

Cuestionario de examen de la fase de oposición
correspondiente a la especialidad de

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

(Turno Libre)

Según la

RESOLUCIÓN de 19 de diciembre de 2024, de la
Dirección Gerencia, por la que se convoca proceso
selectivo para el acceso a la condición de personal
estatutario fijo en la categoría de Facultativo
Especialista de Área, en las instituciones sanitarias del
Servicio Extremeño de Salud

8 DE NOVIEMBRE DE 2025

El ejercicio consiste en:

- 152 preguntas (de las cuales 16 versan sobre el programa de materias comunes)
- Mas 12 preguntas adicionales de reserva (de las cuales 2 versan sobre el programa de materias comunes)
- Tiempo: 180 minutos
- Cada pregunta plantea cuatro respuestas alternativas, de las que SÓLO UNA es la correcta.
- Por cada TRES respuestas erróneas se restará UNA respuesta válida.

1. **Con respecto al aparato genital femenino, cuál de las siguientes opciones es FALSA:**
 - a. El uréter terminal, justo a la entrada vesical, está en íntimo contacto con los ligamentos vesicocervicales y vesicovaginales.
 - b. Las glándulas de Bartolino están alojadas en la pared posterolateral de la vagina a unos 15 mm de profundidad desde la superficie del vestíbulo.
 - c. La irrigación del cérvix uterino depende de la arteria vaginal.
 - d. En la episiotomía medio lateral, siempre se corta la porción inferior del músculo bulbocavernoso.

2. **Con respecto al ciclo genital femenino, cuál de las siguientes opciones es CORRECTA:**
 - a. El estrógeno principal, producido por el ovario, es el Estriol
 - b. El pico de LH se produce en general en el día 25 o 26 del ciclo, justo antes de la privación menstrual.
 - c. La menstruación en sí, hace parte de la fase lútea del ciclo.
 - d. No se ha podido describir un ciclo histológico en genitales externos.

3. **Cuál de las siguientes opciones corresponde al estadio Tanner 2, en relación a la maduración sexual de las mamas:**
 - a. Brote mamario. Lasaréolas y los pezones sobresalen como un cono. Aumento del diámetro de laaréola.
 - b. Desarrollo mamario total. Laaréola se encuentra a nivel de la piel y solo sobresale el pezón.
 - c. Laaréola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.
 - d. Continuación del crecimiento con elevación de la mama yaréola en un mismo plano.

4. **Dentro de los cambios hormonales de la PERIMENOPAUSIA se da cuál de las siguientes circunstancias:**
 - a. Aumento de la FSH con Estradiol normal o elevado.
 - b. Aumento de la FSH y de la progesterona inhibina.
 - c. Aumento de la FSH y de la hormona Antimülleriana.
 - d. Todas las anteriores son FALSAS.

- 5. Con respecto a las amenorreas, una de las siguientes es CIERTA:**
- a. La amenorrea relacionada con la lactancia se debe a la hipoperfusión hipofisiaria que ocurre durante el trabajo de parto.
 - b. La causa principal de amenorrea primaria son las genéticas y morfológicas del aparato genital.
 - c. Amenorrea primaria se define como: ausencia menarca a los 14 años.
 - d. Todas las amenorreas requieren la instauración de un tratamiento.
- 6. De acuerdo al sistema revisado de la Sociedad Americana de Fertilidad, el estadio II, de la clasificación quirúrgica de la endometriosis es:**
- a. Implantes superficiales menores de 5 cm. Adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios.
 - b. Implantes aislados y sin adherencias.
 - c. Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes Endometriomas ováricos. Usualmente se observan adherencias membranosas extensas.
 - d. Implantes múltiples superficiales o invadidos. Adherencias alrededor de las trompas o periováricas, que pueden ser evidentes.
- 7. Con respecto al tratamiento de la endometriosis, cuál de las siguientes opciones es FALSA:**
- a. Los objetivos básicos del tratamiento son: reducción de los síntomas, restaurar la fertilidad, eliminar la endometriosis visible y evitar la progresión de la enfermedad.
 - b. La endometriosis es una enfermedad multifactorial e impredecible en su evolución.
 - c. Es indicación quirúrgica, el hallazgo de un endometrioma de 4 cms.
 - d. Ningún tratamiento hormonal ha demostrado ser más efectivo que otro a pesar de sus diferentes perfiles.
- 8.Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA, con respecto a la Endometriosis:**
- a. Ante la sospecha de una paciente con endometriosis es necesario realizar una laparoscopia para confirmar o excluir el diagnóstico.
 - b. La mayoría de pacientes se pueden clasificar mediante la clínica, la exploración física y la realización de una ecografía transvaginal.
 - c. Debe realizarse una resonancia magnética (RM) ante la sospecha de Endometriosis.
 - d. La endometriosis profunda se valora adecuadamente con las sondas vaginales de los ecógrafos actuales.

9. Mediante la anamnesis, ante una paciente con sospecha de endometriosis, cuál de las siguientes opciones cree usted que es FALSA:

- a. La dispareunia distal sugiere la presencia de lesiones profundas o peritoneales.
- b. La presencia de implantes endometriósicos profundos en fondo de saco posterior y/o tabique recto-vaginal se asocian a disquecia.
- c. La presencia de episodios de hemoptisis catameniales, pueden deberse a la presencia de endometriosis torácica.
- d. La endometriosis vesical generalmente se presenta con síntomas urinarios inespecíficos de frecuencia, urgencia y dolor al orinar.

Acude a su consulta una paciente de 32 años, sin hijos, ni abortos previos, que le han diagnosticado en su revisión ginecológica, la presencia de un endometrioma ovárico de 4 cms. La paciente refiere reglas "dolorosas de siempre", las cuales maneja con AINEs, cuando es necesario. Actualmente se plantea un embarazo, porque sus amigas le han dicho que con la endometriosis no se podrá embarazar con facilidad y como lleva 5 años con su chico, lo han hablado y desea iniciar la búsqueda de una gestación. Tras su exploración clínica y ecográfica, que confirma la presencia de un quiste en el Ovario Izquierdo de 4 cms, sugestivo de ser un endometrioma (**preguntas 10 y 11**):

10. Que NO debe decirle a esta paciente:

- a. La endometriosis es una patología con una prevalencia que, aunque es muy variable, oscila entre el 10-15%, pero en el subgrupo de mujeres infértiles es mayor.
- b. Si no logra un embarazo espontaneo y se indica la realización de una técnica de reproducción asistida, operarse no mejoraría las tasas de éxito.
- c. Como sus síntomas podrían considerarse leves, continuar con los AINEs es una buena opción.
- d. Si se opera, drenar el endometrioma mejoraría la fertilidad (mejor drenarlo que realizar una quistectomía).

11. La paciente se ha puesto nerviosa con tanta información y desea un estudio y un tratamiento para su endometriosis, hasta que decida con su pareja si buscan una gestación o no, que NO debería ofrecerle en esta consulta:

- a. Valorar el inicio de un tratamiento con progestágenos (Píldora de solo progesterona o DIU-LNG, por ejemplo)
- b. Ofrecerle entre: continuar con AINEs cíclicos o iniciar anovulatorios (en cualquiera de sus presentaciones)
- c. Resonancia Magnética Pélvica
- d. Indicarle la realización del CA 125 en suero para confirmar que es un endometrioma.

12. De las siguientes causas de amenorrea primaria, cual es de origen hipotalámico:

- a. Síndrome de Turner
- b. Síndrome de Kallman
- c. Síndrome de Rokitansky
- d. Septo vaginal transversal

13. De acuerdo a la GUIA DE PRACTICA CLINICA DE ATENCION EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO, del Ministerio de sanidad, servicios sociales e Igualdad, en la CONSULTA PRECONCEPCIONAL, cuál de las siguientes opciones es FALSA:

- a. En mujeres que planifican su embarazo y que no están inmunizadas frente a la hepatitis B se sugiere la vacunación antes del embarazo.
- b. En mujeres que planifican su embarazo y que no están inmunizadas frente a la rubeola se sugiere la vacunación antes del embarazo con vacuna triple vírica y tomar precauciones para evitar el embarazo durante los 28 días siguientes a la vacunación.
- c. En mujeres que planifican su embarazo no es necesario ya aconsejar sobre las medidas adecuadas para evitar la infección por Toxoplasma gondii durante el embarazo.
- d. En mujeres que planifican su embarazo y presentan alto riesgo de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) se sugiere el cribado de hepatitis C para ofrecer información sobre los posibles riesgos de transmisión vertical.

14. Con respecto a los métodos diagnósticos en la relación a la infección por HERPES VIRUS a nivel genital, cuál de las siguientes es VERDADERA:

- a. Los estudios poblacionales y de seroprevalencia, documentan que su incidencia va a la baja.
- b. El herpes virus establece un estado latente, seguido de una reactivación viral y una enfermedad local recurrente.
- c. El espectro clínico de la infección por Herpes Virus es muy específico y limitado.
- d. La transmisión perinatal del Herpes Virus tiene poca importancia.

