

Examen del concurs oposició per optar a places de la categoria facultatiu/facultativa especialista d'àrea d'obstetrícia i ginecologia del Servei de Salut de les Illes Balears

Observacions:

- Aquest examen consta de **set (7) qüestionaris** corresponents a set temes o casos clínics diferents d'aquesta especialitat.
- Cada qüestionari està identificat amb un número i una breu descripció sobre el cas o la matèria de què tracta, i seguidament hi ha **24 preguntes** de tipus test, numerades de l'1 al 24.
- **Heu de respondre les 24 preguntes de tres (3) dels set temes o casos.** Les quatre darreres preguntes (núm. 21-24) de cada tema són de reserva per si alguna de les altres (1-20) resulta impugnada.
- Per a cada pregunta només hi ha una resposta correcta d'entre les quatre possibles.
- Cada resposta correcta es valora amb 1 punt, de manera que la valoració total de l'examen és de 60 punts (20 preguntes × 3 temes). És necessari respondre les preguntes de reserva, encara que en principi només es puntuaran les preguntes 1-20. Cada resposta errònia es penalitza amb una quarta part del valor d'una de correcta. Les respostes en blanc i les que contenguin més d'una alternativa marcada no es valoren.
- Les pàgines de cada quadern estan numerades; comprovau-ne el contingut fins a la darrera pàgina. Si detectau alguna anomalia en la impressió d'algun dels quaderns, demanau que us el canviïn.
- **Heu de senyalar les respostes en el full òptic que us han entregat. Llegiu molt atentament les instruccions que hi figuren.**
- El temps per completar la prova és de **120 minuts, inclòs el temps per senyalar les respostes en el full òptic.**
- Podeu utilitzar els qüestionaris com a esborrany. Una vegada acabada la prova, us els podeu endur.

Advertiments:

- No podeu llegir cap dels qüestionaris fins que no us ho indiquin.
- No faceu en el full òptic cap tipus de marca ni signatura que pugui desvirtuar els principis d'igualtat, mèrit i capacitat.
- Únicament podeu emprar bolígraf negre o blau.
- No és permès emprar calculadora.
- Durant la prova no podeu dur damunt ni tenir a la taula cap aparell electrònic, ni tan sols apagat.
- Abans del començament de la prova, algun membre del tribunal o algun dels seus col·laboradors haurà explicat les instruccions que heu de seguir. Si no heu entès alguna d'aquestes instruccions, demanau-li que us l'aclareixi.
- El fet de concórrer a aquesta prova suposa acceptar aquestes instruccions, sense detriment del dret a interposar-hi una reclamació o un recurs.
- Incomplir qualsevol d'aquests advertiments pot suposar l'exclusió de la prova.



Cas 1. Patologia cervical i càncer de cèrvix

Na Joana Maria, de 40 anys, ha acudit al seu centre d'atenció primària de les Illes Balears per informar-se sobre el cribratge del càncer de cèrvix

- 1. Quina de les afirmacions següents és falsa sobre la prevenció primària del càncer de cèrvix a les Illes Balears?**
 - a) Les primeres dones vacunades són la cohort de nines nascudes l'any 1994.
 - b) Està establerta una recaptació de la vacunació contra el virus del papil·loma humà (VPH) en totes les dones nascudes a partir de 1994 i que no hagin estat vacunades convenientment.
 - c) Els vaccins per a la recaptació estaran disponibles als centres d'atenció primària del Servei de Salut de les Illes Balears.
 - d) A les Illes Balears, la vacunació sistemàtica contra el VPH es va iniciar l'any 2018 i es va establir als catorze anys d'edat.
- 2. Senyalau l'afirmació vertadera respecte del Programa de Prevenció del Càncer de Cèrvix de les Illes Balears:**
 - a) Des de l'any 2000 està establert el cribratge universal per mitjà d'una citologia líquida cada tres anys.
 - b) El cribratge es fa de manera oportunista entre els 25 i els 64 anys.
 - c) El cribratge es fa únicament amb un test per detectar el VPH.
 - d) El cribratge es fa amb co-test.
- 3. S'ha fet una citologia a na Joana Maria i el resultat ha estat patològic. Els antecedents descrits a continuació poden modificar l'abordatge, excepte un. Senyalau-lo:**
 - a) Tendència sexual, parelles sexuals durant el darrer any.
 - b) Vacunació contra el VPH, darrera prova del cribratge i resultat, antecedents de lesió intraepitelial escatosa (SIL) i tractaments previs.
 - c) Desig genèsic i paritat, situació hormonal.
 - d) Hàbit tabàquic, possibilitat d'immunosupressió.



4. **Des del centre de salut es deriva na Joana Maria per un resultat citològic d'ASCUS. No està vacunada contra el VPH, sempre ha obtingut resultats negatius en les proves de cribratge anteriors, encara té menstruacions, té dos fills, té parella sexual femenina i única en el darrer any, fuma 10 cigarretes/dia i no té cap malaltia d'interès. Seguint la guia de l'AEPC de 2022, quina actitud cal prendre amb una recomanació més forta a favor?**
- a) Co-test al cap d'un any.
 - b) Prova per detectar el VPH; si el resultat és positiu a 16/18, colposcòpia. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - c) Remetre-la per a una colposcòpia. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - d) Prova per detectar el VPH; si el resultat és positiu a 16, 18 o a «no 16/18», colposcòpia.
5. **Des del centre de salut es deriva na Joana Maria per un resultat citològic d'ASC-H. Seguint la guia de l'AEPC de 2022, quina actitud cal prendre amb una recomanació més forta a favor?**
- a) Remetre-la per a una colposcòpia. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - b) Co-test al cap d'un any. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - c) Prova per detectar el VPH; si el resultat és positiu, colposcòpia; si és negatiu, co-test al cap d'un any. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - d) Estrògens locals durant quatre setmanes i repetir la citologia.
6. **Des del centre de salut es deriva na Joana Maria per un resultat citològic d'LSIL. Seguint la guia de l'AEPC de 2022, quina actitud cal prendre amb una recomanació més forta a favor?**
- a) Co-test al cap d'un any. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - b) Prova per detectar el VPH; si el resultat és positiu, colposcòpia; si és negatiu, co-test al cap d'un any. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - c) Remetre-la per a una colposcòpia. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - d) Estrògens locals durant quatre setmanes i repetir la citologia.



7. **Una pacient diferent, na Sílvia, de 60 anys, és derivada des del centre de salut per un resultat citològic d'LSIL. No està vacunada contra el VPH, sempre ha obtingut resultats negatius en les proves de cribratge anteriors, ja no té menstruacions, té dos fills, té parella sexual femenina i única en el darrer any, fuma 10 cigarretes/dia i no té cap malaltia d'interès. Seguint la guia de l'AEPC de 2022, quina actitud cal prendre amb una recomanació més forta a favor?**
- a) Prova per detectar el VPH; si el resultat és positiu, colposcòpia; si és negatiu, co-test al cap d'un any. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - b) Co-test al cap d'un any. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - c) Estrògens locals durant quatre setmanes i repetir la citologia.
 - d) Vaccinació contra el VPH. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
8. **Des del centre de salut es deriva na Joana Maria per un resultat citològic d'ACG-NOS. Seguint la guia de l'AEPC de 2022, quina actitud cal prendre amb una recomanació més forta a favor?**
- a) Estrògens locals durant quatre setmanes i repetir la citologia.
 - b) Co-test al cap d'un any.
 - c) Prova per detectar el VPH; si el resultat és positiu, colposcòpia; si és negatiu, co-test al cap d'un any.
 - d) Remetre-la per a una colposcòpia i fer-li un raspament endocervical, una biòpsia endometrial i una ecografia transvaginal.
9. **Des del centre de salut es deriva na Joana Maria per un resultat citològic d'HSIL. Seguint la guia de l'AEPC de 2022, quina actitud cal prendre amb una recomanació més forta a favor?**
- a) Co-test al cap d'un any. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - b) Remetre-la per a una colposcòpia. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.
 - c) Estrògens locals durant quatre setmanes i repetir la citologia.
 - d) Prova per detectar el VPH; si el resultat és positiu, colposcòpia; si és negatiu, co-test al cap d'un any. Recomanació de deixar l'hàbit tabàquic.

- 10. En el cas de na Joana Maria, amb un resultat histològic HSIL/CIN2, senyalau l'opció correcta:**
- a) Programar-li un tractament per excisió.
 - b) Si es compleixen els requisits, fer-li un control cada sis mesos amb una citologia i una colposcòpia i cada any amb una prova per detectar el VPH, durant un període màxim de dos anys.
 - c) Les respostes a) i b) són correctes.
 - d) Recomanació d'una histerectomia total.
- 11. S'ha fet una conització cervical a na Joana Maria. Seguint la guia de l'AEPCC de 2022, senyalau la resposta correcta:**
- a) Se li administra el vaccí contra el VPH amb tanda 0, 6.
 - b) El vaccí contra el VPH s'ha d'administrar com abans millor, si pot ser abans del tractament i fins a dotze mesos després de la conització.
 - c) S'està administrant el vaccí contra el VPH però gairebé sense benefici real, perquè la pacient ja n'està infectada.
 - d) Cal administrar-li el vaccí contra el VPH perquè se n'ha demostrat el benefici terapèutic.
- 12. Una tercera pacient, na Rosa, de 45 anys, soHicita una citologia. No està vaccinada contra el VPH, sempre ha obtingut resultats negatius en les proves de cribratge anteriors, ja no té menstruacions perquè li feren una histerectomia total assistida per laparoscòpia a causa de sagnat menstrual abundant i miomes, té un fill i en el darrer any ha tingut més de deu parelles sexuals i li han diagnosticat una infecció de transmissió sexual per gonococ, no fuma i no té cap malaltia d'interès. Com s'ha de respondre a la soHicitud de citologia, seguint la guia de l'AEPCC de 2022?**
- a) El seguiment del cribratge del càncer de cèrvix s'ha de fer fins als 65 anys.
 - b) El diagnòstic d'una infecció de transmissió sexual obliga a fer sempre el cribratge amb co-test.
 - c) La histerectomia total per una patologia benigna recomana finalitzar el cribratge, perquè el càncer primari de vagina és molt infreqüent.
 - d) Si el cribratge previ és inadequat, cal una prova per detectar el VPH i un co-test al cap de cinc anys abans de finalitzar definitivament el cribratge.

- 13. Des del centre de salut es deriva na Joana Maria per un resultat citològic de sospita de carcinoma de cèrvix. Seguint la guia de l'AEPC de 2022, quina actitud cal prendre amb una recomanació més forta a favor?**
- a) Anàlítica per determinar CA 125 i CA 15.3, una PET-TC i una ressonància magnètica de la pelvis.
 - b) Si la lesió cervical no és visible, control amb co-test al cap d'un any.
 - c) Administració del vaccí contra el VPH amb tanda 0, 1-2, 6 i co-test al cap d'un any.
 - d) Colposcòpia i biòpsies urgents.
- 14. A na Joana Maria li han diagnosticat un carcinoma de cèrvix. Com s'ha de fer l'estudi d'extensió?**
- a) Una ressonància magnètica de la pelvis és suficient. Una ecografia transvaginal o transrectal mai no la podria substituir.
 - b) Anàlítica per determinar CA 125 i CA 15.3, una PET-TC i una ressonància magnètica de la pelvis.
 - c) Inicialment, exploració física exhaustiva amb visualització per especuloscòpia, palpació del tumor primari per tacte vaginal i tacte rectal combinats, i avaluació ganglionar inguinal i supraclavicular.
 - d) La ressonància magnètica de la pelvis es pot substituir per una cistoscòpia i una rectoscòpia.
- 15. Senyalau la única afirmació vertadera: Segons la classificació de la FIGO de 2018, quina és l'estadificació del cas de na Joana Maria?**
- a) IB1: carcinoma invasiu estrictament confinat al cèrvix, lesió clínicament visible, amb invasió estromal en profunditat major o igual a 5 mm i inferior a 2 cm en la dimensió més grossa. És un estadi precoç.
 - b) IA1: envaeix la vagina fins els dos terços superiors però sense invasió dels parametris.
 - c) IIIC1r: carcinoma de cèrvix estrictament confinat al coll de l'úter sense evidència d'invasió de ganglis limfàtics pelvians ni paraaòrtics.
 - d) IA2: el tumor s'estén a la paret pelviana i/o envaeix el terç inferior de la vagina i/o causa hidronefrosi o ronyons no funcionants.

