

OBSTETRICIA

1. LA INSTAURACIÓN DEL EMBARAZO

*. En cuanto al origen embriológico de la gónadas es falso que: (2020 junio)

- a) La diferenciación depende del cromosoma Y. *
- b) El aparato reproductor femenino se diferencia a partir de los conductos paramesonefricos (Muller).
- c) La presencia de FDT determina la formación del testículo.
- d) En embriones XX la corteza de la gónada indiferente se diferencia en un ovario y la médula degenera.
- e) La gónada masculina o femenina determina la diferenciación de los caracteres sexuales secundarios.

. En cuanto al origen embriológico de la gónadas es falso que: (2020 junio)

- a) La diferenciación depende del cromosoma Y. *
 - la unión de cromosoma X + Y = síntesis FDT = gonadas diferencian en testículos.
- b) El aparato reproductor femenino se diferencia a partir de los conductos paramesonefricos (Muller).
 - conducto Muller/paramesofrenicos (ausencia FDT) = gónada femenina / ovario
 - conducto Wolf (presencia FDT) = gónada masculina / testículos
- c) La presencia de FDT determina la formación del testículo.
 - si hay FDT (factor determinante testicular) se desarrollará gónada masculina.
- d) En embriones XX la corteza de la gónada indiferente se diferencia en un ovario y la médula degenera.
 - embriones con dotación cromosómica XX = acórtela gónada se diferencia en ovario + médula se atresia.
- e) La gónada masculina o femenina determina la diferenciación de los caracteres sexuales secundarios.
 - caracteres sexuales primarios y secundarios derivan de: sexo cromosómico + gónada.

. En cuanto al proceso de gametogénesis, el gameto masculino: (2023 abril)

- a) Tras sufrir las 2 DM, se convierten un espermatozito maduro.
- b) Tras la 1ª DM espermatozito primario da lugar a espermatozitos diploides.
- c) Tras la 2ª DM se generando espermatozitos secundarios.
- d) Tras las dos DM de cada espermatozito primario se obtienen 4 espermáticas haploides. *
 - espermatogénesis = los espermatozitos primarios van a sufrir la primera división meiótica obteniendo dos espermatozitos secundarios iguales, y sobre cada uno de ellos actuará la segunda división meiótica, obteniendo al final 4 espermátides.
 - final meiosis II = 4 células hijas haploides (con 1 cromátida).

. En cuanto a las diferencias entre la gametogénesis masculina y femenina es FALSO que: (2022)

- a) La duración del proceso de gametogénesis es idéntica para el gameto masculino y el femenino.
- b) El testículo produce espermatogonias continuamente.
- c) Las ovogonias son diploides.
- d) En la masculina se obtienen 4 células funcionales de cada espermatogonia y en la femenina solo 1 por cada ovogonia.

. En cuanto a las diferencias entre la gametogénesis masculina y femenina es FALSO que: (2022)

- a) La duración del proceso de gametogénesis es idéntica para el gameto masculino y el femenino. *
 - diferencia entre gametogénesis fem vs masc = cronología + cantidad gametos + características morfológicas/funcionales.
 - oogenesis = proceso se completa 1 vez / espermatogénesis = proceso indefinida y diariamente.
- b) El testículo produce espermatogonias continuamente.
 - las espermatogonias quedan en los túbulos seminíferos para siempre como células madre que generan millones de espermatozoides de manera ininterrumpida
 - el varón produce espermatogonias constantemente
- c) Las ovogonias son diploides.
 - gametogénesis masc/fem = suceden a partir de células germinales (oogonias/espermatogonias) diploides.
- d) En la masculina se obtienen 4 células funcionales de cada espermatogonia y en la femenina solo 1 por cada ovogonia.
 - solo se produce 1 célula funcional en la oogenesis [vs] 4 en la espermatogénesis.
 - gametogénesis masc y fem => divisiones meióticas = 4 células: 4 maduras en espermatogénesis [vs] 1 madura en oogenesis.

*. En cuanto a gametogénesis es cierto que: (2021 febrero)

- a) Los gametos proceden de la línea celular de las células somáticas.
- b) En la masculina se producen dos célula funcionales y sólo una en la femenina.
- c) En el proceso se producen únicamente divisiones meióticas.
- d) Las células germinales son haploides.
- e) Los óvulos se generan a partir de un número determinado de ovogonias presentes ya en el momento del nacimiento.

. En cuanto a gametogénesis es cierto que: (2021 febrero)

- a) Los gametos proceden de la línea celular de las células somáticas.
→ gametogénesis = proceso embriológico que sufren células germinales (distintas células somáticas).
- b) En la masculina se producen dos célula funcionales y sólo una en la femenina.
→ oogenesis = una célula funcional / espermatogénesis = 4 células funcionales.
- c) En el proceso se producen únicamente divisiones meióticas.
→ en el proceso de la gametogénesis tiene lugar mediante divisiones mitóticas a partir de espermatogonias/oogonias y luego hay un proceso de divisiones meiótica (que permite mantener constante el número de cromosomas tras la fecundación).
- d) Las células germinales son haploides.
→ células germinales = diploides
- e) Los óvulos se generan a partir de un número determinado de ovogonias presentes ya en el momento del nacimiento.
→ la mujer nace con un determinado número de ovocitos (400 000: reserva ovárica)
→ al nacimiento no quedan oogonias

. En cuanto a gametogénesis es cierto que: (2020 febrero) (2019 enero)

- a) Los gametos proceden de la línea celular de las células somáticas.
- b) En la masculina se producen 4 célula funcionales y sólo 1 en la femenina. *
- c) En el proceso se producen únicamente divisiones meióticas.
- d) Las células germinales son haploides.
- e) Los espermatozoides se generan a partir de un número determinado de espermatogonias presentes ya en el momento del nacimiento.

. En cuanto a gametogénesis es cierto que: (2019 enero)

- a) Los gametos proceden de la línea celular de las células somáticas.
→ células germinales = gametos
- b) En la masculina se producen 4 célula funcionales y sólo 1 en la femenina. *
→ gametogénesis masculina = 4 células funcionales / fémmina = 1 célula funcional
- c) En el proceso se producen únicamente divisiones meióticas.
→ gametogénesis tiene lugar mediante divisiones mitóticas (a partir de espermatogonias u oogonias) y luego hay un proceso de divisiones meióticas.
- d) Las células germinales son haploides.
→ células germinales = diploides / gametos (células resultantes) = haploides
- e) Los espermatozoides se generan a partir de un número determinado de espermatogonias presentes ya en el momento del nacimiento.
→ la mujer nace con un número determinado de ovocitos mientras que el varón está produciendo espermatogonias constantemente.

. Las espermatogénesis: (2018 enero)

- a) Es la producción de espermatogonias.
- b) Proceso de migración de las espermatogonias desde el saco vitelino hasta la cresta gonadal.
- c) Transformación de las espermatogonias de 46 cromosomas en espermatocitos primarios de 46 cromosomas.
- d) Comienza en la pubertad.
- e) Es el proceso de fecundar al óvulo.

. Las espermatogénesis: (2018 enero)

- a) Es la producción de espermatogonias.
→ espermatogénesis = se van a obtener espermatozoides a partir de de espermatogonias.
- b) Proceso de migración de las espermatogonias desde el saco vitelino hasta la cresta gonadal.
→ esto ocurre durante desarrollo embrionario
- c) Transformación de las espermatogonias de 46 cromosomas en espermatocitos primarios de 46 cromosomas. *

→ espermatogonias (46 cromosomas) se dividen x mitosis = espermatocitos primarios (46 cromosomas) → meiosis I = espermatocitos secundarios (23 cromosomas).

- d) Comienza en la pubertad. (*)
→ según chat GPT es cierto
- e) Es el proceso de fecundar al óvulo.

. En la producción de los gametos masculinos: (2017 junio)

- a) Es la maduración y producción de los espermatozoides.
- b) Este proceso tiene lugar en el epidídimo terminal o cola.
- c) Las células precursoras son las células de Leydig.
- d) En este proceso, las espermatogonias pasan directamente a formar espermatidas.
- e) Los espermatocitos son espermatozoides con anomalías estructurales.

. En la producción de los gametos masculinos: (2017 junio)

- a) Es la maduración y producción de los espermatozoides.
→ espermatogénesis = producción de espermatozoides a partir de espermatogonias
- b) Este proceso tiene lugar en el epidídimo terminal o cola.
→ células germinales primordiales se dividen en espermatogonias en los conductos seminíferos y se dirigen a los tubulos seminíferos donde se irán diciendo hasta llegará a espermatozoides.
- c) Las células precursoras son las células de Leydig.
→ células precursoras de espermatozoides = espermatogonias
- d) En este proceso, las espermatogonias pasan directamente a formar espermatidas.
→ espermatogonias A → espermatogonias B → espermátocitos primero → espermatocitos secundarios → espermátides → espermatozoides
- e) Los espermatocitos son espermatozoides con anomalías estructurales.
→ espermatocitos = células etapa intermedia espermatogénesis

*. En el proceso de la fecundación del óvulo por el espermatozoide, suceden dos acciones fundamentales: (2018 enero)

- a) El espermatozoide libera hialuronidasa. (*)
- b) El ovocito se ha desprendido de la membrana pelúcida y las células de la granulosa.
- c) Es fundamental la permanencia durante y después de este proceso, la integridad del espermatozoide.
- d) Se precisan niveles de Ácido Fólico y Selenio, en el varón, en valores dentro del rango de la normalidad.
- e) Que el óvulo se encuentre en metafase II y tener el ADN nuclear del espermatozoide aunque éste no esté vivo. (*)

. En el proceso de fecundación es cierto que: (2022)

- a) La membrana pelúcida del óvulo está compuesta por 5 capas de glucolípidos
- b) Tras la fusión de las membranas de ambos gametos se produce una repolarización instantánea de la membrana citoplasmática ovular.
- c) Para el bloqueo de la poliespermia los gránulos corticales liberan su contenido por exocitosis al espacio perivitelinodel óvulo.
- d) Tras entrar el espermatozoide al citoplasma del óvulo, éste se activa e inicia la 2ª DM.

. En el proceso de fecundación es cierto que: (2022)

- a) La membrana pelúcida del óvulo está compuesta por 5 capas de glucolípidos
→ membrana pelúcida = compuesta de mucopolisacáridos (ZP1, ZP2 y ZP3).
→ chatGPT = membrana pelúcida compuesta mayoría x glucoproteínas.
- b) Tras la fusión de las membranas de ambos gametos se produce una repolarización instantánea de la membrana citoplasmática ovular.
→ fusión membranas = formación cono fecundación (permite fusión membranas para que cabeza espermatozoide pueda entrar) + instantánea despolarización membrana ovocito (1er bloqueo poliespermia óvulo) + liberación gránulos corticales (2º bloqueo poliespermia).
- c) Para el bloqueo de la poliespermia los gránulos corticales liberan su contenido por exocitosis al espacio perivitelino del óvulo. *
→ liberación gránulos corticales (reacción cortical) ⇒ reacción cortical tras despolarización eléctrica = libera calcio a espacio perivitelino = [OFF] receptores espermatozoides ~ impermeabilizando membrana pelúcida.
- d) Tras entrar el espermatozoide al citoplasma del óvulo, éste se activa e inicia la 2ª DM. *

→ último proceso que se produce una vez tenemos núcleo espermatozoide dentro citoplasma ovárico = fusión núcleos / "singamia" => entrada espermatozoide en citoplasma ovulo = ovulo activa 2ª división meiótica.

. En el proceso de fecundación es cierto que: (2020 junio)

- a) Solo un espermatozoide logra atravesar la corona radiata.
- b) La membrana pelúcida del óvulo está compuesta por cinco capas de glucolípidos.
- c) Tras la reacción acrosómica el espermatozoide penetra en el núcleo del óvulo.
- d) Para el bloqueo de la poliespermia se ocluye el espacio perivitelino y se liberan los gránulos corticales.
- e) Tras entrar el espermatozoide al citoplasma del óvulo este se activa para terminar la 2ª DM

. En el proceso de fecundación es cierto que: (2020 junio)

- a) Solo un espermatozoide logra atravesar la corona radiata. *

→

- b) La membrana pelúcida del óvulo está compuesta por cinco capas de glucolípidos.
→ membrana pelúcida compuesta de mucopolisacáridos (ZP1, ZP2, ZP3)
- c) Tras la reacción acrosómica el espermatozoide penetra en el núcleo del óvulo.
→ reacción acrosómica = desencadenada x contacto cabeza espermatozoide + ZP3 de la membrana pelúcida = liberación enzimas proteolíticas del acrosómica para digerir componentes membrana pelúcida y atravesarla (capa mucopolisacáridos / ZP).
- d) Para el bloqueo de la poliespermia se ocluye el espacio perivitelino y se liberan los gránulos corticales.
→ si que liberan calcio los gránulos corticales al espacio perivitelino provocando cambios en ZP (donde están receptores espermatozoide) = evitan poliespermia
- e) Tras entrar el espermatozoide al citoplasma del óvulo este se activa para terminar la 2ª DM
→ con la entrada del espermatozoide en el citoplasma del óvulo = óvulo se activa para terminar 2ª división meiótica

. En el proceso de fecundación tras fusionarse las membranas de los gametos es FALSO que: (2021 febrero)

- a) Se forma el cono de fecundación.
- b) Se despolariza rápidamente la membrana del óvulo.
- c) Se liberan los gránulos corticales al citoplasma del óvulo. *
- d) Se inactivan los receptores de la zona pelúcida
- e) La cabeza del espermatozoide entra en el citoplasma del óvulo.

→ fases fecundación - 3ª fusión membranas => cuando espermatozoide contacta con MP ovulo = 3:

1. Formación cono fecundación = permite fusión membranas para que cabeza espermatozoide pueda entrar.
2. Despolarización instantánea = 1er bloqueo poliespermia
3. Liberación gránulos corticales = libera calcio al espacio perivitelino = inhibir receptores espermatozoide

. En el proceso de fecundación al fusionarse las membranas de los gametos es CIERTO que: (2020 febrero)

- a) Se forma el cono de fecundación. *
- b) Se despolariza lentamente la membrana del óvulo.
- c) Se liberan los gránulos corticales al citoplasma del óvulo.
- d) Se ocluye el espacio perivitelino.
- e) El espermatozoide pierde su cola.

. En el proceso de fecundación al fusionarse las membranas de los gametos es CIERTO que: (2020 febrero)

- a) Se forma el cono de fecundación. *

→ fases fecundación = 3ª fusión membranas = formación cono fecundación

- b) Se despolariza lentamente la membrana del óvulo.
→ fusión membranas = despolarización instantánea de la membrana del pvoxito
- c) Se liberan los gránulos corticales al citoplasma del óvulo.
→ fusión membranas = liberación del contenido de los gránulos corticales al espacio perivitelino
- d) Se ocluye el espacio perivitelino.
→ que pesados, no se oclúyeme, sólo se libera calcio para que la ZP no permita la entrada de más espermatozoides
- e) El espermatozoide pierde su cola.
→ fases fecundación = 5ª fusión núcleos (singamia) => espermatozoide avanza hasta que su cabeza que contiene el núcleo se encuentra junto al pronúcleo femenino - cola se desprende (degenera) y núcleo se condensa formando pronúcleo masculino.

. En el proceso de fecundación al fusionarse las membranas de los gametos es falso que: (2019 enero)

- a) Se forma el cono de fecundación.
 - b) Se despolariza instantáneamente la membrana del óvulo.
 - c) Se liberan los gránulos corticales.
 - d) Se ocluye el espacio perivitelino. *
 - e) Se desencadenan procesos que bloquean los poliespermia.
- fusión membranas = gránulos corticales liberan calcio a espacio perivitelino pero NO lo ocluyen.

. Respecto a las funciones de la zona pelúcida del embrión tras la fecundación es FALSO que: (2023 abril)

- a) Hace de barrera inmunológica al no expresar antígenos de histocompatibilidad.
 - b) Facilita la diferenciación del trofoblasto.
 - c) Es una membrana porosa, permeable al paso de sustancias. *
 - d) La fundamental para una correcta invasión trofoblástica.
- zona pelúcida - funciones:
- no tiene antígenos de histocompatibilidad, con lo cual esa estructura que es extraña para la madre no es atacada por sus sistema de defensa
 - facilita la diferenciación del trofoblasto
 - permite paso nutrientes durante viaje embrionario a útero, gracias a su porosidad
- fundamental para correcta invasión trofoblástica = yo creo que lo dice xq implantación no se va a llevar a cabo hasta que la zona pelúcida produzca la eclosión.

. En cuanto a la reacción decidual (RD) es cierto que: (2020 junio)

- a) Si es adecuada, nunca puede producirse un fallo de implantación del embrión.
 - b) Las células deciduales son ricas en proteínas y pobres en lípidos.
 - c) En la RD solo se implica la capa mucosa del endometrio.
 - d) Tiene lugar en todo el endometrio y no solo en el sitio de implantación. *
 - e) La RD se inicia alrededor de la semana 8 de gestación.
- según ChatGPT RD se inicia en respuesta a la implantación del blastocisto en el endometrio que ocurre entre 5-7 día después fecundación.

. En la reacción decidual es FALSO que: (2019 enero)

- a) Es fundamental para la implantación.
- b) Únicamente se implica la capa mucosa endometrial.
- c) Las células deciduales son ricas en glucógeno y lípidos.
- d) Se producen todo el endometrio, no solo en el lugar de implantación.
- e) Es fundamental para la nutrición del embrión en la etapa prehemotrofa previa la placentación.

. En la reacción residual es FALSO que: (2019 enero)

- a) Es fundamental para la implantación.
→
- b) Únicamente se implica la capa mucosa endometrial. *
→ reacción decidual = no solo la mucosa participa en esta (fibroblasts del estroma, tras implantación, se transforman en células deciduales poligonales cargadas de glucógeno y representan una barrera a la penetración trofoblástica).
- c) Las células deciduales son ricas en glucógeno y lípidos.
→ células endometriales = ricas: glucógeno + lípidos
→ *aclaración* células deciduales son las células endometriales transformadas x reacción decidual.
- d) Se producen todo el endometrio, no solo en el lugar de implantación.
→
- e) Es fundamental para la nutrición del embrión en la etapa prehemotrofa previa la placentación.
→ reacción decidual = células endometriales ricas en glucógeno y lípidos sirven de reserva nutricional hasta que se inicie el contacto con vasos maternos (etapa prehemotrofa).

2. LA PLACENTA: MORFOLOGÍA Y FUNCIÓN

. Señala la opción FALSA respecto a la estructura placentaria: (2022)

- a) Las vellosidades secundarias no tienen vasos en su núcleo mesenquimático.
- b) La placa coriónica se sitúa en la cara materna de la placenta.
- c) Los tabiques placentarios parten de la decidua basal y dividen la placenta en cotiledones.
- d) La placa citotrofoblástica está en contacto con la decidua basal materna.

. Señala la opción FALSA respecto a la estructura placentaria: (2022)

- a) Las vellosidades secundarias no tienen vasos en su núcleo mesenquimático.
→
- b) La placa coriónica se sitúa en la cara materna de la placenta. *
→ placa coriónica = cara fetal.
- c) Los tabiques placentarios parten de la decidua basal y dividen la placenta en cotiledones.
→ tabiques placentarios = surgen de decidua basal (, se proyectan hacia interior) y dividen en cotiledones.
- d) La placa citotrofoblástica está en contacto con la decidua basal materna.
→ placa citotrofoblástica = cara materna → (capa de células del citotrofoblasto en contacto con decidua basal).

. Indica la opción correcta respecto a la estructura placentaria. (2021 febrero)

- a) Las vellosidades terciarias no tienen vasos en su núcleo mesenquimático.
- b) La placa citotrofoblástica se sitúa en la cara fetal.
- c) Los tabiques placentarios parten de la decidua basal y se anclan en la placa coriónica.
- d) El amnios cubre la cara materna de la placenta.
- e) Los cotiledones placentarios entran en contacto con la decidua basal materna.

. Indica la opción correcta respecto a la estructura placentaria. (2021 febrero)

- a) Las vellosidades terciarias no tienen vasos en su núcleo mesenquimático.
→ vellosidades terciarias = entre las células mesodérmicas centrales se diferencian células sanguíneas y pequeños vasos sanguíneos (confluyen formando el sistema capilar veloso).
- b) La placa citotrofoblástica se sitúa en la cara fetal.
→ placa citotrofoblástica (contacto con decidua basal) = cara materna
- c) Los tabiques placentarios parten de la decidua basal y se anclan en la placa coriónica.
→ tabiques placentarios = surgen de decidua basal (y se proyectan hacia placa coriónica) = dividiendo placenta en cotiledones
→ creo que el fallo está en se anclan
- d) El amnios cubre la cara materna de la placenta.
→ cara fetal recubierta x amnios (cubre corion)
- e) Los cotiledones placentarios entran en contacto con la decidua basal materna. *
→ decidua basal = tabiques placentarios = cotiledones

. Indica la opción correcta respecto a la estructura placentaria. (2019 enero)

- a) Las vellosidades secundarias no tienen vasos en su núcleo mesenquimático. *
- b) La placa citotrofoblástica se sitúa en la cara fetal.
- c) Los tabiques placentarios parten de la decidua basal y se anclan en la placa coriónica.
- d) El amnios cubre la cara materna de la placenta.
- e) Los cotiledones placentarios no entran en contacto con la decidua basal materna.

. En el feto la mayor presión parcial de oxígeno se encuentra en la sangre de: (2021 febrero)

- a) Arterias umbilicales.
 - b) Aorta.
 - c) Venas pulmonares.
 - d) Vena umbilical. *
 - e) Aurícula izquierda.
- circulación placentaria = sangre rica en nutrientes y O₂ vuelve a circulación fetal x venas coriónicas → vena umbilical.

. En cuanto a la circulación placentaria, es cierto que: (2023 abril)

- a) Los espacios intervellosos (EI) contienen unos 350 mL de sangre fetal.
- b) La velocidad de recambio fetal de la sangre de los EI es de 7-8 veces/minuto.
- c) El gradiente de presión entre las arterias espirales y el EI es de unos 40mmHg.
- d) La sangre oxigenada vuelve al feto por las 2 arterias umbilicales.

. En cuanto a la circulación placentaria, es cierto que: (2023 abril)

- a) Los espacios intervellosos (EI) contienen unos 350 mL de sangre fetal.
→ espacios intervellosos = 150mL sangre.
- b) La velocidad de recambio fetal de la sangre de los EI es de 7-8 veces/minuto.
→ espacios intervellosos = velocidad recambio 3-4 veces/min.
- c) El gradiente de presión entre las arterias espirales y el EI es de unos 40mmHg. (*)
→ presión sanguínea = arterias espirales 60-70mmHg - espacio intervelloso 20-30mmHg = 40
- d) La sangre oxigenada vuelve al feto por las 2 arterias umbilicales.
→ sangre oxigenada materna es impulsada desde arterias espirales en placa basal hacia vellosidades en espacios intervellosos.

. En cuanto a la circulación placentaria, es cierto que: (2021 febrero)

- a) Los espacios intervellosos (EI) contienen unos 30 mmL de sangre fetal.
- b) La velocidad de recambio fetal de la sangre de los EI es de 7-8 veces/minuto.
- c) El gradiente de presión entre las arterias espirales y el EI es de unos 40mmHg. *
- d) La sangre desoxigenada del EI vuelve a la circulación materna por las arterias endometriales.
- e) La sangre oxigenada vuelve al feto por las 2 arterias umbilicales.
→ sangre desoxigenada vuelve a circulación materna x venas endometriales

. En cuanto a la circulación placentaria, es cierto que: (2019 enero)

- a) Los espacios intervellosos (EI) contienen unos 300mL de sangre fetal.
 - b) La velocidad de recambio fetal de la sangre de los EI es de 7-8 veces/minuto.
 - c) Las arterias espirales discurren por el EI hasta la placa corial.
 - d) La sangre desoxigenada del EI vuelve a la circulación materna por las arterias endometriales.
 - e) La sangre oxigenada vuelve al feto por una única vena umbilical. *
- c) sangre materna rica en O₂ + nutrientes → arterias uterinas → arterias espirales de la decidua basal → penetra EI → vellosidades → placa coriónica → vena umbilical → feto

. En la función de intercambio gaseoso de la placenta es cierto que: (2023 abril)

- a) El CO₂ es 20 veces más difusible a través de la membrana placentaria que el O₂.
- b) La hemoglobina fetal tiene menos afinidad por el O₂ que la materna.
- c) El oxígeno que atraviesa la placenta es el que circula ligado a la hemoglobina.
- d) El efecto Haldane favorece el paso de O₂ desde la sangre materna a la fetal.

. En la función de intercambio gaseoso de la placenta es cierto que: (2023 abril)

- a) El CO₂ es 20 veces más difusible a través de la membrana placentaria que el O₂. *
→ CO₂ x20 (+) difundible que el O₂ (x eso NO necesitamos tanto gradiente).
- b) La hemoglobina fetal tiene menos afinidad por el O₂ que la materna.
→ (la captación de oxígeno x sangre fetal es favorecida x:) > afinidad Hb fetal x O₂.
- c) El oxígeno que atraviesa la placenta es el que circula ligado a la hemoglobina.
→ el oxígeno que difunde a través de la placenta es el que circula disuelto en el plasma
- d) El efecto Haldane favorece el paso de O₂ desde la sangre materna a la fetal.
→ > parte anhídrido carbónico pasa de la sangre a la materna x fenómeno "efecto Haldane" (desoxigenación sangre aumenta capacidad Hb para portar CO₂ y viceversa).

. En la función de intercambio placentario es cierto que: (2021 febrero)

- a) La membrana placentaria (MP) de intercambio a término tiene sólo dos elementos: citotrofoblasto y endotelio vascular.
- b) La glucosa pasa la MP por difusión facilitada y existen 4 proteínas transportadoras para garantizar su aporte al feto.
- c) El intercambio gaseoso no se realiza siempre a favor de gradiente de presión.
- d) El oxígeno que atraviesa la placenta es el que circula disuelto en el plasma.
- e) El efecto Haldane favorece el paso de O₂ desde la sangre materna a la fetal.

. En la función de intercambio placentario es cierto que: (2021 febrero)

- a) La membrana placentaria (MP) de intercambio a término tiene sólo dos elementos: citotrofoblasto y endotelio vascular.

- barrera placentario a término = sincitiotrofoblasto + endotelio vascular
- b) La glucosa pasa la MP por difusión facilitada y existen 4 proteínas transportadoras para garantizar su aporte al feto.
→ glucosa = pasa placenta x difusión facilitada → existen hasta 6 proteínas transportadoras de la glucosa (nutriente esencial para crecimiento y desarrollo fetal)
- c) El intercambio gaseoso no se realiza siempre a favor de gradiente de presión.
→ intercambio de gases (O₂ y CO₂) en la placenta se realiza x difusión simple a favor de gradientes de presión.
- d) El oxígeno que atraviesa la placenta en el que circula disuelto en el plasma. *
→ oxígeno difunde a través placenta = circula disuelto en plasma.
- e) El efecto Haldane favorece el paso de O₂ desde la sangre materna a la fetal.
→ captación O₂ x sangre fetal favorecida x = (+) afinidad Hb fetal x O₂ + (+) [Hb] en hematíes fetales + efecto Bohr (relación (+) CO₂/pH en sangre = (-) afinidad Hb x O₂).
→ mayoría anhídrido carbónico pasa de sangre fetal a materna x efecto Haldane [(-) O₂ sangre = (+)Hb+CO₂]

. Indica la opción correcta sobre la función placentaria: (2022)

- a) La membrana placentaria (MP) de intercambio a término tiene solo 2 elementos: citotrofoblasto y endotelio vascular.
- b) En el intercambio gaseosoplacentario el oxígeno pasa al feto por la mayor concentración de Hb en los hematíes maternos que en los fetales.
- c) El colesterol es el sustrato que usa la placenta para la síntesis de hormonas esteroideas.
- d) La única inmunoglobulina que atraviesa la MP es la IgM.

