoral?:

- a) II G2.
- b) Ib G1.
- c) Ib G2.
- d) Ia G2.

68°. El grado histológico FIGO G1, G2, G3, en el cáncer de endometrio viene determinado por:

- a) Número mitosis en el núcleo.
- b) Porcentaje de tumor sólido.
- c) Tamaño nuclear.
- d) Ninguna de las anteriores.

69°. En relación a la Enfermedad Trofoblástica Gestacional NO es cierto que:

- a) Engloba una serie de cuadros clínicos que tienen en común una elevación de B-HCG.
- b) En la etiología de la mola completa, el origen es paterno.
- c) En la mola parcial el cariotipo fetal es diploide en el 90 % de los casos.
- d) La mola completa presenta un 10% de los casos cariotipo 46XY.

70°. En relación al cáncer de vagina, ¿cuál es la respuesta incorrecta?:

- a) Es uno de los tumores ginecológicos más infrecuentes.
- b) La mayoría de los carcinomas epiteliales son tumores primarios.
- c) Solo se debe considerar tumor primario de vagina si no afecta a vulva y/o cérvix.
- d) La histología más frecuente es carcinoma escamoso.

71°. El síndrome de Cowden además de cáncer de mama y endometrio puede presentar tumores en:

- a) Hamartomas benignos y tiroides.
- b) Hueso, cerebro, sarcomas.
- c) Estómago, uréter, vía biliar.
- d) Cérvix, páncreas.

72°. Paciente a la que se le diagnostica un cistoadenocarcinoma seroso de alto grado de ovario de 6 cm con un implante en epiplón de 3 cm, una adenopatía aórtica positiva de 0.6 cm. y una metástasis en cápsula hepática de 2 cm ¿Cuáles el estadio FIGO?:

- a) IIIA.
- b) IIIB.
- c) IIIC.
- d) IV.

73°. Respecto al VIN tipo diferenciado. Señale la respuesta falsa:

- a) Aparece en mujeres > 40 años.
- b) Frecuentemente suelen ser lesiones multifocales.
- c) Se asocia a mutación P53.
- d) El pronóstico es desfavorable.

74°. El VIN tipo común está causado mayoritariamente por:

- a) Deficiencia estrogénica.
- b) HPV 16.
- c) HPV 18.
- d) Mutación p53.

75°. Según la clasificación genética del cáncer de endometrio, la presencia habitual de las mutaciones PTEN 94%, KRAS 53% y PIK3CA 71% corresponde a:

- a) Inestabilidad de microsatélites (IMS) hipermutado.
- b) POLE ultramutado.
- c) Seroso like.
- d) Endometrioide.

PREGUNTAS DE RESERVA

1º. Según el documento de consenso de la ESGO-ESTRO-ESP de 2020 para el cáncer endometrial, un carcinoma seroso en estadio IA con P53 mutado se clasifica como de riesgo:

- a) Bajo.
- b) Intermedio.
- c) Alto-intermedio.
- d) Alto.

2º. ¿De los siguientes sistemas antigénicos implicados en la anemia hemolítica perinatal cual No pueden producir una anemia severa?

- a) Rhc.
- b) Kell.
- c) Vel.
- d) Globoside.

3º. En relación a la determinación de fenotipo y genotipo paternos a la enfermedad hemolítica perinatal, en la gestante inmunizada, señale la respuesta incorrecta.

- a) El estudio del fenotipo paterno es importante.
- b) Si el fenotipo del progenitor es RhD positivo y el resultado del genotipo es heterocigoto; determina la necesidad de estudiar el genotipo fetal.
- c) Aun conociendo el fenotipo paterno del RhD, es necesario determinar la zigosis paterna en casos de isoimmunización anti-Rhc, Kell.
- d) Si el padre es negativo para ese antígeno en cuestión, se seguirá un control habitual de la gestación.

4º. En el arco tendíneo o línea blanca de la pelvis se inserta el:

- a) Obturador interno.
- b) Ileocoxígeo.
- c) Transverso profundo del periné.
- d) Bulbocavernoso.

5°. El síndrome de Mc Cune Albright no se caracteriza por:

- a) Disgenesia gonadal.
- b) Pubertad precoz.
- c) Displasia ósea fibrosa.
- d) Manchas cutáneas café con leche.

6°. En relación a la interpretación de la serología de la sífilis, señale la respuesta incorrecta:

- a) Pruebas reaginicas negativas y treponemicas negativas no infección.
- b) Pruebas reaginicas positivas y treponemicas negativa, falso negativo.
- c) Pruebas reaginicas positiva y treponemica positiva infección confirmada.
- d) Pruebas reaginicas negativa y treponemicas positiva infección antigua.