15. Acude a la consulta una paciente de 44 años, con una ulcera vulvar de reciente aparición, altamente sugestiva de infección por Virus del herpes, tras realizarle una toma para PCR de Herpes virus 1 y 2 de la ulcera vulvar, la paciente desea saber si esa infección es una infección reciente (ha iniciado una nueva relación de pareja hace unos meses) o si es una recurrencia o reaparición de un herpes genital que tuvo cuando ella tenía 22 años, con respecto a esto, QUE OPCION ES CORRECTA:

- a. Estaría indicado realizar una serología para aclarar si es una primoinfección o una recurrencia.
- b. Si la PCR de la ulcera es positiva para Herpes Virus 2, es una recurrencia de su infección por herpes a los 22 años.
- c. Si la PCR de la ulcera es positiva para Herpes Virus 1, es una primoinfección por el Herpes Virus 1.
- d. Si la PCR es negativa, se descarta que la ulcera sea por causa del Herpes Virus.

16. Con respecto a la infección por el virus del Herpes, a nivel genital, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- a. Las manifestaciones extra genitales (tales como radiculitis, meningitis aséptica, retenciones urinarias, etc.) suelen ocurrir durante la primoinfección.
- b. El periodo de incubación promedio para desarrollar herpes genital después de la exposición, es de 4 días (promedio de 2-12 días)
- c. La frecuencia de las RECURRENCIAS, dependerá de: la gravedad y duración del episodio inicial, el serotipo infectante y el huésped.
- d. Las infecciones genitales primarias por el Herpes Virus 1 son más asintomáticas que las causadas por el herpes virus 2.

17. Con respecto a la TRICOMONIASIS, cuál de las siguientes opciones es FALSA:

- a. El organismo responsable de la infección es el protozoo *T. Vaginalis*, que infecta principalmente el epitelio escamoso del tracto urogenital.
- b. Aproximadamente el 70% de las mujeres infectadas por tricomoniasis son asintomáticas.
- c. El método ideal para diagnosticar Tricomoniasis es la amplificación de ácidos nucleicos, sin embargo, el más usado es la microscopia (examen en fresco de frotis vaginal o de citología cervicovaginal)
- d. El tratamiento con dosis única de Metronidazol tiene la misma eficacia que la terapia de múltiples dosis.

18. Con respecto al síndrome de Hiperestimulación ovárica (SHO), cuál de los siguientes NO se considera un factor de riesgo:

- a. Síndrome de Ovario Poliquístico
- b. Mujeres mayores de 35 años
- c. Episodio de SHO en un ciclo previo.
- d. Formación de un número elevado de folículos de tamaño intermedio (10 – 14 mm).

19. Respecto al tratamiento y manejo del SHO, cuál de las siguientes es VERDADERA:

- a. Se recomienda pesar a la paciente cada semana para ver la respuesta al tratamiento.
- b. Debe restringirse la ingesta de líquidos (oral o intravenosa)
- c. La indicación quirúrgica habitualmente es por torsión ovárica o rotura ovárica.
- d. Se recomienda tener relaciones sexuales para buscar una gestación espontánea.

20. Con respecto al diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), cuál de las siguientes opciones es FALSA:

- a. Se necesitan 2 de los 3 criterios de Rotterdam para hacer el diagnóstico.
- b. El hallazgo de unos ovarios poliquísticos ecográficamente hace necesario un estudio adicional para diagnosticar un SOP.
- c. Los criterios de los National Institutes of Health (NIH) de 1990 permiten un diagnóstico clínico sin el uso de pruebas de imagen.
- d. En la postmenopausia también es posible padecer SOP.

21. Con respecto al Hiperandrogenismo en el SOP, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- a. El Acné sigue siendo la característica clínica más común del hiperandrogenismo en mujeres con SOP.
- b. La hiperandrogenemia en el SOP suele presentarse con acné, hirsutismo, alopecia androgénica y adelgazamiento del pelo del cuero cabelludo.
- c. La virilización, incluida la calvicie de patrón masculino, el engrosamiento de la voz y el aumento de la masa muscular, no es característica del SOP, sino que sugiere una neoplasia suprarrenal u ovárica subyacente o una resistencia a la insulina (RI) grave.
- d. Las mujeres con SOP son propensas a desarrollar un aumento de peso, lo que podría provocar una RI causante de hiperandrogenemia y empeorar los síntomas del SOP.

22. Respecto al tratamiento de LAS IRREGULARIDADES MENSTRUALES del SOP, cuál de las siguientes es CORRECTA:

- a. Una reducción del peso del 2-3%, conlleva una mejora de las alteraciones bioquímicas y, por tanto, mejora las irregularidades menstruales.
- b. Si la paciente desea gestación, debe indicarse el tratamiento con anovulatorios orales, para lograr normalizar los ciclos y debe diferir su deseo gestacional mientras dure el tratamiento.
- c. Los ACO con dosis más altas de estrógenos (mayores de 30 µg) tienen peor control del ciclo y los de dosis más bajas (menores de 20 µg) tienen mayor riesgo de trombosis.
- d. Tanto la drospirenona como la ciproterona se consideran las progestergonas de elección en pacientes con irregularidades menstruales junto con rasgos de hiperandrogenismo.

23. Con respecto a la evaluación de la permeabilidad tubárica en una paciente en estudio de esterilidad, cuál de las siguientes opciones es FALSA:

- a. La histerosalpingografía parece tener efecto terapéutico.
- b. Si se va a someter a una paciente con esterilidad en estudio a una laparoscopia, debería realizarse una cromopertubación tubárica en la misma para valorar la permeabilidad de las trompas.
- c. El sitio más común de obstrucción tubárica es en el istmo de la misma.
- d. Las causas no quirúrgicas más comunes de obstrucción tubárica incluyen enfermedad inflamatoria pélvica previa, embarazo ectópico previo o endometriosis.

24. En una paciente con abortos de repetición, cuál de las siguientes exploraciones no estaría indicada:

- a. Serologías para *Chlamydia* y *Neisseria*
- b. Realización de cariotipo
- c. Estudio de posible Síndrome antifosfolípido.
- d. Histeroscopia Diagnóstica

25.Cuál de las siguientes es una indicación de Inseminación Artificial Conyugal (IAC):

- a. Riesgo de transmisión de enfermedades genéticas del varón no susceptibles de una FIV con diagnóstico genético preimplantacional (DGP).
- b. Factor cervical o incapacidad para depositar el semen en vagina (impotencia psicógena/orgánica, hipospadias graves, vaginismo).
- c. Mujer sin pareja o con pareja femenina.
- d. Pacientes con pareja con azoospermia.

26. Con respecto a los Dispositivos Intrauterinos (DIU) y su uso en anticoncepción, cuál de las siguientes opciones es FALSA:

- a. Debe evitarse en mujeres que ejerzan la prostitución.
- b. No está probado su uso como anticoncepción de emergencia.
- c. El DIU de Levonorgestrel puede usarse para protección endometrial además de como anticonceptivo.
- d. El DIU de Cu 380A® está indicado en la mujer que no desee ningún tratamiento hormonal.

27. Cuál de los siguientes NO es un efecto benéfico de los anticonceptivos orales combinados:

- a. Reduce riesgo de Cáncer de Endometrio
- b. Reduce riesgo de Cáncer de Ovario
- c. Reduce la densidad mineral ósea
- d. Reduce el síndrome premenstrual

28. Cuál de las siguientes NO es una contraindicación absoluta para el uso de Anticonceptivos Orales Combinados:

- a. Hábito tabáquico en mujeres mayores de 35 años.
- b. Mutación trombogénica conocida.
- c. Migraña con Aura
- d. Prolapso de la válvula mitral

29. Con respecto a la insuficiencia ovárica primaria (fallo ovárico prematuro) cuál de las siguientes opciones es CORRECTA:

- a. Se define como hipogonadismo antes de los 40 años en mujeres con cariotipo normal.
- b. No existen contraindicaciones para el tratamiento hormonal en mujeres con fallo ovárico prematuro.
- c. Se recomienda suplementar hormonalmente a todas las pacientes hasta los 55 años.
- d. Solo el 10% de las pacientes tienen folículos potencialmente funcionales en los ovarios.

30. Ante una paciente que se presenta en urgencias con un cuadro clínico de CERVICITIS, cuál de las siguientes opciones es FALSA:

- a. Debe tratarse a la paciente, incluso sin obtener el resultado de las pruebas diagnósticas que se hayan podido realizar en la misma visita a urgencias.
- b. Los diagnósticos diferenciales más comunes son: Chlamydia, Gonorrea, Tricomoniasis, Infección por Herpes Virus y vaginosis Bacteriana.
- c. La infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV) se asocia con cervicitis clínica, sobre todo en mujeres menopaúsicas.
- d. Un tratamiento empírico aceptado para esta paciente es: Doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día durante 7 días + Ceftriaxona 500 mg IM dosis única.