. Indica la opción correcta sobre la función placentaria: (2022)

- a) La membrana placentaria (MP) de intercambio a término tiene solo 2 elementos: citotrofoblasto y endotelio vascular.
→ BP a término = sincitiotrofoblasto + endotelio vascular.
- b) En el intercambio gaseosoplacentario el oxígeno pasa al feto por la mayor concentración de Hb en los hematíes maternos que en los fetales.
→ captación O₂ x sangre fetal favorecida (+) concentración Hb en hematíes.
- c) El colesterol es el sustrato que usa la placenta para la síntesis de hormonas esteroideas. *
→ (apoproteínas y esteres colesterol del LDL son hidrolizados x enzimas lisosómicas del sincitio para proveer:) colesterol = necesario para síntesis progesterona (+ Aa libres, incluidos Aa esenciales y ácidos grasos esenciales).
- d) La única inmunoglobulina que atraviesa la MP es la IgM.
→ transporte proteínas (+) grandes x plane HTA = limitado => IgG única inmunoglobulina capaz atravesar placenta.

. Indica la opción FALSA sobre la función de la placenta: (2019 enero)

- a) La membrana placentaria (MP) de intercambio a término tiene sólo 2 elementos: citotrofoblasto y endotelio vascular.
- b) La glucosa pasa la MP por difusión facilitada y existen 6 proteínas transportadoras para garantizar su aporte al feto.
- c) El intercambio gaseoso se realiza a favor de gradientes de presión.
- d) El colesterol es el sustrato que usa la placenta para la síntesis de progesterona.
- e) En la placenta se sintetizan hormonas específicas del embarazo como el lactógeno placentario y la gonadotropina coriónica.

. Indica la opción FALSA sobre la función de la placenta: (2019 enero)

- a) La membrana placentaria (MP) de intercambio a término tiene sólo 2 elementos: citotrofoblasto y endotelio vascular.
→ barrera placentaria a término = sincitiotrofoblasto + endotelio vascular
- b) La glucosa pasa la MP por difusión facilitada y existen 6 proteínas transportadoras para garantizar su aporte al feto.
→ intercambio placentario - glucosa = difusión facilitada - existen 6 proteínas transportadoras de glucosa.
- c) El intercambio gaseoso se realiza a favor de gradientes de presión.
→ intercambio de gases en la placenta se realiza x difusión simple a favor de gradientes de presión.
- d) El colesterol es el sustrato que usa la placenta para la síntesis de progesterona.
→ colesterol se usa para formar progesterona
- e) En la placenta se sintetizan hormonas específicas del embarazo como el lactógeno placentario y la gonadotropina coriónica.
→ placenta = auténtico órgano endocrino que sintetiza hormonas específicas como lactógeno placentario y gonadotropina coriónica.

. Respecto a al endocrinología de la placenta es cierto que: (2021 febrero)

- a) El colesterol es el sustrato que usa la placenta para la síntesis de estrógenos.
- b) El colesterol procede en gran parte del feto.

- c) En el citotrofoblasto se sintetizan hormonas específicas del embarazo como el lactogeno placentario y la gonadotropina coriónica.
 - d) Las hormonas esteroideas se sintetizan siempre en este orden: progestágenos - andrógenos - estrógenos.
 - e) La placenta funciona como un órgano endocrino independiente.
- . Respecto a la endocrinología de la placenta es cierto que: (2021 febrero)
- a) El colesterol es el sustrato que usa la placenta para la síntesis de estrógenos.
 - el colesterol se usa para formar progesterona.
 - no se usa para síntesis de estrógenos, se usa para la síntesis de hormonas esteroideas, exactamente, la progesterona.
 - b) El colesterol procede en gran parte del feto.
 - la madre aporta el colesterol (que se usa para formar progesterona)
 - c) En el citotrofoblasto se sintetizan hormonas específicas del embarazo como el lactogeno placentario y la gonadotropina coriónica.
 - sincitiotrofoblasto = gonadotropina coriónica humana (hCG).
 - citotrofoblasto = Gn-RH (somatotropina coriónica / lactógeno placentario humano)
 - d) Las hormonas esteroideas se sintetizan siempre en este orden: progestágenos - andrógenos - estrógenos. *
 - orden síntesis hormonas esteroideas = 1.progestágenos 2.andrógenos 3.estrógenos
 - e) La placenta funciona como un órgano endocrino independiente.
 - placenta = auténtico órgano endocrino sintetiza hormonas y aumenta la síntesis de otras (maternas y fetales)

3. MODIFICACIONES GRAVÍDICA GENERALES Y LOCALES. ADAPTACIÓN DEL ORGANISMO MATERNO DURANTE LA GESTACIÓN

. En los cambios circulatorios maternos durante la gestación. ¿Cuál de las siguientes es CIERTA?: (2021 junio)

- a) El trabajo cardíaco aumenta progresivamente hasta la semana 32.
- b) La tensión arterial diastólica aumenta en el tercer trimestre.
- c) El aumento de volumen minuto cardíaco se produce sin aumento de la frecuencia cardíaca.
- d) El factor cinético del trabajo cardíaco disminuye al comienzo y aumenta al final de la gestación.
- e) La frecuencia cardíaca materna disminuye algo por aumento de la actividad parasimpática.

. En los cambios circulatorios maternos durante la gestación. ¿Cuál de las siguientes es CIERTA?: (2021 junio)

- a) El trabajo cardíaco aumenta progresivamente hasta la semana 32.
→ adaptación aparato circulatorio materno - sobrecarga trabajo cardíaco = aumento vol/min aumenta hasta semana 16.
- b) La tensión arterial diastólica aumenta en el tercer trimestre. *
→ a pesar del incremento del gasto cardíaco la TA sistólica y diastólica disminuyen en el 2º trimestre para incrementarse ligeramente en el 3º trimestre.
- c) El aumento de volumen minuto cardíaco se produce sin aumento de la frecuencia cardíaca.
→ adaptación aparato circulatorio materno - sobrecarga trabajo cardíaco = aumento vol/min → se debe al aumento de volumen llenado + FC.
- d) El factor cinético del trabajo cardíaco disminuye al comienzo y aumenta al final de la gestación.
→
- e) La frecuencia cardíaca materna disminuye algo por aumento de la actividad parasimpática.
→

. Señala cuál de estos cambios hematológicos se produce en el sistema cardiovascular materno durante la gestación: (2022 abril)

- a) La volemia aumenta hasta un 35-40% respecto a los valores pregravídicos en el 3er trimestre.
- b) Se incrementa la masa de glóbulos rojos alrededor del un 15%.
- c) El incremento de la masa eritrocitaria se debe en parte al aumento de la vida media de los eritrocitos.
- d) Se produce un aumento de la viscosidad sanguínea por aumento de la masa eritrocitaria.

. Señala cuál de estos cambios hematológicos se produce en el sistema cardiovascular materno durante la gestación: (2022 abril)

- a) La volemia aumenta hasta un 35-40% respecto a los valores pregravídicos en el 3er trimestre.
→ volumen sangre total aumenta desde embarazo temprano para alcanzar un máximo de 35-40% sobre el nivel de las no gestantes a las 32 semanas.
- b) Se incrementa la masa de glóbulos rojos alrededor del un 15%.
→ aumenta masa GR en un 33%
- c) El incremento de la masa eritrocitaria se debe en parte al aumento de la vida media de los eritrocitos.
→ aumento masa eritrocitaria = x producción aumentada de eritropoyetina / acción hCG/HPL
→ *composición sanguínea = eritrocitos disminuyen x disminución vida media
- d) Se produce un aumento de la viscosidad sanguínea por aumento de la masa eritrocitaria.
→ hemodilución fisiológica = (+) plasma > aumento masa eritrocitaria = disminución viscosidad sanguínea

. Sobre los cambios hematológicos que se producen en la madre en el embarazo es cierto que: (2023 abril)

- a) Aumenta la vida media de los eritrocitos.
- b) Disminuye la concentración de hemoglobina.
- c) Disminuyen los reticulocitos circulantes.
- d) Los valores de hematocritos elevan.

. Sobre los cambios hematológicos que se producen en la madre en el embarazo es cierto que: (2023 abril)

- a) Aumenta la vida media de los eritrocitos.
→ eritrocitos disminuyen = aumenta su fragilidad + disminuye su vida media
- b) Disminuye la concentración de hemoglobina. *
→ disminución concentración Hb (= hemodilución).
- c) Disminuyen los reticulocitos circulantes.
→ leve aumento reticulocitos (2-4%)
- d) Los valores de hematocritos elevan.
→ disminución hematocrito (= hemodilución)

. Sobre las modificaciones gravídicas del aparato respiratorio materno es cierto que: (2024 abril)

- a) La curva de disociación de la hemoglobina se desplaza hacia la izquierda.
- b) No se producen cambios en la espirometría.
- c) Disminuye el volumen corriente y la PaO₂.
- d) Aumenta el volumen minuto respiratorio y la frecuencia respiratoria.

. Sobre las modificaciones gravídicas del aparato respiratorio materno es cierto que: (2024 abril)

- a) La curva de disociación de la hemoglobina se desplaza hacia la izquierda.
→ cambios funcionales => (+) V corriente = desplaza curva disociación Hb a derecha = favorece liberación O₂ (y extracción fetal)
- b) No se producen cambios en la espirometría.
→ cambios espirométricos (= descenso capacidad residual, volumen residual, volumen reserva espiratoria + capacidad vital igual + aumento volumen corriente y capacidad respiratoria).
- c) Disminuye el volumen corriente y la PaO₂.
→ aumento volumen corriente (cambio espirométrico) = (+) ventilación alveolar + (+) PaO₂ + desplaza curva curva disociación Hb derecha
- d) Aumenta el volumen minuto respiratorio y la frecuencia respiratoria. *
→ cambios espirométricos = (+) volumen corriente + capacidad respiratoria = (+) volumen/min + FR mantiene constante*.

. En las modificaciones de organismo materno en la gestación, ¿cuál de los siguientes está aumentado? (2021 junio) (2021 febrero)

- a) La tensión arterial al comienzo del embarazo.
- b) El aire respiratorio corriente en una espirometría.
- c) La fibrinólisis.
- d) La albúmina del suero.
- e) La secreción gástrica ácida.

. En las modificaciones de organismo materno en la gestación, ¿cuál de los siguientes está aumentado? (2021 febrero)

- a) La tensión arterial al comienzo del embarazo.
→ TA disminuyen (en el 2º para incrementarse en 1 3º)
- b) El aire respiratorio corriente en una espirometría.
→ cambios espirométricos = aumento volumen corriente
- c) La fibrinólisis.
→ composición sanguínea = estado de hipercoagulabilidad (para frenar posibles hemorragia parto, pero aumenta riesgo trombosis) = disminución fibrinólisis
- d) La albúmina del suero.
→ bioquímica sanguínea = disminución proteínas totales (plasma menos viscoso) = disminuye albúmina (hemodilución) + aumento betaglobulinas (x estrógenos)
- e) La secreción gástrica ácida.
→

. El incremento de peso máximo normal por mes de la embarazada en la segunda mitad de la gestación es de: (2021 febrero)

- a) 0,5 Kg.
- b) 1 Kg.
- c) 1,5 Kg.
- d) 2 Kg. *
- e) 2,5 Kg.

→ modificaciones gravídicas generales - modificaciones metabólicas => ganancia peso = maximo normal 2kg 1ª mitad + 2kg/mes 2ª mitad embarazo.

. En cuanto a las modificaciones gravídicas que afecta a la mama es FALSO que: (2021 junio)

- a) La mama duplica su peso en el embarazo.
- b) El aumento de vascularización es evidente a través de la piel.
- c) La hiperpigmentación y aumento de diámetro areolar se produce si hay lactancia materna. *
- d) Aumenta la elasticidad y sensibilidad de los pezones

- e) Las glándulas de Montgomery se hipertrofian y aumentan su secreción.
. En cuanto a las modificaciones gravídicas que afecta a la mama es FALSO que: (2021 junio)
- a) La mama duplica su peso en el embarazo.
→ mamá duplica tamaño difante embarazo
 - b) El aumento de vascularización es evidente a través de la piel.
→ bajo piel mamá se pueden ver venas (red venosa de Haller)
 - c) La hiperpigmentación y aumento de diámetro areolar se produce si hay lactancia materna. *
→ se oscurece areola mamaria e incrementa su diámetro
 - d) Aumenta la elasticidad y sensibilidad de los pezones
→
 - e) Las glándulas de Montgomery se hipertrofian y aumentan su secreción.

. En cuenta la las modificaciones gravídicas que afectan al ovario es FALSO que: (2024 abril)

- a) La vascularización se incrementa y el pedículo vascular ovárico aumenta de diámetro.
 - b) Se interrumpen los ciclos de maduración folicular.
 - c) La formación del cuerpo lúteo es el cambio más significativo por su función endocrina.
 - d) El cuerpo lúteo produce hCG en las primeras semanas de embarazo.
- . En cuenta la las modificaciones gravídicas que afectan al ovario es FALSO que: (2024 abril)
- a) La vascularización se incrementa y el pedículo vascular ovárico aumenta de diámetro.
→ cuerpo lúteo gravídica = progesterona = (+) tamaño + (+) vascularización + color rojizo x (+) pedículo vascular (diámetro pasa de 0,9 a 2,5cm, para que salgan todas hormonas a sangre).
 - b) Se interrumpen los ciclos de maduración folicular.
→ cuerpo lúteo = estrógenos = [OFF] eje HH-ovario secete FSH/LH = detienen ciclos foliculares = evitan nueva ovulación
 - c) La formación del cuerpo lúteo es el cambio más significativo por su función endocrina.
→ cambio ppl que se da en ovario = desarrollo cuerpo lúteo gravídico → funciona como glándula endocrina temporal
 - d) El cuerpo lúteo produce hCG en las primeras semanas de embarazo. *
→ cuerpo lúteo persiste hasta 3º/4º mes gracias a HCG
→ cuerpo lúteo secreta = progesterona + relaxina + estrógenos.

. En cuanto a las modificaciones gravídicas que afectan al miometrio es cierto que: (2023 abril)

- a) La consistencia y grosor de la capa muscular aumenta a medida que progresan el embarazo.
- b) La disposición estructural de las fibras miométriales no se altera con el crecimiento uterino.
- c) La contractilidad uterina disminuye en el embarazo.
- d) La hiperplasia de fibras musculares uterinos aumenta progresivamente hasta el final del embarazo.

. En cuanto a las modificaciones gravídicas que afectan al miometrio es cierto que: (2023 abril)

- a) La consistencia y grosor de la capa muscular aumenta a medida que progresan el embarazo.
→ en el 2º y 3er trimestre = hipertrofia progresiva
- b) La disposición estructural de las fibras miométriales no se altera con el crecimiento uterino.
→ no se forman nuevas fibras, sino que se elongan
→ se conserva las disposición de las fibras musculares miométriales del útero no grávido
- c) La contractilidad uterina disminuye en el embarazo.
→ contractilidad uterina aumenta conforme avanza el embarazo
→ contractilidad uterina disminuye al inicio embarazo
- d) La hiperplasia de fibras musculares uterinos aumenta progresivamente hasta el final del embarazo.
→ hasta 3er mes = importante hiperplasia de fibras musculares

. En cuanto a las modificaciones gravídicas que afectan a la vascularización del útero es cierto que: (2022)

- a) El flujo sanguíneo uterino representa hasta un 20% del gasto cardiaco materno al final del embarazo.
- b) El 50% del flujo uterino se dirige al espacio intervelloso en la 2ª mitad del embarazo.
- c) El calibre de los vasos intramiométriales apenas se modifica durante la gestación.
- d) El flujo por la arteria uterina se multiplica por 2 al final del embarazo.

. En cuanto a las modificaciones gravídicas que afectan a la vascularización del útero es cierto que: (2022)

- a) El flujo sanguíneo uterino representa hasta un 20% del gasto cardiaco materno al final del embarazo.
→ el flujo sanguíneo uterino representa 20% GC madre

- b) El 50% del flujo uterino se dirige al espacio intervelloso en la 2ª mitad del embarazo.
→ en las últimas etapas el 80% vascularización alcanza el espacio intervelloso y la placenta
- c) El calibre de los vasos intramiometriales apenas se modifica durante la gestación.
→ lumen arteria uterina se duplica (y su flujo se incrementa 5 veces)
- d) El flujo por la arteria uterina se multiplica por 2 al final del embarazo.
→ flujo arteria uterina se incrementa 5 veces.

. En cuanto a las modificaciones gravídicas que afectan a la vascularización de útero es cierto que: (2021 febrero)

- a) El flujo sanguíneo uterino representa hasta un 20% del gasto cardíaco materno al final del embarazo.
- b) El 80% del flujo uterino se dirige al espacio inter vellosos en la 1ª mitad del embarazo.
- c) El calibre de los vasos miometriales no se altera significativamente.
- d) El lumen de la arteria uterina se triplica al final del embarazo.
- e) El flujo por la arteria uterina se triplica al final del embarazo.

. En cuanto a las modificaciones gravídicas que afectan a la vascularización de útero es cierto que: (2021 febrero)

- a) El flujo sanguíneo uterino representa hasta un 20% del gasto cardíaco materno al final del embarazo.
→ flujo sanguíneo uterino representa 20% GC madre
- b) El 80% del flujo uterino se dirige al espacio inter vellosos en la 1ª mitad del embarazo.
→ últimas etapas embarazo el 80% del flujo uterino alcanza espacio intervelloso y placenta.
- c) El calibre de los vasos miometriales no se altera significativamente.
→
- d) El lumen de la arteria uterina se triplica al final del embarazo.
→ lumen arteria uterina se duplica
- e) El flujo por la arteria uterina se triplica al final del embarazo.
→ flujo sanguíneo arteria uterina se incrementa 5 veces

. En cuanto a la configuración del segmento uterino inferior durante el embarazo es FALSO que: (2021 febrero)

- a) Tiene el peritoneo pobremente adherido.
 - b) La decidua a ese nivel es muy desarrollada. *
 - c) El miometrio tiene dos capas: externa e interna.
 - d) Se adelgaz durante el parto.
 - e) Se distiende durante el parto.
- segmento uterino inferior (istmo)
- peritoneo = pobremente adherido
 - miometrio = 2 capas (externa longitudinal + interna circular)
 - decidua = pobremente desarrollada (no buena implantación)
 - membranas = pobremente adheridas
 - actividad = pasiva (no contráctil) + dilata + se estira + se adelgaza

. Señala cual de estos cambios hematológicos se produce en el sistema cardiovascular materno durante la gestación: (2022)

- a) La volemia aumenta hasta un 35-40% respecto a los valores pregravídicos en el 3er trimestre.
- b) Se incrementa la masa de glóbulos rojos alrededor de un 15%.
- c) El incremento de la masa eritrocitaria se debe en parte al aumento de la vida media de los eritrocitos.
- d) Se produce un aumento de la viscosidad sanguínea por aumento de la masa eritrocitaria.

4. LA CONSULTA PRENATAL: DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

. Entre las pruebas de laboratorio a realizar en el protocolo de atención al embarazo en el primer trimestre NO se incluye: (2024 abril)

- a) Cribado de diabetes gestacional.
 - b) Serología rubeola, toxoplasma, sífilis, VIH, hepatitis B.
 - c) Analítica orina: glucosa, proteínas, cuerpos cetónicos, nitritos, pH.
 - d) Hemograma completo y bioquímica sanguínea.
- primera consulta embarazo (antes 10-11 semanas)
- prueba complementaria = análisis orina (glucosa + proteínas + cuerpos cetónicos) + analítica sangre
 - analítica sangre:
 - hemograma completo y bioquímica
 - serología = rubeola + toxoplasma + sífilis + hepatitis B + VIH
 - analíticas 2º/3º trimestre - semana 24-28 = cribado diabetes gestacional (test O'Sullivan)

. Indica cuál de estas pruebas analíticas se realiza siempre de rutina en el primer trimestre de la gestación: (2022 abril)

- a) Grupo sanguíneo y Rh con Coombs indirecto. *
 - b) Pruebas de coagulación.
 - c) Test O'Sullivan.
 - d) Cribado del Estreptococo beta-hemolítico.
- primera consulta embarazo - pruebas complementarias:
- analítica sangre = grupo sanguíneo + Rh, test de Coombs indirecto (para detectar presencia de anticuerpos isoinmunes)
 - analítica 2º/3er trimestre
 - semana 24-28 = test O'Sullivan (cribado diabetes gestacional)
 - semana 28-37 = pruebas coagulación + cribado estreptococo grupo B / beta-hemolítico

. Indica cuál de estas vacunas está recomendada durante el embarazo: (2024 abril)

- a) Rubeola.
 - b) Sarampión.
 - c) Tétanos. *
 - d) Viruela.
- durante gestación - vacunas:
- contraindicadas = polio + rubeola
 - permiten = tétanos + fiebre amarilla + gripe + hepatitis B + cólera

. Sobre el control ecográfico de la gestación en el primer trimestre señala la opción correcta: (2022 abril)

- a) Permite corregir la edad gestacional con respecto a la FUR según el CRL del embrión y otros parámetros. *
 - b) Se valora la placentación y el volumen de líquido amniótico.
 - c) No pueden detectarse aún malformaciones graves.
 - d) Se recomienda hacerla sobre la semana 6-7 de gestación.
- ecografía transvaginal 1er trimestre
- se recomienda realizarla entre semana 10-14
 - confirmación embarazo intrauterino + descartar EE
 - precisar edad gestacional mediante parámetros ecográficos
 - valorar existencia de malformación graves
 - medición edema nuchal >3mm = marcador cromosomopatías
- segunda exploración ecográfica
- semanas 18-20
 - diagnóstico malformaciones
 - valoración anejos ovulares (placenta, cordón y sus 3 vasos, líquido amniótico)
- tercera
- semanas 32-36
 - estudio = crecimiento + anatomía feto (longitud fémur y perímetro abdominal) + anejos ovulares (estructura y grado maduración placentaria, cordón umbilical y volumen líquido amniótico) *sí placenta envejece y pierde funcionalidad indica finalización embarazo

. A una embarazo normal se le deben administrar durante todo el embarazo suplementos de: (2021 febrero)

- a) Hierro.
- b) Yodo. *
- c) Calcio.
- d) Vitamina C.
- e) Todos los anteriores.

→ suplementos durante el embarazo:

- imprescindibles = hierro + calcio
- aportados con dieta adecuada = calcio + vitD
- yodo = carencia yodo durante embarazo causa más implorante de retraso mental y parálisis cerebral evitable.

. Indica cuál de estas vacunas está recomendada durante el embarazo: (2023 abril)

- a) Rubeola.
- b) Sarampión.
- c) Tétanos. *
- d) Viruela.

→ vacunación embarazadas:

- contraindicadas siempre = rubéola + sarampión + parotiditis
- contraindicadas salvo exposición inevitable = fiebre amarilla + viruela
- recomendadas si no está vacunada o hace + de 10 años = tétanos + difteria.

. ¿Cuál de las siguientes vacunas está contraindicada en el embarazo? (2021 junio)

- a) Gripe.
- b) Tétanos.
- c) Varicela. *
- d) Poliomieltis tipo Salk.
- e) Hepatitis A.

→ según la Tabita de las vacunas de Aguilar

- contraindicadas siempre = rubeola + sarampión + parotiditis
- contraindicadas salvo exposición inevitable = viruela + fiebre amarilla
- recomendadas si viajas a zonas endémica = hepatitis A + colera + tifus
- recomendadas si hay epidemia = poliomieltis + coronavirus
- recomendadas si tiene enfermedad debilitante = gripe
- recomendadas si no está vacunado o hace >10a = tétanos + difteria
- igual indicación no embarazo = rabia

→ puesto que la única que no aparece es la varicela y puesto que las otras is que están indicadas diría que es esa.

→ a mayores san ChatGPT dice = vacuna contraindicada en embarazo: varicela (vacunas de virus atenuados no recomendadas embarazo)

. En el diagnóstico diferencial de embarazo NO se incluye: (2023 abril)

- a) Amenorrea farmacológica.
- b) Hipoprolactinemia. *
- c) Pseudociosis.
- d) Tumor productor de hCG.

→ embarazo Dx dif = tumores abdominales (st productores de beta-HCG) + amenorrea (de otro origen: psíquica, farmacológica, hiperprolactinemia) + pseudociosis/embarazo imaginario.

. Señale cuál de los siguientes NO es un signo de sospecha de embarazo. (2021 junio)

- a) Descenso de la temperatura basal.
- b) Amenorrea.
- c) Reblandecimiento del cérvix uterino.
- d) Crecimiento abdominal.
- e) Aumento del volumen mamario.

→ signos:

- amenorrea
- modificaciones mamas = aumento volumen mamario

- elevación temperatura basal
- crecimiento abdominal
- cambios cérvix y segmento inferior = cuello uterino suele reblandecerse

5. DIAGNÓSTICO PRENATAL

. ¿Cuál de los siguientes hallazgos ecográficos no es considerado un marcador de riesgo de alteraciones cromosómicas? (2024 abril)

- Fémur corto.
- Dilatación pielocalicial bilateral.
- Translucencia nucal menor del p50. *
- Todas son correctas.

→ marcadores ecográficos de riesgo cromosomopatías

- 1er trimestre = translucencia nucal aumentada
- 2º trimestre = pliegue nucal >P95 + alteraciones estructurales (longitud fémur acortado + pielocaliectasia o dilatación cálices renales + hiperecogenicidad intestinal + ARSA o salida de la arteria subclavia aberrante + cordón umbilical con 2 vasos o arteria umbilical única + insuficiencia tricuspídea + ...)

. Ante una paciente primigenia de 39 años con amenorrea de 12 semanas como primer abordaje en la exclusión de cromosomopatías en nuestro ámbito sería indicar. (2023 abril) (2022 abril)

- Dada la edad de la paciente y la edad gestacional una biopsia corial.
- Un triple screening de primer trimestre y en función del mismo eventuales pruebas adicionales. *
- Amniocentesis.
- DNA fetal en sangre periférica.

→ test de screening de diagnóstico prenatal = "triple screening" = edad materna + eco fetal + cribado bioquímico de sangre = establecen grupos de riesgo (según el cual recomendamos pruebas invasivas, DNA fetal en sangre materna o seguimiento habitual).

*. En el caso anterior osa una biopsia corial que muestra un mosaicismo con un 20% de células con trisomía de 21 y un 80% de dotación cromosómica normal, lo indicado sería: (2023 abril) (2022 abril)

- Dada la baja proporción de células anómalas (20%) podemos excluir la presencia de fenotipo Down y recomendar la continuación de la gestación con controles ordinarios.
- Explicar a la madre que se trata de un feto portador de Down y la posibilidad de interrupción del embarazo.
- Indicar una amniocentesis en semana 16 dado que puede ser un mosaicismo placentario.
- Indicar un DNA fetal en sangre materna para comprobar el hallazgo.

→ no se cuanto de riesgo es que el 20% de las células tengan trisomía pero según los criterios para establecer pruebas invasivas en el caso de que la biopsia corial tenga un resultado (+) = IVE (interrupción voluntaria embarazo)

. Siguiendo las guías clínicas vigentes en Galicia, ¿qué prueba de diagnóstico prenatal estaría indicada en una paciente con un índice de riesgo de 1/700 en el triple screening del primer trimestre? (2024 abril)

- Amniocentesis.
- Ninguna. Seguimiento habitual del embarazo.
- Biopsia corial.
- Determinación de DNA fetal en sangre materna.

→ screening 1er trimestre (PRISCA)

- alto riesgo (>1/100) = prueba invasiva (corio/amniocentesis)
- riesgo medio (1/100-1/500) = elección gestante: prueba invasiva / DNA fetal en sangre materna
- bajo riesgo (<1/500) = NO pruebas invasivas - seguimiento habitual gestación.

. En el diagnóstico prenatal de las enfermedades monogenéticas: (2018 mayo)

- a) Es importante la edad de la madre.
- b) Es importante la edad de los dos progenitores.
- c) Es imprescindible tener una historia familiar bien recogida y concordante. *
- d) Se puede hacer para múltiples enfermedades en un único análisis.
- e) Es trascendente la edad del padre.

→ defectos congénitos - causas genéticas => enfermedades monogénicas = transmiten x herencia mendeliana + dx x sondas hibridación si hay sospecha familiar (NO rutina).

. Respecto al diagnóstico prenatal cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA: (2018 enero) (2017 enero)

- a) La ecografía tiene una sensibilidad en el diagnóstico de anomalías morfológicas superior al 80%.
- b) Las enfermedades mendelianas se diagnostican a través del cariotipo en el líquido amniótico.
- c) Las anomalías multifactoriales representan la causa más frecuente de anomalías congénitas. *
- d) El objetivo primordial es el diagnóstico de fetos susceptibles de tratamiento intrauterino.
- e) Las enfermedades mendeliana constituyen el 10% de las anomalías congénitas.