- 16. Senyalau l'afirmació falsa respecte del tractament de na Joana Maria per a l'estadificació determinada en la pregunta 15:**
- a) El tractament ha d'estar enfocat a evitar la combinació de cirurgia radical i radioteràpia a causa de la morbiditat més alta després del tractament combinat.
 - b) L'avaluació dels ganglis limfàtics ha de ser el primer pas del tractament quirúrgic.
 - c) Si es detecta una afectació ganglionar intraoperatòriament (macrometàstasi o micrometàstasi), cal renunciar a la dissecció dels ganglis limfàtics pelvians i a la histerectomia radical. El coneixement de l'afectació paraaòrtica permet adequar el tractament radioteràpic.
 - d) Amb aquesta estadificació, d'entrada es tracta d'una malaltia localment avançada, motiu pel qual no requereix més proves diagnòstiques ni tractament quirúrgic. Ha de rebre quimioteràpia i radioteràpia.
- 17. El tractament quirúrgic del tipus histerectomia radical (classificació de Querleu-Morrows) es decideix segons la classificació en grups de risc en funció de factors pronòstics. Senyalau la resposta falsa:**
- a) Es pot fer una histerectomia radical A-C2.
 - b) Cal fer una histerectomia radical A en els casos de risc baix.
 - c) Cal fer una histerectomia radical C2 en els casos de risc alt.
 - d) La histerectomia radical C2 suposa una excisió mínima dels parametris anterior i posterior.
- 18. Per mitjà de la ressonància magnètica se sospiten ganglis limfàtics pelvians (estadi IIIC1r), la qual cosa s'ha comprovat de manera inequívoca amb una PET-TC. Què suposa això?**
- a) L'únic tractament curatiu és la cirurgia.
 - b) Es recomana quimioteràpia i radioteràpia definitives.
 - c) Conèixer l'afectació paraaòrtica permet adequar el tractament quimioteràpic.
 - d) Si la pacient sol·licita preservar la fertilitat, se li pot oferir una traquelectomia.



- 19. A na Joana Maria li han diagnosticat un carcinoma de cèrvix amb l'estadificació determinada en la pregunta 15, confirmada en la intervenció quirúrgica. Senyalau la resposta incorrecta pel que fa al seguiment del cas:**
- a) Citologia del fons vaginal cada quatre mesos durant els dos primers anys, cada sis mesos fins al cinquè any i posteriorment cada any. La citologia ha demostrat escassa sensibilitat. El seguiment amb VPH pot predir la recidiva. Cal valorar una colposcòpia en cas de resultat positiu en la prova de detecció del VPH.
 - b) Examen d'àrees ganglionars inguinals i supraclaviculars cada quatre mesos els dos primers anys, cada sis mesos fins al cinquè any i posteriorment cada any.
 - c) Anamnesi dirigida i exploració física abdominal i vaginal cada quatre mesos els dos primers anys, cada sis mesos fins al cinquè any i posteriorment cada any.
 - d) Co-test anual, únicament.
- 20. A na Joana Maria li han diagnosticat un carcinoma de cèrvix amb l'estadificació determinada en la pregunta 15, confirmada en la intervenció quirúrgica. Senyalau la resposta incorrecta pel que fa al seguiment del cas:**
- a) Es recomana un tractament hormonal substitutiu a les supervivents del càncer de cèrvix amb menopausa precoç. Han de seguir les pautes i les recomanacions habituals sobre la menopausa.
 - b) Prevenció i tractament dels efectes secundaris relacionats amb el càncer i el tractament d'aquest, com ara l'alteració de l'esfera sexual, psicosocial i existencial. Diversos professionals haurien d'estar disponibles per assessorar la pacient correctament.
 - c) Receptar hidratants i lubricants si la pacient refereix problemes de síndrome urogenital moderada-greu. L'antecedent de càncer contraindica els estrògens locals.
 - d) En dones simptomàtiques s'hauria de considerar fer una ressonància magnètica (RNM) o una tomografia computada (TC) per avaluar la recidiva clínica potencial. Si el resultat és positiu, caldria prendre en consideració fer una PET-TC.

Preguntes de reserva

21. **A na Joana Maria, amb diagnòstic histològic d'HSIL/CIN2, se li ha proposat un tractament per excisió, però l'ha rebutjat. Seguint la guia de l'AEPC de 2022, quina de les respostes següents no és un criteri de seguiment sense tractament?**
- a) Acceptació de la pacient, possibilitat de seguiment.
 - b) Lesió que afecta menys de dos quadrants.
 - c) Lesió totalment visible amb colposcòpia adequada i ZT visible.
 - d) Afectació endocervical.
22. **A na Joana Maria li han indicat una conització cervical, però sol·licita una histerectomia. Com cal respondre a la sol·licitud seguint la guia de l'AEPC de 2022?**
- a) La histerectomia està indicada com a tractament primari de la HSIL/CIN2-3.
 - b) La histerectomia és un recurs vàlid quan no és possible fer una conització per estenosi vaginal, per distorsió anatòmica o per conitzacions prèvies.
 - c) Només està indicada en cas que concorri amb una altra patologia ginecològica per a la qual estigui indicada una histerectomia.
 - d) És preferible utilitzar la via abdominal oberta, perquè d'aquesta manera s'assegura una excisió cervical completa.
23. **A na Joana Maria li han diagnosticat un adenocarcinoma *in situ* per mitjà d'una biòpsia cervical. Seguint la guia de l'AEPC de 2022, quina actitud cal prendre amb una recomanació més forta a favor?**
- a) Oferir una histerectomia simple d'entrada.
 - b) Abans de la histerectomia cal fer una conització cervical i obtenir els marges lliures per tal de confirmar el diagnòstic.
 - c) Si la conització té els marges afectes, es recomana fer un co-test, una colposcòpia i un raspament endocervical. Si el resultat d'alguna d'aquestes proves és positiu, cal fer una histerectomia.
 - d) Les respostes b) i c) són correctes.



24. Segons la classificació de la FIGO de 2018, quina és l'estadificació del cas de n'Àngela (una pacient diferent de totes les altres esmentades)?

- a) IA1: el tumor s'estén a la paret pelviana i/o envaeix el terç inferior de la vagina i/o causa hidronefrosi o ronyons no funcionants i envaeix els ganglis limfàtics pelvians.
- b) IB1: el tumor envaeix la mucosa de la bufeta de l'orina o el recte (cal una biòpsia que ho confirmi) i/o s'estén més enllà de la pelvis vertadera.
- c) IA2: carcinoma de cèrvix estrictament confinat al cèrvix, diagnosticat només amb microscopi, amb invasió estromal major o igual a 3 mm i inferior a 5 mm en profunditat.
- d) IIB: afectació d'òrgans pelvians adjacents.



Cas 2. Endometriosi. Dona de 34 anys que acudeix a la consulta per dismenorrea

ANTECEDENTS PERSONALS

- Sense al·lèrgies.
- Sense malalties d'interès.
- Apendicectomia per laparoscòpia als 19 anys.
- PO: 0,0,0,0.
- Menarquia: 10 anys.
- Cicles: 7/24-26, hipermenorrees.

MALALTIA ACTUAL

Va començar amb dismenorrea moderada als 16 anys. Des de fa sis mesos la dismenorrea s'ha fet molt intensa, li produeix vòmits i li impedeix acudir a fer feina. Ho tracta amb 600 mg d'ibuprofèn cada 8 hores, que produeix una millora discreta. No refereix disparèunia, només dolor pelvià lleu esporàdicament sense relació amb les regles. No presenta disquèzia, hematoquèzia ni altres símptomes digestius ni urinaris associats. Actualment es planteja quedar embarassada, però no de manera immediata.

EXPLORACIÓ

Amb l'espècul s'aprecien la vagina i la cèrvix normals, sense lesions ni nòduls visibles. En el tacte bimanual s'observa l'úter de mida normal, l'annex esquerre normal i l'annex dret augmentat de mida, de devers 5 cm, impressiona adherit a l'úter i dolorós a la palpació. No presenta dolor ni nòduls a la palpació del fons de sac de Douglas.

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL

Úter: 78 × 47 mm, regular. Endometri secretor: 9 mm. Ovari esquerre: normal. Ovari dret: quístic de 49 × 47 mm, ben delimitat i amb contingut homogeni en vidre esmerilat, sense envans ni excrescències, que impressiona adherit a l'úter i amb poca vascularització en la càpsula amb ecografia Doppler.

MARCADORS TUMORALS

CA-125: 49 UI/ml; CA-19-9: < 2,1 UI/ml; alfafetoproteïna: < 2,00 ng/ml;
CEA: 3,1 ng/ml.

Es va iniciar un tractament amb dienogest i AINE per millorar la dismenorrea. Té pendent un control clínic i ecogràfic a la consulta de ginecologia d'aquí a sis mesos.

1. Senyalau l'afirmació falsa respecte de l'etiopatogènia de la malaltia que ens ocupa:

- a) Actualment se'n coneix perfectament l'etiopatogènia.
- b) Sembla que hi influeixen factors de risc genètics, endocrins, inflamatoris, anatòmics i ambientals.
- c) L'etiopatogènia és desconeguda, però sembla multifactorial.
- d) La teoria de la menstruació retrògrada s'ha postulat com una de les causes que podrien afavorir-ne el desenvolupament.

2. Senyalau l'afirmació falsa respecte de l'epidemiologia:

- a) Mai s'ha descrit aquesta malaltia prèvia a la menarquia.
- b) S'estima que afecta aproximadament el 10 % de les dones en edat reproductiva.
- c) Determinar-ne la prevalença real és complicat, perquè hi ha dones asimptomàtiques, o amb símptomes inespecífics i, en moltes ocasions, el diagnòstic definitiu requereix cirurgia.
- d) Té una prevalença alta entre les dones estèrils.

3. Senyalau quina de les respostes següents no es considera un factor de risc d'aquesta patologia:

- a) Obstrucció al flux menstrual.
- b) Història familiar.
- c) Menopausa precoç.
- d) Hipermenorrees.

- 4. Senyalau l'afirmació correcta respecte del procés diagnòstic d'aquesta pacient:**
 - a) S'hauria d'haver sol·licitat una ressonància magnètica, perquè les característiques ecogràfiques del quist no orienten envers cap diagnòstic concret.
 - b) El CA-125 està elevat, per la qual cosa és alta la probabilitat que el quist sigui maligne.
 - c) Atesa la simptomatologia, és imprescindible sol·licitar una colonoscòpia per descartar una patologia intestinal com a diagnòstic diferencial.
 - d) L'exploració i la clínica no fan sospitar una afectació de l'envà rectovaginal.