31. Se dispone a realizar una cirugía laparoscópica, cuál de las siguientes opciones es FALSA en relación al conocimiento anatómico que se debe conocer para su correcta realización:

- a. La arteria epigástrica inferior nace de la arteria iliaca externa a nivel del ligamento inguinal, cursa por delante del peritoneo en dirección al musculo recto anterior.
- b. Los trocares secundarios se colocan a través de los rectos abdominales y siempre bajo visión directa.
- c. La bifurcación aortica se produce aproximadamente a nivel de L4, en pacientes no obesas esto se correlaciona con el ombligo.
- d. Dos nervios importantes pueden lesionarse con la incorrecta introducción de los trocares o su cierre posterior: el iliohipogástrico y el ilioinguinal.

32. Con respecto a la fisiología y la regulación del del ciclo menstrual, cuál de las siguientes es INCORRECTA:

- a. La fase folicular tarda entre 10-14 días.
- b. La ovulación ocurre aproximadamente unas 10-12 horas después del pico de LH y 24-36 después de que se alcanzan concentraciones máximas de estradiol.
- c. La fase lútea tiene una extraordinaria uniformidad (13-15 días), desde unos años después de la menarquia y hasta la perimenopausia.
- d. La ovulación alternante (un mes de un ovario y al siguiente del otro ovario) es la predominante hasta la perimenopausia.

33. Con respecto a las perdidas gestacionales recurrentes de embarazos tempranos (abortadoras recurrentes), cuál de los siguientes enunciados es CORRECTO:

- a. A pesar de que las trombofilias congénitas secundarias a mutaciones genéticas de los factores de coagulación se han convertido en una causa importante de aborto recurrente, muchas de estas mujeres tienen rendimiento reproductivo normal.
- b. Alrededor del 30-40% de los embarazos reconocidos clínicamente, finalizan en abortos espontáneos.
- c. 10-20% de los abortos espontáneos, si se estudiaran genéticamente encontraríamos alguna anomalía cromosómica numéricas del embrión o del feto.
- d. Los miomas uterinos, ya sean submucosos, intramurales o subserosos son causales de perdidas gestacionales recurrentes.

- 34. Acude a su consulta una paciente de 38 años, con 2 hijos, que le dice que desea una nueva gestación, pero "no se queda desde hace 2 años". Ella le dice que no se plantean ir a una clínica de reproducción asistida, pero que ha leído en internet que hay un medicamento llamado clomifeno y le pregunta si usted se lo puede recetar. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es correcto que usted le diga a la paciente?**
- Es un medicamento ineficaz para inducir la ovulación en pacientes con hipogonadismo hipogonadotrófico.
 - Si tras 3-6 meses de uso de clomifeno, logrando ciclos ovulatorios, no se logra un embarazo, se debe ampliar o realizar un estudio de esterilidad en ella.
 - El tratamiento inicial se debe realizar con dosis de 25 mg/día, entre el 2do al 6to día del ciclo.
 - El riesgo de embarazo múltiple aumenta aproximadamente entre un 5-8%.
- 35. Sobre las consideraciones perioperatorias de la Cesárea, cuál de las siguientes recomendaciones NO cuenta con suficiente soporte científico:**
- Administrar 2 g de Cefazolina 15-60 minutos antes de la incisión en piel.
 - La dilatación cervical ayuda a disminuir las infecciones puerperales.
 - La disección o expansión uterina debe realizarse de forma roma en dirección céfalo-caudal.
 - La administración de entre 10-40 UI de oxitocina en 1 litro de una solución cristaloide, entre 4-8 horas disminuye el riesgo de Hemorragia Postparto.
- 36. Mujer de 32 años, HPV16 positivo + citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad, la guía de cribado AEPCC indica:**
- Repetir cotest 12 meses
 - Inmediata vacunación + repetir test 6 meses
 - Colposcopia inmediata
 - Genotipado réflex
- 37. La guía AEPCC prevé repetir colposcopia en 6-12 meses tras colposcopia previa con CIN1 si:**
- Zona de transformación no visible
 - Biopsia negativa
 - HPV negativo
 - Citología ASC-US previa

38. Si la AP muestra margen endocervical afectado tras LLETZ por CIN3, según guía de tratamiento implica:
- Nada
 - Rescisión o histerectomía según caso
 - Seguimiento citológico anual
 - Ninguna es correcta
39. Según la AEPCC, la citología en medio líquido es:
- De menor sensibilidad que convencional
 - De similar sensibilidad y menor variabilidad
 - Menor especificidad
 - Ninguna es correcta
40. En carcinoma endometrial, el beneficio de linfadenectomía sistemática pélvica y para-aórtica impacta en supervivencia global solo en:
- Riesgo bajo
 - Riesgo alto
 - Riesgo alto-intermedio
 - B y C son correctas
41. Tras tratamiento primario de cáncer de endometrio, el seguimiento inicial propuesto en la guía es:
- Cada 3 meses durante 3 años
 - Solo si síntomas
 - Cada 6 meses 5 años
 - Anual desde el inicio.
42. Mujer de 63 años, IMC 35, metrorragia. Biopsia: adenocarcinoma endometriode G1. Inmunohistoquímica: POLE-mutado confirmado por secuenciación. RMN: invasión <50% miometrio, sin signos ganglionares. ¿Cuál es la conducta recomendada?
- Histerectomía con doble anexectomía + ganglio centinela
 - Histerectomía simple sin estudio ganglionar
 - Histerectomía + linfadenectomía sistemática
 - HIPEC profiláctica
43. Paciente 58 años, adenocarcinoma seroso uterino FIGO IA (<50% invasión). p53 aberrante, HER2 positivo. Ganglio centinela negativo bilateral. ¿Cuál es el tratamiento adyuvante más ajustado a guías?
- Quimioterapia + anti-HER2
 - Radioterapia vaginal sola
 - Quimioterapia + anti-HER2 + considerar RTV ± pelviana
 - Reintervención linfadenectomía paraaórtica

44. En una paciente con cáncer de endometrio que presenta recidiva vaginal a los 16 meses de tratamiento primario, Habiendo sido tratada con cirugía + RTV vaginal exclusiva (sin radioterapia pelviana ni QT). Actualmente sin enfermedad a distancia. ¿Cómo debe manejarse?
- Cirugía amplia radical
 - Radioterapia externa pelviana + posible braquiterapia de refuerzo
 - Observación y seguimiento
 - Inmunoterapia anti-PD1
45. ¿Qué conducta se recomienda en paciente 61 años, tratamiento primario completo por cáncer de endometrio, estadio IIC2 endometriode G3 p53-aberrante con quimio-radioterapia completada hace 24 meses? ¿Recidiva pulmonar única resecable (R0 garantizado)?
- Inmunoterapia sistémica
 - Resección metástasis ± QT posterior
 - Vigilancia si POLE-like
 - Re irradiación sistémica holopulmonar
46. Mujer con cáncer de mama HER2+, T2N1, recibe quimioterapia neoadyuvante y ganglios axilares previamente positivos se vuelven clínicamente negativos. Según SESPM 2022, la recomendación es:
- Linfadenectomía axilar completa
 - Biopsia selectiva del ganglio centinela con doble trazador
 - No realizar ninguna intervención
 - Radioterapia axilar única
47. ¿Cuál fue el objetivo principal del estudio SOUND en pacientes con cáncer de mama?
- Determinar si la omisión de la cirugía axilar es no inferior a la BSGC en pacientes con cáncer de mama temprano y axila negativa
 - Comparar la biopsia selectiva del ganglio centinela con la cirugía axilar completa.
 - Evaluar la eficacia de la quimioterapia adyuvante
 - Analizar la supervivencia global en pacientes con cáncer de mama
48. En el cáncer escamoso invasor de vulva, según la guía SEGO, ¿cuál es el criterio histológico mínimo para considerar linfadenectomía inguinal en tumores T1b?
- Profundidad de invasión ≥ 1 mm
 - Profundidad de invasión ≥ 2 mm
 - Tumor ≥ 2 cm de diámetro, sin importar profundidad
 - Cualquier tumor invasor de cualquier tamaño

- 49. Según la guía SEGO, en pacientes con cáncer vulvar y ganglios inguinales positivos sin invasión extracapsular, ¿cuál es la conducta adyuvante recomendada?**
- a. Radioterapia a campo inguinal y pélvico
 - b. Quimioterapia sola
 - c. Ningún tratamiento adicional
 - d. Re-escisión quirúrgica inmediata
- 50. En pacientes con carcinoma escamoso de vulva en estadio I postcirugía, según SEGO, ¿cuál es el intervalo recomendado para controles clínicos durante los primeros 2 años?**
- a. Cada 3 meses
 - b. Cada 6 meses
 - c. Cada 9 meses
 - d. Cada 12 meses
- 51. En carcinomas escamosos vulvares asociados a VPH, ¿cuál de los siguientes marcadores se ha correlacionado con mejor pronóstico y podría influir en estrategias terapéuticas futuras según la SEGO?**
- a. P16 positiva
 - b. P53 mutada
 - c. EGFR sobre expresado
 - d. Ki-67 <10%
- 52. En pacientes con carcinoma vulvar operado y márgenes quirúrgicos de 7.8 mm, sin afectación ganglionar, ¿qué recomienda la guía SEGO para minimizar recurrencia local?**
- a. Ningún tratamiento adicional, solo seguimiento
 - b. Radioterapia local adyuvante
 - c. Quimioterapia adyuvante
 - d. Re-escisión de todo el tejido vulvar
- 53. En pacientes con cáncer de vulva estadio II-III tratados quirúrgicamente con afectación ganglionar positiva, ¿cuál es el esquema de seguimiento recomendado por la SEGO para los primeros 3 años?**
- a. Consulta clínica y exploración inguinal cada 3 meses
 - b. Consulta clínica cada 6 meses y TAC pélvico anual
 - c. TAC pélvico semestral
 - d. TAC pélvico trimestral sin exploración clínica