Convocatoria para la provisión, mediante concurso-oposición, de 10 plazas del puesto de trabajo de FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Ejercicio/Prueba nº 1 de la oposición, realizado en fecha: 23 de octubre de 2021.

Plantilla de respuestas válidas

PREGUNTA	RESPUESTA	PREGUNTA	RESPUESTA
Nº	VÁLIDA	Nº	VÁLIDA
1	D	51	D
2	C	52	B
3	D	53	C
4	A	54	C
5	B	55	B
6	B	56	B
7	B	57	C
8	B	58	D
9	D	59	D
10	A	60	B
11	D	61	B
12	D	62	C
13	D	63	C
14	B	64	B
15	C	65	D
16	B	66	D
17	D	67	D
18	C	68	B
19	D	69	C
20	D	70	B
21	B	71	A
22	A	72	C
23	A	73	B
24	D	74	B
25	B	75	B
26	B	PREGUNTAS DE RESERVA	
27	A		
28	C	1	B
29	A	2	C
30	B	3	C
31	C	4	B
32	D	5	A
33	C	6	B
34	B		
35	C		
36	B		
37	C		
38	C		
39	B		
40	C		
41	B		
42	C		
43	C		
44	D		
45	B		
46	A		
47	D		
48	B		
49	C		
50	A		

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
FEA EN OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

**(Resolución 1109E/2020, de 13 de octubre, del Director Gerente
del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)**

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS

23 de octubre de 2021

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**

CASO CLÍNICO 1 (11 puntos)

1ª Parte:

Paciente de 29 años, primigesta, que acude a urgencias por dolor abdominal leve y metrorragia escasa. No presentaba antecedentes patológicos relevantes salvo úlcera gástrica ya curada y antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, solucionada con tratamiento médico. Bebedora ocasional de cerveza y fumadora de una media inferior a los 6 cigarrillos diarios. Grupo sanguíneo A negativo.

Su fórmula menstrual es 5/35-50 y no tiene revisiones ginecológicas recientes, aunque presenta una amenorrea de 10 semanas.

La exploración mostró una hemorragia vaginal escasa con cérvix cerrado y un útero de contorno irregular, con aumento de tamaño leve a la palpación, ligeramente dolorosa, en el lado izquierdo.

No había signos objetivos de defensa abdominal, ni signos de irritación peritoneal, aunque refiere dolor leve que tolera bien de unas 48 horas de evolución.

TA: 125/70 y 65 ppm y temperatura axilar de 36.7°C.

En el control analítico realizado, se objetiva una Hb de 12.1 y Hto de 35, con pruebas de coagulación normales, con un nivel de bHCG en plasma de 5100 mU/mL.

La ecografía realizada en urgencias muestra cavidad con línea endometrial engrosada, con una imagen sospechosa en anejo izquierdo de 34x 39 mm y leve cantidad de líquido abdominal libre.

Repetida la exploración en Unidad de Ecografía, se determina que se trata de un embarazo cornual (intersticial) izquierdo, con las medidas referidas anteriormente, sin objetivarse latido cardíaco.

En relación con el caso clínico planteado responda a las siguientes cuestiones:

- 1º- Dentro del diagnóstico diferencial, señala los signos ecográficos del embarazo ectópico tubárico y los del embarazo ectópico cornual/intersticial.
- 2º- Pauta de manejo y propuesta de tratamiento inicial de la paciente.
- 3º- Enumera las contraindicaciones generales para la administración de metotrexate.

2ª Parte:

Al segundo día, empeoramiento clínico del dolor abdominal, que se agudiza al levantar la pierna, y con control ecográfico donde se objetiva aumento de la cantidad de líquido libre intraabdominal. En la analítica de control, la Hb es de 9.2 y Hto de 28.5, la bHCG de 5.980 y la frecuencia cardiaca materna de 95 ppm.

En relación con el caso clínico planteado responda a la siguiente cuestión:

4º- ¿Cuál sería la actitud terapéutica a tomar en estos momentos? Describe las distintas opciones técnicas posibles.

CASO CLÍNICO 2 (11 puntos)

1ª Parte:

Gestante de 38 +3 semanas que ingresa en dilatación para estimulación de parto por diabetes gestacional mal controlada en tratamiento con insulina. Edad 41 años.

G4P3 Sin alergias conocidas. Antecedentes Personales: cirugía de estrabismo en la infancia, conización en 2016. Partos anteriores vaginales eutócicos; peso menor o igual de 3.550 gr.

Exudado vagino-rectal negativo para *Streptococo Agalactiae*. Serologías negativas. Ganancia ponderal materna en embarazo 21 Kg.