. Respecto al diagnóstico prenatal cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA: (2018 enero) (2017 enero)

- a) La ecografía tiene una sensibilidad en el diagnóstico de anomalías morfológicas superior al 80%.
- b) Las enfermedades mendelianas se diagnostican a través del cariotipo en el líquido amniótico.
→ enfermedades monogénicas = herencia mendeliana → dx x sondas hibridación.
- c) Las anomalías multifactoriales representan la causa más frecuente de anomalías congénitas. *
→ herencia poligénica y multifactorial = grupo (+) frecuente dentro causas genéticas (60% anomalías)
→ anomalías morfológicas/estructurales = tipos (+) frecuentes de defectos congénitos (60%).
→ no se Mike
- d) El objetivo primordial es el diagnóstico de fetos susceptibles de tratamiento intrauterino.
→ objetivo técnicas diagnóstico prenatal = detectar alteraciones congénitas.
- e) Las enfermedades mendeliana constituyen el 10% de las anomalías congénitas.

. Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en lo que respecta a los trastornos congénitos y su diagnóstico: (2018 mayo) (2017 junio)

- a) Las enfermedades autosómicas dominantes son las más frecuentes.
- b) La ecografía de alta definición detecta en torno al 85% de las malformaciones morfológicas.
- c) El número de enfermedades monogénicas es bajo.
- d) Las enfermedades de carácter poligénico son las más frecuentes. *
- e) Las enfermedades autosómicas recesivas son las más frecuentes.
→ herencia poligénica y multifactorial = grupo (+) frecuente dentro causas genéticas (60% anomalías)
→ si es dentro de la genéticas si, si se refuerce a las congénitas en general las malformaciones estructurales son las más frecuentes.

. Cual de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a estas técnicas de diagnóstico prenatal de cromosomopatías: (2020 junio)

- a) La biopsia corial tiene un índice de complicaciones tres veces superior a la amniocentesis.
- b) La biopsia corial tiene una mayor índice de mosaicismos que la amniocentesis.
- c) Un DNA en sangre periférica es diagnóstico de certeza.
- d) La biopsia corial necesita confirmación mediante amniocentesis.
- e) La amniocentesis se realiza a partir de la 12 semanas de gestación.

. Cual de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a estas técnicas de diagnóstico prenatal de cromosomopatías: (2020 junio)

- a) La biopsia corial tiene un índice de complicaciones tres veces superior a la amniocentesis.
→ biopsia corial - posibles complicaciones = abortos (riesgo similar a amniocentesis 1/100).
- b) La biopsia corial tiene una mayor índice de mosaicismos que la amniocentesis. *
→ mosaicismo (coexistencia de 2 líneas celulares) = (+) frecuentes en tejido corial (placentaria) → muestras placenta = células 2 cariotipos diferentes.
→ Biopsia corial = muestra tejido placentario.
- c) Un DNA en sangre periférica es diagnóstico de certeza.
→ estudio ADN fetal en sangre materna = NO prueba dx (necesario confirmar hallazgos con prueba invasiva).
- d) La biopsia corial necesita confirmación mediante amniocentesis.
→

e) La amniocentesis se realiza a partir de la 12 semanas de gestación.

→ amniocentesis = a partir semana 15

→ biopsia corial = a partir semana 11

. En el diagnóstico antenatal es cierto que: (2021 junior)

a) La ecografía de las 20 semanas tiene una sensibilidad diagnóstica en torno al 80% para anomalías mayores.

b) El DNA en sangre periférica ha desplazado a las técnicas invasivas en el diagnóstico de cromosomopatías

c) Entre las técnicas invasivas: la amniocentesis tiene muchas menos complicaciones que la biopsia corial.

d) El diagnóstico de enfermedades monogenéticas se sustenta en una cuidadosa historia clínica.

e) El diagnóstico de anomalías por parte del mismo constituye la primera causa de interrupciones de embarazo.

. En el diagnóstico antenatal es cierto que: (2021 junior)

a) La ecografía de las 20 semanas tiene una sensibilidad diagnóstica en torno al 80% para anomalías mayores.

→ ecografía morfológica x excelencia se realiza alrededor semana 20 xq tamaño feto nos permite valoración (+) detallada de órganos. (No habla de sensibilidad)

b) El DNA en sangre periférica ha desplazado a las técnicas invasivas en el diagnóstico de cromosomopatías.

→ ADN fetal en sangre materna = necesita confirmar hallazgos con prueba invasiva + NO prueba dx.

c) Entre las técnicas invasivas: la amniocentesis tiene muchas menos complicaciones que la biopsia corial.

→ complicaciones ambas técnicas = abortos + corioamnionitis + TPM + hematoma retroplacentarios

d) El diagnóstico de enfermedades monogenéticas se sustenta en una cuidadosa historia clínica.

→ enfermedades monogénicas = imprescindible genere historia familiar y concordante + dx x sondas de hibridación (es un dx dirigido y no rutinario, se le hace aquellas personas con sospecha familiar, padres con mutaciones conocidas).

e) El diagnóstico de anomalías por parte del mismo constituye la primera causa de interrupciones de embarazo.

→ objetivos dx prenatal = identificar anomalías incompatibles con la vida o que causen minusvalías graves que nos permiten la interrupción del embarazo.

→ pues bueno porque bueno ... en Vd como no sabemos la sensibilidad no se si la a podría ser y la otras que me parece medio correcta es la d, porque a pesar q de que para el dx de enfermedades monogenéticas se hace por sondas de hibridación para llegar a este hay que pasar por una buena historia familiar que nos encienda la bombilla de que necesita esta prueba.

. En el diagnóstico prenatal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA? (2020 febrero)

a) La ecografía morfológica en la semana 20 tiene una sensibilidad de 90% para el diagnóstico de anomalías morfológicas.

b) La amniocentesis tiene muchas menos complicaciones fetales que la biopsia corial.

c) La amniocentesis se realiza a partir de la semana 16.

d) El DNA fetal en sangre materna ha desplazado las pruebas invasivas.

e) La biopsia corial presenta una menor tasa de mosaicismos que la amniocentesis.

. En el diagnóstico prenatal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA? (2020 febrero)

a) La ecografía morfológica en la semana 20 tiene una sensibilidad de 90% para el diagnóstico de anomalías morfológicas.

→ ecografía morfológica x excelencia se realiza alrededor semana 20 xq tamaño feto nos permite valoración (+) detallada de órganos. (No habla de sensibilidad)

b) La amniocentesis tiene muchas menos complicaciones fetales que la biopsia corial.

→ biopsia coriónica - posibles complicación = abortos (riesgo similar amniocentesis 1/100).

c) La amniocentesis se realiza a partir de la semana 16.

→ amniocentesis = a partir semana 15, ideal 16.

d) El DNA fetal en sangre materna ha desplazado las pruebas invasivas.

→ ADN fetal en sangre materna = necesita confirmar hallazgos con prueba invasiva.

e) La biopsia corial presenta una menor tasa de mosaicismos que la amniocentesis. *

→ biopsia corial = muestra tejido placentario → mayoría mosaicismo en tejido coriónico (placentario).

→ según corrección está es la correcta pero yo jo estoy de acuerdo pues los mosaicismos son más frecuentes en tejido corionico.

. En diagnóstico prenatal cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA: (2019 enero)

a) La biopsia corial se puede realizar a partir de la semana 8 de gestación.

b) La amniocentesis tiene muchas menos complicaciones fetales que la biopsia corial.

c) La amniocentesis se realiza entre la semana 13 y 16 de la gestación.

d) El DNA fetal en sangre materna ha desplazado a las pruebas invasivas.

e) La biopsia corial presenta mayor tasa de mosaicismos que la amniocentesis. *

. En diagnóstico prenatal cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA: (2019 enero)

- a) La biopsia corial se puede realizar a partir de la semana 8 de gestación.
→ biopsia corial = a partir semana 15 (ideal entre 16-18).
- b) La amniocentesis tiene muchas menos complicaciones fetales que la biopsia corial.
→ parecidas
- c) La amniocentesis se realiza entre la semana 13 y 16 de la gestación.
→ amniocentesis = a partir semana 11.
- d) El DNA fetal en sangre materna ha desplazado a las pruebas invasivas.
→ necesita confirmación de pruebas invasivas.
- e) La biopsia corial presenta mayor tasa de mosaicismos que la amniocentesis. *
→ mosaïcismo = (+) frecuente en tejido corial (placentario).

. El screening de primer trimestre, PRISCA, valora todos los siguientes parámetros excepto: (2017 junio)

- a) Alfa feto proteína. *
- b) Edad materna.
- c) Pliegue nuchal fetal.
- d) PAPP.
- e) Fracción libre de la beta hCG.

→ Screening del 1er trimestre / PRISCA => datos clínicos (edad, ecografía -medida pliegue nuchal-) y analíticas (BHCG + PAPP-A)

. Una paciente gestante de 38 años realiza un screening metabólico de primer trimestre que es informado como un riesgo 1/50 para S. de Down. La actuación más correcta sería: (2021 junio) (2020 febrero) (2018 enero) (2017 enero)

- a) Recomendarle una interrupción legal del embarazo (ILE) dado el alto riesgo de malformación.
- b) Recomendarle la realización de un DNA fetal en sangre periférica.
- c) Recomendarle una prueba invasiva (biopsia corial o amniocentesis para confirmar el PRISCA).*
- d) Recomendarle una ecografía de alta definición para buscar signos morfológicos de Down.
- e) Tranquilizarla porque es un riesgo bajo e hacer seguimiento ordinario.

→ riesgo 1/50 = embarazo con factores de riesgo => prueba invasiva (biopsia corial / amniocentesis)

→ PRISCA = 1/100 = valor alto riesgo -> propone prueba invasiva.

. Una mujer de 39 años, gestante de 11+6 semanas realiza un triple screening de primer trimestre en el que se estima un riesgo de síndrome de Down de 1/20. Cuál de las siguientes pautas de actuación es la más adecuada: (2016 enero)

- a) Recomendarle una biopsia corial para confirmar el diagnóstico. *
- b) Realizar una amniocentesis para confirmar el diagnóstico.
- c) Recomendarle la determinación de DNA fetal en sangre periférica materna para confirmar diagnóstico.
- d) Proponerle la realización de un IVE dado el alto riesgo fetal.
- e) Realizar una ecografía de alta definición para confirmar el resultado.

. Una paciente gestante de 38 años realiza un screening metabólico de primer trimestre que es informado como un riesgo 1/260 para S. de Down. La actuación más correcta sería: (2019 enero)

- a) Recomendarle una interrupción legal del embarazo (ILE) dado el alto riesgo de malformación.
- b) Recomendarle la realización de un DNA fetal en sangre periférica. *
- c) Recomendarle una prueba invasiva (biopsia corial o amniocentesis para confirmar el PRISCA).
- d) Recomendarle una ecografía de alta definición para buscar signos morfológicos de Down.
- e) Tranquilizarla porque es un riesgo bajo e hacer seguimiento ordinario.

→ PRISCA 1/100-1/500 = riesgo medio -> DNA fetal en sangre periférica.

*. Ante una paciente de 37 años embarazada de 12 semanas que acude a consulta de seguimiento de embarazo y nos requiere la realización de una amniocentesis por diagnóstico prenatal debemos: (2015 enero)

- a) Prescribírsela dado que tiene más de 35 años.
- b) Recomendarle la realización del triple screening y en función del mismo evaluar la indicación. *
- c) Explicarle que no es necesario diagnóstico específico dada su edad.
- d) Recomendarle un test de DNA fetal en sangre periférica.
- e) Mejor hacer una biopsia corial dado que es más precoz el resultado.

6-7. PARTO NORMAL

. En cuanto a los factores desencadenantes del parto señale la FALSA: (pregunta vista en clase)

- a) El aumento del volumen intrauterino facilita el inicio del parto.
 - b) Los niveles de oxitocina circulante son uno de los principales factores para desencadenar el parto. *
 - c) La integridad del eje hipotalámico-hipófisis-adrenal fetal placentario es un factor importante para el normal desencadenamiento del parto.
 - d) Durante el parto aumentan los niveles de prostaglandinas a nivel cervical.
- causas del parto (factores implicados en el inicio del trabajo del parto)
- (+) volumen intrauterino x distensión del miometrio
 - (+) receptores oxitocina = IMPORTANTE: NO (+) oxitocina / SÍ (+) sensibilidad receptores
 - eje hipotalámico-hipófisis/pituitario-adrenal-placentario-fetal
 - (+) prostaglandinas a nivel cervical

. Respecto a las causas de desencadenamiento del parto. Indique la opción INCORRECTA: (2022 abril)

- a) No se conocen completamente.
- b) Se produce un incremento en los niveles de oxitocina circulante. *
- c) Implican la función de la glándula suprarrenal fetal.
- d) Una de las causas es el incremento de los niveles de prostaglandina E a nivel cervical.

→ factores desencadenantes del parto = los factores actualmente conocidos y teorías explicativas no pueden explicar algunas desviaciones de normalidad ni el proceso por completo, por lo que se cree que existen otros factores implicados, todavía desconocidos.

→ factores implicados en inicio trabajo parto!

- aumento receptores oxitocina a nivel miometriales = NO aumentan niveles oxitocina sino la sensibilidad a la misma (cuidado puntita que has caído como mosca y pensabas que era verdadera)
- eje hipotalámico-pituitario-adrenal-placentario-fetal
- incremento prostaglandinas a nivel cervical (PGE₂ y PGE₂alfa) = ablandan y acortan cérvix.

. Respecto al mecanismo del parto vaginal en su variante más frecuente: el encajamiento en el estrecho superior se produce en: (2024 abril)

- a) Occipitoilíaca izquierda anterior.
- b) Occipitoilíaca derecha anterior.
- c) Occipitosacra.
- d) Occipitoilíaca izquierda posterior.

→ Presentación (+) común en el momento de entrada en la pelvis (sease el estrecho superior) es de vértice = occipitoilíaca izquierda anterior

. Señale la opción CORRECTA: (2022 abril)

- a) El estrecho superior de la pelvis presenta su diámetro mayor limitado entre las espinas ciáticas.
- b) En el parto normal, la dilatación del ano materno y visualización de la pared anterior del recto es un signo de inminente desgarro perineal, en este caso estaría indicada la realización de episiotomía.
- c) En la presentación de vértice, el diámetro que emplea el feto es el occipitomentoniano.
- d) En la etapa de vida fetal, el hueso frontal está dividido en dos por la sutura metópica.

. Señale la opción CORRECTA: (2022 abril)

- a) El estrecho superior de la pelvis presenta su diámetro mayor limitado entre las espinas ciáticas.

→ estrecho medio = entre 2 espinas ciáticas

→ estrecho superior = pubis - línea media - promontorio sacro

- b) En el parto normal, la dilatación del ano materno y visualización de la pared anterior del recto es un signo de inminente desgarro perineal, en este caso estaría indicada la realización de episiotomía.

→ parto normal NO se aplica episiotomía (EVITAS siempre que sea posible) *en el examen la respuesta siempre va a ser que no se haga

- c) En la presentación de vértice, el diámetro que emplea el feto es el occipitomentoniano.

→ presentación de vértice = occipitoilíaca izquierda anterior

- d) En la etapa de vida fetal, el hueso frontal está dividido en dos por la sutura metópica.

→ sutura frontal o metópica

* Indique la opción correcta respecto a un parto en presentación cefálica de vértice: (2024 abril)

- a) Realizaría un parto instrumental con ventosa en una mujer primíparas con epidural por un expulsión prolongado tras 2 h de pujos y presentación en cuarto plano de Hodge y feto reactivo en el registro cardiotocográfico. *
- b) Realizaría una cesárea en una múltipara con epidural por expulsión prolongado, tras 3 h de expulsivo con Presentación fetal en tercer plano.
- c) Realizaría un parto instrumental con ventosa en una primíparas sin epidural tras 3 h de expulsión y presentación en segundo plano.
- d) Realizaría una cesárea a una múltipara sin epidural por expulsivo prolongado tras 2 h de expulsivo y presentación en segundo plano.

→ yo creo que Arias aquí quería incidir en los planos de Hodge y el resto es paja

→ planos de Hodge = 1/2 cesárea (x ser planos altos) + 3/4 instrumental (partos vaginales x estar el feto en una posición más baja)

→ la d) a pesar de estar en 2º plano, lo de que sea sin epidural, "ni que viviéramos en las cavernas"

. Indiqué cuál de las siguientes situaciones podemos que un la mujer está de parto: (pregunta vista en clase)

- a) Contracciones uterinas regulares, 3 en 10 minutos, dilatación cervical de 1cm cérvix largo y posterior.
- b) Dilatación cervical 3cm, 3 contracciones en 10 minutos. *
- c) Dilatación cervical 4 cm, borrado 50%, 1 contracción cada 5 minutos.
- d) Dilatación cervical de 2 cm, 4 contracciones en 10 minutos.

→ fase dilatación activa / trabajo de parto = 2 criterios (que sino cumple = no parto):

1. Contracciones regulares >3 cada 10'.
2. Dilatación cervical >3cm.

. ¿Cuál de las siguientes es la secuencia adecuada en cuanto a los movimientos cardinales del feto a través del canal del parto? (pregunta vista en clase)

- a) Encajamiento, flexión, descenso, rotación externa, extensión, rotación interna, parto de los hombros.
 - b) Encajamiento, flexión, descenso, rotación interna, extensión, rotación externa, parto de los hombros. *
 - c) Encajamiento, flexión, descenso, rotación interna, extensión, parto de los hombros, rotación externa.
 - d) Encajamiento, flexión, descenso, rotación externa, extensión, parto de los hombros, rotación interna.
- periodos parto = 3 fase expulsivo = 1. aproximación + 2. flexión + 3. descenso + 4. rotación interna + 5. salida (coronación) + 6. deflexión/extensión + 7. rotación externa + 8. salida hombros

. Señale la verdadera respecto al mecanismo del parto: (pregunta vista en clase)

- a) El feto realiza una deflexión a la salida a través de la vulva para adaptarse al eje del canal de parto.
- b) El feto realiza una rotación interna después de la coronación para permitir la salida de los hombros en diámetro anteroposterior.
- c) El feto realiza una deflexión de la cabeza inmediatamente después del encajamiento en el estrecho inferior.
- d) El estrecho inferior de la pelvis tiene su diámetro mayor en sentido transversal.
- e) El estrecho medio de la pelvis se delimita entre las tuberosidades isquiáticas.

. Señale la verdadera respecto al mecanismo del parto: (pregunta vista en clase)

- a) El feto realiza una deflexión a la salida a través de la vulva para adaptarse al eje del canal de parto. *
→ fase expulsión = 6. deflexión/extensión = una vez comienza a asomarse x la vulva.
- b) El feto realiza una rotación interna después de la coronación para permitir la salida de los hombros en diámetro anteroposterior.
→ 5. salida (coronación) → 6. deflexión/extensión → 7. rotación externa = una vez cabeza desprende, para permitir que el diámetro biacromial se adapte al diámetro mayor del estrecho inferior y así permitir la salida de los hombros
- c) El feto realiza una deflexión de la cabeza inmediatamente después del encajamiento en el estrecho inferior.
→ deflexión = una vez comienza a asomarse por la vulva (no al encajarse)
- d) El estrecho inferior de la pelvis tiene su diámetro mayor en sentido transversal.
→ diámetro mayor = estrecho superior - eje transversal oblicuo / estrecho inferior - eje anteroposterior
- e) El estrecho medio de la pelvis se delimita entre las tuberosidades isquiáticas.
→ estrecho medio = espinas ciáticas

. En un parto en presentación de vértice, Indique la opción FALSA: (2024 abril)

- a) La cabeza fetal realiza una rotación interna antes de atravesar el estrecho inferior de la pelvis.
- b) El hombro posterior es el primero en atravesar el estrecho inferior de la pelvis.
- c) El diámetro biacromial atraviesa el estrecho superior de la pelvis utilizando el diámetro oblicuo o transverso.
- d) Todas las opciones son verdaderas, ninguna es falsa.

. En un parto en presentación de vértice, Indique la opción FALSA: (2024 abril)

- a) La cabeza fetal realiza una rotación interna antes de atravesar el estrecho inferior de la pelvis.
→ fase expulsivo => 4. rotación interna = para poder atravesar estrecho inferior empleando diámetro más favorable.
- b) El hombro posterior es el primero en atravesar el estrecho inferior de la pelvis. *
→ fase expulsivo => 8. salida hombros = primero sale hombro anterior
- c) El diámetro biacromial atraviesa el estrecho superior de la pelvis utilizando el diámetro oblicuo o transverso.
→ estrecho superior pelvis = eje mayor transversal-oblicuo => diámetro biacromial = anchura hombros
→ cuando el bebé pasa sus hombros por el estrecho superior estos lo hacen aprovechando el eje mayor que en el caso del estrecho superior de la pelvis es el transversal-oblicuo.
- d) Todas las opciones son verdaderas, ninguna es falsa.

. Indique la opción verdadera: (2023 abril)

- a) La valoración de la dilatación cervical durante el parto se realiza mediante especuloscopia.
- b) La posición fetal es la entrada al estrecho superior suele ser occipitosacra.
- c) El diámetro fetal más favorable para el parto en presentación cefálica es el occipitomentoniano.
- d) El feto realiza una rotación externa después del desprendimiento de la cabeza para permitir la salida de los hombros a través del estrecho inferior en el diámetro más favorable.

. Indique la opción verdadera: (2023 abril)

- a) La valoración de la dilatación cervical durante el parto se realiza mediante especuloscopia.
→ dilatación cervical se mide x tacto vaginal
- b) La posición fetal es la entrada al estrecho superior suele ser occipitosacra.
→ presentación (+) común - entrada pelvis = vértice: longitudinal + flexionada, cefálica + occipitoilíaca ant izq => la mejor
- c) El diámetro fetal más favorable para el parto en presentación cefálica es el occipitomentoniano.
→ fase expulsión - 1.aproximación = occipitoilíaca ant izq
- d) El feto realiza una rotación externa después del desprendimiento de la cabeza para permitir la salida de los hombros a través del estrecho inferior en el diámetro más favorable.
→ fase expulsión - 7.rotación externa = se produce una vez que se desprendió la cabeza, para permitir salida hombros (diámetro biacromial se adapte al diámetro mayor del estrecho inferior).

. En el parto espontáneo de vértice. Indique la opción INCORRECTA: (2022 abril)

- a) La secuencia de movimientos que realiza el feto durante la fase de expulsivo en el parto son: encajamiento, flexión, descenso, rotación interna, extensión, rotación externa, parto de los hombros.
- b) El estrecho inferior de la pelvis tiene su diámetro mayor orientado en sentido anteroposterior.
- c) El feto realiza una rotación externa para permitir adaptar el mayor diámetro de la calota al mayor diámetro de la pelvis materna en el estrecho inferior.
- d) El feto realiza una deflexión de la cabeza fetal tras la salida a través del estrecho inferior, para adaptarse al eje del canal de parto.

. En el parto espontáneo de vértice. Indique la opción INCORRECTA: (2022 abril)

- a) La secuencia de movimientos que realiza el feto durante la fase de expulsivo en el parto son: encajamiento, flexión, descenso, rotación interna, extensión, rotación externa, parto de los hombros.

→ fase expulsivo = 1. aproximación 2. flexión 3. descenso 4. rotación interna 5. salida cabeza (coronación) 6. deflexión/ extensión 7. rotación externa 8. salida hombros
- b) El estrecho inferior de la pelvis tiene su diámetro mayor orientado en sentido anteroposterior.
→ pelvis = estrecho superior - transversal-oblicuo / estrecho inferior - anteroposterior
- c) El feto realiza una rotación externa para permitir adaptar el mayor diámetro de la calota al mayor diámetro de la pelvis materna en el estrecho inferior. *
→ rotación interna = poder atravesar estrecho inferior pelvis empleando feto su diámetro (de la calota) (+) favorable
→ rotación externa = una vez que se desprendió la cabeza para permitir diámetro biacromial (hombros) se adapte al diámetro mayor del estrecho inferior.

- d) El feto realiza una deflexión de la cabeza fetal tras la salida a través del estrecho inferior, para adaptarse al eje del canal de parto.
→ 5. salida a través vulva (coronación) → 6. deflexión/extensión (una vez comienza a asomarse por la vulva)

. Señale la verdadera: (pregunta vista en clase)

- a) La episiotomía es necesaria en muchas ocasiones para prevenir alteraciones del suelo pélvico.
- b) En un parto normal, el recién nacido debe ser entregado al pediatra para asegurar la buena adaptación al medio extrauterino.
- c) El alumbramiento es un proceso fisiológico para el cual no es necesaria atención sanitaria.
- d) El mecanismo de Schulze es el desprendimiento placentario mediante un hematoma retroplacentario central.
- e) Si durante el parto visualizamos una dilatación del ano y visión de la cara anterior del recto es un dato de ruptura inminente del esfínter, por lo que debemos practicar una episiotomía.

. Señale la verdadera: (pregunta vista en clase)

- a) La episiotomía es necesaria en muchas ocasiones para prevenir alteraciones del suelo pélvico.
→ parto normal = NO episiotomía (evitar siempre que se pueda)
→ episiotomías = objetivo: evitar desgarros perineales ppl afecten esfínter anal (x consecuencias a largo plazo como incontinencias de gases y heces)
- b) En un parto normal, el recién nacido debe ser entregado al pediatra para asegurar la buena adaptación al medio extrauterino.
→ colocaremos RN en regazo madre contacto piel con piel
- c) El alumbramiento es un proceso fisiológico para el cual no es necesaria atención sanitaria.
→ periodo alumbramiento = requiere vigilancia excesiva
- d) El mecanismo de Schulze es el desprendimiento placentario mediante un hematoma retroplacentario central. *
→ en las áreas de desprendimiento placentario existe un sangrado materno = forma un hematoma retroplacentario = plano disección = ejerce fuerza cizallamiento entre útero y placenta = contribuye a su desprendimiento.
- e) Si durante el parto visualizamos una dilatación del ano y visión de la cara anterior del recto es un dato de ruptura inminente del esfínter, por lo que debemos practicar una episiotomía.
→ según la teacher nunca va a ser la respuesta la de realizar episiotomía

. En cuanto a la atención al parto normal: (2023 abril)

- a) Se recomienda pinzar el cordón umbilical cuando deja de latir y colocar al recién nacido en cuna térmica a un lado de la madre.
- b) Cuando la placenta no se desprende tras un minuto del nacimiento, se recomienda realizar un alumbramiento manual para favorecer el desprendimiento placentario y evitar hemorragias.
- c) La administración de oxitocina no demostró disminuir la tasa de hemorragias de alumbramiento.
- d) El principal mecanismo de desprendimiento placentario es la disminución del tamaño uterino.

. En cuanto a la atención al parto normal: (2023 abril)

- a) Se recomienda pinzar el cordón umbilical cuando deja de latir y colocar al recién nacido en cuna térmica a un lado de la madre.
→ colocaremos RN en regazo madre en contacto piel con piel (se limpian secreciones nariz y boca -NO aspiración fosas nasales-) → esperamos cordón umbilical deje de latir para pinzar y seccionarlo.
- b) Cuando la placenta no se desprende tras un minuto del nacimiento, se recomienda realizar un alumbramiento manual para favorecer el desprendimiento placentario y evitar hemorragias.
→ la placenta se expulsa espontáneamente entre 5 y 30 minutos después de la salida del feto.
- c) La administración de oxitocina no demostró disminuir la tasa de hemorragias de alumbramiento.
→ alumbramiento dirigido = administración de oxitocina de manera profiláctica (después de la salida de los hombros fetales) = ha demostrado disminuir la tasa de hemorragia puerperales.
- d) El principal mecanismo de desprendimiento placentario es la disminución del tamaño uterino.
→ mecanismo produce desprendimiento placenta involucra disminución volumen Sina inserción placentaria (x contracción miometrio).

. En cuanto al parto eutócico (indique la opción verdadera): (2023 abril)

- a) La realización de episiotomía no está indicada habitualmente. *
- b) Es necesario recomendar la postura en sedestación frente a decúbito lateral para permitir una mejor monitorización del estado fetal.