- 54. Mujer de 40 años con trasplante renal, inmunodeprimida, presenta múltiples lesiones vulvares planas, pruriginosas, con sospecha de VIN de alto grado. ¿Cuál sería la actitud clínica recomendada?**
- Manejo conservador con observación, dada la inmunosupresión
 - Escisión quirúrgica de todas las lesiones visibles, priorizando lesiones sintomáticas o de alto riesgo
 - Aplicación de láser CO₂ sin confirmación histológica
 - No intervenir hasta la progresión a carcinoma invasivo
- 55. Durante la realización de una colposcopia a una paciente de 41 años, se observa una lesión en la zona de transformación con placas blanquecinas irregulares, bordes mal definidos y aspecto fibrilar tras aplicación de ácido acético. Este hallazgo sugiere lesión de alto grado. ¿Cómo se denomina este signo?**
- Signo del harapo
 - Signo de la cresta
 - Signo del punteado fino
 - Signo del halo
- 56. Una paciente presenta un carcinoma escamoso de vulva con las siguientes características: tumor de 1,5 cm de diámetro, invasión estromal de 2 mm de profundidad, sin afectación de ganglios linfáticos ni uretra, vagina o ano. Según la estadificación FIGO 2021, ¿cuál es el estadio clínico más preciso de esta paciente?**
- Estadio I a
 - Estadio I b c.
 - Estadio II
 - Estadio III
- 57. Sobre el papel de la determinación de mutaciones germinales como BRCA1 / BRCA2 en el cáncer de ovario:**
- No es necesaria para decidir tratamiento, pero sí para asesoramiento familiar
 - Es recomendada en toda neoplasia epitelial de ovario independientemente del estadio o historia familiar
 - Sólo está indicada en casos con antecedente familiar claro de cáncer de ovario o mama
 - Ninguna es correcta

- 58. En pacientes con cáncer seroso de ovario con respuesta completa o parcial a quimioterapia de primera línea basada en platino, la indicación de mantenimiento con inhibidor de PARP se decide fundamentalmente en función de:**
- a. La presencia de mutación BRCA germinal o somática y el perfil clínico/molecular de la paciente.
 - b. La existencia de metástasis pleurales exclusivamente.
 - c. El número de ciclos de taxano recibidos, pero sin considerar el estatus BRCA/HRD.
 - d. La edad de la paciente por encima de 50 años
- 59. En una paciente con carcinoma seroso de alto grado de ovario y respuesta completa clínica tras quimioterapia de primera línea, ¿qué marcadores/acciones son apropiados durante el seguimiento habitual?**
- a. No hacer seguimiento alguno si la paciente está clínica y analíticamente normal.
 - b. Seguimiento con exploración clínica periódica y determinación de CA-125 si éste fue útil antes, y uso de imagen por indicación clínica.
 - c. Realizar PET-TC cada 6 meses.
 - d. TC a los 6 y 12 meses
- 60. Respecto a la recurrencia de tumores borderline de ovario:**
- a. No se producen recidivas si se realiza cirugía conservadora.
 - b. La recidiva es posible incluso tras resección completa, pero suele tener comportamiento menos agresivo que el carcinoma invasivo y puede requerir nueva cirugía conservadora, si es factible.
 - c. La recidiva debe tratarse como carcinoma invasivo con quimioterapia sistémica.
 - d. Ninguna es correcta
- 61. Según la SEGO, ¿cuál es el patrón de recurrencia más frecuente de los leiomiomas uterinos?**
- a. Local en pelvis
 - b. Metastásico a pulmón
 - c. Metastásico a hígado
 - d. Diseminación peritoneal difusa

- 62. Una paciente de 50 años presenta una lesión cervical que mide 5 cm y se extiende al tercio inferior de la vagina, sin afectar la pared pélvica. La biopsia confirma carcinoma invasivo. Según la clasificación de la FIGO, ¿en qué estadio se encuentra esta paciente?**
- Estadio IIIA
 - Estadio IIIB
 - Estadio IIIC1
 - Estadio IIIC2
- 63. Criterios más aceptados para considerar preservación ovárica en cáncer epitelial de ovario:**
- Tumor bilateral y estadio III con deseo de fertilidad.
 - Tumor unilateral, histología de bajo grado (grado 1), estadio precoz y selección cuidadosa tras discusión multidisciplinar.
 - Metástasis hepática aislada
 - Invasión de la superficie ovárica con ascitis maligna
- 64. Sobre la utilización del marcador CA-125 en cáncer de ovario, la afirmación correcta es:**
- CA-125 es útil como prueba de cribado poblacional en mujeres asintomáticas.
 - CA-125 carece de utilidad en el seguimiento de respuesta terapéutica.
 - CA-125 es útil para monitorizar respuesta al tratamiento y detectar recidiva, especialmente si se encontraba elevado en fase inicial.
 - CA-125 sustituye siempre a la imagen para decidir cirugía de recurrencia.
- 65. En pacientes con VIN-HG, la Guía recomienda como tratamiento de elección:**
- Escisión quirúrgica amplia con márgenes histológicos libres
 - Monitoreo activo sin intervención
 - Tratamiento con imiquimod tópico sólo
 - Radioterapia local de rutina
- 66. ¿Cuál es la indicación quirúrgica más aceptada para un papiloma intraductal detectado por secreción sanguinolenta en la mama?**
- Vigilancia clínica sin cirugía
 - Ductografía seguida de escisión quirúrgica selectiva del papiloma
 - Mastectomía parcial inmediata
 - Radioterapia sin resección

67. ¿Cuál de las siguientes características de realce en RM es más sugestiva de malignidad?

- a. Realce homogéneo, lento y progresivo (tipo I)
- b. Realce heterogéneo con cinética rápida inicial y lavado tardío (tipo III)
- c. Realce lineal fino a lo largo del ducto sin nodularidad
- d. Realce periférico lineal

68. Una mujer de 27 años acude a consulta por lesiones verrugosas en la vulva, de evolución progresiva durante 2 meses. Se confirma el diagnóstico de condilomas acuminados. Según las guías de AEP, EADV, Papillomavirus-related guidelines y la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, ¿cuál es la conducta más recomendada como primera línea de tratamiento?

- a. Aplicación tópica de imiquimod 5% crema tres veces por semana hasta la resolución de las lesiones.
- b. Extirpación quirúrgica inmediata de todas las lesiones bajo anestesia.
- c. Aplicación de podofilotoxina al 0,5% vía intralesional una vez al mes.
- d. Observación sin tratamiento, dado que las lesiones pueden resolverse espontáneamente

69. Respecto al seguimiento histológico tras tratamiento médico de la hiperplasia endometrial sin atipia, ¿cuál es la recomendación más consistente basada en evidencia?

- a. Re biopsia a los 3–6 meses para confirmar regresión
- b. Solo seguimiento clínico sin biopsia
- c. Histerectomía inmediata
- d. Ecografía transvaginal anual sin intervención

70.Cuál es uno de los principales cambios que introduce la Ley Orgánica 1/2023 respecto a la interrupción voluntaria del embarazo

- a. Obliga a las mujeres a contar con autorización judicial siempre.
- b. Elimina el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en las primeras 14 semanas.
- c. Permite a las mujeres de 16 y 17 años interrumpir el embarazo sin consentimiento paterno.
- d. Establece la obligatoriedad de un plazo de reflexión de 7 días.

71. Según la Ley Orgánica 1/2023, ¿qué derecho se reconoce explícitamente en materia de salud sexual y reproductiva?

- a. Derecho a la educación sexual integral en todas las etapas educativas.
- b. Derecho a la objeción de conciencia colectiva en hospitales privados.
- c. Derecho exclusivo de los profesionales sanitarios a decidir la prestación de servicios.
- d. Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo solo en supuestos penales.

72. Qué finalidad persigue la regulación de la objeción de conciencia en la Ley Orgánica 1/2023

- a. Favorecer la negativa sistemática de los profesionales sanitarios.
- b. Garantizar que se respeten únicamente los derechos de los sanitarios.
- c. Asegurar la compatibilidad entre el derecho de las mujeres y el de los profesionales sanitarios.
- d. Permitir que los hospitales se declaren objetores.