- 5. Senyalau l'afirmació falsa respecte de les proves d'imatge utilitzades generalment en el diagnòstic de l'endometriosis:**
 - a) L'ecografia és molt útil i accessible per a la majoria dels professionals.
 - b) L'ecografia i la ressonància magnètica duites a terme per mans expertes poden substituir a la laparoscòpia com l'estàndard de referència en el diagnòstic de la malaltia ovàrica i profunda.
 - c) L'absència de troballes en les proves d'imatge no descarta aquesta patologia.
 - d) Per al diagnòstic d'implants superficials, tant l'ecografia transvaginal com la ressonància magnètica tenen una gran sensibilitat.

- 6. Senyalau l'afirmació falsa respecte de l'ús de la laparoscòpia com a mètode diagnòstic:**
 - a) La laparoscòpia exploradora continua essent l'estàndard de referència per diagnosticar quists ovàrics en la patologia del cas clínic presentat.
 - b) La laparoscòpia és cara i invasiva i du associada morbmortalitat.
 - c) Té l'avantatge que ofereix un diagnòstic histològic.
 - d) En pacients sense troballes en les proves d'imatge o sense millora clínica després del tractament mèdic empíric hi està indicada una laparoscòpia.

7. **Si en el control al cap de sis mesos la pacient refereix dolor pelvià diàriament, dispareúnia i en l'ecografia s'aprecia que ha augmentat la mida del quist amb envans interns, ¿quin tractament està indicat tenint en compte que no té el desig genèsic complet?**
 - a) Quistectomia per laparoscòpia preservant el màxim de teixit ovàric.
 - b) Aspiració o fenestració del quist per laparoscòpia.
 - c) Anàlegs de GnRH per intentar que el quist desaparegui.
 - d) Ooforectomia per laparoscòpia per reduir la possibilitat de recidives.

8. **En el cas que fos una pacient postmenopàusica amb un quist amb contingut en vidre esmerilat i envans interns, d'aparició recent i amb dolor pelvià des de fa 4-5 mesos, ¿quin tractament cal triar com de primera línia?**
 - a) Quistectomia per laparoscòpia.
 - b) AINE associats a teràpia hormonal (p. ex., dienogest) i seguiment ecogràfic seriati.
 - c) Anàlegs de GnRH per intentar que el quist desaparegui.
 - d) Ooforectomia unilateral i salpingectomia bilateral per laparoscòpia.

9. **Senyalau en quin cas, en la pràctica habitual, no s'hauria d'aplicar un tractament quirúrgic per resoldre el dolor produït per l'endometriosis:**
 - a) Dolor persistent malgrat el tractament mèdic.
 - b) Pacient que s'acosta a la menopausa.
 - c) Excloure la malignitat en una massa annexial.
 - d) Obstrucció intestinal o del tracte urinari.

10. **Senyalau l'afirmació falsa respecte del risc de malignitat del quist diagnosticat a aquesta pacient:**
 - a) Ateses les característiques ecogràfiques, el risc de malignitat és baix.
 - b) Si al cap d'uns mesos presenta un aspecte atípic en la proves d'imatge i creixement ràpid, s'hauria d'extirpar.
 - c) El CA-125 sol·licitat té una gran especificitat per orientar sobre la malignitat en els casos d'endometrioma.
 - d) L'aparició *de novo* d'endometriomes ovàrics en una dona d'edat avançada s'associa a un risc més alt de malignitat.

11. Senyalau l'afirmació falsa respecte de l'impacte d'aquesta malaltia en la fertilitat:

- a) La quistectomia redueix la reserva ovàrica en termes d'hormona antimülleriana (AMH).
- b) L'extirpació del quist millora clarament les taxes d'embaràs després d'una fecundació in vitro o una injecció intracitoplàsmica d'espermatozoide (ICSI).
- c) En les tècniques de reproducció assistida pot estar indicat extirpar el quist si, atesa la localització, interfereix en l'aspiració fol·licular.
- d) En una pacient sotmesa a tècniques de reproducció assistida està indicada la resecció quirúrgica del quist si se sospita malignitat.

12. Senyalau l'afirmació falsa respecte del tractament dels endometriomes:

- a) El tractament conservador per mitjà del seguiment amb tècniques d'imatge seriades està indicat en absència de signes de malignitat.
- b) En una pacient postmenopàusica, si el quist és de nova aparició el tractament sempre ha de ser conservador.
- c) Les teràpies hormonals poden ser eficaces per reduir el dolor associat als endometriomes.
- d) Després del tractament quirúrgic d'un endometrioma, s'ha d'oferir a la pacient una teràpia hormonal per disminuir el risc de recurrències, llevat que vulgui una gestació immediata.

13. Senyalau l'afirmació falsa respecte del tractament quirúrgic conservador (quistectomia) en l'endometriosis:

- a) Hi està indicat si el quist és simptomàtic malgrat el tractament mèdic o si es produeixen canvis ecogràfics rellevants.
- b) Preferentment s'ha de dur a terme per mitjà de laparoscòpia.
- c) La quistectomia té una taxa més baixa de recurrències que el drenatge i la coagulació d'un endometrioma.
- d) Està demostrat que la quistectomia millora la reserva ovàrica.

- 14. En quina situació no s'hauria de plantejar una ooforectomia en el tractament d'aquesta patologia?**
 - a) Quists recurrents en una pacient amb desig gestacional complert.
 - b) Pacient amb desig gestacional i amb endometrioma únic sense imatges atípiques.
 - c) Postmenopausa.
 - d) Sospita de malignitat.

- 15. Senyalau l'afirmació falsa respecte de les recurrències després de l'extirpació d'un endometrioma:**
 - a) La possibilitat de recurrència és bastant alta.
 - b) La probabilitat de recurrència és més alta en els quists de mida petita.
 - c) Els tractaments mèdics hormonals són eficaços per reduir el risc de recurrències després de la intervenció quirúrgica.
 - d) El trencament del quist en la intervenció quirúrgica afavoreix la recurrència.

- 16. Senyalau l'afirmació falsa sobre l'endometriosi:**
 - a) És una malaltia crònica de causa desconeguda.
 - b) Es pot presentar amb diversos fenotips: superficial, profunda o provocant quists ovàrics.
 - c) Les lesions estan típicament localitzades a la pelvis, però també poden estar en moltes localitzacions extrapelvianes.
 - d) No es considera una malaltia estrogenodependent.

- 17. Quina patologia no té relació amb l'endometriosi?**
 - a) El càncer d'ovari, particularment l'endometrioide i de cèl·lules clares.
 - b) L'esterilitat.
 - c) Les malalties cardiovasculars.
 - d) La macrosomia fetal en gestacions futures.

- 18. Senyalau l'afirmació falsa respecte del tractament mèdic del dolor en aquesta malaltia:**
- a) Associats a tractaments hormonals, els AINEs són molt útils per reduir el dolor.
 - b) Els agonistes de la GnRH es consideren de segona línia, quan han fracassat altres tractaments hormonals.
 - c) L'ús d'agonistes de la GnRH ha de dur associada una teràpia hormonal *add-back*.
 - d) El danazol és molt recomanat, atesos els escassos efectes secundaris que provoca.
- 19. Entre els següents tractaments hormonals, quin és el menys indicat per tractar la dismenorrea invalidant associada a l'endometriosis?**
- a) Anticonceptius orals combinats en pauta contínua.
 - b) Implant subdèrmic d'etonogestrel.
 - c) Anticonceptius orals combinats en pauta cíclica.
 - d) DIU de levonorgestrel.
- 20. Quina informació s'hauria de donar a la pacient del nostre cas respecte del pronòstic de la malaltia que pateix? Senyalau la resposta correcta:**
- a) «La malaltia que patiu no és crònica».
 - b) «No heu de frissar per quedar-vos embarassada: la vostra fertilitat no resultarà afectada».
 - c) «No hem d'escatimar a l'hora de repetir procediments quirúrgics per eliminar-la».
 - d) «Es poden produir complicacions durant un futur embaràs».

Preguntes de reserva

21. Quina característica pot fer pensar que un endometrioma és maligne?

- a) El quist fa menys de 9 cm.
- b) La pacient és jove.
- c) L'aspecte típic en les proves d'imatge.
- d) Creix mol aviat.

22. Senyalau l'afirmació falsa respecte del tractament quirúrgic definitiu per tractar el dolor en l'endometriosis:

- a) Està indicat si s'ha complert el desig genèsic de la pacient i no ha respost a altres tractaments.
- b) La histerectomia per si sola ha demostrat eficàcia per resoldre els símptomes.
- c) Sempre és preferible la histerectomia subtotal en lloc de la total.
- d) Es desaconsella l'ooforectomia bilateral abans dels 50 anys d'edat, llevat que la pacient presenti una gran afectació ovàrica.

23. La pacient del cas va millorar del dolor amb el tractament. Després d'uns quants mesos va començar a provar de quedar-se embarassada, però sense èxit. L'estudi bàsic d'esterilitat va posar de manifest una astenoteratozoospermia greu en la seva parella, per la qual cosa li proposaren la fecundació in vitro. El quist d'ovari persisteix amb les mateixes característiques i amb una mida, actualment, de 39 x 38 mm. Què és el més aconsellable per millorar la taxa d'embaràs després de la fecundació in vitro?

- a) Abans de la fecundació in vitro cal indicar l'exèresi del quist per mitjà de laparoscòpia, per millorar la reserva ovàrica i la taxa d'embaràs.
- b) Cal indicar la resecció del quist, preferiblement per mitjà de laparoscòpia, si la localització d'aquest interfereix en l'aspiració fol·licular.
- c) Abans de la fecundació in vitro cal indicar l'obertura del quist, el drenatge i la coagulació del llit per mitjà de laparoscòpia.
- d) Encara que hi hagi imatges atípiques del quist que suggereixin malignitat, l'extirpació mai s'hauria de fer abans de la fecundació in vitro.



24. Senyalau l'afirmació falsa sobre el tractament quirúrgic de l'endometriosis:

- a) Amb la cirurgia conservadora es pretén eliminar les lesions pròpies d'aquesta malaltia conservant l'úter i el màxim de teixit ovàric sa.
- b) La cirurgia conservadora té una taxa més alta de recurrències que la cirurgia definitiva.
- c) La cirurgia definitiva està indicada si la pacient ha complert el desig genèsic i no han estat eficaços altres tractaments.
- d) L'ablació laparoscòpica del nervi púdic ha demostrat molt bons resultats en la resolució del dolor en aquesta malaltia.



Cas 3. Gestant a la sala de parts

Gestant de 32 anys que acudeix al servei d'urgències de ginecologia i obstetrícia en la setmana d'embaràs 37⁺³ a causa d'una cefalea occipitofrontal. També presenta contraccions uterines irregulars, que s'han iniciat de manera sobtada.

Es tracta d'una gestant nullípara amb controls normals en el primer i en el segon trimestre, amb un risc baix de cromosomopatia i de preeclàmpsia.

En la visita del tercer trimestre, en la setmana 36⁺⁰ de la gestació, es va apreciar una tensió arterial 137/88 i un creixement fetal en percentil 12, amb un resultat normal en l'ecografia Doppler umbilical. Tenint en compte la detecció de paràmetres limítrofs de la tensió arterial i el creixement fetal, es va programar un nou control al cap de dues setmanes.