- c) La analgesia epidural consiste en la infiltración con anestésico local en el espacio epidural, un efecto secundario frecuente es la hipertensión por vasoconstricción periférica.
 - d) La monitorización fetal debe ser continuada durante el trabajo de parto.
- . En cuanto al parte ectópico (indique la opción verdadera): (2023 abril)
- a) La realización de episiotomía no está indicada habitualmente. *
→ en el parto normal NO ase práctica episiotomía (evitar siempre que sea posible)
 - b) Es necesario recomendar la postura en sedestación frente a decúbito lateral para permitir una mejor monitorización del estado fetal.
→ fase expulsión = postura (y lugar) son elegidos x mujer → no es necesario que permanezca siempre en la misma postura.
 - c) La analgesia epidural consiste en la infiltración con anestésico local en el espacio epidural, un efecto secundario frecuente es la hipertensión por vasoconstricción periférica.
→ analgesia epidural = x catéter se administra en espacio epidural una infusión de agentes anestésicos → produce (cierto grado) bloqueo motor, sensitivo y simpático = vasodilatación periférica con tendencia a la hipotensión arterial.
 - d) La monitorización fetal debe ser continuada durante el trabajo de parto.
→ monitorización fetal se puede realizar de forma continua o en ventanas (permite (+) libertad mujer) → continua si hay alteración en registro cardiotocográfico.
- ¡importante! parto eutócico = parto normal / (parto distócico = parto difícil)

. Indique la opción verdadera respecto del parto normal: (2022 abril)

- a) Se considera fase de expulsivo prolongado a la de duración mayor a 2 horas en multíparas con analgesia epidural.
- b) Tras el nacimiento, es recomendable colocar al recién nacido en contacto piel con piel con la madre, pinzar el cordón umbilical inmediatamente, limpiar secreciones de nariz y boca, evitando utilizar dispositivos de aspiración.
- c) La administración de oxitocina profiláctica no demostró beneficio en ninguna de las fases del parto.
- d) Durante el alumbramiento, la visualización de la cara fetal de la placenta en el introito indica que el mecanismo de desprendimiento placentario es un hematoma central o mecanismo de Duncan.

. Indique la opción verdadera respecto del parto normal: (2022 abril)

- a) Se considera fase de expulsivo prolongado a la de duración mayor a 2 horas en multíparas con analgesia epidural. *
→ duración fases parto - expulsivo
- primíparas = 2h (3h con analgesia epidural)
- multíparas = 1h (2h con analgesia epidural)
- b) Tras el nacimiento, es recomendable colocar al recién nacido en contacto piel con piel con la madre, pinzar el cordón umbilical inmediatamente, limpiar secreciones de nariz y boca, evitando utilizar dispositivos de aspiración.
→ colocaremos al RN en el regazo de la madre en contacto piel con piel, limpiaremos secreción boca y nariz (no aspiración fosas nasales). Esperaremos a que el cordón umbilical deje de latir para pinzarlos y seccionarlo.
- c) La administración de oxitocina profiláctica no demostró beneficio en ninguna de las fases del parto.
→ administración de oxitocina de manera profiláctica (después salida hombros fetale) ha demostrado disminuir la tasa de hemorragia puerperales.
- d) Durante el alumbramiento, la visualización de la cara fetal de la placenta en el introito indica que el mecanismo de desprendimiento placentario es un hematoma central o mecanismo de Duncan.
→ aquí Arias quiere ponerte algo que no tienes ni idea pero que vayas a lo que sí que sabes.

*. Una paciente primípara con epidural alcanza dilatación completa a las 12 horas de la mañana con la presentación en primer plano e inicia pujos. A las 14 horas la presentación está en segundo plano: (2021 junio)

- a) Podemos decir que es un expulsivo prolongado.
- b) Es una evolución normal de un expulsivo.
- c) Hacer una extracción mediante fórceps.
- d) Se trata de un parto detenido.
- e) Poner un goteo oxicítico para aumentar la dinámica.

. Una paciente primípara con epidural alcanza dilatación completa a las 12 horas de la mañana con la presentación en primer plano e inicia pujos. A las 14 horas la presentación está en segundo plano: (2021 junio)

- a) Podemos decir que es un expulsivo prolongado.
→ fase expulsivo = se inicia cuando la dilatación cervical alcanza 10cm (dilatación final)
- duración - primíparas = 2h (3h con analgesia epidural) → entiendo entonces que le queda 1h para que el bebé descienda a un plano de Hodge más bajo
- b) Es una evolución normal de un expulsivo. *

- fase expulsivo - signos de alarma = pujos activos + falta progresión
- no se si es que yo he entendido mal lo de que los pujos activos en la fase de expulsivo según la tabla son signos de alarma o q pasa.
- c) Hacer una extracción mediante fórceps.
 - plano Hodge 1º/2º cesárea + 3º/4º parto instrumental
- d) Se trata de un parto detenido.
 - le queda 1h de tregua
- e) Poner un goteo oxitócico para aumentar la dinámica.
 - creo que la oxitocina se pone una vez han salido los hombros fetales, aunque pienso que podría ser la verdadera

8. DISTOCIAS DE OBJETO DE PARTO

. Durante la evolución de un parto se hace el diagnóstico de presentación de cara, mento anterior, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2023 abril) (2022 abril)

- a) Es una indicación de cesárea.
- b) Su causa es la flexión excesiva de la cabeza fetal.
- c) Se puede intentar el parto vaginal.
- d) Representa del 5% de las presentaciones cefálicas.

. Durante la evolución de un parto se hace el diagnóstico de presentación de cara, mento anterior, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2023 abril) (2022 abril)

- a) Es una indicación de cesárea.
 - anomalías x deflexión cabeza - de cara - mentoanterior = parto vaginal (*mentopost = cesárea)
- b) Su causa es la flexión excesiva de la cabeza fetal.
 - anomalía x deflexión de la cabeza = de cara (deflexión mayor)
- c) Se puede intentar el parto vaginal. *
 - presentación de cara mentoanterior = cesárea
- d) Representa del 5% de las presentaciones cefálicas.
 - presentación de cara = poco frecuente

*. Una paciente G4 P3 llega a dilatación completa, la presentación está en tercer plano y en el tacto se objetiva que es una presentación occipito sacra. Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA: (2021 junio)

- a) Se trata de una anomalía en el mecanismo fisiológico de flexión.
- b) El mecanismo causal es una anomalía en la rotación interna del feto.
- c) El parto vaginal es imposible.
- d) Es previsible un expulsivo de corta duración.
- e) Se indicaría una cesárea.

→ la aclaración! G4 = 4 embarazos/gestaciones // P3 = 3 partos (bebés viables)

→ anomalías por posición = occipitoposterior = pueden ser partos vaginales ¡pero! muy largos.

→ según la corrección es la (c) pero teniendo en cuenta que la occipitosacra/post sí que puede por parto vaginal, además un plano de Hodge 3 es indicación de instrumental no de cesárea

Yo pensaba que era la b entendiendo como anomalía por posición las anomalías por rotación, ya que el resto son falsas.

. Indique la afirmación FALSA: (2024 abril)

- a) Respecto a la presentación podálica, la actitud más adecuada es realizar versión cefálica externa en el momento de ruptura de bolsa.
- b) En la presentación de cara mento-posterior persistente está indicada la realización de una cesárea.

- c) En una presentación de nalgas la distocia en el parto de los hombros y la cabeza constituye un riesgo de asfixia fetal.
- d) La situación transversa es una posición fetal frecuente a lo largo del embarazo.

. Indique la afirmación FALSA: (2024 abril)

- a) Respecto a la presentación podálica, la actitud más adecuada es realizar versión cefálica externa en el momento de ruptura de bolsa.
→ nuevos estudios = NO (+) morbilidad en centros con experiencia que practican parto vaginal en comparación con los otros centros que practican versión cefálica externa o cesárea.
- b) En la presentación de cara mento-posterior persistente está indicada la realización de una cesárea.
→ anomalía de cara = mento: anterior - parto vaginal / posterior - cesárea.
- c) En una presentación de nalgas la distocia en el parto de los hombros y la cabeza constituye un riesgo de asfixia fetal.
→ partos presentación podálica = partos implican (+) morbi/mortalidad ya que para cuando sale cordón aún no han salido las áreas con mayor dificultad (diámetros mayores feto = cefálico + biacromial) = feto no puede respirar aún teniendo la cabeza dentro (distocia de la cabeza última).
- d) La situación transversa es una posición fetal frecuente a lo largo del embarazo.
→ transversa = frecuente en etapas precoces (poco frecuentes a término).

. Indique la opción verdadera: (2024 abril)

- a) Las variedades de presentación occipitoposteriores se asocian a mayor dolor materno intraparto que las presentaciones de vértice.
- b) A menor edad gestacional, menor riesgo de distocia en las presentaciones de nalgas.
- c) En la asistencia a un parto en podálica aplicaremos la maniobra de Bracht para facilitar el desprendimiento de las nalgas del feto.
- d) La maniobra de Mauriceau se emplea para la extracción del diámetro biacromial del feto en una presentación podálica.

. Indique la opción verdadera: (2024 abril)

- a) Las variedades de presentación occipitoposteriores se asocian a mayor dolor materno intraparto que las presentaciones de vértice.
→ pues bueno es que hablando del parto normal habla de la de vértice como la ideal y luego en las distocias habla de la de vértice como la de frente.
→ aún así la occipitoposterior pueden ser variantes porque al final se consigue rotar al bebé y termina occipito anterior (que es la mejor manera) por ello podríamos decir que no va a ser más dolorosa. Con lo que si se asocia es con un parto más largo.
- b) A menor edad gestacional, menor riesgo de distocia en las presentaciones de nalgas.
→ Presentación podálica = en fetos pequeños se realiza cesárea (<1,5Kg o 32 semanas) x su proporción cabeza y cuerpo, es más fácil que no dilate del todo y que quede cabeza atascada
- c) En la asistencia a un parto en podálica aplicaremos la maniobra de Bracht para facilitar el desprendimiento de las nalgas del feto.
→ presentación podálica (de nalgas) - maniobras para cuando no sale la cabeza = maniobra de Bracht + maniobra de Mauriceau.
- d) La maniobra de Mauriceau se emplea para la extracción del diámetro biacromial del feto en una presentación podálica. *
→ presentación podálica (de nalgas) - maniobras para cuando no sale la cabeza = maniobra de Bracht + maniobra de Mauriceau.

. Ante una presentación podálica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones de FALSA?: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Es una indicación de cesárea electiva.
- b) La versión cefálica externa es la primera maniobra recomendable.
- c) Se puede intentar en parto vaginal.
- d) Se asocia con un peor pronóstico fetal.

. Ante una presentación podálica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones de FALSA?: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Es una indicación de cesárea electiva.
→ nuevos estudios mostraron que no existe mayor morbilidad en centros con experiencia que realizaban partos vaginales en comparación con los que realizaban la versión cefálica externa o cesárea.
- b) La versión cefálica externa es la primera maniobra recomendable. *
→
- c) Se puede intentar en parto vaginal.
→ verdadera

d) Se asocia con un peor pronóstico fetal.

→ presentación podálica = mayor riesgo y morbimortalidad fetal

→ (notas clase) tienen (+) problemas, st fetales (aunque tb maternos como traumas).

. Una paciente G1 P0 con 37 semanas acude a consulta objetivándose una presentación de nalgas puras. Cuál de las siguientes actitudes es la más correcta: (2021 junio)

a) Recomendarle una cesárea electiva ya que es la mejor actitud para ella y su hijo.

b) Proponerle un parto vaginal.

c) Moxibustión y cambios posturales para favorecer el cambio de la presentación.

d) Proponerle un intento de versión cefálica externa. *

e) Cesárea electiva en la semana 39.

→ la d es la respuesta correcta teniendo en cuenta que esto es del 2021. Este año Arias nos habla de nuevos estudios mostraron que no existe mayor morbimortalidad en centros con experiencia que realizaban partos vaginales en comparación con los que realizaban la versión cefálica externa o cesárea. Es por ello que yo, actualmente pondría como correcta la b) proponerle un parto vaginal

. La paciente del caso anterior decide intentar un parto vaginal de nalgas. Cuál de las siguientes circunstancias contraindicaría el mismo: (2021 junio)

a) Peso fetal estimado de 3600 gr.

b) Necesidad de inducir el parto.

c) El hecho de ser primípara.

d) Utilización de Anestesia epidural.

e) Expulsivo de más de dos horas. *

→ no lo sé muy bien

→ existen estudios observacionales que han demostrado una mayor morbimortalidad en los fetos en partos en podálica con madres primíparas => ma hace pensar que por tanto la respuesta correcta es la c

→ requisitos parto podálica = peso <4kg + cabeza flexionada + dorso anterior

→ cesárea en fetos pequeños <1,5kg o 32 semanas

→ según la corrección sería la e) pero hasta donde yo tengo entendido sería en un parto de multípara sin/com analgesia epidural o en primípara sin analgesia epidural donde sería indicación de cesárea.

9. EMBARAZO Y PARTO MÚLTIPLE

. Si tenemos una gestación bicorial biamniótica es cierto que: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Se trata de una gestación monozigota.
- b) Se trata de una gestación bizigota.
- c) Puede ser monozigótica o bizigótica. *
- d) Ninguno de los anteriores.

→ embarazo dicigótico = siempre son bicoriales + bicigóticos

→ embarazo monocigótico = 30% bicorial + bicigótico

. En cuanto a las modalidades de embarazo gemelar es FALSO que: (2024 abril)

- a) La modalidad más frecuente es el dicigótico.
- b) Los gemelos monocigóticos tienen mayor tasa de complicaciones
- c) Las mayores tasas de mortalidad perinatal se dan en los monocoriales biamnióticos.
- d) El factor que más contribuye a la morbilidad aumentada en todas las modalidades es el parto pretérmino.

. En cuanto a las modalidades de embarazo gemelar es FALSO que: (2024 abril)

- a) La modalidad más frecuente es el dicigótico.
 - bicigóticos = situación (+) frecuente (2/3 casos).
 - embarazo dicigótico = tipo embarazo gemelar (+) frecuente
- b) Los gemelos monocigóticos tienen mayor tasa de complicaciones.
 - gemelos monocigóticos tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones (que dicigóticos)
- c) Las mayores tasas de mortalidad perinatal se dan en los monocoriales biamnióticos. *
 - embarazo monocigótico - tasas mortalidad perinatal = monocorial monoamniótico (50%) + monocorial diamniótico (26%) + dicorial diamniótico (26%).
- d) El factor que más contribuye a la morbilidad aumentada en todas las modalidades es el parto pretérmino.
 - parto pretérmino (PPT) = factor que más contribuye a la mayor tasa de morbilidad (en embarazos y parto múltiple).

. La gestación monocorial biamniótica: (2021 junio)

- a) Se incrementa por las técnicas de estimulación de la ovulación.
- b) Proviene de la fertilización de dos óvulos.
- c) Tiene mayor tasa de complicaciones que la monoamniótica.
- d) Tiene mayor tasa de complicaciones que la bicorial biamniótica.
- e) Es la variedad de gemelaridad más frecuente.

. La gestación monocorial biamniótica: (2021 junio)

- a) Se incrementa por las técnicas de estimulación de la ovulación.
 - todos los embarazo múltiples = 30% EM son x estimulación ovárica
- b) Proviene de la fertilización de dos óvulos.
 - 40% EM son x FIV
- c) Tiene mayor tasa de complicaciones que la monoamniótica.
 - monocorial monoamniótico = 50% mortalidad perinatal
 - monocorial biamniótica = 26% mortalidad perinatal
- d) Tiene mayor tasa de complicaciones que la bicorial biamniótica. *
 - gemelos monocigóticos (+) riesgo complicaciones que dicigóticos (bicorial biamnióticos SIEMPRE)
- e) Es la variedad de gemelaridad más frecuente.
 - dicigóticos = 2/3 EM
 - monocigóticos = 1/3 EM = 30% dicorial diamniótico + 68% monocorial diamniótico + 2% monocorial monoamniótico

. Cual de los siguientes datos ecográfico establece con fiabilidad la bicorionicidad de una gestación: (2021 febrero)

- a) Sexo discordante de los fetos.
- b) Signo de la T invertida.
- c) Signo de labda.
- d) a y b
- e) a y c. *

→ monocoriales = comparten sexo / bicoriales = sexos distintos

→ eco = placenta monocorial vs dicorial:

- signo T invertida = monocorial
- signo lambda = dicorial

. Cual de las siguientes es la complicación mas frecuente en las gestaciones gemelares. (2020 junio)

- Incremento en las malformaciones fetales.
- Transfusión feto fetal.
- Prematuridad.
- Retardo de crecimiento (CIR).
- Anomalías de la presentación.

→ la prematuridad es la complicación más frecuente de las gestaciones gemelares y múltiples.

. Una paciente con un embarazo gemelar bicorial biamniótico de 38 semanas acude a urgencias con contracciones regulares, dilatación de tres centímetros, bolsa rota y el primer feto en presentación occipito iliaca derecha anterior, el segundo gemelo parece en transversa, ¿cuál de las siguientes actitudes seria más correcta?: (2023 abril) (2022 abril)

- Deberíamos hacer una cesárea electiva dado que la situación del segundo gemelo imposibilita un parto vaginal.
- Tratar de versionar al segundo gemelo y si lo conseguimos ir al parto vaginal.
- Intentar un parto vaginal y versión interna del segundo gemelo si persiste en transversa. *
- Parto del primer gemelo y si el segundo persiste en transversa hacer una cesárea en segundo gemelo.

→ Presentación parto gemelar = 1º cefálica + 2º podálica/transversa/otra

- EG<32 / <1500gr = cesárea
- EG>32 / >1500gr = parto vaginal
- Presentación cefálica/transversa = 2º gemelo puede rotar espontáneamente a longitudinal tras nacimiento 1º - NO rotación = puede realizarse versión externa o versión interna con gran extracción 2º gemelo.

*Entiendo que antes de ir a cesárea hacemos versión interna o externa del 2º, es por ello que pienso que la d no es correcta.

. Una paciente con una gestación gemelar bicorial biamniótica inicia trabajo de parto a las 38 semanas, el primero de los fetos está en cefálica podemos intentar un parto vaginal si: (2021 junio) (2020 febrero)

- Segundo feto está en cefálica.
- Segundo feto en podálica.
- El segundo feto está en transversa dorso superior.
- Ninguna de las anteriores.
- Todas las anteriores. *

→ gemelos diamnióticos => >32 semanas + >1500gr

- 1º cefálica + 2º cefálica = parto vaginal
- 1º cefálica + 2º podálica = parto vaginal
- 1º cefálica + 2º transversa = parto vaginal

. Una paciente con una gestación gemelar bicorial biamniótica inicia trabajo de parto a las 38 semanas. Cuál de las siguientes circunstancias contraindicaría el parto por vía vaginal: (2019 enero)

- Segundo feto en transversa.
- Segundo feto en podálica. *
- Diferencia en los pesos estimados fetales mayor del 25%.
- Primer feto en podálica.
- Rotura prematura de membranas.

. Son indicación de cesárea en el parto múltiple EXCEPTO: (2024 abril)

- Embarazo de 3 o más fetos, independientemente de sus presentaciones.
- Primer gemelo en presentación no cefálica.
- Gemelos monoamnióticos.
- Primer gemelo en cefálica y segundo en transversa si son >32 semanas. *

→ Presentación parto gemelar = 1º cefálica + 2º podálica/transversa/otra

- EG<32 / <1500gr = cesárea
- EG>32 / >1500gr = parto vaginal

→ indicaciones cesáreas = gemelos monocigóticos + partos múltiples 3/+ fetos + 1er feto NO cefálica

10. MODIFICACIONES LOCALES Y GENERALES DEL PUERPERIO

. ¿Cómo se denomina a la primera semana del puerperio?: (2015 enero)

- a) Puerperio tardío.
- b) Puerperio intermedio.
- c) Puerperio inmediato.
- d) Puerperio mediato. *
- e) Puerperio activo.

→ puerperio - 3 fases (cronológicas)

- puerperio inmediato = 1ª 24h postparto.
- puerperio mediato/clínico = 1ª semana.
- puerperio tardío = desde puerperio clínico hasta 1ª menstruación.

. En cuanto a la involución uterina en el puerperio es cierto que: (2021 febrero)

- a) Tras el parto, el fondo del útero se sitúa dos dedos por debajo del ombligo.
- b) A las 24 horas postparto el fondo uterino se palpa dos dedos por debajo del ombligo.
- c) A un mes postparto el útero recupera su tamaño previo al embarazo.
- d) Los entuertos son más frecuente e intensos en múltipara y embarazo gemelar.
- e) Los entuertos retrasan la involución uterina.

. En cuanto a la involución uterina en el puerperio es cierto que: (2021 febrero)

- a) Tras el parto, el fondo del útero se sitúa dos dedos por debajo del ombligo.
→ tras parto fondo uterino se sitúa a nivel ombligo.
- b) A las 24 horas postparto el fondo uterino se palpa dos dedos por debajo del ombligo.
→ podemos encontrarnos que al día siguiente del parto puede ascender un poco y encontrarse 1 dedo x encima ombligo
- c) A un mes postparto el útero recupera su tamaño previo al embarazo.
→ 6ª semana = útero alcanza tamaño definitivo (unos cm mayores previo embarazo)
- d) Los entuertos son más frecuente e intensos en múltipara y embarazo gemelar. *
→ entuertos (+) frecuentes en múltiparas.
- e) Los entuertos retrasan la involución uterina.
→ entuertos = contracciones uterinas dolorosas 2-3 primeros días - buscan reducir tamaño uterino

. En cuanto a la involución uterina del puerperio es CIERTO que: (2020 febrero) (2019 enero) (2018 mayo) (2018 enero)

- a) Tras el parto, el fondo del útero se sitúa al nivel del ombligo.
- b) A las 24 horas postparto el fondo uterino se palpa 2 dedos por debajo del ombligo.
- c) A un mes postparto el útero recupera su tamaño previo al embarazo.
- d) Los entuertos son más frecuentes en primíparas.
- e) Los entuertos persisten unas 2 semanas.

. En cuanto a la involución uterina del puerperio es CIERTO que: (2020 febrero) (2019 enero) (2018 mayo) (2018 enero)

- a) Tras el parto, el fondo del útero se sitúa al nivel del ombligo. *
→ tras expulsión placentaria útero se contrae fondo útero se sitúa a nivel ombligo
→ involución uterina = al día siguiente del parto puede ascender y encontrarse un dedo por encima del ombligo.
- b) A las 24 horas postparto el fondo uterino se palpa 2 dedos por debajo del ombligo.
→ sería 1 dedo por encima, NO 2 x debajo.
- c) A un mes postparto el útero recupera su tamaño previo al embarazo.
→ 6ª semana postparto útero alcanza su tamaño definitivo (unos cm mayores al previo el embarazo).
- d) Los entuertos son más frecuentes en primíparas.
→ entuertos = (+) frecuentes en múltiparas.
- e) Los entuertos persisten unas 2 semanas.
→ 2-3 primeros días (alguno más si hay lactancia materna) existen una serie de contracciones uterinas dolorosas (entuertos) que buscan reducir el tamaño uterino. Pasados estos días el útero se mantiene tónico pero desaparecen estas contracciones.

. En el puerperio normal, la primera excreción loquial se corresponde con la variedad de: (2015 enero)

- a) L. flava (amarillos).
- b) L. alba (blancos).
- c) L. rubra (rojos). *

- d) L. fusca (marrones).
- e) Es posible cualquier variedad de las anteriores.
- Loquios = secreciones fisiológicas después del parto
- inicio = sanguinolentos, con restos hemáticos y (+) abundantes
- después = se van aclarando, (+) rosados y líquidos (x haber más hemostasia, mucosa va regenerando).
- posterior = marronáceos
- al final = blanquecinos + incoloros o amarillentos (x disminución restos hemáticos).

. En cuanto a los cambios del cérvix uterino en el puerperio es cierto que: (2023 abril)

- a) Tras el parto, el cérvix permanece dilatado 24 horas para facilitar la expulsión de los loquios.
- b) A un mes postparto el cérvix recupera completamente su configuración y características previas al parto.
- c) Es normal que el cérvix permanezca permeable a dos dedos los primeros días postparto. *
- d) El canal cervical se cierra progresivamente desde el OCE hacia el OCI.
- cambios anatómicos geniales - involución cervical:
- tras parto cuello permanece dilatado + fácilmente permeable a 2 dedos → durante 2 primeros días = ayuda evacuación loquios
- no recuperará del todo la configuración que tenía previamente
- progresivamente recupera sus características (de forma imperfecta) = desde orificio cervical interno (OCI) hacia el orificio cervical externo (OCE)

. En cuanto a los cambios del cérvix uterino en el puerperio es cierto que: (2022)

- a) A un mes postparto el cérvix recupera completamente su configuración y características previas al parto.
- b) No es normal que el cérvix permanezca permeable a dos dedos los primeros días postparto.
- c) El canal cervical se cierra progresivamente desde el OCE hacia el OCI.
- d) Tras una cesárea el OCE no se modifica como en un parto vaginal. *

. En cuanto a los cambios del cérvix uterino en el puerperio es cierto que: (2021 junio) (2020 junio)

- a) Tras el parto, el cérvix permanece dilatado 24 horas para facilitar la expulsión de los loquios.
- b) A un mes postparto el cervix recupera completamente su configuración y características previas al parto.
- c) No es norma que el cervix permanezca permeable a dos dedos los primeros días del postparto.
- d) El canal cervical se cierra progresivamente desde el OCI hacia el OCE.
- e) Tras una cesárea el OCE se modifica similar a un parto vaginal.

. En cuanto a los cambios del cérvix uterino en el puerperio es cierto que: (2021 junio) (2020 junio)

- a) Tras el parto, el cérvix permanece dilatado 24 horas para facilitar la expulsión de los loquios.
→ tras el parto, el cuello permanece dilatado, fácilmente permeable a dos dedos durante los primeros días, lo que ayuda a la evacuación de los loquios. Se cierra el 7º-8º día.
- b) A un mes postparto el cervix recupera completamente su configuración y características previas al parto.
→ si miramos con espéculo la apertura de mujer nulípara sería puntiforme y la de una mujer múltipara aspecto rasgado = NO recuperará del todo la configuración que tenía previamente.
- c) No es norma que el cervix permanezca permeable a dos dedos los primeros días del postparto.
→ tras parto, cuello permanece dilatado, fácilmente permeable a dos dedos durante los primeros días (ayuda evacuación loquios).
- d) El canal cervical se cierra progresivamente desde el OCI hacia el OCE. *
→ progresivamente recupera su forma imperfecta, formándose desde orificio cervical interno hacia externo.
- e) Tras una cesárea el OCE se modifica similar a un parto vaginal.
→ en caso de cesárea = NO se producen estos cambios

. La asistencia clínica al puerperio inmediato siempre incluye: (2024 abril) (2023 abril)

- a) Suspensión del goteo oxitócico tras el parto.
- b) Control del tono y altura de fondo uterino mediante palpación abdominal.
- c) Inicio de lactancia materna pasadas las 2 primeras horas postparto.
- d) Toma de tensión arterial, pulso y temperatura al menos en 3 ocasiones las primeras 24 horas.

. La asistencia clínica al puerperio inmediato siempre incluye: (2024 abril) (2023 abril)

- a) Suspensión del goteo oxitócico tras el parto.

→ asistencia puerperio = goteo oxitócico puede suspenderse si no existe evidencia de metrorragia anormal = normalmente se pone en ya sea parto vaginal o cesárea y se mantiene durante puerperio para controlar sangrado (contracciones favorecen parto, pero también hemorragia)

- b) Control del tono y altura de fondo uterino mediante palpación abdominal. *
→ asistencia puerperio = muy importante durante las 2 primeras horas puerperio inmediato (+ críticas) control 3 veces: TA + pulso + Tª + sangrado + involución uterina (tonicidad, grado contracción) + diuresis.
- c) Inicio de lactancia materna pasadas las 2 primeras horas postparto.
→ importante iniciar lactancia materna cuando sea posible
- d) Toma de tensión arterial, pulso y temperatura al menos en 3 ocasiones las primeras 24 horas.
→ tendría que ser en las primeras 2h y si son normales las seguiremos controlando cada 8 h

. La asistencia clínica al puerperio inmediato siempre incluye: (2021 junio)

- a) Suspensión del goteo oxitócico tras el parto.
- b) Control de la involución uterina mediante palpación abdominal.
- c) Inicio de la lactancia materna pasadas las dos primeras horas postparto.
- d) Toma de tensión arterial, pulso y temperatura al menos en 4 ocasiones en la primera hora postparto.
- e) Masaje uterino para facilitar el sangrado y la expulsión de loquios.