73. Qué parámetros ecográficos apoyan el diagnóstico de pérdida gestacional

- a. Saco gestacional vacío con diámetro ≥ 25 mm sin embrión
- b. Longitud cráneo-rabadilla > 7 mm con latido presente
- c. Placenta previa en ecografía
- d. Cordón umbilical con flujo reducido

74. Qué estudio complementario puede solicitarse en pérdidas diferidas para consejo genético

- a. Cariotipo materno siempre
- b. Biopsia corial o estudio cromosómico de restos ovulares
- c. Perfil hormonal tiroideo
- d. Serología de hepatitis

75.Cuál es una indicación para aplicar la conducta expectante en embarazo ectópico

- a. Síntomas de dolor abdominal intenso
- b. Paciente asintomática y β -hCG de 5320 UI/L
- c. Paciente asintomática, buen estado general, β -hCG de 1500 UI/L
- d. Presencia de embrión con latido detectable

76. Qué condición es una contraindicación para el uso de metotrexato en el tratamiento del embarazo ectópico

- a. Paciente hemodinámicamente estable
- b. Ausencia de actividad cardíaca embrionaria
- c. Diámetro ectópico > 4 cm
- d. Capacidad de seguimiento del paciente

77. Sobre el tratamiento de la gestación ectópica con metotrexato, señale la INCORRECTA:

- a. El 35-60% de las pacientes pueden presentar dolor pélvico a los 3-7 días después de la administración de metotrexato.
- b. Para someterse a un tratamiento con metotrexato, el diámetro de la gestación ectópica debe ser inferior a 3,5-5 cms y no debe identificarse actividad cardíaca embrionaria.
- c. Tras el tratamiento con metotrexato se puede seguir visualizando ecográficamente una masa anexial en el lugar de la implantación tubárica que generalmente persiste más tiempo que los niveles séricos detectables de la hormona b-hCG.
- d. El tratamiento con metotrexato es de elección en pacientes con deseos genésicos que desean conservar intacto su aparato reproductor porque permite intentar una nueva gestación a partir de la tercera semana de su administración.

78. En cuanto al diagnóstico diferencial entre mola parcial y completa, ¿qué característica del cariotipo se describe para mola parcial?

- a. Cariotipo diploide (46, XX o XY)
- b. Triploide (69, XXX o 69, XXY) con origen paterno diándrico
- c. Tetraploide
- d. Cariotipo monosómico

79. ¿Cómo se realiza el seguimiento de los niveles de β -hCG tras la evacuación de la mola hidatiforme?

- a. Una sola medición a las 24-48 h y luego sólo si hay síntomas
- b. Determinaciones semanales hasta lograr 3 determinaciones consecutivas negativas (<5 mUI/L), luego mensuales hasta completar 6 meses
- c. Cada mes solamente, sin mediciones semanales
- d. Seguimiento solo ecográfico, sin β -Hcg

80. La localización más frecuente de las metástasis del coriocarcinoma gestacional es:

- a. Sistema nervioso central
- b. Pulmón
- c. Vagina
- d. Hígado

81. De entre los siguientes parámetros, ¿cuál no se considera útil en el cribado prenatal del primer trimestre de la gestación?

- a. Translucencia nuchal (TN).
- b. Edad de la madre.
- c. Determinaciones bioquímicas en la madre que pueden incluir niveles de beta-HCG y PAPP-A.
- d. Quistes en plexos coroideos por ecografía

82. En relación con el estudio prenatal de aneuploidías mediante el cribado combinado del primer trimestre ¿Cuál es la afirmación correcta?:

- a. El valor de la fracción libre de la gonadotropina coriónica se encuentra disminuido en la trisomía 21.
- b. Se realiza mediante la combinación de datos clínicos, analíticos y ecográficos.
- c. No está indicada en el primer trimestre en población gestantes de bajo riesgo.
- d. La translucencia nuchal debe medirse entre las 11 y 14 semanas, mediante la realización de un corte sagital y con el embrión en posición de hiperflexión.

83. Qué vistas ecográficas se consideran fundamentales en la evaluación cardíaca fetal básica en el segundo trimestre

- a. Corte de cuatro cámaras aisladamente
- b. Corte de cuatro cámaras + tractos de salida y corte de tres vasos con tráquea
- c. Corte de cuatro cámaras + vena umbilical + Doppler del flujo materno
- d. Corte de los tractos de salida aisladamente

84. Qué limitación importante presenta la QF-PCR en el diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas

- a. No puede detectar trisomías de los cromosomas 13, 18 y 21
- b. No identifica alteraciones estructurales ni mosaicismos de bajo nivel
- c. No permite analizar cromosomas sexuales
- d. Requiere cultivo celular prolongado

85. ¿Qué ventaja tiene el cribado combinado del primer trimestre respecto al ADN fetal libre?

- a. Mayor sensibilidad para T21
- b. Menor tasa de falsos positivos
- c. Permite evaluar marcadores ecográficos y detectar anomalías estructurales tempranas
- d. No requiere analítica materna

86. ¿Cuál es el riesgo global de malformaciones congénitas en hijos de mujeres con epilepsia tratadas con antiepilépticos?

- a. Similar al de la población general (2 %)
- b. 2-3 veces mayor (aprox. 4-6 %)
- c. 10-12 %
- d. >20 %

87. ¿Cuál es la actitud respecto a monitorización de niveles de antiepilépticos durante el embarazo?

- a. No se recomienda ningún control
- b. Solo al inicio y al final del embarazo
- c. Monitorización periódica, especialmente en fármacos como lamotrigina y levetiracetam
- d. Solo si la paciente presenta crisis

88. En pacientes con Diabetes Gestacional ¿Cuáles son los objetivos metabólicos intraparto que deben mantenerse?

- a. Glucemia capilar entre 80-120 mg/dl y cetonuria presente
- b. Glucemia capilar entre 70-110 mg/dl y sin cetonuria
- c. Glucemia capilar entre 60-100 mg/dl y cetonuria presente
- d. Glucemia capilar entre 90-120 mg/dl y cetonuria ausente

89. Si la LCC es ≥ 84 mm y el DBP es < 60 mm, ¿qué método de datación se recomienda?

- a. Por PC
- b. Por FUR
- c. Por DBP
- d. Por LCC

90. Si el DBP ≥ 60 mm y la FUR es incierta, ¿cuál es la secuencia de datación si DBP < 85 mm y si DBP > 85 mm?

- a. DBP < 85 mm: datación por DBP; DBP > 85 mm: datación por PC y LF
- b. DBP < 85 mm: datación por PC; DBP > 85 mm: datación por FUR
- c. DBP < 85 mm: datación por CRL; DBP > 85 mm: datación por LCC
- d. DBP < 85 mm: datación por LCC; DBP > 85 mm: datación por CRL

91. Para establecer diagnóstico de CIR tipo II (Crecimiento Intrauterino Retardado), ¿qué combinación de hallazgos se requiere?

- a. PFE $< p3$ y IPACM $> p95$
- b. PFE $< p10$ y UA-AEDV con flujo diastólico ausente en AU en $>50\%$ de ciclos en dos arterias y en dos ocasiones >12 h
- c. IP umbilical $> p95$ y IP medio AUt $> p95$
- d. Flujo diastólico reverso en DV en dos ocasiones $>6-12$ h

92. Una gestante de 29 semanas, sin hipertensión, presenta cefalea intensa persistente, epigastralgia y plaquetopenia de 90.000/mm³. ¿Cuál es la utilidad de solicitar el ratio sFlt-1/PIGF en este caso?

- a. No tiene utilidad, ya que la paciente no es hipertensa.
- b. Sirve para descartar PE si el resultado es <38.
- c. Confirma PE únicamente si la proteinuria supera 5 g/24h.
- d. Solo se solicita en gestaciones >34 semanas

93. En una gestación de 33 semanas con proteinuria de nueva aparición y Doppler uterino anormal, el ratio sFlt-1/PIGF es de 85. ¿Qué interpretación es correcta?

- a. Excluye PE de manera definitiva.
- b. Confirma PE, dado que supera el umbral de para la edad gestacional
- c. se debe reevaluar en una semana.
- d. No es válido en ausencia de hipertensión arterial

94. Según la clasificación de la OMS modificada, en relacion a gestación y cardiopatías, ¿cuál de las siguientes patologías se considera OMS I (sin aumento de mortalidad materna y leve aumento de morbilidad)?

- a. Válvula mecánica.
- b. Estenosis pulmonar no complicada.
- c. Miocardiopatía hipertrófica.
- d. Hipertensión arterial pulmonar.

95. El síndrome de Marfan con dilatación aórtica de 42 mm se clasifica como:

- a. OMS I.
- b. OMS II.
- c. OMS III.
- d. OMS IV.

96. Mujer de 27 años con antecedente de válvula mecánica aórtica en tratamiento anticoagulante acude a consulta preconcepcional. Según la OMS modificada, su embarazo se clasifica como:

- a. OMS I
- b. OMS II
- c. OMS III
- d. OMS IV

97. ¿Cuál es el criterio bioquímico más sensible para el diagnóstico de Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG)?