Després d'una primera valoració al servei d'urgències, s'aprecia una tensió arterial 155/100 -- 145/95 -- 150/100 i persistència de la cefalea, a més d'edemes importants a les extremitats inferiors.

Li fan un control ecogràfic, en el qual s'obté un percentil de creixement 7, amb resultat normal en l'ecografia Doppler umbilical i cerebral, i unes uterines en percentil > 95 patològiques.

En els estudis analítics sol·licitats s'obté un quocient de proteïna-creatinina en determinació d'orina aïllada de 1.100 mg/g CR (1,1 mg/mg) amb paràmetres hematològics i bioquímics normals.

1. Quin és el diagnòstic més probable?

- a) Eclàmpsia.
- b) Hipertensió gestacional.
- c) Preeclàmpsia amb criteris de gravetat.
- d) Preeclàmpsia sense criteris de gravetat.



2. **En el període d'observació i d'espera de resultats, la pacient manté la tensió arterial al voltant de 155/105 (amb preses de 165/110 en la darrera hora) i refereix que ha iniciat dolor abdominal alt, sobretot a l'hipocondri dret. Després d'un resultat favorable (índex de Bishop = 8) en el tacte vaginal, ¿quina és l'actuació més aconsellable?**
- a) Ingress per preinducció, amb 100 mcg de Misofar (misoprostol) cada 4 hores per la via vaginal i registre cardiotocogràfic en finestra.
 - b) Inducció directa amb amniotomia i ús d'oxitòcics amb registre cardiotocogràfic continu.
 - c) Estimulació del part dins una banyera per afavorir la hidroanalgesia i la relaxació de la pacient a fi que la tensió arterial davalli, perquè vol un part d'intervenció baixa.
 - d) Ingress per a observació i estudi de l'orina de 24 hores.
3. **Considerant la situació clínica de la pacient, amb tensió arterial persistent en la darrera hora de 165/110, ¿quin tractament cal valorar establir durant el treball de part?**
- a) No requereix tractament fins que no s'instauri l'analgèsia epidural, perquè aquesta farà davallar la tensió arterial de la pacient.
 - b) Implantar seroteràpia de 3.000 cm³ per evitar la deshidratació, forçar i mantenir una bona diuresi en el part i evitar l'oligúria.
 - c) Instaurar un tractament amb labetalol (antihipertensiu) per la via endovenosa i sulfat de magnesi com a profilaxi per a les convulsions.
 - d) El tractament oral antihipertensiu és d'elecció; si després de 30 minuts la tensió arterial és igual o inferior a 150/100, no caldrà iniciar un tractament profilàctic amb sulfat de magnesi.

4. **En el cas hipotètic que aquesta pacient fos una gestant múltipara i estigués en la setmana de la gestació 35⁺², ¿quin seria l'abordatge?**
 - a) Ingress per preinducció amb 100 mcg de Misofar (misoprostol) cada 4 hores per la via vaginal i registre cardiotocogràfic en finestra.
 - b) Alta amb pauta de 100 mg de labetalol cada 12 hores, controls estrictes de la tensió arterial al domicili i visita ambulatoria a la consulta cada 48 hores, amb analítica de sang i estudi de proteïnes de 24 hores, fins a la setmana 37⁺⁰, llevat que presenti empitjorament clínic.
 - c) Inducció directa amb amniotomia i ús d'oxitòtics amb registre cardiotocogràfic continu, i informar al servei de pediatria sobre l'inici del part de la gestant.
 - d) Ingress per a observació i tractament hipotensor per intentar prolongar l'embaràs fins a la setmana de la gestació 37⁺⁰, moment en el qual sí que finalitzarà l'embaràs.

5. **Després d'un treball de part de progressió lenta amb analgèsia epidural instaurada, la pacient arriba a una dilatació de 9 cm i la comare avisa l'equip de guàrdia perquè, en fer una exploració, toca parts toves i dubte d'una presentació podàlica vs. de cara. Per mitjà d'una exploració, l'equip de ginecologia sospita una presentació de cara amb mentó posterior, que es confirma amb una ecografia intrapart. Quina actuació cal emprendre en aquest moment?**
 - a) Augmentar els oxitòtics per comprovar si amb una dinàmica major i espoderaments posteriors el cap descendeix, a fi d'aconseguir un part vaginal.
 - b) Deixar la pacient en observació perquè arribi a la dilatació completa i després d'un descens passiu intentar instrumentar el part amb un fòrceps de Naegele.
 - c) Deixar la pacient en observació perquè arribi a la dilatació completa i després d'un descens passiu intentar instrumentar el part amb un fòrceps de Kjelland.
 - d) Indicar una cesària, atesa la presentació mentoposterior.

6. **Després d'arribar a la dilatació completa, la pacient fa espoderaments durant dues hores. Després d'una valoració, el fetus està en posició occipitosacra en III plans de Hodge, per la qual cosa s'indica un part instrumentat amb ventosa de tipus kiwi. L'èxit de l'ús de la ventosa dependrà de col·locar correctament la cassoleta en el denominat «punt de flexió». Quina és la localització del «punt de flexió» en la calota fetal?**
 - a) Col·locar la cassoleta a 3 cm de la sutura major (Bregma).
 - b) Col·locar la cassoleta damunt la sutura major (Bregma).
 - c) Col·locar la cassoleta damunt la sutura menor (Lambda).
 - d) Col·locar la cassoleta a 3 cm de la sutura menor (Lambda).

7. **Si es tractàs d'un embaràs en la setmana de la gestació 32⁺⁵ amb presentació cefàlica en dilatació completa, III pla en occipitosacra, després de dues hores d'expulsiu i presentar un registre cardiotocogràfic no tranquil·litzador de pèrdua del benestar fetal, amb analgèsia epidural instaurada, ¿quina actuació correspon per finalitzar el part?**
 - a) Indicar ventosa de tipus kiwi per extreure el fetus sense ajudar-se de la maniobra de Kristeller.
 - b) Indicar aplicació d'un fòrceps per extreure el fetus.
 - c) Afavorir els espoderaments de la pacient i que un ajudant faci la maniobra de Kristeller.
 - d) Ventosa de tipus kiwi per extreure el fetus amb l'ajuda de la maniobra de Kristeller.

8. **La disfunció placentària sembla ser l'origen de la patologia de la preeclàmpsia i pot anar associada a l'afectació i dificultat del creixement fetal. Si es catalogàs aquesta pacient, en la setmana de la gestació 37⁺³, com a preeclàmpsia sense criteris de gravetat i en fer el control ecogràfic s'apreciàs un creixement fetal en percentil 1 i presentàs els resultats següents en una ecografia Doppler: flux revers en artèria umbilical en tots els batecs, IP en artèria cerebral en percentil 2 i IP conducte venós percentil > 95, ¿quina seria la indicació correcta?**
 - a) Finalitzar la gestació per mitjà d'una preinducció amb Propess®.
 - b) Inducció directa amb amniotomia i ús d'oxitòtics, ateses les bones condicions obstètriques.
 - c) Cesària electiva.
 - d) Finalitzar la gestació per mitjà d'una preinducció amb baló de Cook.



9. **Sense que s'hagin presentat complicacions fetals ni materns durant la primera i la segona fase del part, després de la sortida del pol cefàlic s'aprecia l'anomenat «signe de la tortuga», que evidencia l'aparició d'una distòcia d'espatles. Senyalau l'actuació incorrecta:**
- a) Demanar a un ajudant que faci la maniobra de Kristeller mentre traccionam amb força i de manera constant cap avall.
 - b) Informar la pacient que cessi de fer els espoderaments i que la canviarem de posició per intentar extreure el fetus.
 - c) Fer un tracció axial que no superi els 100 newton.
 - d) Demanar ajuda a un col·laborador, una comare o un ginecòleg per fer una maniobra de primer nivell.
10. **En la situació d'una distòcia d'espatles, cal fer una episiotomia?**
- a) Sí, sempre per ajudar a fer sortir les espatles.
 - b) No és imprescindible, perquè el problema de la distòcia d'espatles el genera un problema ossi.
 - c) Sí, sempre que sigui necessari fer una maniobra sobre l'espatla posterior.
 - d) Sí, sempre per evitar els esquinçaments per la manipulació en les diferents tècniques.
11. **Després d'intentar la maniobra de McRoberts sense èxit, ¿quina altra maniobra seria possible per resoldre la distòcia d'espatles en un segon nivell?**
- a) Maniobra de Rubin.
 - b) Maniobra de Woods.
 - c) Maniobra de Jacquemier-Barnum.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
12. **Després de resoldre amb èxit l'extracció del fetus, s'assisteix a la tercera fase del part amb un deslliurament dirigit. S'aprecia un esquinçament perineal amb afectació dels esfínters extern i intern, però amb la mucosa rectal preservada. Com es classifica l'esquinçament?**
- a) Grau 3A.
 - b) Grau 3B.
 - c) Grau 3C.
 - d) Grau 4.

- 13. Com es resol l'esquinçament de la pacient?**
- a) Sutura amb tècnica *end-to-end* o tècnica *over-lap*.
 - b) Tractament antibiòtic profilàctic amb cefuroxima i metronidazole.
 - c) Dieta laxant.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 14. Trenta minuts després de la sutura de l'esquinçament, la pacient presenta un quadre d'hipotensió i sagnat, per la qual cosa es torna a avisar l'equip de guàrdia. Conegudes les «4 T» com a causes d'hemorràgia postpart, ¿quin és l'ordre correcte, de freqüència de major a menor?**
- a) To > Teixit > Trauma > Trombina.
 - b) To > Trombina > Teixit > Trauma.
 - c) Trauma > Teixit > To > Trombina.
 - d) Trombina > To > Trauma > Teixit.
- 15. Quina de les situacions següents pot fer pensar que la pacient entra o pot entrar és un possible xoc hemorràgic?**
- a) FC 85, TA 110/61, FR 16, puèrpera orientada, travessar molt tacat de sang.
 - b) FC 110, TA 131/71, FR 14, puèrpera cansada, travessar moderadament tacat de sang.
 - c) FC 120, TA 100/62, FR 28, puèrpera nerviosa i agitada, travessar escassament tacat de sang.
 - d) FC 80, TA 90/61, FR 16, puèrpera lactant, travessar moderadament tacat de sang.
- 16. Un dels paràmetres que poden ser útils per valorar l'estat d'una pacient amb una hemorràgia postpart és el denominat «índex de xoc». Quins paràmetres s'utilitzen per calcular-lo?**
- a) Tensió arterial i pols matern.
 - b) Tensió arterial i freqüència respiratòria.
 - c) Pols matern i freqüència respiratòria.
 - d) Tensió arterial i saturació d'oxigen.

- 17. En cas d'hemorràgia postpart per una possible atonia uterina, cal fer una valoració de la pacient i, després d'un sondatge vesical i un massatge uterí, ¿quin és el procediment de primera elecció?**
 - a) Administrar-li ergometrina (Methergin®) per la via intramuscular.
 - b) Administrar-li oxitocina per la via endovenosa.
 - c) Administrar-li carboprost (Hemabate®) per la via intramuscular.
 - d) Instaurar-li un baló de Bakri.

- 18. Tots els parts poden presentar un hemorràgia postpart, però cal reconèixer les situacions o els factors que l'afavoreixen. Entre les condicions següents, senyalau quina no predisposa a l'hemorràgia postpart:**
 - a) Fetus gros per a l'edat gestacional.
 - b) Fetus petit per a l'edat gestacional.
 - c) Embaràs múltiple.
 - d) Part d'evolució lenta i expulsu prolongat.