→ en la corrección pone la d) pero puesto que pone en la primera hora y 4 veces y según los apuntes es cada 2h y en 3 ocasiones, yo pondría como correcta la b).

. La asistencia clínica al puerperio inmediato SIEMPRE incluye: (2021 febrero) (2020 junio) (2020 febrero) (2019 enero) (2018 mayo) (2018 enero)

- a) Suspensión del goteo oxitócico tras el parto.
- b) Control de involución uterina mediante ecografía.
- c) Inicio de lactancia materna pasadas las 2 primeras horas postparto.
- d) Toma de tensión arterial, pulso y temperatura al menos en 3 ocasiones las dos primeras postparto.
- e) El masaje uterino está contraindicado para no aumentar el sangrado.

. La asistencia clínica al puerperio inmediato SIEMPRE incluye: (2020 junio) (2020 febrero) (2019 enero) (2018 mayo) (2018 enero)

- a) Suspensión del goteo oxitócico tras el parto.
→ goteo oxitócico = puede suspenderse si no existe evidencia de metrorragia anormal.
= normalmente se pone y se mantiene durante el puerperio para controlar sangrado
→ explicación => oxitocina = contracciones uterinas + hemostasia
- b) Control de involución uterina mediante ecografía.
→ importante 2 primeras h controlar 3 veces (...) involución uterina (tonicidad, grado contracción)
- c) Inicio de lactancia materna pasadas las 2 primeras horas postparto.
→ importante iniciar lactancia materna cuando sea posible para que se produzca la subida de leche y estimular al niño, así como liberación oxitocina.
- d) Toma de tensión arterial, pulso y temperatura al menos en 3 ocasiones las dos primeras postparto.
→ muy importante durante 2 primeras h (+ críticas) del puerperio inmediato controlar 3 ocasiones (al menos): TA + pulso + temperatura + sangrado + involución uterina + diuresis.
- e) El masaje uterino está contraindicado para no aumentar el sangrado.
→

. En cuanto al acretismo placentario es cierto que: (2024 abril)

- a) Nuliparidad y desprendimiento de placenta son factores de riesgo.
 - b) El tratamiento si el acretismo es total consiste en extracción manual de placenta.
 - c) Es causa de hemorragia posparto. *
 - d) La modalidad percreta es la más frecuente.
→ acretismo placentario
 - según grado penetration miometrio = acreta 80% + increta 15% + percreta 5%.
 - factores riesgo = multiparidad + placenta previa + cirugía uterina
 - placenta si no se desprende queda reteñán y aparece HP (hemorragia puerperal)
- hemorragia puerperal = acretismo placentario

11. PATOLOGÍA DEL PUERPERIO

. Señala cuál de los siguientes es un factor predisponente a la infección puerperal: (2023 abril)

- a) Parto instrumental.
- b) Extracción manual de placenta.
- c) Anestesia epidural.
- d) Rotura prematura de membranas. *

→ operaciones obstétricas (parto instrumental, extracción manual placenta o anestesia general) bien realizadas con asepsia y sin desgarros = NO son factores de riesgo de por sí de Infección Puerperal.

→ factores predisponentes = RPM >6h

. Señala cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de infección puerperal: (2020 febrero)

- a) Anemia.
- b) RPM.
- c) Extracción manual de placenta. *
- d) Parto prolongado.
- e) Cesárea.

. Señala cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de infección puerperal: (2019 enero) (2018 enero)

- a) Anemia.
- b) RPM
- c) Monitorización fetal externa intraparto. *
- d) Parto prolongado.
- e) Cesárea.

→ factores predisponentes generales = anemia

→ factores predisponentes locales = RPM + monitorización interna + parto prolongado

→ IP (+) incidencia cesáreas

. Son factores predisponentes para desarrollar una infección puerperal EXCEPTO: (2015 enero)

- a) Anemia.
- b) Parto prolongado.
- c) Déficits nutricionales (hipovitaminosis, hipoproteinemia).
- d) Rotura prematura de membranas.
- e) Extracción manual de placenta. *

→ infección puerperal - factores predisponentes

- generales = anemia + déficits nutricionales (hipovitaminosis / hipoproteinemia).

- locales = corioamnionitis + rotura prematura de membranas + partos prolongados

*operaciones obstétricas (parto instrumental + extracción manual de placenta + anestesia general) bien realizadas con asepsia y sin desgarros = NO son factores de riesgo de por sí de infección puerperal.

. Paciente de 33 años que tras un parto sin complicaciones en el 4º día posparto presenta dolor hipogástrico importante, que se extiende a la zona lumbar; en la exploración ginecológica la movilización uterina es dolorosa y el útero está bien contraído. Tiene una TA de 110/70 y una temperatura de 39°C. Eco sin hallazgos destacables. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

(2024 abril)

- a) Infección puerperal. *
- b) Retención de restos placentarios.
- c) Rotura uterina.
- d) Cuadro de origen no ginecológico.

→ IP - clínica =

- manifestaciones clínicas a los 3 días del parto

- dolor abdominal que no cede a analgésicos

- dolor a la palpación uterina

- subinvolución uterina (endometritis)

- signo clave = fiebre

- dx x eco solo sirve si ya ha hecho abscesos

. Son signos clínicos de sospecha de infección puerperal, excepto: (2022 abril)

- a) Subinvolución uterina.
- b) Fiebre intraparto o en las 2 horas posteriores al parto. *
- c) Taquicardia persistente en cualquier fase del puerperio.
- d) Dolor a la palpación uterina.

→ infección puerperal - clínica:

- tarda en manifestarse 3 días → <3 días = infección adquirida antes/durante parto = infección intraparto
- fiebre (signo clave, pero puede haber infección puerperal sin fiebre)
- subinvolución uterina
- dolor a palpación uterina
- taquicardia persistente + HTA → en cualquier momento parto.

. Son signos de sospecha de infección puerperal, EXCEPTO: (2021 junio) (2020 junio)

- a) Fiebre intraparto o en las dos horas posteriores al parto. *
- b) Subinvolución uterina.
- c) Loquios anómalos.
- d) Taquicardia persistente en cualquier fase del puerperio.
- e) Dolor a la palpación uterina.

. En cuanto a la endometritis puerperal (EP) es cierto que: (2021 febrero)

- a) Lo más habitual es que se resuelva con un legrado.
- b) Se manifiesta clínicamente en las primeras 24 horas postparto.
- c) La retención de restos placentarios es una forma de EP que puede generalizarse rápidamente.
- d) No suele requerir tratamiento antibiótico.
- e) Es más frecuente en las cesáreas programadas.

. En cuanto a la endometritis puerperal (EP) es cierto que: (2021 febrero)

- a) Lo más habitual es que se resuelva con un legrado.
→ cantidad restos >20mm grosor = legrado puerperal → (+) complicaciones del legrado que en otras etapas.
- b) Se manifiesta clínicamente en las primeras 24 horas postparto.
→ endometritis = manifestarse sobre 3-5º día puerperio
- c) La retención de restos placentarios es una forma de EP que puede generalizarse rápidamente. *
→ etiología (+) habitual = endometritis por retención de restos placentaria u ovularios → forma especial de endometritis puerperal que se generaliza rápidamente.
- d) No suele requerir tratamiento antibiótico.
→ no se bien porque en los tto de EP no aparece pero sí que hablando de niveles generales de IP el tto estrella es el ATB.
- e) Es más frecuente en las cesáreas programadas.
→ parto con alguna extracción manual de placenta es más fácil que queden restos de algún lóbulo placentario
→ creo que se refiere a que es más frecuente en cesáreas urgente

. Señala cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) en el puerperio: (2023 abril)

- a) Deambulación precoz tras el parto.
- b) Gestación gemelar.
- c) Portadora de prótesis valvular cardíaca.
- d) Cesárea urgente.

→ factor riesgo tromboembólico en puerperio:

- (+) presión intraabdominal (gemelar, hidramnios)
- prótesis valvular cardíaca (materno)
- cesárea (urgente)

. Señala cuál de las siguientes NO se considera opción de tratamiento de trombosis venosa superficial puerperal: (2024 abril)

- a) Heparina. *
 - b) Analgésicos: paracetamol.
 - c) Reposo con la extremidad afectada elevada.
 - d) Deambulación tan pronto como sea posible.
- trombosis venosa superficial (TVS) / tromboflebitis:

- reposo en cama con elevación de la extremidad ppio cuadro para mejorar retorno venoso
- analgesia = fármaco elección siempre paracetamol (contraindicados fármacos afecten función plaquetaria + AINES)
- deambulación tan pronto como sea posible (48h tras descanso)
- NO necesaria heparinización
- calor local húmedo en la zona afectada (calma dolor + alivia sensación calor referida)
- medias elásticas ya que aumentan la velocidad flujo venoso

* En la mastitis puerperal es cierto que: (2021 febrero) (2019 enero)

- a) Se produce con menor frecuencia en primíparas.
- b) La vía de contagio habitual suele ser exógena. *
- c) Nunca se acompaña de afectación ganglionar dolorosa.
- d) Siempre es bilateral.
- e) Con frecuencia requiere tratamiento quirúrgico (desbridamiento).

* En la mastitis puerperal es CIERTO que: (2020 febrero)

- a) Se produce con menor frecuencia en primíparas.
- b) La vía de contagio habitual suele ser endógena.
- c) Nunca se acompaña de afectación ganglionar axilar dolorosa.
- d) Siempre es bilateral.
- e) Con poca frecuencia requiere tratamiento quirúrgico (desbridamiento y drenaje). *

* En la mastitis puerperales FALSO que: (2018 enero)

- a) Se produce más frecuentemente en primíparas.
- b) La vía de contagio suele ser endógena. *
- c) Puede acompañarse de afectación ganglionar axilar dolorosa.
- d) La clínica, la ecografía y la PAAF permiten establecer su diagnóstico.
- e) Excepcionalmente requiere tratamiento quirúrgico (desbridamiento y drenaje).

* En el diagnóstico diferencial de la mastitis puerperal (MP) es FALSO que: (2021 junio) (2020 junio)

- a) La ecografía no es el método más fiable para diferenciar una mastitis de un caso inflamatorio.
- b) La PAAF (punción aspiración con aguja fina) de la mama afectada no es el método diagnóstico de elección para confirmar patología infecciosa o tumoral al ser una técnica invasiva. (*)
- c) La clínica de dolor es más intensa en los casos de mastitis puerperal, sobre todo si se desarrolla un absceso mamario.
- d) En la exploración, los ganglios inflamados pueden aparecer en el Ca. Inflamatorio y en la MP. *
- e) La fiebre alta suele presentarse en la mastitis puerperal y no en el cáncer inflamatorio.

* En el diagnóstico diferencial de la mastitis puerperal: (2015 enero)

- a) La ecografía es el método más fiable para diferenciar una mastitis de un carcinoma inflamatoria.
 - b) La PAAF permite estudio citológico y microbiológico de la mama afecta, y es el método diagnóstico de elección. *
 - c) La clínica de dolor es más intensa en los casos del ca. inflamatorio.
 - d) En la exploración, los ganglios axilares solo se palpan en el ca. inflamatorio.
 - e) La fiebre alta suele presentarse en el ca. inflamatorio y no en la mastitis puerperal.
- en clase los dx diferenciales se los ha pasado por el forro.

12. EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO (CIR)

. Señala cuál de estos factores NO eleva el nivel de riesgo de un embarazo: (2024 abril)

- a) Defecto congénito fetal.
- b) 3 abortos previos.
- c) Amenaza de parto pretérmino.
- d) Esterilidad previa de 1 año de evolución. *

→ embarazo alto riesgo - factores riesgo:

- antecedentes reproductivos
 - esterilidad en tto al menos durante 2 años
 - abortos de repetición >3
 - antecedentes: pretérmino + defecto congénito
- embarazo actual
 - defecto congénito fetal
 - amenaza parto pretérmino

. Señala cuál de estos factores NO eleva el nivel de riesgo de un embarazo: (2023 abril)

- a) Defecto congénito fetal.
- b) 2 abortos previos resueltos con legrado. *
- c) Polihidramnios.
- d) Cesárea previa.

→ embarazo alto riesgo - factores riesgo:

- antecedentes reproductivos
 - abortos de repetición >3
 - antecedentes Cx uterina - ¡EXCEPTO! legrado instrumental
- embarazo actual
 - polihidramnios
 - defecto congénito fetal
- antecedentes obstétricos
 - cesárea anterior

. Señala cuál de estos factores NO eleva el nivel de riesgo de un embarazo: (2022 abril)

- a) Diabetes gestacional.
- b) Antecedente de RN pretérmino.
- c) 2 abortos previos. *
- d) Embarazo mal controlado.

→ embarazo alto riesgo - factores riesgo:

- factores sociodemográficos
 - embarazos mal controlados (ya sea x embarazo no deseado o x nivel socioeconómico bajo)
- antecedentes reproductivos
 - abortos de repetición >3
 - antecedentes de nacido pretérmino
- embarazo actual
 - diabetes gestacional

. Señale cuál de estos factores NO eleva el riesgo del embarazo: (2021 junio) (2020 junio)

- a) Diabetes gestacional.
- b) Aborto previo. *
- c) EPOC materna.
- d) Cesárea previa.
- e) Embarazo mal controlado.
- factores sociodemográficos
 - embarazos mal controlados (ya sea x embarazo no deseado o x nivel socioeconómico bajo)
- antecedentes reproductivos
 - abortos de repetición >3
- antecedentes médicos

- enfermedades respiratoria crónica
- embarazo actual
 - diabetes gestacional
- antecedentes obstétricos
 - cesárea anterior

. Señala cual de estos factores NO eleva el nivel de riesgo del embarazo: (2021 febrero) (2020 febrero)

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Legrado uterino previo. *
- EPOC materna.
- Cesarea previa.
- Embarazo gemelar bicorial biamniótico.

→ embarazo alto riesgo - factores riesgo:

- antecedentes reproductivos
 - abortos de repetición >3
 - antecedentes Cx uterina - ¡EXCEPTO! legrado instrumental
- antecedentes médicos
 - enfermedades respiratoria crónica
- embarazo actual
 - hipertensión inducida x embarazo
 - embarazo gemelar/múltiple
- antecedentes obstétricos
 - cesárea anterior

. Señala cuál de estos factores NO eleva el nivel de riesgo de un embarazo: (2019 enero)

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Estática fetal anormal en 2º trimestre. *
- EPOC materna.
- Cesárea previa.
- Embarazo gemelar bicorial biamniótico.

→ embarazo alto riesgo - factores riesgo:

- antecedentes médicos
 - enfermedades respiratoria crónica
- embarazo actual
 - hipertensión inducida x embarazo
 - embarazo gemelar/múltiple
 - estática fetal anormal >36sem

. En cuanto al manejo clínico del CIR, señala la opción correcta: (2022 abril)

- El estudio Doppler es imprescindible para valorar el estado fetal.
- El tratamiento con betamiméticos mejora el crecimiento fetal.
- El reposo relativo y la atención a los movimientos fetales no es eficaz ni recomendable.
- Si el CIR es leve, siempre se debe continuar el embarazo hasta el término para evitar un recién nacido de bajo peso.

. En cuanto al manejo clínico del CIR, señala la opción correcta: (2022 abril)

- El estudio Doppler es imprescindible para valorar el estado fetal.
 - utilidad Doppler en el CIR es fundamental = sirve como muestra niveles flujo sangre al feto x arterias uterinas, umbilical y cerebral media
- El tratamiento con betamiméticos mejora el crecimiento fetal.
 - betamiméticos = tampoco se utilizan con frecuencia x riesgo/beneficio NO favorable
- El reposo relativo y la atención a los movimientos fetales no es eficaz ni recomendable.
 - reposo en cama en decúbito lateral izquierda = mejor medida terapéutica (x aumento flujo sanguíneo útero-placentario)
 - movimientos fetales = muy importantes x ser un termómetro exacto de la situación fetal
- Si el CIR es leve, siempre se debe continuar el embarazo hasta el término para evitar un recién nacido de bajo peso.
 - hombre señor mío hay que tener en cuenta los criterios de finalización del embarazo

. En cuanto al manejo clínico del CIR, señale la opción correcta: (2021 junio) (2020 junio)

- a) El estudio Doppler no resulta imprescindible en la mayoría de los casos.
 - b) El tratamiento con betamiméticos mejora el crecimiento fetal.
 - c) El reposo en DLI y el recuento de movimientos fetales no es eficaz ni recomendable.
 - d) El crecimiento y el grado bienestar fetal son los factores más importantes a tener en cuenta para elegir el momento del parto. *
 - e) Si el CIR es leve, siempre se debe continuar el embarazo hasta el término para evitar un recién nacido de bajo peso.
- es fundamental elegir acertadamente el momento del parto, valorando prematuridad y el grado de bienestar/deterioro del feto.

. Son criterios de finalización de embarazo en un feto con CIR, EXCEPTO: (2024 abril) (2023 abril)

- a) CIR y feto >36 semanas. *
- b) Patología materna grave producida o agravada por el embarazo, sea cual sea la EG del feto con CIR.
- c) Doppler patológico en AUmbilical y ACM, independientemente de la gravedad del CIR.
- d) Doppler patológico en AUterina en feto con CIR leve de <36 semanas.

→ criterios finalización embarazo CIR:

- embarazo pretérmino (<37 sem) = interrupción de, crecimiento aún con UFP normal
- patología materna (ej: patología cardíaca)
- deterioro UFP (unidad feto placentaria)

. En cuanto a la planificación del parto en un feto con CIR, señale la opción mas correcta: (2021 febrero) (2020 febrero) (2019 enero)

- a) Si el Doppler es normal en general toleran bien un parto vaginal.
- b) El grado de prematuridad es el factor mas importante a tener en cuenta para elegir el momento del parto.
- c) Siempre debe optarse por una cesárea para evitar deterioro fetal.
- d) En fetos de menos de 36 semanas ha de realizarse una cesárea.
- e) Si el CIR es leve siempre se debe continuar el embarazo hasta el término para evitar un recién nacido de bajo peso.

. En cuanto a la planificación del parto en un feto con CIR, señale la opción mas correcta: (2021 febrero) (2020 febrero) (2019 enero)

- a) Si el Doppler es normal en general toleran bien un parto vaginal. *
→ fetos con Doppler normal = en general toleran bien el parto (si >32sem).
- b) El grado de prematuridad es el factor mas importante a tener en cuenta para elegir el momento del parto.
→ es fundamental elegir acertadamente el momento del parto, valorando prematuridad y el grado de bienestar/deterioro del feto
- c) Siempre debe optarse por una cesárea para evitar deterioro fetal.
- d) En fetos de menos de 36 semanas ha de realizarse una cesárea.
→ <32 sem = toleran mal trabajo parto - es preferible la realización de una cesarea
- e) Si el CIR es leve siempre se debe continuar el embarazo hasta el término para evitar un recién nacido de bajo peso.
→ hay que tener en cuenta los criterios de finalización del embarazo

13. PATOLOGÍA DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO

. ¿Cuál es la fecha probable de parto de una gestante que tuvo la última menstruación el día 28 de Enero de 2021, según la regla de Naegele?: (2021 febrero)

- a) 28 de Octubre de 2021.
- b) 5 de Noviembre de 2021.
- c) 20 de Octubre de 2021. *
- d) 10 de Noviembre de 2021.
- e) 18 de Octubre de 2021.

→ calcular fecha probable parto (FPP) ⇒ regla de Naegele = FUR - 3 meses + 8 días

. La mayor precisión para confirmar la edad gestacional se obtiene mediante: (2021 junio) (2020 junio)

- a) La medición por ecografía en el primer trimestre de los diámetros del saco gestacional.
- b) La medición por ecografía en el primer trimestre de la longitud céfalo-nalgas del feto.
- c) La medición seriada por ecografía de la biometría fetal.
- d) El conocimiento exacto de la fecha de la última menstruación.
- e) La medición de la altura del fondo uterino.

→ ¿cómo conocemos EG? = eco precoz (más útil)

→ ecografía = método más usado para dx preciso EG

→ son ChatGPT = medición x ecografía en 1º trimestre (8-14 semanas) de longitud céfalo-nalgas del feto (método más preciso para determinar EG.

. En cuanto a la etiología del parto pretérmino (PPT) es FALSO que: (2024 abril) (2023 abril)

- a) En 2/3 de los casos de PPT no se identifica la causa.
- b) En el 20-30% de casos el factor desencadenante es la RPM.
- c) En gemelares el PPT es 6 veces más frecuente, y el parto se adelanta un promedio de 3 semanas.
- d) En gemelares la probabilidad de PPT es independiente del número de fetos. *

→ PPT - etiología

- 2/3 casos = NO identifica causa

- 20-30% casos = RPM

- gemelares = x6 (+) frec + parto adelanta 3 semanas + se adelanta (+) cuantos (+) fetos haya en el EM

. Son factores de riesgo para el parto pretérmino (PPT): (2022 abril)

- a) Gemelar.
- b) Desprendimiento de placenta.
- c) Antecedentes de PPT previo.
- d) Todos ellos.

→ PPT - factores riesgo:

- maternos = antecedentes PPT

- fetales = embarazo múltiple

- placentarias = desprendimiento

. Incluye alguno entre los factores de aviso del parto pretérmino: (2015 enero)

- a) Diabetes gestacional.
- b) Inmadurez cervical.
- c) Incompatibilidad Rh.
- d) Toxemia.
- e) Rotura prematura de membranas. *

→ PPT - Dx = presencia de alguno de los siguientes criterios de comienzo del parto:

- 1/+ contracciones uterinas cada 10', de >20-30sec

- borramiento cervical >50%

- dilatación cervical >2cm

- rotura membranas

. Respecto al parto pretérmino ¿cuál de las siguientes es CIERTA?: (2020 junio)

- a) La principal causa de muerte de los nacidos prematuros es la hemorragia cerebral.

- b) La mayoría de las mujeres con parto pretérmino tienen algún factor de riesgo en su historia clínica.
- c) No se ha demostrado que la vigilancia del cuello uterino con ecografía en los casos con factores de riesgo disminuya la incidencia de parto pretérmino.
- d) A las embarazadas a las que se le detecta *Estreptococo B* en la vagina en el tercer trimestre de la gestación se les debe tratar en ese momento con antibióticos para prevenir el parto prematuro.
- e) La operación de cerclaje del cuello uterino realizada urgentemente cuando está empezando un parto pretérmino ofrece buenos resultados.

. Respecto al parto pretérmino ¿cuál de las siguientes es CIERTA?: (2020 junio)

- a) La principal causa de muerte de los nacidos prematuros es la hemorragia cerebral.
→ 2/3 partes de la mortalidad neonatal se asocia a bajo peso al nacer
- b) La mayoría de las mujeres con parto pretérmino tienen algún factor de riesgo en su historia clínica. *
→ dx de Amenaza Parto Pretérmino (APP) es esencialmente clínico = aparición contracciones terminas y modificaciones cervicales.
- c) No se ha demostrado que la vigilancia del cuello uterino con ecografía en los casos con factores de riesgo disminuya la incidencia de parto pretérmino. (*)
→ medición longitud cervical mediante eco transvaginal = VPP bajo (inadecuada para valoración mujeres asintomáticas) + VPN elevado (valora embarazadas con factores de riesgo y evita tto en pacientes con bajo riesgo de desarrollar PPT)
- d) A las embarazadas a las que se le detecta *Estreptococo B* en la vagina en el tercer trimestre de la gestación se les debe tratar en ese momento con antibióticos para prevenir el parto prematuro.
→ PTT prevención ⇒ test streptococo B en secreción cervicovaginal = (presencia indica (+) riesgo infección amniótica y RPM) NO demostrado tto ATB a madre ante parto sea eficaz para evitar PPT.
→ ¡cuidado! El tto con ATB cuando APP se asocia con *Estreptococo B* SÍ está justificada el uso de tto ATB adecuado IPERO! NO evita PPT.
- e) La operación de cerclaje del cuello uterino realizada urgentemente cuando está empezando un parto pretérmino ofrece buenos resultados.
→ PTT pretérmino ⇒ operación cerclaje cervical = de urgencia cuando se encuentra un embarazo pretérmino sin trabajo de parto pero con cérvix dilatado (resultados discutibles).

. Respecto al parto pretérmino es FALSO que: (2020 febrero)

- a) En los casos de riesgo elevado de parto pretérmino se aconseja la vigilancia ecográfica de la longitud cervical como medida eficaz para disminuir su incidencia.
- b) En los casos de embarazo pretérmino con el cuello dilatado, pero menos de 4 cm, y bolsa amniótica asomando a la vagina, el cerclaje cervical de emergencia ofrece pobres resultados.
- c) Los partos pretérmino tienen más probabilidad de presentación podálica que los partos ¿?
- d) Con fetos de muy bajo peso es mejor para el pronóstico del recién nacido la cesárea que el parto vaginal.
- e) El verdadero valor del test de la fibronectina en la secreción vaginal es que cuando da negativo tiene un valor predictivo negativo muy alto.

. Respecto al parto pretérmino es FALSO que: (2020 febrero)

- a) En los casos de riesgo elevado de parto pretérmino se aconseja la vigilancia ecográfica de la longitud cervical como medida eficaz para disminuir su incidencia.*
→ PTT - prevención = control modificaciones cervicales en pacientes de riesgo (exploración cervical + eco transvaginal + test fibronectina + test estreptococo B)
→ PTT -dx = medición longitud cervical mediante eco transvaginal = elevado VPN
- b) En los casos de embarazo pretérmino con el cuello dilatado, pero menos de 4 cm, y bolsa amniótica asomando a la vagina, el cerclaje cervical de emergencia ofrece pobres resultados.
→ PTT - prevención = operación cerclaje cervical → de urgencia cuando se encuentra embarazo pretérmino sin trabajo de parto pero con cérvix dilatado = resultados discutibles.
- c) Los partos pretérmino tienen más probabilidad de presentación podálica que los partos ¿?
→ PPT - complicaciones feto = Presentación podálica (/ transversa)
- d) Con fetos de muy bajo peso es mejor para el pronóstico del recién nacido la cesárea que el parto vaginal.
→ PPT - indicaciones cesárea = fetos muy bajo peso (pero con posibilidad sobrevivir en Ud prematuros).
- e) El verdadero valor del test de la fibronectina en la secreción vaginal es que cuando da negativo tiene un valor predictivo negativo muy alto.
→ determinación fibronectina fetal = alto valor predictivo negativo.

. Una gestante de 36 semanas, por lo demás normal, ingresa por rotura de membranas desde 8 horas antes y amenaza de parto pretérmino. No tiene fiebre ni signos de infección. El cuello uterino no está dilatado. Se objetivan contracciones uterinas. El feto está vivo, en cefálica, no tiene malformaciones por ecografía y el registro de la frecuencia cardíaca fetal es normal. ¿Qué actitud tomaría?: (2020 junio)

- a) Tratamiento de uteroinhibición. Administración a la madre de glucocorticoides para inducir la maduración pulmonar fetal y de antibióticos para prevenir la infección.
- b) Tratamiento de uteroinhibición y antibióticos.
- c) Tratamiento de uteroinhibición solo.
- d) Dejar evolucionar el parto. *
- e) Dejar evolucionar el parto y tratarla con antibióticos.

→ APP promódrica (contracciones uterinas sin cambios cervicales) = conducta inicial: reposo + hidratación + uso marcadores riesgo pretérmino (longitud cervical, fibrinectina).

. Una secundigesta con un parto anterior normal ingresa a las 35 semanas de gestación con la bolsa rota desde hace 12 horas y con contracciones uterinas de parto. El feto está en cefálica y por ecografía parece normal y tiene un desarrollo acorde con la edad gestacional. El cuello uterino aun no ha empezado a dilatarse. ¿Cuál actitud tomaría? (2018 mayo)

- a) Dejar evolucionar el parto. *
- b) Tratamiento de uteroinhibición y de maduración fetal con betametasona. Si al cabo de 48 horas reanuda las contracciones dejar entonces evolucionar el parto.
- c) Cesárea.
- d) Tratamiento de uteroinhibición y betametasona tratando de alcanzar la semana 37.
- e) Tratamiento de uteroinhibición y antibióticos tratando de alcanzar la semana 37.