- a. Elevación de transaminasas
- b. Aumento de la bilirrubina
- c. Ácidos biliares >10 µmol/L
- d. Fosfatasa alcalina >500 UI/L

98. En la Colestasis Intrahepática Gestacional, los ácidos biliares $\geq 100 \mu\text{mol/L}$ se asocian a:

- a. Mayor riesgo de prurito materno
- b. Mayor riesgo de morbilidad fetal
- c. Mayor riesgo de insuficiencia hepática aguda
- d. Ninguna relevancia clínica

99. ¿Cuál de los siguientes hallazgos orienta más hacia una hepatitis autoinmune en el embarazo que hacia una Colestasis Intrahepática Gestacional?

- a. Prurito palmo-plantar
- b. Anticuerpos anti músculo liso positivos
- c. Elevación de ácidos biliares
- d. Resolución espontánea tras el parto

100. En la Colestasis Intrahepática Gestacional, la ictericia aparece:

- a. Como síntoma inicial en la mayoría de los casos
- b. Siempre junto con exantema
- c. En un 25% de los casos, tras semanas de prurito
- d. Nunca en el embarazo

101. En pacientes con riesgo de insuficiencia cardíaca durante la gestación, se recomienda:

- a. Aumentar el consumo de líquidos a 3 litros/día.
- b. Evitar el decúbito lateral.
- c. Restringir líquidos a 1.5–2 L/día y reducir sodio.
- d. Realizar ejercicio físico intenso para mejorar la función cardíaca

102. Con respecto a los hematomas placentarios señale la respuesta falsa:

- a. Se clasifican en función de su localización en subamnióticos, subcoriónicos y retroplacentarios.
- b. Por estudio Doppler color presentan abundante vascularización.
- c. El hematoma retroplacentario se define como el hematoma que separa el corion frondoso de la decidua basal.
- d. El hematoma retroplacentario se produce por sangrados de alta presión y es de origen materno.

103. En la asistencia al parto de una gestación múltiple, señale la respuesta verdadera:

- a. Una gestación gemelar bicorial-biamniótica debe finalizarse entre las 39-40 semanas.
- b. En una gestación triple se practicará cesárea electiva preferiblemente a las 32-34 semanas.
- c. En una gestación monocorial-monoamniótica se practicará cesárea electiva previa maduración pulmonar con corticoides preferentemente entre 32-33 semanas.
- d. En una gestación gemelar bicorial-biamniótica, una vez que nace el primer gemelo adoptaremos una actitud intervencionista activa, para que el intervalo de tiempo entre el nacimiento de ambos gemelos no supere los 15 minutos

104. Implicaría un diagnóstico ecográfico de gestación gemelar bicorial-biamniótica:

- a. El signo ecográfico Lambda en ecografía de las 12 semanas.
- b. 2 vesículas vitelinas en 2 sacos gestacionales en 1º trimestre.
- c. Sexos diferentes en la exploración de ambos fetos
- d. Todas las anteriores.

105. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un criterio diagnóstico de Síndrome de Transfusión Feto-Fetal?:

- a. Discordancia de peso.
- b. Receptor con polihidramnios y vejiga urinaria distendida.
- c. Donante con oligoamnios y vejiga urinaria colapsada.
- d. Membrana interamniótica fina con inserción en la placenta en T

106. ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo de placenta ácreta?:

- a. Multiparidad.
- b. Síndrome de Asherman.
- c. Gestación conseguida mediante FIV.
- d. Adenomiosis.

107. Sólo uno de estos patrones cardiotocográficos es sugerente de pérdida de bienestar fetal:

- a. Desaceleraciones DIP 1.
- b. Patrón sinusoidal.
- c. Variabilidad >5 latidos/min.
- d. Recuperación rápida de la línea de base.

108. Ante una gestante de 30 semanas con test de Coombs indirecto positivo 1/32, señale la técnica más adecuada para el diagnóstico de anemia fetal:

- a. Cordocentesis.
- b. Control de títulos maternos y en función de éstos decidir transfusión.
- c. Estudio de la velocidad picosistólica en la arteria cerebral media.
- d. Estudio de ductus venoso fetal.

109. Señale la respuesta incorrecta con respecto a la isoimmunización:

- a. Se consideran de alto riesgo las isoimmunizaciones anti Kell y anti RHc con cualquier título de anticuerpos.
- b. La cordocentesis estaría indicada en caso VS-ACM >1.5 MoM.
- c. La cordocentesis estaría indicada en presencia de feto hidrópico.
- d. Se indicará transfusión intrauterina si la Hb fetal se encuentra por debajo de 1.5 DS para la edad gestacional.

110. Se consideran hallazgos ecográficos diagnósticos de hidrops fetal los siguientes excepto:

- a. Grosor placentario >4 cm en segundo trimestre y > 6cm en el tercer trimestre.
- b. Oligoamnios.
- c. Derrame pericárdico > 2ml.
- d. Derrame pleural

111. Todos los siguientes se consideran factores de riesgo de hemorragia postparto excepto:

- a. IMC materno bajo.
- b. Gestación conseguida mediante FIV.
- c. Prematuridad.
- d. Polihidramnios

112. Con respecto a la prevención de la hemorragia postparto señale la respuesta incorrecta:

- a. El pico de acción del misoprostol es más largo por vía oral que rectal y la duración de la acción es superior por vía oral.
- b. Se aconsejan como medidas adicionales a la administración de uterotónicos, la tracción controlada del cordón y, en mujeres de alto riesgo de hemorragia postparto, la administración de ácido tranexámico.
- c. El pinzamiento precoz del cordón umbilical no parece tener ningún efecto en la prevención de la hemorragia postparto
- d. La carbetocina es un análogo sintético de la oxitocina con una vida media más larga que la oxitocina.

113. ¿Qué afirmación es correcta respecto a la hemorragia postparto?

- a. Una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la incidencia de hemorragia postparto.
- b. Las causas responden a la regla mnemotécnica de las 4 t: tono (atonía), tejido (retención de restos), trauma (en el tracto genital) y trombina (alteraciones de la coagulación).
- c. Es recomendable el manejo de la hemorragia postparto por un equipo multidisciplinar.
- d. Todas las anteriores son ciertas.

114. En cuanto a la profilaxis de la enfermedad tromboembólica durante la gestación señale la respuesta correcta:

- a. La HBPM cruza a placenta y se excreta en leche materna.
- b. La infección por Covid-19 se considera factor de riesgo trombótico.
- c. El riesgo de trombosis postparto es mayor en las cesáreas electivas que en las cesáreas urgentes.
- d. En pacientes sin antecedentes de tromboembolismo ni trombofilias el embarazo, ante la presencia de 4 o más factores de bajo riesgo antenatal no estaría indicado el tratamiento profiláctico con HBPM anteparto.

115. En una gestante portadora del Factor V Leiden en heterocigosis, la profilaxis tromboembólica más adecuada sería:

- a. Profilaxis postparto durante 6-8 semanas.
- b. Profilaxis anteparto a partir de semana 28 en casos asociados a un factor de riesgo.
- c. Profilaxis desde el inicio de la gestación y 6-8 semanas postparto.
- d. a y b son correctas.

116. Señale el enunciado falso con respecto a la medición de cérvix en la APP:

- a. Vaciar la vejiga antes de la exploración.
- b. Aumentar la imagen, de forma que el cérvix ocupe al menos el 50-75% de la pantalla.
- c. Presionar el cérvix para facilitar la visualización de funneling
- d. Realizar varias medidas (al menos 3) y emplear la de menor tamaño para decidir el manejo.

117. Respecto al Parto Pretérmino, señale la respuesta correcta:

- a. En la medida de la longitud cervical en el segundo trimestre en gestaciones asintomáticas únicas o gemelares, el punto de corte para definir un cérvix corto es ≤ 25 mm.
- b. Se recomienda la administración profiláctica universal de antibióticos en la amenaza de parto prematuro.
- c. Se aconseja el criado universal de vaginosis bacteriana
- d. La suplementación con probióticos y AAS durante la gestación se aconseja para reducir el parto pretérmino.

118. Señale la respuesta falsa con respecto a la amenaza de parto pretérmino:

- a. Se recomienda la administración de progesterona natural micronizada por vía vaginal en gestantes asintomáticas con gestación única y cérvix corto para prevenir el parto pretérmino.
- b. En caso de 3 abortos tardíos o partos prematuros, está indicada la realización de un cerclaje.
- c. En una gestación de 25 semanas, asintomática, con dilatación de 2cm y membranas visibles a través de OCE, está indicado hacer un cerclaje.
- d. Se aconseja el uso de pesario vaginal como tratamiento profiláctico en gestaciones gemelares.

119. Señale la respuesta correcta con respecto al manejo de la APP:

- a. Se aconseja el reposo absoluto en gestaciones únicas con amenaza de parto prematuro.
- b. Se aconseja el empleo de sulfato de magnesio como neuroprotector cuando se prevea un parto inminente antes de la semana 35.
- c. Se recomienda repetir la administración de corticoides para maduración pulmonar fetal (1 o 2 dosis) antes de las 34 semanas de gestación únicamente en pacientes en las que persiste el riesgo de parto pretérmino 7 o más días después de la tanda inicial, hasta un máximo de 3 dosis de recuerdo.
- d. Los antagonistas de la oxitocina, estarían contraindicados en pacientes cardiopatas.