Peso fetal estimado hace una semana: 3.890 gramos (p 95). Sexo masculino.

Pruebas complementarias a su llegada: Tensión Arterial: 134/83 85 lpm. Temperatura: 36.7° C. RCTG: feto reactivo, buena variabilidad, ascensos transitorios, línea basal 135 lpm, dinámica uterina irregular.

No desea analgesia epidural.

Se canaliza vía venosa.

Es explorada por tocólogo de guardia, tacto vaginal: cérvix borrado 50%, 2 cm de dilatación, bolsa íntegra, cefálica, SES. Se realiza amniorrexis artificial, fluyendo líquido amniótico ligeramente teñido. Treinta minutos tras la amniorrexis, la dinámica uterina sigue siendo irregular, por lo que se procede a iniciar perfusión de oxitócina según protocolo por pauta médica. Durante la primera fase de dilación se realiza cardiotocografía externa del feto, presentando un registro tranquilizador. Tras 2 horas de dinámica regular, la gestante nota sensación de pujo, realizamos tacto, encontrándose en dilatación completa, OIDA y III plano de Hodge. Es trasladada a paritorio. acompañada de su pareja, siendo atendida por una matrona y una auxiliar.

Tras varios pujos espontáneos en paritorio se produce el desprendimiento de la cabeza fetal, presentando una importante retracción de la misma hacia atrás "Signo de la tortuga".

En relación con el caso clínico expuesto responda a las siguientes cuestiones:

- 1- A) ¿Ante qué situación clínica nos encontramos? Defínala.
B) ¿Qué factores de riesgo presenta esta paciente para que se produzca dicha situación clínica?
- 2- ¿Cuáles serían las siguientes pautas de actuación antes de realizar la extracción fetal?
- 3- Maniobras a realizar para extracción fetal, enumérelas.

2ª Parte:

A los 10 minutos de haber alumbrado, inicia un sangrado vaginal abundante, que no cede con la aplicación masaje del fondo uterino, se ha de cambiar el empapador en pocos minutos y se estima más de 500 ml de pérdida de sangre. Se comprueba fondo uterino, está blando y la altura uterina permanece supra umbilical. La puérpera refiere sensación de mareo. TA: 90/65; FC materna 115 latidos por minuto.

- 4- ¿Cómo clasificaría la gravedad de esta hemorragia postparto inmediato?
- 5- Finalmente, descartando el resto de etiologías de hemorragia postparto inmediato, la paciente es diagnosticada de una atonía uterina, ¿Cuál sería su pauta de actuación?

CASO CLINICO 3 (11 PUNTOS)

Parte 1:

Paciente de 63 años.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial bien controlada con tratamiento oral.

Intervención quirúrgica: prótesis cadera derecha.

Menarquía: 13. Menopausia: 52. G2P1A1.

No revisiones ginecológicas hasta 2018.

Conización previa en 2019 por biopsia de CIN III y HSIL y controles posteriores normales.

En relación con el caso clínico expuesto responda a las siguientes cuestiones:

1.- ¿Cuáles son las recomendaciones de control (Oncoguía SEGO Prevención 2014) postconización con márgenes libres?

Parte 2:

En la última revisión:

- Exploración: Cérvix amputado. Se identifica OCE. Estenosis vaginal.
- Colposcopia: Cérvix desaparecido. ZT (Zona de transformación) tipo 3. No EAB (Epitelio Aceto Blanco). Lugol captación homogénea. Se realiza citología, HPV y toma endocervical
- Resultados; HPV 16 + y ACG (Atipia de células glandulares).

Se realiza Histerectomía Abdominal + Doble Anexectomía por laparoscopia:

- Anatomía Patológica: Adenocarcinoma de endocérvix tipo endocervical bien diferenciado.
- Tamaño tumoral: 2,1 cm por 1.1 cm.
- Invasión estromal: 5.8 mm (sobre un espesor de 9 mm).
- Infiltra el segmento uterino inferior.
- No invasión linfovascular.
- Rodete vaginal libre y ausencia de infiltración parametrial
- Endometrio atrófico. Ovarios y trompas sin infiltración.

En relación con el caso clínico expuesto responda a las siguientes cuestiones:

- 2.- ¿Cuál es el manejo propuesto en este caso, tras los hallazgos anatomopatológicos, para la estadificación tumoral?
- 3.- Estadío tumoral aparente de este tumor con estudio de extensión negativo
- 4.- Actitud terapéutica, en función de factores de riesgo
- 5.- ¿Cuáles son los criterios de alto riesgo de recidiva, según criterios anatomopatológicos, tras la cirugía?