. En qué caso estaría indicado el uso de tocolíticos en el tratamiento del PPT: (2024 abril) (2023 abril)

- a) Preeclampsia grave o eclampsia materna.
- b) Trabajo de parto avanzado en feto de 34 semanas.
- c) Muerte fetal intraútero en tercer trimestre.
- d) APP en embarazo normoevolutivo de 30.

→ tocolíticos - contraindicaciones:

- trabajo parto avanzado
- muerte fetal
- preeclampsia grave / eclampsia

. En qué caso estaría indicado el uso de tocolíticos en el tratamiento del PPT: (2022 abril)

- a) Preeclampsia grave o eclampsia materna.
- b) Infección intrauterina.
- c) Trabajo de parto avanzado en feto de 34 semanas.
- d) APP en embarazo normoevolutivo de 30 semanas de gestación. *

. En el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino es CIERTO QUE: (2020 febrero)

- a) El tratamiento uteroinhibidor de primera elección es un betamimético.
- b) La uteroinhibición solo está indicada y puede tener éxito en el 20% de los casos. *
- c) El tratamiento con corticoides para acelerar la maduración pulmonar del feto está indicado entre la 24 y la 37 semanas de edad gestacional.
- d) Su acción eficaz tarda en establecerse 48 horas.
- e) Su efecto dura dos semanas.

→ PPT tto farmacológico

- tocolíticos (inhiben contracciones uterinas)
 - retrasan parto 48h = tiempo para inducir maduración pulmonar con corticoides
 - Atosiban (antagonista oxitocina) = (+) uso x presentar (-) efectos adversos + mejor manejo clínico.
 - tto uteroinhibidor sólo está indicado y puede tener éxito en el 20% de los casos de APP.
- corticoides = gestantes 24-32sem de embarazo con APP son candidatas tto.

. Una gestante de 35 semanas ingresa por rotura de membranas de 12 horas de vicios y amenaza de parto prematuro. ¿Qué actitud recomendaría? (2021 junio) (2019 enero)

- a) Dejar evolucionar el parto. *

- b) Tratamiento con uteroinhibidores.
 - c) Tratamiento con uteroinhibidores y betametasona.
 - d) Tratamiento con uteroinhibidores, betametasona y antibióticos.
 - e) Tratamiento con betametasona, antibióticos y dejar evolucionar el parto.
- PPT - tto = beneficios prolongar embarazo depende de EG en la que aparece APP = >34 semanas NO esperamos beneficio y se puede permitir evolución parto.
- PPT - tocolíticos - contraindicaciones relativas = RPM
- corticoides = gestantes 24-34 semanas de embarazo con APP
 - ATB = no emplearse de forma rutinaria

. Incluya alguna entre las siguientes posibilidades terapéuticas, referidas al parto prematuro: (2015 enero)

- a) Reposo.
- b) Tocolisis.
- c) Corticoterapia para maduración pulmonar fetal.
- d) Administración de progesterona.
- e) Todas las respuestas anteriores son válidas. *

. En el embarazo prolongado está aumentado el riesgo de todos los siguientes EXCEPTO: (2018 mayo)

- a) Distocia de hombros.
- b) Presentación podálica. *
- c) Distocia dinámica.
- d) Trauma cefálico.
- e) Cesárea.

→ parto postérmino - complicaciones:

- perinatales = complicaciones (+) frec las derivadas de distocias (distocia de hombros o desproporción pélvico-cefálica)
- morbilidad materna:
- asociadas a trauma x macrosomía fetal
 - distocias (dinámica o x desproporción cefalopélvica)
 - tasa cesáreas = x2

14. EL ABORTO

. Gestante 10 semanas de amenorrea, sangrado escaso, dolor leve. Ecografía: embrión intraútero con latido cardíaco negativo. Nos encontraríamos ante un caso de: (2024 abril)

- a) Aborto tardío.
- b) Aborto precoz *
- c) Aborto incompleto.
- d) Aborto completo.

→ aborto precoz = antes 12 semanas / aborto tardío = 12/+ semanas gestación

→ aborto completo = no habría embrión / aborto incompleto = expulsión parcial productos concepción (orificio cervical abierto pudiendo visualizar tejido gestacional en vagina o asomando por cérvix.

. Todas las siguientes pueden ser causa de aborto habitual EXCEPTO: (2016 enero)

- a) Infección por rubeola. *
- b) Presencia en la madre de anticoagulante lúpico.
- c) Incompetencia cervical.
- d) Hipotiroidismo.
- e) Diabetes.

→ aborto - etiología

- factores endocrinos = insuficiencia cuerpo lúteo insuficiente producción progesterona) + alteraciones (tiroideas, diabétes, ...)
- causas inmunológicas = anticuerpos lúdicos (x efecto trombogénico) + anticuerpos antitiroideos
- infección = CMV
- causas uterinas = incompetencia cervical (de IX que se dilata sin necesidad

. ¿Cuál de los siguientes es obligado para hacer un diagnóstico de aborto? (2017 enero)

- a) Retraso menstrual.
- b) Test de embarazo positivo.
- c) Sangrado genital procedente de la cavidad uterina.
- d) Expulsión de restos por vagina.
- e) Ninguno de los anteriores. *

→ diagnóstico de certeza debe establecerse x exploración ecográfica.

*. Ante una paciente con una gestación de localización incierta, en la cual la paciente nos indica que no desea continuar con el embarazo, ¿qué harías? (2023 abril) (2022 abril)

- a) Realización de beta HCH seriada y ecografía cada 48 horas hasta ubicar el embarazo.
- b) Dar mifepristona para interrumpir el embarazo.
- c) Dar metotrexate para interrumpir el curso de la gestación.
- d) Control clínico en dos semanas para ver evolución.

→ en el dx ecográfico de aborto espontáneo debe primar la precaución para evitar el error de indicar un tto evacuados ante un falso dx de aborto en gestación viable → cuando no se está seguro de poder establecer dx definitivo = repetir eco a los 7 días = no hay cambios evolutivos significativos se podrá establecer con certeza el fallo gestacional precoz.

→ yo pienso que es la d pero según la corrección es la a. ICHOCHO! gestación incierta = EE → para dx cuando la eco no es concluyente → determinación seriada beta-hCG. Además que no dice que repetir eco, dice control clínico.

. Al hacerle una ecografía a una embarazada asintomática de 7 semanas de amenorrea se observa lo que parece un saco gestacional intraútero de tamaño equivalente a unas 5 semanas, pero con ausencia de embrión. ¿Qué se debe hacer?: (2021 febrero)

- a) Legrado uterino.
- b) Laparoscopia.
- c) Análisis de coagulación y si es normal legrado uterino determinación de hCG y ecografía cada 2-3 días esperando a ver si aparece el embrión.
- d) Repetir la ecografía a las dos semanas. *

→ en el dx ecográfico de aborto espontáneo debe primar la precaución para evitar el error de indicar un tto evacuados ante un falso dx de aborto en gestación viable → cuando no se está seguro de poder establecer dx definitivo = repetir eco a los 7 días = no hay cambios evolutivos significativos se podrá establecer con certeza el fallo gestacional precoz.

→ saco intrauterino = NO EE

. Al hacerle una ecografía a una embarazada asintomática de 7 semanas de amenorrea se observa lo que parece un saco gestacional intraútero de tamaño equivalente a unas 5 semanas, pero con ausencia de embrión. ¿Qué se debe hacer? (2018 mayo) (2017 enero)

- a) Legrado uterino.
- b) Laparoscopia.
- c) Análisis de coagulación y si es normal legrado uterino.
- d) Determinación de hCG y ecografía cada 2-3 días esperando a ver si aparece el embrión.
- e) Repetir la ecografía a las dos semanas. *

→ repetir ecografía a los 7 días cuando no se está seguro de poder establecer un diagnóstico definitivo. Si a los 7 días no han ocurrido cambios evolutivos significativos se podrá establecer con certeza el fallo gestacional precoz.

. En una ecografía realizada a una gestante asintomática de 8 semanas de amenorrea se ve un saco gestacional intrauterino de tamaño equivalente a unas 5-6 semanas, sin imagen de embrión en su interior. ¿Qué actitud le recomendaría? (2014 enero)

- a) Repetir la ecografía al cabo de dos semanas. *
- b) Hacer un análisis de coagulación para descartar coagulación intravascular diseminada y después, si es normal, practicarle un legrado uterino.
- c) Tratamiento con Misoprostol y si hace falta después legrado uterino
- d) Tratamiento con Mifepristona y Misoprostol.
- e) Tratamiento con Metotrexate.

*. Acude a urgencias una paciente de 39 años que refiere amenorrea de 9 semanas por presentar cuadro de vómitos importante, un sangrado escaso a moderado. La exploración revela un útero a dos traveses por debajo del ombligo con movilización no dolorosa. ¿cuál de los siguientes diagnósticos entiendes como menos probable?: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Gestación molar.
- b) Amenaza de aborto en gestación de mayor tiempo que amenorrea.
- c) Gestación ectópica. *
- d) Útero miomatoso con gestación de 9 semanas y amenaza de aborto.

. Esta misma paciente acude cuatro semanas después y se demuestra la presencia de una gestación intrauterina con un embrión único de 12 mms y con latido negativo siendo diagnosticada de aborto retenido cual de los siguientes tratamientos o actitudes crees menos indicada. (2023 abril) (2022 abril)

- a) Poner gammaglobulina dado que la madre es RH negativa.
- b) Provocar la expulsión mediante prostaglandinas.
- c) Actitud expectante hasta que se produzca la expulsión de la gestación. *
- d) Hacer un legrado por aspiración.

→ aborto incompleto y retenido/diferido - tto:

- actitudinal expectante
- Tto médico = facilitar expulsión restos abortivos + método elección ya que evita intervención Qx
 - prostaglandinas / mifepristona/ gammaglobulina anti-D madres Rh(-)
- evacuación mecánica x = aspiración / legrado quirúrgico.

. ¿Cuál de los siguientes análisis solicitaría a una paciente con aborto habitual?: (2021 febrero)

- a) Anticuerpos anti-rubeola.
- b) Anticuerpos anti-fosfolípidos.
- c) Anticuerpos anti-VIH.
- d) Anticuerpos anti-toxoplasma.
- e) Anticuerpos anti-citomegalovirus.

→ aborto - etiología => causas inmunológicas = asociado a anticuerpos lúpicos x efecto trombogénico

→ aborto - tto - abortos recurrente => buscar alteraciones sistema inmune = anticuerpo lúpicos son un tipo de anticuerpo antifosfolípidos asociado al síndrome antifosfolípido (SAF) que es una alteración del sistema inmune que causa problemas de coagulación que afectan a la placenta.

. Según la legislación actual en un caso de diagnóstico ecográfico de anencefalia fetal cuál es la edad gestacional límite para interrumpir el embarazo: (2021 junio) (2020 junio) (2019 enero) (2016 enero)

- a) 14 semanas.
- b) 20 semanas.
- c) 22 semanas.
- d) 28 semanas.
- e) No hay edad límite. *

→ interrupción legal embarazo:

- <14 sem = sin motivo
- 14-22 sem = peligro madre / anomalía fetal grave
- 23-40 sem = anomalías fetales incompatibles con vida / mala calidad vida RN (comité ética)

→ anencefalia fetal = feto sin partes encéfalo (cerebro / cráneo)

. ¿Hasta qué semana de gestación permite la legislación española actual una interrupción voluntaria del embarazo en caso de diagnóstico de trisomía 21 del feto? (2017 junio)

- a) 14.
- b) 18.
- c) 20.
- d) 22. *
- e) Sin límite de edad.

. ¿Cuál de las siguientes situaciones suele ser origen de una mola parcial? (2024 abril)

- a) Óvulo normal fecundado por dos espermatozoides normales.
- b) Óvulo sin ADN materno en el núcleo fecundado por dos espermatozoides normales.
- c) Óvulo sin ADN materno en el núcleo fecundado por un único espermatozoide que se replica. *
- d) Óvulo normal fecundado por un espermatozoide sin ADN.

→ mola completa - etiología = 1 óvulo vacío + 1 espermatozoide que duplica (90%) ó 2 espermatozoides (10%)

→ mola completa = un óvulo sin ADN materno en el núcleo es fecundado por un espermatozoide de inicio normal que duplica su ADN o por dos espermatozoides normales.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la mola completa es cierta?: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Suele ser triploide.
- b) El útero suele ser mayor que la amenorrea.
- c) El feto suele estar presente.
- d) Es menos frecuente que se complique con ETG que la mola incompleta.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la mola completa es cierta?: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Suele ser triploide.
→ mola completa = diploide
- b) El útero suele ser mayor que la amenorrea. *
→ no lo he visto en ningún lado, pero entre una amenorrea que puede ser por mil cosas y una mola que es una masa en el útero deduzco que el útero va a tener que ser por huevos más grande
- c) El feto suele estar presente.
→ mola completa = NO se acompaña de tejidos fetales = feto ausente
- d) Es menos frecuente que se complique con ETG que la mola incompleta.
→ ¡cuidado! La mola parcial es más frecuente que MH completa ¡pero! entre los FR de la neoplasia trofoblástica gestacional = mola completa => entendemos que una mola completa va a ser más probable que se complique

. El número de cromosomas más frecuente en una mola parcial es: (2021 junio) (2020 junio)

- a) 43.
- b) 46.
- c) 47.
- d) 69. *
- e) 86.

→ mola parcial = cariotipo triploide (69XXX/ XXY)

Todas las siguientes son complicaciones posibles de una mola EXCEPTO: (2021 junio) (2020 junio)

- a) Hiperemesis.
- b) Hiperparatiroidismo. *

- c) Toxemia gravídica.
- d) Coagulación intravascular diseminada.
- e) Distrés respiratorio.

→ mola - sintomatología = náuseas (hiperémesis) + hipertiroidismo + preeclampsia (/ toxemia gravídica) + embolismo pulmonar (= distress respiratorio).

. ¿Cuál de los siguientes criterios NO corresponde a una mola hidatídica de alto riesgo?: (2021 febrero)

- a) Hemorragia grave. *
- b) Hiperemesis gravídica.
- c) Hipertiroidismo.
- d) Hipertensión arterial.
- e) Edad mayor de 40 años.

→ no hemos visto las de alto riesgo, pero bueno en la sintomatología vienen todas menos hemorragia grave, que en su lugar tenemos sangrado vaginal

. ¿Cuál de los siguientes problemas médicos no puede ser atribuido a una mola hidatídica? (2017 junio)

- a) Hiperémesis.
- b) Preeclampsia.
- c) Distrés respiratorio.
- d) Hipotiroidismo. *
- e) Hallazgo de nódulos pulmonares en radiografía de tórax.

→ enfermedad trofoblástica gestacional - sintomatología:

- sintomatología gestacional exagerada = náuseas (+ somnolencia x hiperproducción de HCG a nivel planetario)
- hipertiroidismo
- preeclampsia <20sem (HTA, proteinuria, edemas)
- embolismo pulmonar

→ ETG - Dx:

1. Eco
2. Determinación HCG
3. Análisis hormonas tiroideas (HCG aumentada estimula tiroideas x similitud con TSH = hipertiroidismo)
4. Rx tórax para descartar metástasis si se sospecha neoplasia trofoblástica gestacional.

. Todos los siguientes son factores de riesgo de que una mola tenga comportamiento neoplásico EXCEPTO: (2020 febrero)

- a) Edad materna mayor de 40 años.
- b) Presencia de feto. *
- c) Cariotipo de la mola 46 XY.
- d) Cuadro clínico de preeclampsia.
- e) Cuadro clínico de hiperemesis gravídica.

→ neoplasia trofoblástica gestacional = mola completa (46XY/XX) + edad mujer (<35/>25) + útero mayor que amenorrea + sangrado vaginal + hipertiroidismo + coagulopatía

*enfermedad trofoblástica gestacional = <21a / >40a

. Todos los siguientes son complicaciones posibles de una mola EXCEPTO: (2020 junio) (2019 enero) (2015 enero)

- a) Hiperémesis.
- b) Hiperparatiroidismo. *
- c) Toxemia gravídica.
- d) Coagulación intravascular diseminada.
- e) Distrés respiratorio.

*. En la enfermedad trofoblástica ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?: (2021 febrero)

- a) La alteración cromosómica más frecuente en el tejido de una mola parcial es la Trisomía 16.
- b) Las molas completas con cariotipo 46 XY tienen mejor pronóstico.
- c) La presencia de vellosidades coriales en un legrado uterino excluye el diagnóstico de coriocarcinoma. *
- d) La tendencia actual es a tratar profilácticamente a las molas de alto riesgo de neoplasia trofoblástica gestacional con un ciclo de quimioterapia de Metotrexato o Actinomicina D.
- e) La supervivencia de las neoplasias trofoblásticas gestacionales en estadios avanzados es inferior al 25%.

- > creo que este año lo Dori a otra profesora porque nos falta mucha info
- > mola - dx = anatomía patológica = hiperplasia trofoblastica + edema vellositario
- > NTG - dx = clínico y bioquímico
- > NTG (neoplasia trofoblastica gestacional) - pronóstico = curación estadio IV 60-70%.

*. En el diagnóstico del aborto, ¿cuál de las siguientes es FALSA? (2020 febrero)

- a) El hallazgo ecográfico de un saco gestacional intraútero pequeño y sin imagen de em? puede corresponder a un embarazo que evolucione normalmente.
- b) El signo de Arias-Stella puede verse en embarazos normales.
- c) En caso de sospecha de aborto la expulsión de restos tisulares procedentes del útero ? que sea un aborto con total certeza.
- d) El hallazgo de elementos coriales en el producto expulsado o en el material extraído ? excluye con total certeza que haya un ectópico.
- e) La ausencia de elementos coriales en el producto expulsado o en el material extraído ? no excluye el ectópico.

15. EMBARAZO ECTÓPICO

. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos NO aumenta el riesgo de embarazo ectópico en caso de fallo?: (2021 febrero)

- a) Anticonceptivos hormonales orales con progestágenos.
- b) Anticonceptivos hormonales orales con estrógenos y progestágenos.
- c) Píldora del día siguiente.
- d) DIU con cobre. *
- e) DIU con progestágeno.

→ factores riesgo = anticonceptivos con gestágenos = píldora postcoital + DIU

→ son los gestágenos (progesterona) los que producen alteraciones en la movilidad tubárica, disminuyen el peristaltismo.

*. Acude a urgencias una paciente de 39 años que refiere amenorrea de 9 semanas por presentar cuadro de vómitos importante, un sangrado escaso a moderado. La exploración revela un útero a dos traveses por debajo del ombligo con movilización no dolorosa. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos entiendes como menos probable?: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Gestación molar.
- b) Amenaza de aborto en gestación de mayor tiempo que amenorrea.
- c) Gestación ectópica. *
- d) Útero miomatoso con gestación de 9 semanas y amenaza de aborto.

. Ante una paciente con una gestación de localización incierta, en la cual la paciente nos indica que no desea continuar con el embarazo, ¿qué harías? (2023 abril) (2022 abril)

- a) Realización de beta HCH seriada y ecografía cada 48 horas hasta ubicar el embarazo.
- b) Dar mifepristona para interrumpir el embarazo.
- c) Dar metotrexate para interrumpir el curso de la gestación.
- d) Control clínico en dos semanas para ver evolución.

→ en el dx ecográfico de aborto espontáneo debe primar la precaución para evitar el error de indicar un tto evacuados ante un falso dx de aborto en gestación viable → cuando no se está seguro de poder establecer dx definitivo = repetir eco a los 7 días = no hay cambios evolutivos significativos se podrá establecer con certeza el fallo gestacional precoz.

→ yo pienso que es la d pero según la corrección es la a. ¡CHOCHO! gestación incierta = EE → para dx cuando la eco no es concluyente → determinación seriada beta-hCG. Además que no dice que repetir eco, dice control clínico.

. Una gestante de 10 semanas de amenorrea consulta por una pequeña metrorragia. La exploración es normal salvo por el sangrado escaso procedente de la cavidad uterina. No tiene dolor y sus constantes vitales son normales. El test de embarazo es positivo. Por ecografía se ve un útero normal con endometrio de 14 mm sin imagen intrauterina de saco gestacional. Tampoco se ve imagen extrauterina sugestiva de embarazo ectópico. Ligera cantidad de líquido libre en Douglas. La determinación de beta-hCG en placenta es de 3.000 mUI/ml. ¿Qué actitud recomienda: (2021 junio) (2020 junio)

- a) Laparoscopia. (*)
- b) Repetir la ecografía y la beta-hCG cada 48-72 horas. *
- c) Repetir la ecografía al cabo de 15 días.
- d) Legrado uterino.
- e) Tratamiento con Mifepristona + Misoprostol.

→ EE - dx =

1. clínica (50% EE asintomáticos)
2. eco = útero vacío con endometrio grueso líquido espacio Douglas mayor habitual
3. determinación seriada beta-hCG = si existe sospecha de EE y la eco es no concluyente deben de realizarse
 - si gestación intrauterina es no visible x eco + valores beta-hCG > 1.000-2.000 = alta probabilidad EE.

→ EE - conducta expectante = asintomática con buen estado general + beta-hCG < 1000 U/L + ausencia sangre fondo saco Douglas → control clínico y de beta-hCG a las 48h.

. Una mujer que tuvo la última regla hace 7 semanas presenta una metrorragia escasa sin otros síntomas. La exploración ginecológica es normal, salvo el sangrado procedente de la cavidad uterina. Sus constantes vitales y hemograma son normales. El test de embarazo es positivo. Por ecografía transvaginal no se ve saco gestacional intraútero ni hallazgos anexiales. La concentración plasmática de beta-hCG es de 1900 mUI/ml. ¿Cuál actitud recomendaría?: (2021 febrero)

- a) Legrado uterino.
- b) Laparoscopia.

- c) Laparoscopia + legrado uterino.
- d) Repetir la ecografía y la beta-hCG a los 2-3 días. *
- e) Punción del fondo de saco de Douglas y si se obtiene sangre hacer laparoscopia.

. Respecto al embarazo ectópico cuál de las siguientes es FALSA: (2021 junio) (2020 junio) (2015 enero)

- a) No hay ningún síntoma ni signo exploratorio patognomónico de ectópico.
- b) El riesgo de ectópico está aumentado en embarazos tras fallo de la píldora del día siguiente.
- c) Puede haber un embarazo extrauterino a pesar de que en un legrado se obtengan vellosidades coriales.
- d) No hay ninguna imagen ecográfica patognomónica de ectópico.
- e) En algunos casos de embarazo tubárico se puede optar por vigilancia sin tratamiento.

. Respecto al embarazo ectópico cuál de las siguientes es FALSA: (2021 junio) (2020 junio) (2015 enero)

- a) No hay ningún síntoma ni signo exploratorio patognomónico de ectópico.
 - EE - clínica - triada = amenorrea + sangrado vaginal + dolor abdominal
 - la mitad de los EE asintomáticos
- b) El riesgo de ectópico está aumentado en embarazos tras fallo de la píldora del día siguiente.
 - EE - FR = anticonceptivos con gestágenos = píldora poscoital.
- c) Puede haber un embarazo extrauterino a pesar de que en un legrado se obtengan vellosidades coriales.
 -
- d) No hay ninguna imagen ecográfica patognomónica de ectópico.
 - EE dx eco = visualización saco gestacional fuera útero con presencia de vesícula vitelina y, a veces, embrión = único dx de certeza exclusivamente ecográfico
- e) En algunos casos de embarazo tubárico se puede optar por vigilancia sin tratamiento.
 - EE - tto = conducta expectante (asintomática con buen estado general + beta-hCG <1000U/L + ausencia sangre fondo saco Douglas).

. Señala qué opción e tratamiento NO está indicada en el EE: (2024 abril)

- a) Asintomática con buen estado general y niveles de hCG <200U/L: expectante.
 - b) Gestación heterotópica con LCF +: metotrexate. *
 - c) Niveles de hCG > 5000 U/L con signos de EE accidentado: cirugía.
 - d) Saco gestacional <4cm, LCF- y paciente hemodinámicamente estable: metrotexate.
- conducta expectante
- asintomáticas con buen estado general
 - beta-hCG <1000U/L (<200U/L resuelven espontáneamente)
- tto médico = MTX
- paciente hemodinámicamente estable
 - actividad cardíaca fetal (FCF) negativa
 - diámetro embarazo ectópico <4cm (x ecografía)
- MTX - contraindicaciones = gestación heterotópica
- tto Qx = diámetro gestacional >4cm + beta-hCG >5000U/L + FCF positiva
- Cx de entrada =
- no cumple criterios tto médico
 - necesidad laparoscopia para dx EE
 - rotura/sospecha rotura EE (= EE accidentado)

. En cuanto al EE abdominal es cierto que: (2024 abril)

- a) Puede llegar a término. *
 - b) Rara vez tiene complicaciones maternas graves.
 - c) El tratamiento consiste en extracción fetal urgente en cualquier caso.
 - d) Es una localización bastante frecuente.
- EE abdominal
- único EE que puede llegar a término
 - frecuencia baja (1/3370) = <1%
 - % elevado de mortalidad alto (15-20%) con complicaciones graves (: hemoperitoneo + CID + obstrucción intestinal)
 - tto = actitud expectante si no hay complicaciones / extracción feto y placenta (si es posible esta última)

16. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

. Gestante tercer trimestre, metrorragia, ¿qué haría? (pregunta vista en clase)

- a) Solicitar hemograma y esperar resultado. (No podemos esperar)
- b) Exploración con espéculo. *
- c) Tacto vaginal. (Never)
- d) Cesárea.

→ cuando una paciente acude a urgencias con sangrado debemos descartar otros posibles orígenes - para ello exploraremos a la paciente con espéculo y confirmaremos que el sangrado procede de dentro del útero.

→ hemorragias 2ª mitad embarazo - ¿qué hacer y qué no hacer nunca? = NUNCA tacto vaginal + SÍ comprobar sangrado viene dentro útero con espéculo + luego verificar feta vivo (ecografía).

. Una paciente G4 P5 acude por urgencias en la semana 35 refiriendo sangrado vaginal moderado e indoloro que coincidió con contracciones irregulares, cual serian el manejo inicial más correcto de la paciente: (2021 febrero)

- a) Tacto vaginal para ver la dilatación cervical.
- b) Exploración con espéculo.
- c) Valorar mediante ecografía la localización placentaria y estado fetal.
- d) Hacer una RMN para descartar acretismo placentario.
- e) Registro cardiotocográfico.

. ¿Qué entidad tiene más sangrado? (preguntas vistas en clase)

- a) Placenta previa. *
 - b) Desprendimiento.
 - c) Vasa previa.
 - d) Todas cuentan con una hemorragia importante.
- placenta previa = sangrado moderado → clínica = metrorragia
→ DPPNI = hemorragia oscura y escasa (algunas veces incluso oculta)
→ vasa previa = sangrado fetal (total sangre feto 500cc).

. ¿En cuál de los siguiente casos es más frecuente la placenta acreta? (pregunta vista en clase)

- a) Placenta previa. *
- b) Vasa previa.
- c) Desprendimiento de placenta.
- d) a y c son correctas.

→ placenta previa - problema = acretismo placentario

→ placenta previa = tiene mayor penetración en la pared uterina miometrial = fenómenos de acretismo placentario (placenta ácreta) hasta 5-10% casos ⇒ definimos acretismo placentario como penetración trofoblasto en pared endometrial con una adherencia anormal de la placenta y es la complicación más grave en el manejo de estos embarazos (la placenta no se desprende tras el parto y ocasiona sangrados muy importantes).

. En la placenta previa cuál de las siguientes afirmaciones es cierta: (2020 junio)

- a) Implica siempre la finalización mediante una cesárea.
- b) Es más frecuente en nulíparas.
- c) El sangrado se acompaña de dolor.
- d) Se asocia con mal posiciones fetales.
- e) La RMN es le método ideal para el diagnóstico.

. En la placenta previa cuál de las siguientes afirmaciones es cierta: (2020 junio)

- a) Implica siempre la finalización mediante una cesárea.
→ placenta previa oclusiva = cesárea / placenta marginal = parto vaginal
- b) Es más frecuente en nulíparas.
→ placenta previa - FR = multiparidad (en lechos placentarios de embarazos anteriores aparecen cicatrices donde la decidua va a estar alterada, de manera que en próximos embarazos el embrión va a buscar aquellas zonas más vascularizadas).
- c) El sangrado se acompaña de dolor.