- 19. Com se sap, l'embaràs és un factor protrombòtic, i per això està indicat valorar-ne els riscos durant l'embaràs i el puerperi. En relació amb la profilaxi, en aquest quadre de malaltia hipertensiva de l'embaràs i hemorràgia postpart, ¿quina és la coconduite a seguir?**
 - a) Està contraindicat utilitzar heparina de pes molecular baix, a causa de l'hemorràgia postpart.
 - b) Està indicat utilitzar àcid acetilsalicílic en dosis baixes durant dues setmanes.
 - c) Està indicat utilitzar heparina de pes molecular baix si s'associa a un o més factors de risc.
 - d) Cal utilitzar un anticoagulant oral (Sintrom®) com a tractament profilàctic en el puerperi.



20. Després de ser traslladada a la planta d'hospitalització, la pacient avisa d'un augment intens de la cefalea, de localització frontooccipital, amb tensió arterial elevada (180/120) i inicia un quadre de convulsions. Quina actuació no és adequada en la sospita d'un quadre d'eclàmpsia puerperal?

- a) Col·locar la pacient en la posició de decúbit lateral esquerre i intentar mantenir la via aèria permeable fent tracció en el mentó cap amunt.
- b) Col·locar les proteccions del llit hospitalari per evitar que caigui, i també les lesions maternes.
- c) Administrar-li oxigen amb màscara i Ventimax®.
- d) Administrar-li una embolada de gluconat càlcic per revertir l'estat convulsiu.

24. En la maniobra de McRoberts per solucionar la distòcia d'espatles, ¿quin és, per ordre, el posicionament de la pacient en el llit de parts?

- a) Posar el llit pla, retirar el coixí, col·locar la pacient a la vorera del llit i flexió forçada dels genolls sobre el maluc.
- b) Flexió forçada dels genolls sobre el maluc, posar el llit pla, retirar el coixí i col·locar la pacient a la vorera del llit.
- c) Col·locar la pacient a la vorera del llit, flexió forçada dels genolls sobre el maluc, posar el llit pla i retirar el coixí.
- d) Posar el llit pla, flexió forçada dels genolls sobre el maluc, retirar el coixí i col·locar la pacient a la vorera del llit.

Preguntes de reserva

21. **Durant una cesària que es complica a causa d'una hemorràgia postpart per atonia uterina, es poden plantejar sutures de capitonatge. Senyalau quin de les respostes següents no és una tècnica de sutura:**
 - a) Tècnica B-Lynch.
 - b) Sutura de Cho.
 - c) Sutura de Hayman.
 - d) Sutura de Sturmdorf.

22. **Si es tractàs d'un embaràs gemenar amb el primer bessó en presentació cefàlica i un pes estimat de 2.400 g i el segon bessó en presentació transversa i un pes estimat de 1.300 g, ¿quina seria l'actuació més aconsellable?**
 - a) Indicar una cesària electiva.
 - b) Intentar el part vaginal fent una cesària del segon bessó si no es posa en posició cefàlica després del part del primer bessó.
 - c) Intentar el part vaginal i versió externa després del part del primer bessó.
 - d) Intentar el part vaginal per a la versió interna amb gran extracció del segon bessó.

23. **Si aquesta pacient presentàs un cultiu en l'orina del primer trimestre positiu en estreptococ *B agalactiae* i fos al·lèrgica a la penicil·lina, ¿quin antibiòtic estaria indicat amb seguretat com a tractament profilàctic?**
 - a) Clindamicina.
 - b) Vancomicina.
 - c) Cefalosporines.
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.



**Cas 4. Pacient de 37 anys sense antecedents d'interès. FO (0,0,0,0),
IMC > 35 kg/m². Gestació actual per ovodonació**

- 1. Senyalau l'afirmació correcta amb relació al cas d'aquesta pacient?**
 - a) Cal aplicar mesures preventives de preeclàmpsia a les gestants que presentin factors de risc materns o per mitjà de models predictius multivariants més complexos, basats en factors materns, bioquímics i biofísics.
 - b) Les pacients hipertenses cròniques han de continuar el tractament amb inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina o antagonistes dels receptors de l'angiotensina II (ARA-II), o amb diürètics tiazídics durant l'embaràs.
 - c) Als països desenvolupats, la preeclàmpsia és la primera causa de mortalitat materna.
 - d) Totes les afirmacions anteriors són correctes
- 2. Quina mesura terapèutica cal prendre en el cas d'aquesta pacient?**
 - a) Prescriure-li àcid acetilsalicílic en dosis baixes.
 - b) Prescriure-li àcid acetilsalicílic i heparina de pes molecular baix.
 - c) Prescriure-li un diürètic.
 - d) Prescriure-li suplementos nutricionals o restringir-li el consum de sal.
- 3. Quin tipus de pacient obté més benefici de prendre àcid acetilsalicílic per prevenir la preeclàmpsia?**
 - a) Gestant de 12 setmanes amb resultat patològic en una ecografia Doppler de les artèries uterines.
 - b) Gestant de 16 setmanes amb antecedent de preeclàmpsia precoç.
 - c) Gestant de 12 setmanes amb risc segons el resultat del cribratge combinat alt (antecedents personals, paràmetres biofísics, pressió arterial, ecografia Doppler de les artèries uterines i paràmetres bioquímics).
 - d) Gestant de 12 setmanes amb hipertensió crònica.

En la setmana de la gestació 31, la pacient acudeix a un servei d'urgències derivada per la seva comare a causa dels valors elevats de la tensió arterial: es registra una tensió arterial sistòlica ≥ 160 mmHg i/o una tensió arterial diastòlica ≥ 110 mmHg en diverses preses.

4. Quins controls cal fer?

- a) Hemograma i ionograma.
- b) Proteïnúria (quocient proteïna-creatinina).
- c) Funció renal, hepàtica, LDH, coagulació.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

5. Quin és el diagnòstic més probable?

- a) Hipertensió prèvia a la gestació.
- b) Síndrome urèmic hemolític.
- c) Hipertensió de bata blanca.
- d) Preeclàmpsia.

6. Senyalau la resposta correcta sobre la hipertensió gestacional:

- a) Tensió arterial sistòlica ≥ 140 mmHg o tensió arterial diastòlica ≥ 90 mmHg de nova aparició en una gestació de més de vint setmanes.
- b) Presència de proteïnúria: quocient proteïna-creatinina ≥ 30 mg/ μ mol.
- c) Tensió arterial sistòlica ≤ 140 mmHg o tensió arterial diastòlica ≤ 90 mmHg en una gestació de més de més de vint setmanes.
- d) Hipertensió associada a signes i símptomes de disfunció orgànica materna.

7. Senyalau l'afirmació vertadera sobre la preeclàmpsia:

- a) Tensió arterial sistòlica ≥ 140 mmHg o tensió arterial diastòlica ≥ 90 mmHg en una gestació de més de vint setmanes.
- b) Hipertensió de nova aparició després de la setmana de la gestació 20 associada a, almenys, un dels criteris següents: proteïnúria, disfunció orgànica materna clínica i/o analítica, disfunció uteroplacentària.
- c) Hipertensió de nova aparició abans de la setmana de la gestació 20 associada a proteïnúria.
- d) Hipertensió arterial present abans de la gestació o diagnosticada abans de la setmana de la gestació 20.



- 8. Quin dels valors següents és probable trobar en la preeclàmpsia amb criteris de gravetat?**
- a) Tensió arterial sistòlica ≥ 160 mmHg o tensió arterial diastòlica ≥ 110 mmHg; proteïnúria > 3 g/24 h; trombocitopènia $< 100.000/\mu\text{dl}$; elevació de les transaminases per damunt del doble del límit alt dels valors normals.
 - b) Tensió arterial sistòlica ≥ 140 mmHg o tensió arterial diastòlica ≥ 100 mmHg.
 - c) Tensió arterial sistòlica ≥ 160 mmHg o tensió arterial diastòlica ≥ 110 mmHg; alteracions neurològiques (alteracions visuals persistents, estupor, cefalea o clonus).
 - d) Les respostes a) i c) són correctes.
- 9. Quin examen cal fer per valorar el benestar fetal en aquesta pacient?**
- a) Ecografia per valorar la biometria fetal i el líquid amniòtic.
 - b) Ecografia per valorar fer una ecografia Doppler del flux sanguini fetoplacentari.
 - c) Monitoratge cardiotocogràfic fetal a partir de la viabilitat.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 10. Senyalau l'actuació incorrecta respecte d'aquesta pacient:**
- a) Ingress hospitalari.
 - b) Repòs relatiu.
 - c) Dieta normoproteica, hiposòdica.
 - d) Control de les constants i diüresi horària.
- 11. Quin medicament es pot administrar per tractar una crisi hipertensiva?**
- a) Alfametildopa.
 - b) 10 mg de nifedipina per la via oral cada 20 minuts.
 - c) Enalapril.
 - d) Furosemida.

12. Senyalau l'afirmació correcta respecte del cas d'una gestant amb preeclàmpsia:

- a) Cal utilitzar albúmina per corregir la hipovolèmia associada a la preeclàmpsia.
- b) L'administració de fluids per corregir la hipovolèmia no millora l'estat clínic i pot provocar complicacions.
- c) L'estat clínic es corregeix passant fluids contínuament.
- d) Com més hipovolèmia, més complicacions.

13. Quina de les respostes següents és un criteri de diagnòstic de la síndrome HELLP?

- a) Elevació del valor de les transaminases per damunt del doble del límit alt dels valors normals.
- b) Hemòlisi: esquistòcits, elevació del lactat deshidrogenasa (LDH) per damunt de 600 UI/l, augment de la bilirubina o disminució de l'haptoglobina.
- c) Trombocitopènia $< 100.000/\text{dl}$.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

14. L'acompanyant de la pacient informa que aquesta refereix alteracions de la visió. Quin és el diagnòstic més probable i l'abordatge adequat?

- a) Hemorràgia cerebral i tomografia computada del cervell.
- b) Feocromocitoma i determinació de l'àcid vanililmandèlic.
- c) Síndrome de leucoencefalopatia posterior reversible (PRES).
- d) Cap de les respostes anteriors és correcta.