120. ¿Cuál sería el agente tocolítico de primera elección en una paciente con gestación monocorial-biamniótica de 31 semanas con un cérvix de 12 mm y dinámica uterina regular?

- a. Antagonistas de la Oxitocina.
- b. Indometacina.
- c. Nifedipina.
- d. Ritodrina.

121. Si decidimos un manejo expectante de la gestación cronológicamente prolongada, ¿cuál es la respuesta verdadera?

- a. Se debe monitorizar el bienestar fetal cada 24 horas a partir de la semana 41.
- b. La presencia de oligoamnios se ha relacionado con peores resultados perinatales.
- c. El perfil biofísico tiene un elevado valor predictivo positivo para detectar hipoxia fetal.
- d. El parámetro Doppler que mejor predice los peores resultados perinatales en la gestación cronológicamente prolongada ha sido el Doppler arterias umbilicales.

122. Respecto a la inducción de parto, señale la respuesta incorrecta:

- a. El balón cervical se asocia a una menor hipertonicidad uterina por lo que es recomendable su uso en mujeres con cesárea anterior.
- b. El fármaco de primera elección para maduración cervical en una paciente con cesárea anterior sería el misoprostol.
- c. Existe un mayor riesgo de rotura uterina durante el parto si este tiene lugar antes de 18 meses de la cesárea anterior.
- d. Las pacientes con gestación gemelar susceptibles de parto, son candidatas a intento de parto vaginal.

123. Señale la respuesta correcta con respecto a la inducción de parto:

- a. Se aconseja el uso de un catéter de presión interna en las pacientes cesárea anterior.
- b. La estimulación con oxitocina está contraindicada en el parto de una paciente con cesárea anterior
- c. La analgesia epidural no se aconseja en pacientes con cesárea anterior.
- d. La versión cefálica externa no está contraindicada en gestantes con cesárea previa.

124. Con respecto a las siguientes indicaciones de inducción de parto, señale la respuesta incorrecta:

- a. Se aconseja la inducción de parto entre las 37-40 semanas en pacientes con ácidos biliares $> 40\mu\text{mol/l}$.
- b. Existe una evidencia fuerte a favor de la inducción antes de semana 40 en caso de sospecha de macrosomía fetal, de cara a reducir la incidencia de distocia de hombros.
- c. La evidencia actual es muy limitada para recomendar la inducción antes de las 41 semanas en pacientes con obesidad.
- d. No debe ofrecerse una inducción a pacientes con parto precipitado previo solo para evitar un parto no atendido por personal sanitario.

125. Gestante de 30 semanas, primigesta que acude refiriendo pérdida de líquido por vagina de 4 horas de evolución. A la exploración presenta salida franca de líquido amniótico claro, una longitud de cérvix de 29 mm y un feto en presentación cefálica con RCTG normal sin dinámica uterina. ¿Cuál de las siguientes opciones estaría indicada con respecto al manejo de esta paciente?

- a. Toma de T^a, extracción de analítica, cultivo vagino-rectal e inicio de reposo absoluto en todos los casos.
- b. Inicio de tocolisis con Atosiban
- c. Iniciar profilaxis antibiótica frente a SGB, Gram negativos y positivos y Ureaplasma spp.
- d. Maduración pulmonar fetal e iniciar neuroprotección fetal con sulfato de magnesio.

126. ¿Cuál de los siguientes no se incluye entre los criterios de Gibbs para el diagnóstico de corioamnionitis?

- a. Fiebre materna $>38^{\circ}$.
- b. Taquicardia materna >100 lpm.
- c. Taquicardia fetal >16 lpm.
- d. PCR en analítica >50 mg/L.

127. El útero de Couvelaire se caracteriza por:

- a. Extravasación de sangre al miometrio tras desprendimientos de placenta severos.
- b. Hipertonía uterina tras rotura uterina
- c. Responder mejor a los tratamientos convencionales para atonía uterina
- d. No asociarse a atonía uterina

128. Entre los signos ecográficos de acretismo placentario se encuentran los siguiente salvo:

- a. Pérdida o irregularidad del plano hipoecoico en la interfase placenta-miometrio.
- b. Hipovascularización útero vesical.
- c. Vasos con flujo turbulento de alta velocidad que van desde el miometrio hacia las lagunas placentarias.
- d. Todas las anteriores son ciertas.

129. En una gestante de 31 semanas que ingresa por placenta previa sintomática, ¿Cuál de las siguientes actuaciones no estaría indicada?

- a. En gestantes Rh-D negativas con Rh fetal positivo o si no se dispone de genotipado Rh fetal, administrar gammaglobulina anti-D.
- b. El tratamiento tocolítico se administrará a pesar de longitud cervical normal o ausencia de dinámica uterina.
- c. Maduración pulmonar fetal y neuroprotección con sulfato de magnesio
- d. Todas las anteriores estarían indicadas

130. ¿Cuál de los siguientes parámetros no forma parte de la evaluación del perfil biofísico?

- a. Movimientos respiratorios.
- b. Tono fetal.
- c. Doppler fetal arteria umbilical.
- d. RCTG.

131. El diagnóstico de acidosis fetal se diagnostica por los siguientes parámetros excepto:

- a. pH <7.00
- b. pCO₂ >75mmHg
- c. Exceso de bases < - 5 mmEq/L
- d. Lactato >10mmol/L

132. Señale la respuesta incorrecta con respecto al control de bienestar fetal intraparto:

- a. La presencia de > 4 contracciones en 10 minutos se consideran una polisistolia.
- b. El cycling refleja la integridad del sistema nervioso autónomo fetal y traduce la alternancia del patrón sueño-vigilia.
- c. Durante el período de sueño fetal, que generalmente no supera los 50-60 minutos, hay una disminución de la variabilidad y ausencia de aceleraciones.
- d. Para considerar una aceleración, el pico máximo debe estar ≥15 ppm por encima de la línea de base (10 ppm en gestaciones de <32 semanas) durante ≥15 segundos desde el inicio hasta el retorno a la línea de base y <10 minutos.

133. Gestante de 34 semanas que refiere dolor abdominal brusco, marcada hipotensión, sangrado vaginal escaso e hipertoniá uterina, objetivándose latido cardíaco fetal positivo. ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta?

- a. Se trata de un DPPNI y al estar de 34 semanas se puede intentar un tratamiento conservador.
- b. Se trata de un DPPNI, se debe administrar hidratación iv, ecografía y si el desprendimiento es mayor del 40% inducir el parto.
- c. Se trata de un DPPNI y se debe inducir el parto independientemente del porcentaje del desprendimiento.
- d. Se trata de un DPPNI y se debe finalizar la gestación mediante cesárea

134. ¿Cuál es el manejo ambulatorio en gestante con PCR SARS COV2 en exudado nasofaríngeo positivo sin criterios de hospitalización?:

- a. Antitérmicos si precisa.
- b. HBPM a dosis profilácticas durante mínimo de 10 días.
- c. Aislamiento domiciliario con higiene de manos y aislamiento del resto de familiares.
- d. Todas las anteriores son correctas

135. Con respecto a la endometritis puerperal, señale la respuesta correcta:

- a. Generalmente, se trata de infecciones monomicrobianas.
- b. El tratamiento con ingreso hospitalario se reservará a casos con criterios de gravedad.
- c. En caso de precisar legrado se aconseja que sea aspirativo.
- d. No se aconseja el uso de HBPM.

136. Señale la respuesta incorrecta con respecto a la mastitis puerperal:

- a. Los géneros Staphylococcus y Streptococcus son los principales agentes etiológicos.
- b. Si se precisara drenaje de un absceso mamario se debe suspender la lactancia y las extracciones manuales o mecánicas de la mama afecta.
- c. El antibiótico de elección sería el cefadroxilo 1 gr /8h vía oral o cefalexina 1gr / 8 h vía oral durante 7-10 días y como alternativa amoxicilina-clavulánico si se sospecha mastitis por anaerobios y/o bacilos Gram negativos.
- d. En general, la mastitis aguda se maneja de forma ambulatoria.

137. ¿Cuál es la forma política del Estado español?

- a. La Monarquía Parlamentaria.
- b. La Monarquía Absoluta.
- c. La República Parlamentaria.
- d. La República Federal Constitucional.

138. Señale la respuesta incorrecta:

- a. El derecho a la protección de la salud aparece recogido en el artículo 43 de la Constitución Española.
- b. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- c. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte.
- d. La constitución no recoge el derecho a la protección de la salud.

139. ¿Quién convoca las elecciones a la Asamblea de Extremadura?

- a. El presidente de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- b. El presidente de la Asamblea de Extremadura.
- c. El consejero competente en materia de Función Pública.
- d. El presidente del Congreso de los Diputados.

140. ¿A quién le corresponde el ejercicio de la potestad legislativa de la Comunidad Autónoma de Extremadura?

- a. A la Junta de Extremadura.
- b. Al presidente de la Junta de Extremadura.
- c. A la Asamblea de Extremadura.
- d. Al Consejo Económico y Social.