- placenta previa = NO dolor
- d) Se asocia con mal posiciones fetales.
 - placenta previa = se asocia a presentaciones anómalas del feto ya que la placenta está ocupando la parte inferior = Presentación podálica o transversales
- e) La RMN es el método ideal para el diagnóstico.
 - placenta previa - RMN = se reserva para sospecha de acretismo placentario

. Una paciente G4 P3 gestante de 33 semanas, con el diagnóstico previo de placenta previa marginal, acude a urgencias por contracciones uterinas y sangrado indoloro de cuantía moderada y con un tacto en el que se objetiva dilatación de 2 cms con la presentación en primer plano.Cuál de las siguientes actuaciones sería la más correcta: (2021 junio)

- a) Realizar un cesárea de emergencia pues es imposible el parto vaginal.
- b) Reservar sangre, romper la bolsa poner un goteo e intentar parto vaginal con supervisión estricta.
- c) Poner útero inhibidores y corticoides para madurar el pulmón fetal y control estricto del sangrado.
- d) Ecografía para localización placentaria.
- e) RMN.

→ placenta previa - tto = a pesar de que el tto definitivo es la terminación del embarazo, es muy importante tener en cuenta la madurez fetal, siempre se intentará esperar a finalizar el embarazo cuando la gestación llegue a término si es posible. Chochete este baby tiene 33 semanas.

- utero-inhibidores = uso discutido + disminuyen contracciones y sangrado + betamiméticos/inhibidores oxitocina/progestagenos

- maduración pulmonar fetal = ante la posible necesidad, por mal estado materno o fetal, de extracción fetal antes de llegar a término y con riesgo prematuridad, administrar corticoides.

*Recordemos que PPT dábamos uteroinhibidores para conseguir tiempo para dar corticoides que maduren pulmones bebé.

→ placenta previa marginal = intenta parto vaginal → realizaremos una rotura controlada y precoz de la bolsa, de forma que la propia presentación fetal se encaje y realice hemostasia por presión en el borde placentario inferior, reduciendo así el sangrado.

→ c o d

. Una paciente G4 P3 gestante de 37 semanas, con el diagnóstico previo de placenta previa marginal, acude a urgencias por contracciones uterinas y sangrado indoloro de cuantía moderada y con un tacto en el que se objetiva dilatación de 4 cm con la Presentación en primer plano.Cuál de las siguientes actuaciones sería la más correcta: (2020 febrero) (2019 enero) (2017 enero)

- a) Realizar una cesárea de emergencia pues es imposible el parto vaginal.
- b) Reservar sangre, romper la bolsa, poner un goteo e intentar parto vaginal con supervisión estricta. *
- c) Poner útero inhibidores y corticoides para madurar el pulmón fetal.
- d) Ecografía para localización placentaria.
- e) RMN.

→ en comparación con el caso anterior este feto está mucho más madurado

→ placenta previa marginal = intenta parto vaginal - amniorrhexis + oxitocina → realizaremos una rotura controlada y precoz de la bolsa, de forma que la propia presentación fetal se encaje y realice hemostasia por presión en el borde placentario inferior, reduciendo así el sangrado.

*Importante valorar pérdida sanguínea y su reposición

. ¿Qué entidad tiene más afectación materna? (pregunta vista en clase)

- a) Desprendimiento. *
- b) Placenta previa.
- c) Vasa previa.
- d) Todas las anteriores son correctas.

→ desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) = sí hay afectación materna

→ placenta previa = NO dolor.

→ vasa previa = sangrado procedente del feto

. Gestante tercer trimestre, sangrado escaso y oscuro, dolor intenso abdominal y signos de sufrimiento fetal. ¿cuál sería el diagnóstico más probable? (2024 abril)

- a) Placenta previa.
- b) Desprendimiento prematuro de placenta. *

- c) Vasa previa.
- d) Amenaza de aborto.

→ DPPNI = hemorragias 2ª mitad embarazo → clínica: hemorragia escasa y oscura + dolor agudo a nivel abdominal + sufrimiento fetal (x disminución superficie intercambio placentario)

. Cual de las siguientes características NO es habitual en el cuadro de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta: (2020 junio)

- a) Correlación entre la pérdida sanguínea y el estado materno. *
- b) Dolor.
- c) Dinámica uterina amentada
- d) Alteraciones en el frecuencia cardiaca fetal.
- e) Antecedentes de hipertensión.

→ DPPNI - FR = aumento tensión arterial madre (HTC).

- clínica = hemorragia escasa y oscura (discordancia entre cuantía sangrado vaginal y afectación materna) + dolor agudo a nivel abdominal + hipertonía uterina
- afectación fetal = bradicardia

. Una paciente con una gestación de unas 36 semanas acude por urgencias por dolor abdominal de aparición brusca, persistente y sensación de barriga dura. No se objetiva sangrado. Cuál de los siguientes datos le parece que será más determinante en la actitud clínica: (2018 mayo)

- a) Ecografía que descarte o confirme la existencia de DPPNI. *
- b) El estado fetal.
- c) El grado de dilatación del cérvix.
- d) La tensión arterial que tenga la paciente.
- e) La dinámica uterina.

. A urgencias del hospital llega una paciente hipertensa, gestante de 36 semanas refiriendo dolor abdominal intenso, no percepción de movimientos fetales, no sangrado. ¿Cuál de las siguientes maniobras será más determinante sobre la actitud clínica en esta paciente? (2023 abril) (2022 abril)

- a) Ecografía para descartar placenta previa o desprendimiento de placenta.
- b) Auscultación o registro cardiotocográfico para valorar situación fetal. *
- c) TA de la madre.
- d) Tacto vaginal para ver el estado de dilatación de cuello uterino.

→ clínica = embarazada HTA + dolor abdominal intenso + NO sangrado = DPPNI

→ DPPNI - dx:

- eco = sensibilidad baja = eco normal no descarta dx definitivo (bajo VPN)
- auscultación = debemos sospechar de DPPNI si se detecta ausencia de latido cardíaco fetal o sufrimiento fetal agudo
- registro cardiotocográfico = signos pérdida de bienestar fetal

→ DPPNI - condiciones tto = estado fetal define forma tto junto con EG

- ideal = vaginal
- sufrimiento fetal = cesárea
- muerte fetal intraútero = vaginal (para evitar comorbilidades cesárea)

→ d) como se te ocurra hacer un tacto vaginal a una embarazada en la segunda mitad del embarazo con signos de patologías relacionada con hemorragias TE CORTO LA MANO

. ¿En cuál de los siguientes casos es más frecuente el útero de Couvelaire? (pregunta vista en clase)

- a) Placenta previa.
- b) Vasa previa.
- c) Desprendimiento de placenta. *
- d) a y c son correctas.

→ desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera (DPPNI) - complicaciones = útero de Couveliere (útero con infiltración hemorragia en endometrio, exactamente miometrio)

. ¿En cuál de las siguientes entidades es más frecuente que se produzca la complicación útero de Couvelaire? (2024 abril)

- a) Placenta previa.
- b) Desprendimiento prematuro de placenta. *

- c) Vasa previa.
- d) Amenaza de parto prematuro.

. Una paciente G3 P2 gestante de 38 semanas, acude a urgencias con TA de 150/90, dolor abdominal intenso con afectación de la paciente de 20 minutos de evolución, sangrado escaso y oscuro. La palpación muestra hipertonía y la auscultación fetal de 140 latidos por minuto con buena variabilidad. La ecografía muestra placenta normoinserta. El tacto vaginal muestra un cuello con cuatro centímetros de dilatación y bolsa íntegra. Cuál de las siguientes actuaciones sería la más correcta: (2021 junio)

- a) Realizar una cesárea de emergencia ante la sospecha de DPPNI. *
 - b) Dado que la ecografía descarta patología placentaria buscar otros orígenes del dolor y corregirlos.
 - c) Realizar una RMN para descartar patología placentaria.
 - d) Poner betamínérgicos para corregir el tono uterino.
 - e) Romper la bolsa, valorar líquido, supervisar el tono uterino y estado fetal.
- DPPNI - tto = finalización embarazo → si hay sufrimiento fetal = cesárea.

. ¿Cuál de las siguientes pacientes podría tener un parto vaginal? (pregunta vista en clase)

- a) Placenta previa.
- b) Vasa previa.
- c) Desprendimiento de placenta. *
- d) a y c son correctas.

→ Parto vaginal = placenta marginal + desprendimiento placenta.

. La paciente del caso anterior tiene una dilatación cervical de 6 cms con una placenta normoinserta, se objetiva una taquistolia y deceleraciones variables con más del 50% de las contracciones, se rompe la bolsa y las aguas son hemorrágicas cual es la actitud a seguir: (2021 febrero)

- a) Hacer una nueva ecografía para descartar un desprendimiento prematuro de placenta.
- b) Hacer una resonancia para descartar un desprendimiento prematuro de placenta.
- c) Poner corticoides y frenar el parto para mejorar la madurez pulmonar fetal.
- d) Finalizar la gestación. *
- e) Monitorización continua de madre y feto.

→ DPPNI - clínica = hemorragia escasa y oscura taquisistolia + dolor agudo a nivel abdominal + hipertonía/taquisistolia
 - afectación fetal = bradicardia + registro cardiotocográfico con falta de variabilidad y deceleraciones.
 - sospecha clínica hipertonía y/o taquisistolia = contracción intermitente (o mantenida) del útero asociada a dolor (síntoma predominante)
 - si hay sufrimiento fetal hay que finalizar el embarazo de la forma más rápida posible, que normalmente es por cesárea
 → vasa previa = las aguas hemorrágicas que acompañan a la rotura de la bolsa me hacen pensar en este dx pero creo que hubiesen dicho algo de que el feto entra en bradicardia. El caso es que fuera como fuese sería cesárea tb.

*. Una paciente G3 P2 gestante de 38 semanas, acude a urgencias con TA de 150/90, dolor abdominal intenso con afectación de la paciente de 20 minutos de evolución, sangrado escaso y oscuro, la palpación muestra hipertonía y la auscultación fetal de 140 latidos por minuto con buena variabilidad. La ecografía muestra placenta normoinserta. El tacto vaginal muestra un cuello con cuatro centímetros de dilatación y bolsa íntegra. Cuál de las siguientes actuaciones sería la más correcta: (2020 febrero)

- a) Realizar una cesárea de emergencia ante la sospecha de DPPNI.
- b) Dado que la ecografía descarta patología placentaria buscar otros orígenes del dolor y corregirlos.
- c) Realizar una RMN para descartar la patología placentaria.
- d) Poner betamiméticos para corregir el tono uterino.
- e) Romper la bolsa, valorar líquido, supervisar el tono uterino y estado fetal. *

. Una paciente G1 P0 gestante de 36 semanas, acude a urgencias con TA de 150/90, dolor abdominal intenso con afectación de la paciente de 20 minutos de evolución, la palpación muestra hipertonía y la auscultación fetal se encuentra en 165 latidos por minuto con escasa variabilidad. La ecografía muestra placenta normoinserta con disminución de los movimientos respiratorios fetales. El tacto vaginal muestra un cuello formado y cerrado. Cuál de las siguientes actuaciones sería la más correcta: (2019 enero)

- a) Realizar una cesárea de emergencia. *
- b) Dado que la ecografía descarta patología placentaria buscar otros orígenes de la taquicardia fetal y corregirlos.

- c) Realizar una RMN para descartar patología placentaria.
 - d) Poner betamiméticos para corregir el tono uterino.
 - e) Poner prostaglandinas para madurar el cuello y terminar la gestación.
- ante sufrimiento fetal = CESÁREA

. Una paciente con TA normal con un gestación normo evolutiva con seis centímetros de dilatación, se le rompe artificialmente la bolsa para corregir hipodinamia y en ese momento se produce un sangrado moderado a escaso que se asocia con profunda bradicardia fetal, ¿cuál de los diagnósticos excluirías? (2023 abril) (2022 abril)

- a) Rotura de vasa previa.
- b) Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.
- c) Placenta previa total.
- d) Ninguno de los anteriores.

→ vasa previa = sangrado moderado (sangrado escapó al romper la bolsa x ser la sangre el feto que en total es 500cc) + sufrimiento feto (bradicardia).

→ vasa previa = puede producirse por lesión vasos al romper bolsa

→ vasa previa - cuadro clínico típico = coincide con rotura bolsa - se produce sangrado acompañado alteración profunda estado fetal (bradicardia), seguido de hipovolemia brusca y fallo cardíaco feto

. En una paciente G4 P3 gestante de 37 semanas con inserción velamentosa del cordón en la que se ven vasos sanguíneos atravesando el canal cervical, la actitud más correcta sería: (2018 enero)

- a) Inducir el parto con monitorización continua del estado fetal.
- b) Reservar sangre, romper la bolsa, poner un goteo e intentar parto vaginal con supervisión estricta.
- c) Poner útero inhibidores y corticoides para madurar el pulmón fetal.
- d) Hacer una cesárea electiva antes del inicio del trabajo de parto. *
- e) Esperar el inicio espontáneo del parto.

→ ante riesgo rotura vasa previa = cesárea electiva antes de que la paciente se ponga de parto

--

. En la paciente del caso anterior se objetiva una dilatación cervical de 4 cms. Se procede a romper la bolsa y surgen aguas hemorrágicas: (2018 mayo)

- a) Ello no obliga a una cesárea de urgencia al confirmarse el diagnóstico de DPPNI.
- b) Debemos considerar la rotura de vasa previa como el diagnóstico más probable.
- c) Si no hay viabilidad fetal es imprescindible el practicar una cesárea.
- d) Se puede manejar por vía vaginal si evoluciona con rapidez y no comprometemos el estado fetal.
- e) Iniciar útero inhibidores para corregir la hipertonía.

. Una paciente gestante de 36 semanas con TA de 150/90 y proteinuria acude al servicio de urgencias por dolor abdominal persistente de 20 minutos de evolución, intenso con ausencia de movimientos fetales, la palpación revela contracción uterina persistente y la ecografía revela ausencia de latido fetal, dilatación cervical de 4 cms. Se rompe la bolsa saliendo líquido hemorrágico. La actitud indicada sería: (2018 enero)

- a) Hacer una cesárea de urgencia por grave riesgo materno.
- b) Control estricto de la coagulación y estado hemodinámico materno e intentar parto vaginal.
- c) Poner heparina para evitar el eventual CID y realizar una cesárea.
- d) Confirmar el estado fetal mediante cardiotocografía dada su mayor especificidad.
- e) Valorar ecográficamente la localización placentaria pues será determinante de la actitud a seguir.

. Una paciente gestante de 34 semanas con TA de 150/90 y proteinuria acude al servicio de urgencias por dolor abdominal persistente de 20 minutos de evolución, la palpación revela contracción uterina persistente: [enero17]

- a) La ecografía nos descartará la existencia de una patología placentaria
- b) El desprendimiento prematuro de placenta se puede descartar por la inexistencia de sangrado vaginal
- c) Debemos frenar la dinámica uterina para evitar un eventual parto prematuro
- e) Se trata de contracciones de Braxton-Hicks normales en este momento.

17. ENFERMEDADES PROPIAS DEL EMBARAZO: GESTOSIS

. Paciente 32 semanas prurito periumbilical, lesiones pápulo-vesiculosas: (pregunta vista en clase)

- a) Prurigo gestacional.
- b) Herpes gestationis.
- c) Penfigoide.
- d) b y c son correctas. *

→ herpes gestationis (penfigoide) - síntomas = prurito + lesiones papulovesiculosas frecuentemente periumbilicales (vesículas alrededor ombligo muy pruriginosas)

. Gestante 37 semanas, lesiones pápulo vesiculosas periumbilicales con este aspecto (Ilustración 1 al final del documento)

¿Qué tipo de Gestosis presenta? (2023 abril)

- a) Hígado graso agudo del embarazo.
- b) Prurigo gestacional.
- c) Colestasis intrahepática.
- d) Herpes Gestationis. *

. ¿Qué alteración es más característica en la hiperemesis gravídica? (Pregunta vista en clase)

- a) Acidosis metabólica.
- b) Alcalosis respiratoria.
- c) Alcalosis metabólica hipoclorémica. *
- d) Alcalosis metabólica hiperclorémica.

→ Hiperemesis gravídica - evolución = pérdida líquido gástrico = pérdida electrolitos (cloro, sodio, potasio) y HCl = alcalosis metabólica hipoclorémica, deshidratación e hipovolemia.

. ¿Cuál de las siguientes alteraciones es característica en los cuadros de hiperemesis? (2024 abril)

- a) Acidosis respiratoria.
- b) Alcalosis respiratoria.
- c) Alcalosis metabólica hipoclorémica. *
- d) Acidosis mixta.

. Sobre la hiperemesis del embarazo cuál de las siguientes afirmaciones es cierta: (2021 junio)

- a) Es un trastorno poco frecuente.
- b) Es frecuente que persista durante toda la gestación.
- c) El tratamiento de primera elección es el ondasetrón.
- d) Es más infrecuente en gestaciones múltiples.
- e) Es más frecuente en primíparas.

. Sobre la hiperemesis del embarazo cuál de las siguientes afirmaciones es cierta: (2021 junio)

- a) Es un trastorno poco frecuente. *
→ hiperemesis gravídica = 0,5-2% gestantes
- b) Es frecuente que persista durante toda la gestación.
→
- c) El tratamiento de primera elección es el ondasetrón.
→ antieméticos recomendados = metoclopramida + tietilperazina + doxilamina → + piridoxina (B6).
- d) Es más infrecuente en gestaciones múltiples.
→ hiperemesis gravídica - etiología = elevados niveles beta-hCG = explica mayor incidencia gestaciones múltiples
- e) Es más frecuente en primíparas.

. Cual de los siguientes datos analíticos tiene implicaciones pronóstico terapéuticas en la colestasis gravídica. (2023 abril) (2022 abril)

- a) Elevación de transaminasas.
- b) Nivel de bilirrubina.
- c) Nivel de ácidos biliares. *
- d) Intensidad subjetiva del prurito.

→ colestasis gravídica - pronóstico = la evidencia más reciente muestra una incidencia significativamente mayor de muerte fetal en aquellos casos con un nivel de ácidos biliares $>100\text{micromol/L}$. La muerte fetal podría estar relacionada con un efecto arritmogénico de los ácidos biliares sobre corazón feto.

. Una paciente con una gestación de 38 semanas acude a revisión refiriendo prurito intenso en palmas de manos, plantas de pies y abdomen con eritema y lesiones de rascado de 2 semanas de evolución con mala respuesta al tratamiento con ursodeoxicólico. Cuál sería la actitud más correcta: (2021 junio)

- a) Darle un antihistamínico.
- b) Pedir un control de las transaminasas, fosfatasa alcalina y bilirrubinemia para valorar la actitud.
- c) Remitir al dermatólogo para diagnóstico y tratamiento.
- d) Finalizar la gestación. *
- e) Biopsiar las lesiones dérmicas.

→ gestosis 3er trimestre = colestasis gravídica:

- clínica = prurito afecta palmas manos, plantas pies, torso, abdomen + NO exantera (que no es lo mismo que eritema) + muchas veces se acompañan de lesiones de rascado
- tto = finalización embarazo resuelve problema (evita complicaciones, en especial, mortalidad fetal de causa inexplicada).

. 38 años, obnubilación, ictericia franca, transaminasas > 3 veces los valores normales. ¿Tratamiento? (pregunta vista en clase)

- a) Ácido quenodesoxicólico.
- b) Finalizar gestación.
- c) Trasplante hepático.
- d) Sulfato de magnesio.

→ hígado graso agudo del embarazo

- sintomatología = ictericia aguda + alteraciones mentales
- lab = elevación transaminasas muy llamativa
- tto = finalización embarazo (independientemente de EG, pronóstico/estado fetal)

18. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

. Gestante de 18 semanas TA 145/95 sin otros síntomas. Diagnóstico: (pregunta vista en clase)

- a) HTA pregestacional.
- b) HTA gestacional.
- c) Preeclampsia.
- d) Ninguno es correcto.

→ hipertensión arterial = PAS>140 + PAD>90 → 2 tomas separadas 4h en mismo brazo

. Gestante 18 semanas TA 170/90 y a los 15 minutos 130/110, sin otro síntoma. (pregunta vista en clase)

- a) HTA pregestacional leve.
- b) HTA pregestacional grave. *
- c) Preeclampsia.
- d) Ninguno es correcto.

→ hipertensión arterial grave = PAS>160 + PAD>110 → 2 tomas separadas en 15'.

. En base a los conocimientos actuales sobre la fisiopatología de la preeclampsia, ¿cuál de los siguientes mecanismos fisiopatológico situarías como primero en el tiempo?: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Isquemia utero placentaria.
- b) Vasoespasmo.
- c) Alteraciones en la placentación. *
- d) Isquemia glomerular.

→ preeclampsia - fisiopatología:

- la preeclampsia es el penúltimo escalón de un fenómeno que comienza en el momento de la implantación
- origen = podría estar en alteración invasión trofoblástica de arterias espirales.

. ¿Cuál de la siguientes características no se observa en el síndrome de HELLP? (pregunta vista en clase)

- a) Esquistocitosis.
- b) Plaquetopenia.
- c) Hipertransaminemia.
- d) Hemoconcentración.

→ si que se ve hemoconcentración pero no se observa dentro de las siglas HELLP

→ síndrome HELLP:

- H = Hemolysis
- EL = Elevated Liver enzymes
- LP = Low Platelet count

. ¿Cuál de las siguientes características no pertenece al síndrome HELLP? (2024 abril)

- a) Presencia de esquistocitos.
- b) Trombocitosis (aumento de plaquetas). *
- c) Hipertransaminemia.
- d) Plaquetopenia.

→ sd HELLP:

- afectación endotelial = hemólisis = (+) esquistocitos = anemia
- daño hepático = (+) enzimas hepáticas (ej: transaminasas)
- plaquetopenia de consumo (CID)

. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de preeclampsia grave? (2024 abril)

- a) Retraso de crecimiento intrauterino.
- b) Elevación de las transaminasas más del doble de su valor normal.
- c) Proteinuria 1 gr en orina 24 horas.
- d) Fotopsias.

→ al ppio te has rallado porque los criterios de gravedad son tb los diagnósticos de preeclampsia

→ preeclampsia con criterios gravedad (1/+):

- proteinuria >5g en orina de 24h
- elevación transaminasas (x encima doble valores normales)

- crecimiento intrauterino retardado (afectación fetal)
- eclampsia = preeclampsia + convulsiones → situación peligro para feto y madre (x lo que es grave)
- síntomas de convulsión inminente = fotopsias

. ¿El índice sFlt-1/PlGF como se encuentra en la preeclampsia? (pregunta vistas en clase)

⇒ Elevado

→ índice sFlt-1/PlGF = si predominan factores antiangiogénicos (sFlt-1) = aumenta índice = (+) riesgo producir preeclampsia

. Y ¿para qué sirve? (pregunta vista en clase)

- Diagnóstico de preeclampsia.
- Detección pacientes con riesgo desarrollar preeclampsia. *
- Criterio gravedad de preeclampsia.
- a y b son correctas.

→ preeclampsia - cribado pacientes riesgo = marcadores bioquímicos = índice sFlt-1/PlGF

. ¿Cual de los siguientes hipotensores estaria contraindicado en el tratamiento de una preeclampsia grave con datos de edema pulmonar? (2023 abril) (2022 abril)

- Hidralacina IV.
- Nifedipino.
- Furosemida IV.
- IECAS.

→ preeclampsia - tto

- antihipertensivos de 1ª elección = labetalol + hidralazina oral + alfa-metil-dopa + nifedipino
- contraindicados = atenolol + IECAS + bloqueantes receptores angiotensina + diuréticos
- excepción = edema agudo pulmón → dar diuréticos (para evitar compromiso respiratorio).

. Ante una paciente primigesta de 35 semanas con un peso fetal estimado de 1500, TA de 160/110, diuresis en 24 horas de 400 ml y cefalea persistente, ¿cuál de la siguientes actitudes seria más correcta?: (2023 abril) (2022 abril)

- Inducción de parto.
- Cesárea electiva.
- Reposo, antihipertensivos y actitud expectante.
- Sulfato de magnesio, antihipertensivos y actitud expectante.

→ 1º vamos a Dx esa preeclampsia que todos estamos pensando = HTA >20sem + disfunción orgánica materna (clínica = oliguria <500ml/24h + alteraciones neurológicas cefalea).

*TA>160/110 en 2 tomas separadas 15' = preeclampsia grave

→ preeclampsia con criterios gravedad = HTA severa refractaria >160/110 mantenida + manifestación clínica de daño multiorgánico (cefalea) + oliguria <500ml/24h.

→ inminencia convulsiones = cefaleas frontal, persistente y con mala respuesta analgésicos

→ preeclampsia - tto

- iniciar tto en pacientes con TA>155/105 mantenida.
- casos preeclampsia grave no se debe mantener el embarazo >34semana
- parto preferentemente vía vaginal

→ dice el comodín del público (el grupo de clase) que pesando <1500gr = NO parto vaginal → cesárea

19. TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN

. Una gestante de 27 semanas es Rh negativo. Su pareja es Rh positivo. El estudio en sangre materna muestra la presencia de anticuerpos irregulares anti-D. Los títulos de anticuerpos muestran valores elevados y la velocidad en arteria cerebral media fetal muestran una velocidad incrementada. (2024 abril)

- a) Realizaría una determinación de la avidéz de anticuerpos en sangre materna.
- b) Realizaría una amniocentesis, determinación de anticuerpos y actuación según los niveles encontrados.
- c) Realizaría cordocentesis, hemograma y transfusión. *
- d) Realizaría una cesárea tras maduración pulmonar fetal.

→ enfermedad hemolítica x isoimmunización Rh (/ aloimmunización Rh) - Dx = secuencial

- 1. determinación grupo, Rh y anticuerpos irregulares maternos
- 2. determinación grupo sanguíneo fetal = padre Rh+ → hijo Rh+

⇒ madre Rh- y feto Rh+ = riesgo

- 3. determinar indirectamente anemia fetal:

- titulación anticuerpos maternos elevado
- midiendo velocidad sangre fetal → mejor correlación = velocidad sistólica máxima en arteria cerebral media = si está aumentada indica que hay hemólisis
- 4. funiculocentesis/cordocentesis (se realiza cuando todo lo anterior está alterado) = determinar hematocrito fetal + transfusión sanguínea si se precisa.

. Mujer con Rh negativo G3P2, gestante de 15 semanas. En la actual gestación presenta como hallazgo analítico de anticuerpos anti-D circulantes. Los partos anteriores fueron normales, con recién nacidos sanos. Indique la opción verdadera: (2023 abril)

- a) Realizaría como primera prueba diagnóstica cordocentesis.
- b) Ninguno de los hijos anteriores puede ser RH positivo, porque en ese caso habrían presentado enfermedad hemolítica al nacimiento.
- c) Los casos graves de enfermedad hemolítica perinatal presentan kernicterus (encefalopatía por hiperbilirrubinemia).
- d) Todas las opciones son correctas.

. Mujer con Rh negativo G3P2, gestante de 15 semanas. En la actual gestación presenta como hallazgo analítico de anticuerpos anti-D circulantes. Los partos anteriores fueron normales, con recién nacidos sanos. Indique la opción verdadera: (2023 abril)

- a) Realizaría como primera prueba diagnóstica cordocentesis.
→ según la aplicación secuencial de las pruebas diagnósticas para enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh: 1.ac madre 2. grupo sanguíneo
- b) Ninguno de los hijos anteriores puede ser RH positivo, porque en ese caso habrían presentado enfermedad hemolítica al nacimiento.
→ si que podrían ser Rh+ sólo que la madre no estaba sensibilizada
→ 1er embarazo de feto Rh+ (aun con transfusión fetomaterna) NO cursa con enfermedad xq no da tiempo a desarrollar IgG (que atraviesan placenta), sólo habría desarrollado IgM (no atraviesa placenta).
- c) Los casos graves de enfermedad hemolítica perinatal presentan kernicterus (encefalopatía por hiperbilirrubinemia). *
→ enfermedad hemolítica x isoimmunización Rh - posibles consecuencias = hemólisis sangre fetal + anemia + hiperbilirrubinemia + muerte fetal + encefalopatía icterica (Kernicterus).
- d) Todas las opciones son correctas.