- 15. Quin és el tractament més adequat per a una pacient amb aquesta clínica neurològica?**
- a) Sulfat de magnesi: embolada inicial de 4,5 g a raó de 1 ampolla d'1,5 mg) cada 5 min, més perfusió contínua a 2 g/h. Si no s'obté resposta, cal administrar una altra embolada de 2 g o augmentar el ritme de la perfusió contínua a 4 g/h. Si no és possible l'accés endovenós, es pot administrar per la via intramuscular (5 mg en cada gluti, amb una dosi total de 10 mg) i continuar amb la perfusió contínua per la via endovenosa a 2 g/h.
 - b) Diazepam: 5-10 mg per la via endovenosa en 1-2 minuts, amb una dosi màxima de 30 mg. Dosi de manteniment de 10 mg/h en perfusió contínua.
 - c) Fenitoïna: 15 mg/kg per la via endovenosa en 1 hora, més 250-500 mg cada 12 h per la via endovenosa o oral. Nivells terapèutics 10-20 µg/ml.
 - d) 40 mg de nifedipina per la via oral.
- 16. Quins paràmetres clínics cal monitorar amb molta d'atenció per avaluar la toxicitat del sulfat de magnesi (MgSO₄)?**
- a) Freqüència respiratòria, reflexos oculars, to muscular.
 - b) Diüresi horària, glucèmia basal, reflexos oculars.
 - c) Reflexos oculomotors, freqüència cardíaca, to muscular.
 - d) Freqüència respiratòria, freqüència cardíaca materna, reflexos osteotendinosos, diüresi horària entre 20 i 30 cm³/h.
- 17. Quin és l'antídot i la dosi en cas de sobredosi o toxicitat del sulfat de magnesi?**
- a) 1 g de gluconat de calci per la via intravenosa lenta.
 - b) 2 g de gluconat de calci per la via intramuscular lenta.
 - c) 40 mg de nifedipina per la via oral.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

- 18. En quina de les situacions següents finalitzaria l'embaràs en els trastorns hipertensius després de la maduració pulmonar o finalització immediata?**
- a) Tensió arterial de rang greu no controlada: tensió arterial sistòlica persistent de 160 mmHg o tensió arterial diastòlica de 110 mmHg que no respon malgrat emprar 3 d'antihipertensius en les dosis apropiades.
 - b) Síndrome HELLP.
 - c) Disfunció renal de nova aparició o que empitjora: creatinina sèrica > 1,1 mg/dl o el doble del valor basal.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 19. Com s'ha d'actuar en cas que la pacient presenti convulsió (eclàmpsia)?**
- a) Fer-li una cesària immediatament.
 - b) Intubar-la.
 - c) Administrar-li corticoides per aconseguir el benefici matern.
 - d) Aconseguir l'estabilització hemodinàmica de la pacient abans de finalitzar l'embaràs.
- 20. Una vegada que s'hagi aconseguit estabilitzar la pacient, ¿en quin cas s'indica la finalització de l'embaràs?**
- a) Una vegada aconseguida l'estabilització hemodinàmica de la pacient i dins les primeres 24-48 hores posteriors a la convulsió.
 - a) Valoració de l'estat fetal: ecografia i monitoratge davant la pèrdua de benestar fetal.
 - b) Sospitar un despreniment prematur de la placenta normalment inserida (DPPNI).
 - c) Totes les respostes anteriors són correctes.

Preguntes de reserva

- 21. Quin és el fàrmac indicat i en quina dosi per iniciar la maduració pulmonar fetal en un embaràs de més de 24 setmanes i menys de 34?**
- a) 100 mg d'indometacina per la via rectal cada 8 hores fins a completar la maduració pulmonar fetal.
 - b) 12 mg de betametasona per la via intramuscular i al cap de 24 hores.
 - c) 6 mg de dexametasona per la via intramuscular i cada 12 hores.
 - d) Les respostes b) i c) són correctes.



22. Senyalau l'opció incorrecta sobre el postpart en un cas d'una preeclàmpsia:

- a) Cal utilitzar fàrmacs ergòtics per controlar el risc d'hemorràgia.
- b) Cal mantenir el control de la tensió arterial, de la diüresi i del balanç hídric, i monitorar la saturació d'oxigen i la freqüència respiratòria (risc màxim d'edema agut de pulmó) en les primeres 24-48 hores.
- c) Mantenir el sulfat de magnesi almenys les primeres 24 hores.
- d) L'enalapril és també considerat de primera elecció en el postpart, sobretot en pacients amb diabetis *mellitus* de tipus 1 o cardiomiopatia.

23. Senyalau l'afirmació correcta sobre la ràtio sFlt-1/PlGF:

- a) Es presenta com una eina que pot ajudar a diagnosticar la malaltia i permet estratificar les pacients segons el valor de la ràtio i el risc de patir complicacions.
- b) El diagnòstic de la preeclàmpsia continua essent clínic i la decisió de finalitzar la gestació es basa en la clínica.
- c) Pot ajudar a reduir els ingressos hospitalaris.
- d) Totes les afirmacions anteriors són correctes.

24. Senyalau l'afirmació correcta:

- a) No hi ha associació entre la preeclàmpsia i el desenvolupament de factors de risc cardiovascular, com la hipertensió, la dislipèmia o la resistència a la insulina.
- b) La preeclàmpsia pot ser un bon factor predictiu de les malalties cardiovasculars, i l'embaràs és una situació òptima per identificar les dones amb un risc cardiovascular incrementat.
- c) La preeclàmpsia no repercuteix negativament en el desenvolupament neurològic de la gestant i no hi ha relació entre la preeclàmpsia i els trastorns de la síndrome autista.
- d) No predisposa els infants a patir trastorns metabòlics, com la hipertensió arterial, la dislipèmia, la diabetis *mellitus* o l'obesitat.



Cas 5. Miomes

Pacient de 39 anys que acudeix a la consulta de ginecologia molt afectada perquè presenta dismenorrea i sagnia menstrual abundant des de fa un any i mig, cosa que interfereix en gran manera en la seva qualitat de vida.

Refereix que ja va acudir a un altre centre sanitari per aquest motiu i que, després de fer-li una ecografia, li van dir que tenia un mioma, però no sap especificar on està localitzat (no li van donar cap informe).

Així mateix, refereix que no utilitza cap mètode anticonceptiu perquè vol quedar-se embarassada, però no ho aconsegueix.

- Antecedents familiars i personals: sense interès.
- No presenta al·lèrgies conegudes.
- Antecedents obstètrics: FO (0,0,1,0). Una interrupció voluntària de l'embaràs.
- Antecedents ginecològics: menarquia, 12 anys; fórmula menstrual, 7-8/30. Prèviament la durada era d'uns 4-5 dies.
- Hàbits tòxics: és fumadora habitual.

1. Sense saber més dades que les descrites, ¿quina patologia no entraria a formar part del diagnòstic diferencial en aquest cas?

- a) Mioma intramural.
- b) Pòlip endometrial.
- c) Istmocele.
- d) Adenomiosi.

2. ¿Què és el primer que s'hauria de fer en aquest cas?

- a) Fer-li una histerosonografia.
- b) Sol·licitar una tomografia axial computada pelviana, perquè ja li han fet una ecografia ginecològica.
- c) Fer-li una exploració ginecològica i una ecografia transvaginal.
- d) Sol·licitar en primer lloc un estudi de fertilitat, atesa l'edat de la pacient.

- 3. Senyalau l'afirmació correcta respecte de la histerosonografia com a prova diagnòstica:**
- a) Consisteix a introduir un contrast radiològic intrauterí i fer una radiografia.
 - b) La utilitat principal és valorar la permeabilitat tubària.
 - c) Falta de valor en l'avaluació dels miomes submucosos.
 - d) Presenta més capacitat diagnòstica que l'ecografia en el diagnòstic de la patologia intracavitària.
- 4. Senyalau l'afirmació falsa respecte dels miomes uterins:**
- a) Els miomes són tumors benignes composts fonamentalment per fibres musculars estriades.
 - b) Els més freqüents són els intramurals.
 - c) És relativament habitual que es produeixin canvis degeneratius.
 - d) El mètode diagnòstic més útil és l'ecografia transvaginal.
- 5. Senyalau l'afirmació correcta respecte dels miomes uterins:**
- a) Durant l'embaràs tendeixen a disminuir de mida.
 - b) Són la causa més freqüent de sagnia menstrual abundant en l'edat reproductiva.
 - c) Són la segona tumoració benigna més freqüent del tracte genital femení.
 - d) Els miomes subserosos proliferen en la porció central del miometri.
- 6. Senyalau la resposta correcta amb relació a un mioma uterí de tipus 0 segons el sistema d'estadificació FIGO:**
- a) És un mioma pediculat intracavitari.
 - b) És un mioma submucós amb menys del 50 % intramural.
 - c) És un mioma pediculat subserós.
 - d) És un mioma subserós amb menys del 50 % intramural.

7. **Quin dels miomes següents és més probable que causi una metrorràgia greu?**
 - a) Mioma intramural.
 - b) Mioma submucós.
 - c) Mioma intralligamentós.
 - d) Mioma subserós.

8. **La simptomatologia dels miomes és variable, depenent de la mida i la localització. Senyalau quina de les respostes següents no és una de les manifestacions clíniques més freqüents dels miomes:**
 - a) Els miomes submucosos tenen impacte en la fertilitat.
 - b) La dispareúnia és la manifestació clínica més freqüent.
 - c) Els miomes de mida grossa poden comprimir òrgans veïns.
 - d) L'anèmia és secundària a les sagnies abundants i presenta més gravetat en les pacients de raça negra.

9. **Senyalau l'afirmació falsa:**
 - a) La majoria dels miomes són asimptomàtics.
 - b) Entre els símptomes que presenten els miomes és característic l'augment i la durada de la menstruació, el dolor, la compressió sobre òrgans veïns i l'impacte en la fertilitat.
 - c) Els miomes subserosos no alteren la taxa de gestació.
 - d) En una ecografia, els miomes solen aparèixer com a masses heterogènies difícils de delimitar.

10. **A la pacient del cas que hem descrit, es fa una ecografia transvaginal i es diagnostica un mioma de tipus 1 de devers 3 cm. El recompte de folicles antrals és de 4. Quina determinació analítica no considerau indispensable sol·licitar en aquest cas?**
 - a) Hormona antimülleriana (AHM).
 - b) FSH, LH i estradiol.
 - c) Hemograma.
 - d) Progesterona.

- 11. A més de la determinació analítica, ¿quina altra actuació és la més adequada en aquest cas?**
- a) Una histerectomia, perquè és el tractament més eficaç dels miomes simptomàtics i la pacient està molt afectada.
 - b) Una miomectomia laparoscòpica, atesa la localització del mioma.
 - c) El "gold estàndar" és la miomectomia histeroscòpica.
 - d) El primer escaló terapèutic és el tractament mèdic amb anàlegs de la GnRH.
- 12. Si la pacient no té desig gestacional i, a més, rebutja la cirurgia, ¿què cal oferir-li per millorar la simptomatologia?**
- a) Anàlegs de la GnRH a llarg termini.
 - b) Acetat d'ulipristal.
 - c) DIU alliberador de levonorgestrel.
 - d) Anticonceptius orals combinats.
- 13. Si la pacient no té desig gestacional i a més està asimptomàtica, ¿què li han de recomanar?**
- a) Un DIU de levonorgestrel per evitar que la sagnia menstrual sigui abundant.
 - b) Una histerectomia, atès el risc alt de degeneració maligna del mioma.
 - c) Conducta expectant, perquè la pacient està asimptomàtica.
 - d) Una embolització de les artèries uterines.
- 14. Senyalau l'afirmació falsa sobre el tractament dels miomes:**
- a) La combinació d'àcid tranexàmic amb àcid mefenàmic és adequada per tractar la sagnia menstrual abundant.
 - b) Els antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) disminueixen la dismenorrea i tenen escassos efectes secundaris.
 - c) Els anticonceptius orals estan indicats per a la sagnia uterina anormal en dones amb miomes o sense.
 - d) Els miomes no augmenten la taxa d'expulsió del DIU alliberador de levonorgestrel.

15. Senyalau l'afirmació falsa respecte de les tècniques mínimament invasives per tractar els miomes:

- a) L'ablació per radiofreqüència (RFTV) és duita a terme per ginecòlegs amb experiència en ecografia amb punció transvaginal.
- b) Són una bona alternativa a la miomectomia i/o la histerectomia quan la cirurgia està contraindicada o quan l'abordatge quirúrgic del mioma és complex.
- c) La majoria dels estudis recomanen que, per aplicar tècniques mínimament invasives, els miomes han de ser pediculats i han de superar els 10 cm de diàmetre màxim.
- d) L'embolització de les artèries uterines és una tècnica que apliquen els radiòlegs intervencionistes.

16. Senyalau l'afirmació falsa sobre els fonaments de la histeroscòpia per al tractament quirúrgic dels miomes:

- a) És recomanable triar un histeroscopi del calibre més petit possible i amb ús d'energia bipolar.
- b) Usar un electrobisturí monopolar obliga a utilitzar solucions d'irrigació no conductives de tipus glicina.
- c) Les pressions de fluïdoteràpia elevades mantingudes (200 mmHg), disminueixen l'absorció hídrica i minimitzen el risc de sobrecàrrega.
- d) Algunes de les complicacions de la histeroscòpia són la perforació uterina i la lesió vesical i intestinal.

17. Senyalau l'afirmació falsa en relació amb els miomes i la gestació:

- a) Els miomes estan associats a un petit increment del risc de mals resultats obstètrics, com ara part preterme, creixement intrauterí restringit (CIR), mala presentació fetal, etc.
- b) Per prevenir els resultats obstètrics adversos caldria indicar sempre una miomectomia preconcepcional en els casos de miomes intramurals i subserosos.
- c) Els miomes submucosos s'associen a l'augment de la taxa d'avortaments.
- d) Tant els miomes submucosos com els intramurals estan relacionats amb la disminució de la fertilitat.



- 18. Si el resultat de l'anàlisi de la pacient mostra un valor de l'hormona antimülleriana de 0,5 ng/ml, ¿quina informació cal donar-li?**
- a) «L'anàlisi és adequada a la vostra edat, i per això no us heu de preocupar per la vostra fertilitat».
 - b) «Presentau una reserva ovàrica baixa i per això us hauríem de derivar per fer-vos una tècnica de reproducció assistida».
 - c) «Disposant només d'aquest resultat no hauríem de prendre cap decisió».
 - d) «Us recomanem, tenint en compte la vostra edat, una vitrificació d'òvuls».
- 19. Si la pacient, amb un recompte de fol·licles antrals de 4, presenta un valor de l'hormona fol·liculoestimulant (FSH) de 13 mUI/ml i un valor de l'estradiol de 80 pg/ml, ¿quina és la conclusió?**
- a) L'anàlisi reflecteix una reserva ovàrica baixa.
 - b) La pacient està menopàusica.
 - c) L'anàlisi és adequada a l'edat de la pacient.
 - d) L'anàlisi no és conforme al recompte de fol·licles antrals.
- 20. Tenint en compte només l'edat de la pacient, quin seria el tractament de reproducció recomanable?**
- a) Citrat de clomifè i coïts dirigits.
 - b) Inseminació artificial.
 - c) Fecundació in vitro.
 - d) Donació d'òvuls.

Preguntes de reserva

21. La degeneració hialina dels miomes s'esdevé més sovint...

- a) ...en els miomes intramurals.
- b) ...en els miomes subserosos.
- c) ...en els miomes submucosos.
- d) ...durant l'embaràs.

22. És freqüent que es produeixin canvis degeneratius en els miomes. Senyalau la resposta veritable:

- a) La degeneració maligna és la més freqüent.
- b) En les dones menopàusiques és habitual trobar la degeneració per calcificació.
- c) Durant l'embaràs és més freqüent trobar la degeneració grassa.
- d) La degeneració hialina s'esdevé més sovint en els miomes submucosos.

23. Senyalau l'afirmació correcta sobre el DIU de levonorgestrel com a tractament de la sagnia menstrual abundant:

- a) Aconsegueix disminuir la sagnia fins a un 10 %, com a màxim.
- b) Millora les concentracions d'hemoglobina perquè redueix la sagnia menstrual per atròfia endometrial.
- c) Té un efecte significatiu sobre la mida dels miomes.
- d) Està contraindicat en els casos de mioma submucós.

24. El tractament dels miomes s'ha d'individualitzar. Senyalau l'opció terapèutica més adequada:

- a) Oferir una miomectomia histeroscòpica en un mioma submucós simptomàtic.
- b) Fer una histerectomia en una pacient jove, simptomàtica, sense fills.
- c) Plantejar una ablació per radiofreqüència en un mioma pediculat de 12 cm.
- d) Col·locar un DIU de levonorgestrel a una pacient de 48 anys, asimptomàtica, amb un nòdul intramural de 2 cm diagnosticat en un control rutinari.



Cas 6. Patologia de mama

Pacient de 48 anys que acudeix a la consulta per una tumoració a la mama dreta des de fa tres mesos, descoberta en una autoexploració.

Antecedents ginecològics: nul·ligesta, ha pres anticonceptius orals durant vuit anys. En els seus antecedents familiars destaca una primera germana paterna afectada d'un càncer de mama.

En l'exploració física s'aprecien unes mames simètriques i una tumoració d'uns 30 mm situada en la unió de quadrants externs de la mama dreta, dura, mòbil i sense retracció ni alteració de la pell. En la palpació axil·lar no s'observa cap alteració. En la mamografia s'observa una àmplia zona de microcalcificacions sospitoses.

- 1. El càncer de mama és la causa de mort més freqüent entre les dones. Indica el risc estimat de patir càncer de mama en el nostre entorn:**
 - a) 1 de cada 30 dones.
 - b) 1 de cada 20 dones.
 - c) 1 de cada 8 dones.
 - d) 1 de cada 3 dones.

- 2. Si el càncer de mama es detecta a temps, senyalau el percentatge mitjà de la supervivència esperable a cinc anys vista als països desenvolupats:**
 - a) 28 %.
 - b) 38 %.
 - c) 48 %.
 - d) 78 %.

3. **Què significa BI-RADS 0?**
 - a) Exploració incompleta.
 - b) Exploració normal.
 - c) Troballes benignes.
 - d) Troballes probablement benignes.

4. **Quan es diagnostica un càncer de mama, ¿quin paràmetre no és obligatori incloure en l'informe histològic?**
 - a) Infiltració limfovascular.
 - b) Ki-67.
 - c) Limfòcits infiltrants de tumor (TIL).
 - d) HER 2.

5. **Quin signe clínic pot presentar un carcinoma de mama en l'estadi cT4b?**
 - a) Ulceració de la pell.
 - b) Nòduls ipsilaterals en la pell.
 - c) Edema de la pell (pell de taronja).
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

6. **Si no va associada a un tumor subjacent, la malaltia de Paget de la mama es classifica com...**
 - a) ...estadi T0.
 - b) ...estadi Tis.
 - c) ...estadi T1.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

7. **Quin dels factors següents és predictor de resposta a la quimioteràpia?**
 - a) Grau histològic baix.
 - b) Receptors hormonals positius.
 - c) Sobreexpressió de HER 2.
 - d) Proliferació tumoral baixa (Ki-67 < 20 %).

8. **Quin dels factors següents és predictor de resposta a l'hormonoteràpia?**
 - a) Grau histològic baix.
 - b) Receptors hormonals negatius.
 - c) HER 2 positiu.
 - d) Ki-67 > 20 %.

9. **Quin criteri es pren en consideració per a la derivació a una unitat de consell genètic?**
 - a) Càncer de mama diagnosticat abans dels 35 anys.
 - b) Càncer de mama i d'ovari sincrònics.
 - c) Família amb més de tres familiars amb càncer de mama i/o d'ovaris..
 - d) Tots les respostes anteriors són correctes.

10. **Senyalau l'afirmació correcta amb relació a la cirurgia del càncer de mama:**
 - a) Consisteix fonamentalment en l'exèresi amb marges lliures.
 - b) La mida de la lesió contraindica la cirurgia conservadora.
 - c) L'objectiu és reduir el risc de recidiva local.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

11. **En quin cas s'ha de considerar obligatòria la reexcisió per marges quirúrgics afectes?**
 - a) Infiltració de la pell.
 - b) Si el component infiltrant del tumor arriba a la tinta (*tumor on ink*).
 - c) Component intraductal extens.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

12. **Senyalau l'afirmació falsa amb relació a l'estudi radiològic de la peça quirúrgica:**
 - a) És útil per valorar els marges quirúrgics.
 - b) Orienta sobre la necessitat d'una ampliació quirúrgica.
 - c) Substitueix l'estudi histològic diferit dels marges.
 - d) Si hi ha microcalcificacions, es recomana l'estudi radiològic.

13. **Quin tipus d'evidència / recomanació presenta actualment el gangli sentinella amb relació a evitar la limfadenectomia?**
 - a) Evidència alta / recomanació forta: 1A.
 - b) Evidència moderada / recomanació moderada: 1B.
 - c) Evidència moderada / recomanació moderada: 1C.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

14. **Senyalau en quina de les situacions següents no està indicada una biòpsia selectiva del gangli sentinella axiHar:**
 - a) Carcinoma infiltrant T1.
 - b) Carcinoma infiltrant T3 cN0.
 - c) Carcinoma infiltrant T4d.
 - d) Totes les anteriors són indicacions de biòpsia selectiva del gangli sentinella axiHar.

15. **Quina taxa de falsos negatius presenta la tècnica del gangli sentinella?**
 - a) 20-30 %.
 - b) 15-20 %.
 - c) 10-15 %.
 - d) Inferior al 5 %.

16. **Amb quina càrrega tumoral total s'evita la limfadenectomia axiHar en els casos de gangli sentinella metastàtic?**
 - a) < 15.000 còpies d'ARN.
 - b) < 30.000 còpies d'ARN.
 - c) < 50.000 còpies d'ARN.
 - d) < 100.000 còpies d'ARN.

17. **Quin objectiu té l'estudi de la resposta a la quimioteràpia neoadjuvant?**
 - a) Detectar una eventual progressió del tumor.
 - b) Avaluar la resposta al tractament.
 - c) Predir la resposta patològica completa.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

- 18. Actualment es recomana mantenir el tractament hormonal complementari durant un període de...**
- a) ...10 anys.
 - b) ...5 anys.
 - c) ...3 anys.
 - d) ...12 mesos.
- 19. En quin cas està especialment indicat el tractament amb anticossos monoclonals del tipus trastuzumab?**
- a) Receptors horminals positius.
 - b) Sobreexpressió de HER 2.
 - c) Cirurgia amb marges afectes.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.
- 20. Quin és l'efecte advers més rellevant del trastuzumab?**
- a) La cardiotoxicitat.
 - b) L'hepatopatia (cirrosi).
 - c) L'anèmia megaloblàstica.
 - d) La nefrotoxicitat.

Preguntes de reserva

- 21. Quin és la dosi estàndard de radioteràpia sobre la mama?**
- a) 80-100 Gy.
 - b) 60-80 Gy.
 - c) 40-50 Gy.
 - d) 20-30 Gy.
- 22. Quina de les respostes següents es considera una recidiva locoregional?**
- a) La recidiva local després d'un tractament conservador.
 - b) La recidiva local després d'una mastectomia.
 - c) La recidiva ganglionar homolateral.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 23. Senyalau l'afirmació falsa amb relació al càncer de mama i la gestació:**
- a) L'embaràs posterior a un càncer de mama empitjora la supervivència.
 - b) La interrupció de l'embaràs no altera el pronòstic del càncer.
 - c) Es recomana esperar sis mesos després d'un tractament de quimioteràpia per intentar quedar-se embarassada.
 - d) La radioteràpia no és una contraindicació absoluta.
- 24. Quina és la prova complementària de referència per avaluar l'afectació ganglionar axiHar?**
- a) La mamografia tridimensional.
 - b) La ressonància magnètica axiHar.
 - c) L'ecografia axiHar.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.