. Una gestante de 20 semanas de amenorrea que refiere astenia. Determinación de Hb: 10,5 g/dL. VCM: normal. ¿Qué determinación realizaría para excluir un déficit de hierro? (pregunta vista en clase)

- a) Transferrina.
- b) Ferritina. *
- c) Hierro circulante.
- d) Derivar a hematología para que decidan.
- e) Derivar a obstetricia para que decidan.

→ anemia ferropénica = Hb<11 + HTC<30% + VCM disminuido + (-)Fe

→ disminución reservas hierro - mejor marcador = ferritina.

. Gestante de 26 semanas de amenorrea con análisis del segundo trimestre con Hb 11,1 g/dL (valores de referencia del laboratorio mujeres 12,5-16). Volumen Corpuscular Medio: 25 (valores de referencia 27-31)). Señale la verdadera: (pregunta vista en clase)

- a) Aunque la cifra de Hb es normal para una gestante, puede que presente un déficit de hierro. *
- b) Durante el embarazo, la suplementación con polivitamínicos aporta cantidad suficiente de hierro como para evitar este tipo de anemias.
- c) La cifra de hemoglobina no es normal, pues está por debajo de los niveles de referencia.
- d) Estos resultados analíticos pueden tener graves consecuencias para el feto.

. Gestante de 26 semanas de amenorrea con análisis del segundo trimestre con Hb 11,1 g/dL (valores de referencia del laboratorio mujeres 12,5-16). Volumen Corpuscular Medio: 25 (valores de referencia 27-31)). Señale la verdadera: (pregunta vista en clase)

- a) Aunque la cifra de Hb es normal para una gestante, puede que presente un déficit de hierro. *
→ ferropenia / anemia ferropénica = tan frecuente durante gestación - sospecharla ante alteración cualquier parámetro analítico (microcitosis, hipocromía, ferropenia o disminución Hb).
- b) Durante el embarazo, la suplementación con polivitamínicos aporta cantidad suficiente de hierro como para evitar este tipo de anemias.
→ aún con suplementación puede aparecer anemia => si paciente toma hierro, le hacemos análisis y aparece aún así con anemia = aumentar dosis.
- c) La cifra de hemoglobina no es normal, pues está por debajo de los niveles de referencia.
→ $Hb < 11$ = patológica
- d) Estos resultados analíticos pueden tener graves consecuencias para el feto.
→ anemia ferropénica materna = NO repercusión fetal
→ anemia ferropénica = $Hb < 11$ + $HTC < 30\%$ + VCM disminuido

. Una gestante presenta una hb de 11 g/dl (valores de referencia del laboratorio 12,5-16). Ferritina de 4 (valores de referencia del laboratorio (8-125). Toma habitualmente un suplemento de hierro. Indique la afirmación verdadera: (2024 abril)

- a) Presenta déficit de hierro, pero no presenta riesgo para el feto. *
- b) Presenta anemia, pero no representa riesgo para la mujer.
- c) Presenta déficit de hierro, esta situación no representa riesgo para la mujer
- d) Es poco probable que desarrolle anemia tomando suplementos de hierro.
→ ferropenia / anemia ferropénica = tan frecuente durante gestación - sospecharla ante alteración cualquier parámetro analítico (microcitosis, hipocromía, ferropenia o disminución Hb).
→ embarazada tienen transporte activo de hierro de la madre al feto = madre ve mermadas sus reservas mientras que el feto NO sufre déficit -> anemia ferropénica materna = NO repercusión fetal.
→ aún con suplementación puede aparecer anemia => si paciente toma hierro, le hacemos análisis y aparece aún así con anemia = aumentar dosis.

. Una embarazada de 28 semanas de amenorrea presenta una determinación analítica de hemoglobina de 11,1 g/dL. Está tomando suplementos nutricionales polivitamínicos. El volumen corpuscular medio es de 70 (valores de normalidad 83-102fl). Respeto a la patología más probable que presenta esta mujer, indique la opción verdadera: (2023 abril)

- a) Administraría ferroterapia oral a mayor dosis de la actual.
- b) El mejor indicador de las reservas de hierro es la transferrina.
- c) Probablemente presente afectación del estado fetal.
- d) Se trata de una patología infrecuente en las gestantes.

. Una embarazada de 28 semanas de amenorrea presenta una determinación analítica de hemoglobina de 11,1 g/dL. Está tomando suplementos nutricionales polivitamínicos. El volumen corpuscular medio es de 70 (valores de normalidad 83-102fl). Respeto a la patología más probable que presenta esta mujer, indique la opción verdadera: (2023 abril)

- a) Administraría ferroterapia oral a mayor dosis de la actual. *
→ aún con suplementación puede aparecer anemia = aumentar dosis.
→ cuidado que la segunda vez que lo has liado te has liado con las anemias megaloblástica y has ducho Osita no que hay poner intramuscular, pero claro es por problemas en la absorción relacionados con la anemia megaloblástica por lo que se da B12 intramuscular
- b) El mejor indicador de las reservas de hierro es la transferrina.
→ mejor marcador reservas = ferritina
- c) Probablemente presente afectación del estado fetal.

→ anemia ferropénica materna = NO afectación fetal (x transporte activo hierro madre-feto = madre ve mermadas sus reservas mientras que feto no sufre déficit).

d) Se trata de una patología infrecuente en las gestantes.

→ anemia ferropénica tan frecuente durante gestación que debemos sospecharla ante la alteración e cualquiera de los parámetros analíticos.

20. DIABETES Y GESTACIÓN

. ¿Cuál de los siguientes NO es factor de riesgo para la diabetes gestacional? (preguntas vistas en clase)

- a) Diabetes gestacional en gestación previa.
- b) Edad >35 años.
- c) Familiar de 2º grado con DM tipo 2. *
- d) IMC>35.

→ diabetes gestacional - FR = hª familiar (familiar 1er grado con DM1/2) + glucemia basal alterada (120-125) + glucosuria + IMC>30 + >35a + diabetes gestacional en gestación previa + feto anterior macrosómico o mala hª obstétrica (muerte fetal intraútero >20sem).

. Indique la falsa: (pregunta vista en clase)

- a) Un test de sobrecarga oral de glucosa 96/187/170/147 (Ref 105/190/165/145) es indicativo de diabetes gestacional.
- b) El antecedente de diabetes gestacional en una gestación previa es un factor de riesgo de diabetes gestacional.
- c) El 10% de diabéticas gestacionales se controlan con dieta.
- d) La diabetes gestacional incrementa la morbilidad neonatal.

. Indique la falsa: (pregunta vista en clase)

- a) Un test de sobrecarga oral de glucosa 96/187/170/147 (Ref 105/190/165/145) es indicativo de diabetes gestacional.
→ 2/+ valores patológicos = diabetes
- b) El antecedente de diabetes gestacional en una gestación previa es un factor de riesgo de diabetes gestacional.

→ diabetes gestacional - FR = diabetes gestacional en gestación previa.

- c) El 10% de diabéticas gestacionales se controlan con dieta.
→ dieta consigue controlar 85%
- d) La diabetes gestacional incrementa la morbilidad neonatal.

. Indique la opción verdadera: (2024 abril)

- a) En la semana 12 de gestación realizaremos test de O'Sullivan a mujeres con antecedente de diabetes gestacional.
- b) Unos valores en curva de glucemia de 103, 195, 120, 105 (valores de referencia: 105,190,165,140) indican diabetes gestacional.
- c) La diabetes gestacional implica para la madre riesgos en el momento del parto.
- d) El screening de diabetes gestacional se realiza a todas las gestantes en la semana 28.

. Indique la opción verdadera: (2024 abril)

- a) En la semana 12 de gestación realizaremos test de O'Sullivan a mujeres con antecedente de diabetes gestacional.
→ según apuntes = en primera consulta si hay factores de riesgo se hace el screening (el screening se hace con la prueba O'Sullivan) en torno semana 12.
→ según chatGPT = mujeres con FR se les hace directamente curva de glucemia (test sobrecarga oral de glucosa T5OG).
- b) Unos valores en curva de glucemia de 103, 195, 120, 105 (valores de referencia: 105,190,165,140) indican diabetes gestacional.
→ 1 valor patológico = intolerante
- c) La diabetes gestacional implica para la madre riesgos en el momento del parto.
→ parto madre diabética = parto de riesgo (tiene más tasa cesárea y parto instrumental).
- d) El screening de diabetes gestacional se realiza a todas las gestantes en la semana 28.
→ test O'Sullivan - screening diabetes gestacional se hace a todas las embarazadas en la semana 28.

*Decimos la coletilla de las que no tienen FR porque las que lo tienen se les realiza en el 1er trimestre.

*. Una gestante de 9 semanas de embarazo, 30 años, IMC 25, presenta antecedente de diabetes gestacional en embarazo previo. Según guía clínica SERGAS, necesita: (2023 abril)

- a) Realizar El'Sullivan semana 12.
- b) Realizar El'Sullivan semana 24.
- c) Realizar curva de glucemia en la semana 12. *
- d) Realizar curva de glucemia en la semana 24.

. Indique la opción falsa: (2024 abril)

- a) El déficit de hormonas tiroideas causa déficit de crecimiento.
- b) El déficit de yodo causa trastornos del desarrollo psicomotor.
- c) El déficit de hormonas tiroideas fetales puede compensarse con las hormonas tiroideas maternas, salvo en el tercer trimestre en que aumentan los requerimientos.
- d) Ninguna opción es falsa, todas son verdaderas.

→ niveles normales de hormona tiroideas son imprescindibles para un correcto desarrollo neurológico.

→ déficit yodo = bocio, retraso crecimiento, retraso mental, enanismo cretinismo, ...

→ hipotiroidismo fetal = no supone un problema mientras el feto está intraútero ya que las hormonas maternas atraviesan la placenta y ejercen su función en el feto.

. En el caso de una mujer de 36 años con un IMC de 33 kg/cm² que pretende quedarse embarazada, todo lo siguiente es cierto EXCEPTO: (preguntas apuntes obesidad propuestas x alumnos)

- a) Es posible que la concepción de su embarazo sea más dificultosa debido a su obesidad.
- b) Debemos recomendarle que baje de peso durante el embarazo. *
- c) La probabilidad de sufrir preeclampsia aumenta respecto a la población general.
- d) La macrosomía fetal es más frecuente respecto a la población general.

→ desaconsejada la pérdida de peso durante el embarazo, ya que se necesita esta ganancia para la acumulación de tejido fetal, expansión del líquido amniótico y volumen sanguíneo materno... etc.

→ explica con alumnos: El descenso de peso durante el embarazo no está recomendado, de hecho, la ganancia ponderal debe ser de 5 a 9 kg.

. La probabilidad de sufrir alguna de estas comorbilidades durante el embarazo aumenta a medida que el IMC también aumenta EXCEPTO: (preguntas apuntes obesidad propuestas x alumnos)

- a) Diabetes gestacional.
- b) Preeclampsia.
- c) Infección del sitio quirúrgico en caso de cesárea.
- d) Todas las anteriores son correctas. *

→ embarazadas IMC>30 = (+) tasa: preeclampsia + diabetes gestacional + HTA gestacional

→ obesidad -gestación = (+) cesáreas = (+) riesgo infección en la herida quirúrgica.

→ respuesta alumnos: La diabetes gestacional, la preeclampsia, el parto pretérmino y la infección del sitio quirúrgico en caso de cesárea son más frecuentes a medida que aumenta el.

. Respecto a los riesgos de la gestación en mujeres obesas, señale la opción INCORRECTA: (2023 abril)

- a) Mayor riesgo de macrosomía fetal.
- b) Mayor riesgo de necesidad de parto por cesárea.
- c) Mayor riesgo de preeclampsia.
- d) Ninguna es incorrecta, todas las anteriores son correctas. *

→ (+) IMC = (+) riesgo feto macrosómico.

21. COMPLICACIONES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS DURANTE LA GESTACIÓN

. Una embarazada de 20 semanas con amenorrea que consultó por dolor abdominal. Sedimento urinario con 100 leucocitos/campo (ref 0-25), 75 glóbulos rojos/campo (ref 0-30), nitritos negativos. Indica lo correcto: (pregunta vista en clase)

- a) Haría un urocultivo y esperaría el resultado para escoger el tratamiento (el resultado tardaría más de 5 días).
- b) En caso de presentar abundantes células epiteliales, apoyaría el diagnóstico de cistitis (indica que la muestra fue mal recogida).
- c) No es una infección del tracto urinario porque no tiene nitritos (no todas tienen nitritos positivos).
- d) Comenzaría un tratamiento empírico con fosfomicina. *

→ ITU - dx:

- leucocituria
 - ausencia nitritos NO excluye ITU
 - análisis sedimento urinario (+) fiable
 - si orina contiene demasiadas células epiteliales de descamación (habrá leucocitos NO patológicos) = muestra NO válida.
- ITU - tto = fosfomicina

. ¿En cuál de las siguientes enfermedades cardíacas está contraindicado el embarazo? (pregunta vista en clase)

- a) Extrasístoles auriculares.
- b) Estenosis mitral con hipertensión pulmonar grave. *
- c) Prolapso de la válvula mitral.
- d) Síndrome de Wolf-Parkinson-White.
- e) Comunicación ventricular.

→ enfermedades cardíacas embarazo - clase IV = estenosis mitral severa + HTA pulmonar → contraindica gestación

→ Síndrome de Wolf-Parkinson-White = más riesgo de fibrilación ventricular pero el corazón está bien.

. En cuanto a las mujeres portadoras de cardiopatías y gestación: (2024 abril)

- a) Las cardiopatías clase II constituyen una contraindicación relativa para la administración de analgesia epidural.
- b) El principal problema de las cardiopatías clase IV es que suponen un incremento leve, pero significativo de mortalidad fetal.
- c) En mujeres gestantes portadoras de cardiopatías la vía preferente del parto es vaginal.
- d) El síndrome de Wolf-Parkinson-White contraindica la gestación.

. En cuanto a las mujeres portadoras de cardiopatías y gestación: (2024 abril)

- a) Las cardiopatías clase II constituyen una contraindicación relativa para la administración de analgesia epidural.

→ cardiopatías con mayor repercusión hemodinámica - medidas facilidad hemodinámica = indica analgesia epidural (evitar que dolor incremente catecolaminas y de manera consecuente PA + GC).

→ parto muneres con enfermedad cardíaca = indicado analgesia epidural

- b) El principal problema de las cardiopatías clase IV es que suponen un incremento leve, pero significativo de mortalidad fetal.

→ clase IV = mortalidad materna extremadamente alta / morbilidad severa

- c) En mujeres gestantes portadoras de cardiopatías la vía preferente del parto es vaginal.

→ evitar cesárea (sangra mucho más) = prefiere parto vaginal (a pesar disminuye retorno venoso)

- d) El síndrome de Wolf-Parkinson-White contraindica la gestación.

→ (+) riesgo fibrilación auricular pero corazón contento

. ¿Se puede dar quimioterapia a una embarazada? (pregunta vista en clase)

⇒ Sí, >2º trimestre → NO 1er trimestre x efecto teratogénico.

. Señale la falsa: (2023 abril)

- a) Las cifras más elevadas de leucocitos en sangre durante la gestación pueden retrasar el diagnóstico de enfermedades infecciosas concurrentes.
- b) La gestación predispone a la presencia de coledocistitis y colecistitis.
- c) La presencia de bacteriuria en ausencia de leucocituria es indicativa de bacteriuria asintomática de la gestante y no requiere tratamiento.
- d) La hiperemesis es una circunstancia frecuente durante la gestación que suele afectar a la calidad de vida de la mujer.

. Señale la falsa: (2023 abril)

- a) Las cifras más elevadas de leucocitos en sangre durante la gestación pueden retrasar el diagnóstico de enfermedades infecciosas concurrentes.
→
- b) La gestación predispone a la presencia de colelitiasis y colecistitis.
→ durante embarazo hay (+) riesgo litiasis x = (+) estasis biliar (progest = (-) peristaltismo) + (+) secreción + (+) densidad biliar.
→ embarazo = (+) secreción/densidad/estasis biliar
- c) La presencia de bacteriuria en ausencia de leucocituria es indicativa de bacteriuria asintomática de la gestante y no requiere tratamiento.
→ si hay bacterias sin leucocitos = bacteriuria
→ tto bacteriuria asintomática = reduce incidencia ITU = (-) complicaciones (ej: parto prematuro)
- d) La hiperemesis es una circunstancia frecuente durante la gestación que suele afectar a la calidad de vida de la mujer.
(*)
→ arias = frecuente / sampayo tema gestosis dice que las náuseas y vómitos son muy frecuente pero que la Hiperémesis gravídica tiene una frecuencia 0,5-2% (como este año sólo lo ha explicado si pregunta x Hiperémesis pensamos en que es poco frecuente)

. Una mujer epiléptica solicita consejo preconcepcional. Indique la incorrecta: (2023 abril)

- a) Algunos fármacos antiepilépticos pueden causar malformaciones fetales.
 - b) Las crisis convulsivas tónico-clónicas no suponen riesgo para el feto.
 - c) Se recomienda una dosis más alta de la habitual de ácido fólico preconcepcional a mujeres con tratamiento anticonvulsivante.
 - d) Ninguna opción es incorrecta, todas las opciones son verdaderas.
- epilepsia y gestación
- convulsiones tónico-clónicas = gran riesgo feto
 - algunos anticonvulsivantes = pequeño riesgo teratogénico (malformaciones fetales)
 - algunos anticonvulsivantes = interfieren metabolismo ácido fólico → aumenta dosis profiláctica B9

22. ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA GESTACIÓN

. ¿Cuándo no está indicado hacer profilaxis antibiótica durante el parto para la prevención de la infección neonatal por EBH? (pregunta vista en clase)

- a) En la embarazada con screening positivo en vagina o recto en las 5 semanas previas al parto.
- b) En la embarazada con el antecedente de un recién nacido con infección por el EBH.
- c) En la embarazada con bacteriuria por estreptococo en el embarazo en curso.
- d) En la embarazada con cultivo desconocido o no realizado y parto pretérmino.
- e) En la cesárea programada en la gestante sin trabajo de parto y con mb íntegras.

→ 35sem = screening portadoras vagina y ano SBH → mujeres portadoras tratan durante parto/RPM

→ se trata como si el cultivo fuese positivo si:

- gestante ITU en alguno momento embarazo
- hijo previo con sepsis x SBH
- prematuro sin cultivo madre

→ NO tto = cesárea sin trabajo parto previo ni bolsa rota (programada)

→ tto sí = portadoras tracto genital (screening) + urocultivo SBH(+) + parto previo RN con enfermedad x SBH.

→ tto gestantes estatus desconocido = parto prematuro / RPM / fiebre intraparto → tto

. Respecto a la administración de antibioterapia en gestantes. Indique la opción correcta: (2024 abril)

- a) Administraremos penicilina en el momento del parto ante el antecedente de infección urinaria por estreptococo betahemolítico aunque el cultivo perineal en semana 35 sea negativo.
- b) Administraremos penicilina en el momento en el que detectemos cualquier cultivo positivo por estreptococo betahemolítico.
- c) Administraremos penicilina en mujeres con síntomas de infección activa por estreptococo betahemolítico, las portadoras asintomáticas no necesitan tratamiento.
- d) Administraremos eritromicina en alérgicas a penicilina en las que se realice cesárea programada sin rotura de membranas ni trabajo de parto previo.

. Respecto a la administración de antibioterapia en gestantes. Indique la opción correcta: (2024 abril)

- a) Administraremos penicilina en el momento del parto ante el antecedente de infección urinaria por estreptococo betahemolítico aunque el cultivo perineal en semana 35 sea negativo. *
→ tto como si el cultivo fuese positivo independientemente resultado = sí mujer tuvo infección urinaria en algún momento embarazo (xq indica colonización muy fuerte y es frecuente que se reconozcan en algún momento)
- b) Administraremos penicilina en el momento en el que detectemos cualquier cultivo positivo por estreptococo betahemolítico.
→ mujeres portadoras se tratan en momento justo parto / RPM con penicilina
→ tto justo momento parto / rotura bolsa (RPM) x su frecuente recolonización
- c) Administraremos penicilina en mujeres con síntomas de infección activa por estreptococo betahemolítico, las portadoras asintomáticas no necesitan tratamiento.
→ mujeres portadoras SON asintomáticas
- d) Administraremos eritromicina en alérgicas a penicilina en las que se realice cesárea programada sin rotura de membranas ni trabajo de parto previo.
→ NO tto = cesárea programada sin trabajo de parto ni bolsa rota

[MIR] La infección fetal es más probable durante el tercer trimestre, pero la probabilidad de afectación fetal es más probable durante el primer trimestre.

. Señale la respuesta INCORRECTA sobre "toxoplasmosis y embarazo": (pregunta vista en clase)

- a) El riesgo de transmisión vertical disminuye con la edad gestacional. *
- b) El tratamiento con espiramicina 3 g/d disminuye el riesgo de infección fetal.
- c) El test de avidéz de IgG se realiza ante sospecha de infección materna (IgM e IgG positivos).
- d) La secuela más frecuente es la coriorretinitis subclínica.

→ toxoplasmosis:

- serología toxoplasma IgM(+) + IgG(+) → toxoavidez (analizan avidéz IgG)
- infección atraviesa placenta = (+) 3er trimestre
- infección cause secuelas = (+) 1er trimestre
- secuelas fetales = coriorretinitis

- tto = espiramicina

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al cribado prenatal de la toxoplasmosis es falsa? (pregunta vista en clase)

- a) El cribado está recomendado en zonas de baja prevalencia. *
 - b) Rara vez se detecta el parásito en tejidos o fluidos corporales.
 - c) No se debería confiar únicamente en los anticuerpos IgM para detectar toxoplasmosis agudas.
 - d) La presencia de IgG ávidos indica que la infección no tuvo lugar en los 3-5 meses anteriores.
- toxoplasmosis = screening NO disminuye tasas recién nacidos con anomalías x toxoplasma.

. Indique el enunciado verdadero: (2023 abril)

- a) Ante un resultado de estreptococo betahemolítico en cultivo perineal en una gestante de 34 semanas, se recomienda administrar antibioterapia oral inmediatamente.
- b) Ante el hallazgo en serología de toxoplasmosis de IGM+ en primer trimestre, está indicado determinar la toxoavidez de IgG para determinar el momento en que se produjo la infección materna. *
- c) La rubeola congénita es una enfermedad fácilmente prevenible mediante inmunización, por lo que se recomienda la vacunación de las mujeres embarazadas no inmunizadas previamente.
- d) Si la infección por toxoplasma atraviesa la placenta, la infección fetal es más grave en el tercer trimestre que en el primero.

. Indique el enunciado verdadero: (2023 abril)

- a) Ante un resultado de estreptococo betahemolítico en cultivo perineal en una gestante de 34 semanas, se recomienda administrar antibioterapia oral inmediatamente.
→ ATB justo momento parte
- b) Ante el hallazgo en serología de toxoplasmosis de IGM+ en primer trimestre, está indicado determinar la toxoavidez de IgG para determinar el momento en que se produjo la infección materna. *
→ toxoplasmosis - dx = 1. Serología → 2. Toxoavidez → 3.
- c) La rubeola congénita es una enfermedad fácilmente prevenible mediante inmunización, por lo que se recomienda la vacunación de las mujeres embarazadas no inmunizadas previamente.
→ vacuna rubeola = virus vivos + atenuados → contraindicada embarazadas
- d) Si la infección por toxoplasma atraviesa la placenta, la infección fetal es más grave en el tercer trimestre que en el primero.
→ toxoplasmosis = (+) atraviesa placenta en 3er trimestre / (+) secuelas feto en 1er trimestre

[MIR] Calcificaciones intracraneales de distribución periventricular son características de CMV. Si son de otra distribución son del toxoplasma.

. Recién nacido a término con retraso del crecimiento intrauterino y microcefalia que en las primeras 24 horas de vida presenta ictericia, petequias y esplenomegalia. Tiene una bilirrubina total de 12 mg/dl y la indirecta de 2,5 mg/dl. En el hemograma se constata una trombocitopenia. El Coombs directo es negativo. En la tomografía axial computarizada cerebral se observan calcificaciones periventriculares. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (Pregunta vista en clase)

- a) Infección perinatal por el *Streptococcus agalactiae*.
- b) Infección intrauterina por el virus de la rubeola.
- c) Infección congénita por citomegalovirus. *
- d) Infección congénita por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

. En el primer trimestre se debe realizar diagnóstico serológico, entre otras de las siguientes enfermedades: pregunta vista en clase)

- a) Rubeola. *
- b) Citomegalovirus. (no es útil, puede haber reinfección y no hay tratamiento)
- c) Herpes simple.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ Herpes virus = dx x clínica - screening NO útil

→ Rubéola = screening serológico útil ya que secuelas son totalmente previsibles con vacunación → (+) riesgo infección fetal 1er trimestre.

→ CMV = NO screening x NO tto/vacuna

. ¿Cuál de los siguientes patógenos puede atravesar la placenta y causar infección en el feto? (pregunta vista en clase)

- a) *Listeria monocytogenes*. *
- b) *Streptococcus pneumoniae*.
- c) *Bacillus cereus*.
- d) *Bordetella parapertussis*.

. ¿Cuál de las siguientes serologías es más recomendable hacer a todas las embarazadas?: (pregunta vista en clase)

- a) La del citomegalovirus.
- b) La del parvovirus.
- c) La de la hepatitis C.
- d) La del SIDA. *
- e) La de la listeriosis.

→ CMV = NO screening x NO beneficio (no hay vacuna/tto)

→ hepatitis C = NO se recomienda screening x NO medidas preventivas transmisión maternofetal.

→ VIH = tto disminuye tasa transmisión eficaz = justifica screening VIH todas embarazadas.

. Señale el enunciado verdadero: (2024 mayo)

- a) La toxoplasmosis es una infección cuya transmisión se produce en el canal del parto.
- b) La determinación serológica como screening poblacional de citomegalovirus disminuye la tasa de infección maternofetal y de malformaciones asociadas.
- c) Una embarazada no inmune a rubeola debe vacunarse sin demora, para evitar una infección que afecte al feto.
- d) En países desarrollados la lactancia materna se desaconseja en madres portadoras de VIH.

. Señale el enunciado verdadero: (2024 mayo)

- a) La toxoplasmosis es una infección cuya transmisión se produce en el canal del parto.
→ toxoplasmosis = parásito puede atravesar placenta → primoinfección madre = infección feto
- b) La determinación serológica como screening poblacional de citomegalovirus disminuye la tasa de infección maternofetal y de malformaciones asociadas.
→ CMV = NO screening x NO vacuna/tto
- c) Una embarazada no inmune a rubeola debe vacunarse sin demora, para evitar una infección que afecte al feto.
→ rubéola = vacuna con virus vivos y atenuados = NO vacunar a gestantes.
- d) En países desarrollados la lactancia materna se desaconseja en madres portadoras de VIH. *
→ VIH - medidas disminuir tasa transmisión = evitar lactancia materna

. Respecto a la infección materna por el virus de inmunodeficiencia adquirida durante el embarazo (VIH), señale el enunciado falso: (2023 abril)

- a) Se recomienda la realización de serologías en el primer trimestre de embarazo para encontrar mujeres que se beneficien del tratamiento antirretroviral.
 - b) En mujeres con viremia significativa, el tratamiento antirretroviral de la madre disminuye la tasa de transmisión al feto.
 - c) En nuestro medio se recomienda la lactancia materna en mujeres seropositivas.
 - d) Se recomienda parto mediante cesárea a mujeres con carga viral alta para minimizar el riesgo de transmisión al feto.
- VIH:
- tto disminuye tasa transmisión = justifica screening a todas embarazadas
 - medidas (para disminuir transmisión = tto monoterapia/triple puede disminuir tasa transmisión + cesárea programada en mujeres con carga viral detectable + evitar lactancia materna en países desarrollados.

. Indique la opción FALSA: (2024 abril)

- a) Parvovirus B19, *Listeria*, Zika, virus del papiloma humano de alto riesgo, producen daño al feto a través de transmisión hematogénica. *
- b) El virus del herpes genital, el virus del papiloma humano que causa condilomas y el estreptococo beta hemolítico presentan riesgo de transmisión fetal a través del canal del parto.
- c) Varicela, rubeola y sífilis suponen un riesgo para el feto a través de diseminación hematogénica.
- d) La mortalidad neonatal en infecciones congénitas por herpesvirus sin tratamiento es del 70%.