Cas 7. Sòl pelvià

Pacient de 47 anys, amb tres fills nascuts per mitjà de part vaginal (el darrer, amb l'ajuda del fòrceps i amb un pes de 4.050 g), que acudeix a la consulta per demanar tractament per a un prolapse genital que li afecta de manera important la qualitat de vida social, sexual i laboral. Fa feina com a trompetista en una orquestra. En el seu historial mèdic hi consten asma i diabetis gestacional, però no presenta cap malaltia ginecològica ni hàbit tòxic.

La sensació de bony és el símptoma principal, amb episodis esporàdics d'incontinència urinària en fer esforços, molt més freqüents en el passat. L'exploració i l'ecografia mostren uns genitals normals, excepte per un prolapse genital de III grau amb un punt C i un punt Ba a 2 cm i a 0 cm de l'himen, respectivament, segons la classificació POPQ (*pelvic organ prolapse quantification*). La prova del Q-tip mostra una angulació superior a 30° i el resultat de la prova d'Oxford és de 3 punts. No es detecta pèrdua d'orina amb la maniobra de Valsalva i la bufeta presenta repleció.

Una vegada explicades les opcions de tractament, la pacient es decideix pel tractament quirúrgic i descarta futurs embarassos.

1. **Quin és la causa més freqüent de la incontinència a la franja d'edat en què se situa la pacient?**
 - a) Incontinència funcional.
 - b) Incontinència urinària d'urgència.
 - c) Incontinència urinària d'esforç.
 - d) Incontinència urinària per sobreeiximent.

2. **Si aquesta pacient tingués 75 anys, ¿quina seria la causa més freqüent d'incontinència urinària en la franja d'edat en què se situaria?**
 - a) Incontinència urinària d'esforç per deficiència uretral intrínseca.
 - b) Diverticle uretral.
 - c) Incontinència urinària per sobreeiximent.
 - d) Incontinència urinària d'urgència.

3. Senyalau la resposta incorrecta respecte del prolapse genital:

- a) La probabilitat de reparar quirúrgicament el prolapse a qualsevol edat se situa entre l'11 % i el 19 %.
- b) La prevalença dels prolapses detectats per mitjà d'exploracions és més alta que la dels prolapses simptomàtics.
- c) S'ha suggerit que les dones de raça negra tenen més predisposició a patir prolapse genital.
- d) La deterioració de la funció dels lligaments cardinals i uterosacres és el responsable principal del prolapse apical.

4. Quina de les respostes següents no és un establert factor de risc per desenvolupar prolapse genital?

- a) La paritat.
- b) La diabetis *mellitus*.
- c) La menopausa.
- d) L'elevació repetida de la pressió intraabdominal.

5. Senyalau la resposta incorrecta respecte de la paritat:

- a) El risc de prolapse genital s'incrementa amb el nombre de parts.
- b) Altres factors que incrementen el risc de prolapse genital són la macrosomia fetal, el segon estadi del part prolongat i l'edat inferior a 25 anys en el primer part.
- c) El prolapse genital també pot ocórrer en dones nullíparas.
- d) La probabilitat d'ingrés hospitalari a causa del prolapse genital s'incrementa molt ràpidament després del tercer part i la cambrà, però menys ràpidament després del primer part i el segon.

6. Senyalau la resposta correcta respecte de la incontinença urinària d'esforç oculta:

- a) S'esdevé amb bufeta plena, esforç i reducció del prolapse.
- b) Apareix després de la reparació quirúrgica del prolapse.
- c) Detectar-la abans de la cirurgia del prolapse no sempre n'implica la reparació simultània.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

7. **Quina de les respostes següents no correspon a un sistema de classificació de la gravetat del prolapse?**
- a) POP-Q System.
 - b) Classificació de Baden-Walker.
 - c) Classificació de Beecham.
 - d) Classificació de Wexner.
8. **On està el punt C del POP-Q System (*pelvic organ prolapse quantification*)?**
- a) En la paret vaginal anterior.
 - b) En la paret vaginal posterior.
 - c) En el fòrnix posterior de la vagina.
 - d) En el cèrvix.
9. **Senyalau l'afirmació correcta sobre la prova del Q-tip:**
- a) Mesura la contracció del múscul elevador de l'anús.
 - b) És la prova estàndard de referència per mesurar la hipermobilitat uretral.
 - c) És una prova fàcil i còmoda per a la pacient.
 - d) Té una qüestionable concordança interobservador.
10. **Senyalau l'afirmació correcta sobre l'avaluació de la cirurgia del sòl pelvià amb ecografia:**
- a) Té una utilitat molt limitada.
 - b) És útil per diagnosticar un emplaçament incorrecte de la banda lliure de tensió en incontinències d'esforç persistents després d'una intervenció quirúrgica.
 - c) Té un escàs rendiment en el diagnòstic de l'avulsió de l'elevador de l'anús.
 - d) Té una pobra correlació amb el sondatge de descàrrega per mesurar l'orina residual.

11. **Quina de les següents opcions de tractament quirúrgic presenta menys recurrències del compartiment apical?**
 - a) Colposacropèxia.
 - b) Histerectomia vaginal acompanyada de culdoplàstia de McCall.
 - c) Tècnica de Manchester.
 - d) Histerectomia vaginal acompanyada de fixació al lligament sacroespinós.

12. **Quina de les respostes següents no és un factor de risc de recurrència després de la cirurgia del prolapse?**
 - a) Dona jove.
 - b) Prolapse avançat.
 - c) Obesitat.
 - d) Cirurgia per la via abdominal.

13. **La pacient del cas clínic finalment opta per una colposacropèxia laparoscòpica amb malla, acompanyada d'una histerectomia subtotal. Senyalau l'afirmació correcta sobre aquesta intervenció:**
 - a) La taxa de complicacions degudes a la inserció de la malla és similar a la de les insercions de la malla per la vagina.
 - b) És obligatori fixar la malla de manera bilateral al feix puborectal del múscul elevador de l'anus.
 - c) Només es pot emprar material de sutura sintètic i no reabsorbible.
 - d) L'eficàcia de la colposacropèxia laparoscòpica és similar a la cirurgia oberta abdominal.

14. **Si la pacient del cas clínic hagués optat per conservar l'úter amb la mateixa tècnica, l'haurien d'haver informat que...**
 - a) ...és impossible fer una colposacropèxia i conservar l'úter.
 - b) ...la taxa de recurrència del prolapse és menor que amb la histerectomia.
 - c) ...la conservació de l'úter millora la funció sexual comparada amb la histerectomia subtotal.
 - d) ...no és un procediment recomanat, llevat que es vulgui fermament conservar l'úter o quedar-se embarassada en el futur.

- 15. Quin material emprat per fabricar la malla per les colposacropèxies ha demostrat els resultats més bons ja que provoca menys complicacions?**
- a) El polipropilè.
 - b) Gore-Tex®.
 - c) El tefló.
 - d) Dacron®.
- 16. Abans de la intervenció quirúrgica, a la pacient del cas clínic li van fer una urodinàmia electrònica multicanal que va revelar una incontinència urinària d'esforç oculta franca amb una pressió abdominal de fuita inferior a 60 cm d'H₂O, sense evidenciar hiperactivitat del detrusor. Quin és l'abordatge més adequat?**
- a) No fer la colposacropèxia i operar per la via vaginal.
 - b) Pot ser raonable afegir un procediment per a la incontinència urinària d'esforç en un segon temps si apareix després de la intervenció quirúrgica.
 - c) Dur a terme un procediment per tractar la incontinència urinària del tipus banda lliure de tensió.
 - d) Les respostes b) i c) són correctes.
- 17. Senyalau l'afirmació falsa sobre les bandes lliure de tensió:**
- a) Tenen una eficàcia similar o superior, menys temps operatori i de recuperació i una taxa inferior d'intervenció quirúrgica repetida que altres procediments per al tractament quirúrgic de la incontinència urinària d'esforç.
 - b) S'han convertit en el procediment d'elecció per al tractament quirúrgic de la incontinència urinària d'esforç.
 - c) La via transobturadora té una taxa superior de perforació vesical.
 - d) La via transobturadora té una taxa superior de dolor inguinal postoperatori.

- 18. Quina de les respostes següents no és un factor de risc per a la persistència de la incontinença urinària després d'una intervenció quirúrgica primària?**
- a) L'edat avançada.
 - b) La incontinença urinària mixta.
 - c) La intervenció quirúrgica conjunta del prolapse.
 - d) Un índex de massa corporal inferior a 20 kg/m².
- 19. Senyalau l'afirmació vertadera amb relació a la cirurgia del sòl pelvià i els embarassos futurs:**
- a) No s'ha de fer aquesta cirurgia en cap cas si la pacient té desig gestacional.
 - b) Les recidives en cas d'embaràs després de la cirurgia del sòl pelvià superen el 70 %.
 - c) Hi ha nombrosos estudis sobre la cirurgia del sòl pelvià i l'embaràs.
 - d) Les recidives posteriors a un part vaginal després d'una banda lliure de tensió són del 25 %, amb reoperacions pel mateix motiu de menys del 5 %.
- 20. Hi ha unanimitat que la urodinàmia preoperatòria s'ha de fer en les situacions següents, excepte en una. Senyalau-la:**
- a) Recurrències.
 - b) Prolapses avançats.
 - c) Incontinença urinària mixta.
 - d) Incontinença urinària d'esforç pura.

Preguntes de reserva

- 21. Senyalau l'afirmació vertadera sobre les complicacions de la cirurgia del prolapse:**
- a) L'obstrucció ureteral pot arribar a l'1,8 % en dur a terme la suspensió del compartiment apical al lligament uterosacre.
 - b) Les complicacions associades a les malles transvaginals són menors que les descrites per a les malles inserides per la via abdominal.
 - c) La suspensió del compartiment apical al lligament sacroespínós té uns percentatges d'hemorràgia que poden arribar al 20 %.
 - d) L'erosió de la malla pot arribar al 15 % en la colposacropèxia.

- 22. Senyalau l'afirmació falsa amb relació a la funció sexual i els trastorns del sòl pelvià:**
- a) Generalment empitjora amb l'augment de la gravetat del prolapse.
 - b) Els pessaris i els exercicis del sòl pelvià poden millorar la funció sexual.
 - c) La cirurgia del sòl pelvià pot millorar la funció sexual, però la disparèunia *de novo* pot assolir el 28 %, especialment amb les malles transvaginals i la plicatura de l'elevador de l'anus en la colpoplàstia posterior.
 - d) La colposacropèxia ocasiona més disparèunia *de novo* que la cirurgia vaginal.
- 23. Senyalau l'afirmació falsa amb relació a la clínica del prolapse genital:**
- a) La sensació de bony té una especificitat del 99 % per predir el prolapse més enllà del pla de l'himen.
 - b) La disfunció defecatòria és menys prevalent en les dones amb prolapse que en la població general.
 - c) Les dones amb prolapse tenen de 2 a 5 vegades més probabilitats de presentar bufeta hiperactiva que la població general.
 - d) La sensació de bony no es correlaciona amb el compartiment prolapsat.
- 24. Senyalau l'afirmació falsa sobre la recurrència després d'una intervenció quirúrgica per tractar la incontinència urinària d'esforç:**
- a) Fins al 15 % de les pacients requeriran un tractament després de la intervenció quirúrgica.
 - b) En cas de tractament quirúrgic no és necessària una urodinàmia preoperatòria.
 - c) La cistoscòpia està indicada en la sospita de cos estrany intravesical o de patologia vesical.
 - d) El tractament inicial inclou exercicis del sòl pelvià.