141. El personal estatuario sanitario, en función del título exigido para el ingreso, se clasifica en:

- a. Personal de formación universitaria y personal de formación profesional.
- b. Personal de formación universitaria, de formación profesional y otro personal.
- c. Personal de formación básica y personal de formación superior.
- d. Ninguna de las respuestas es la correcta.

142. ¿En cuál de los siguientes supuestos se expedirá un nombramiento de sustitución?

- a. Para el desempeño de plaza vacante.
- b. Para la ejecución de programas de carácter temporal.
- c. En caso de exceso o acumulación de tareas.
- d. En los supuestos de reducción de jornada ordinaria del personal estatutario.

143. ¿Cuál de las siguientes no se considera causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo?

- a. La renuncia.
- b. La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para su nombramiento.
- c. La jubilación.
- d. La incapacidad temporal.

144. La renuncia a la condición de personal estatutario fijo debe realizarse:

- a. Con antelación mínima de 15 días a la fecha en que se desee hacer efectiva.
- b. Con antelación mínima de 5 días a la fecha en que se desee hacer efectiva.
- c. Con antelación mínima de 10 días a la fecha en que se desee hacer efectiva.
- d. Con antelación mínima de 20 días a la fecha en que se desee hacer efectiva.

145. De conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, la financiación de la asistencia sanitaria prestada se realizará, entre otras, a cargo de:

- a. Cotizaciones sociales.
- b. Tasas por prestación de determinados servicios.
- c. Tributos estatales cedidos.
- d. Todas las respuestas son correctas.

146 ¿A qué organismo se encuentra adscrito el Consejo Extremeño de Salud?

- a. A la Consejería competente en materia de Sanidad.
- b. A la Consejería competente en materia de Función Pública.
- c. A la Presidencia de la Junta de Extremadura.
- d. A la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud.

147. Señale la respuesta correcta, de conformidad con lo previsto en la Ley de Salud de Extremadura:

- a. Las prestaciones ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Extremadura serán, como mínimo, las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.
- b. Las prestaciones ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Extremadura serán las mismas que las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.
- c. En ningún caso cabe incluir nuevos servicios y prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Extremadura diferentes a los servicios y prestaciones previstas para el Sistema Nacional de Salud.
- d. Las prestaciones ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Extremadura no podrán superar las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.

148. Señale la respuesta correcta, con respecto al Defensor de los Usuarios:

- a. El Defensor de los Usuarios será designado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del Consejo Regional de Consumidores y Usuarios por un período de cinco años.
- b. El Defensor de los Usuarios será designado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del Consejo de la Juventud por un período de cuatro años.
- c. El Defensor de los Usuarios será designado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del Consejo Regional de Consumidores y Usuarios por un período de tres años
- d. El Defensor de los Usuarios será designado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta de la Consejería de Sanidad por un período de cinco años.

149. ¿Quién nombra al director gerente del Servicio Extremeño de Salud?

- a. El Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, a propuesta del titular de la Consejería competente en materia de función pública.
- b. El Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, a propuesta del titular de la Consejería competente en materia de sanidad.
- c. El titular de la Consejería en materia de sanidad, a propuesta del titular de la Consejería competente en materia de función pública.
- d. El presidente de la Junta de Extremadura, a propuesta del Consejo de Gobierno.

150. De conformidad con lo dispuesto en los Estatutos del Organismo Autónomo, Servicio Extremeño de Salud ¿A quién le corresponde le nombramiento de personal estatutario fijo del Servicio Extremeño de Salud?

- a. Al director gerente.
- b. Al titular de la consejería en materia de sanidad.
- c. Al presidente de la Junta de Extremadura.
- d. A la Dirección General de Recursos Humanos

151. De conformidad con lo previsto en los Estatutos del Organismo Autónomo, Servicio Extremeño de salud, el control sanitario de los establecimientos públicos corresponde a:

- a. La Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud
- b. la Presidencia de la Junta.
- c. La Consejería competente en materia de sanidad.
- d. La Dirección General de Salud Pública.

152. Dentro de la clasificación del personal del Organismo autónomo, servicio Extremeño Salud, ¿señala cuál no está incluido?

- a. Funcionario interino.
- b. Personal laboral
- c. Personal eventual.
- d. Personal becario.

PREGUNTAS DE RESERVA:**1. Señale la respuesta correcta. En caso de que la Asamblea de Extremadura aprobase una moción de censura:**

- a. El presidente de la Comunidad Autónoma cesará automáticamente de sus funciones y el candidato propuesto en dicha moción se entenderá investido de la confianza de la Cámara, dándose cuenta al Rey para su nombramiento.
- b. El presidente de la Comunidad Autónoma cesará en el plazo de cinco días y se convocarán nuevas elecciones.
- c. El presidente de la Comunidad Autónoma no cesará en ningún caso.
- d. El presidente de la Comunidad Autónoma cesará en el plazo de 20 días, transcurridos los cuales, el candidato propuesto en la moción de censura se entenderá investido de la confianza de la cámara, dándose cuenta al Rey para su nombramiento.

2. Señala la respuesta correcta, con respecto al cese de los Diputados de la Asamblea de Extremadura:

- a. Sin perjuicio de otras causas, los diputados cesan a los cuatro años de su elección o en la fecha de publicación oficial del decreto de convocatoria de elecciones, tanto en caso de disolución anticipada como en el de agotamiento de la legislatura.
- b. Sin perjuicio de otras causas, los diputados cesan a los tres años de su elección o en la fecha de publicación oficial del decreto de convocatoria de elecciones, tanto en caso de disolución anticipada como en el de agotamiento de la legislatura.
- c. Sin perjuicio de otras causas, los diputados cesan a los dos años de su elección o en la fecha de publicación oficial del decreto de convocatoria de elecciones, tanto en caso de disolución anticipada como en el de agotamiento de la legislatura.
- d. Sin perjuicio de otras causas, los diputados cesan a los cinco años de su elección o en la fecha de publicación oficial del decreto de convocatoria de elecciones, tanto en caso de disolución anticipada como en el de agotamiento de la legislatura.

3. El mayor riesgo de complicaciones en gestantes con cardiopatía ocurre:

- a. Durante el primer trimestre.
- b. En el segundo trimestre.
- c. Durante el parto y las primeras 24-48h posparto.
- d. Solo después de la lactancia.

4. Señale la respuesta incorrecta con respecto a la infección por COVID-19 durante la gestación:

- a. La lactancia materna estaría contraindicada.
- b. En Gestante ≥ 4 factores de riesgo trombótico: Mantener HBPM profiláctica durante gestación y hasta un mínimo de 6 semanas postparto.
- c. En una gestante con infección COVID-19 o sospecha y clínicamente estable no hay indicación de adelantar el parto o realizar una cesárea.
- d. Ante fiebre persistente $> 38^{\circ}\text{C}$ a pesar de paracetamol, radiografía de tórax con signos de neumonía, alteraciones analíticas como: PCR $> 7\text{mg/dl}$, linfocitos $< 1000\text{ cels/mm}^3$, ferritina $> 400\text{ng/mL}$, y LDH $> 300\text{ U/L}$, en una gestante la actitud indicada sería ingreso hospitalario.

5. Señale la respuesta incorrecta con respecto al control de bienestar fetal intraparto:

- a. Ante los primeros signos de hipoxia fetal, se activarán los barorreceptores periféricos que condicionarán un aumento de la frecuencia cardíaca fetal basal mediante la liberación de catecolaminas por las glándulas suprarrenales.
- b. Ante los primeros signos de hipoxia fetal, se activarán los quimiorreceptores.
- c. Los cambios hemodinámicos fetales en respuesta a la hipoxia fetal se pueden clasificar en 4 tipos de respuesta fetal: hipoxia aguda, hipoxia subaguda, progresiva y sospecha de insuficiencia placentaria latente.
- d. Un signo de buena respuesta y preservación del sistema nervioso central será el mantenimiento de la variabilidad de la FCF y la presencia de aceleraciones.

6. ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo para desprendimiento de prematura de placenta normoinserta?

- a. Antecedente de desprendimiento de placenta.
- b. Edad < 19 años.
- c. Tabaco.
- d. Factor V Leyden

7. Señale la respuesta incorrecta con respecto al manejo del desprendimiento de placenta:

- a. Si se diagnostica de éxitus fetal existe un menor riesgo de complicaciones como la CID o hemorragia postparto.
- b. Es aconsejable la determinación del fibrinógeno para descartar la presencia de CID.
- c. El uso de tocolíticos no está aconsejado.
- d. La vía de finalización será la cesárea pudiendo contemplar un parto vaginal en casos de éxitus fetal y madre hemodinámicamente estable y sin criterios de CID.

8. Según SESPM 2022, la tasa mínima de detección del ganglio centinela para considerarse técnica válida es:

- a. 80%
- b. 85%
- c. 90%
- d. 95%

9. Según la Guía AEPCC, ¿cuál es la característica histológica clave que diferencia la neoplasia intraepitelial vulvar de bajo grado (VIN-LG) de alto grado (VIN-HG)?

- a. Presencia de células displásicas limitadas a la capa basal del epitelio
- b. Involucramiento completo del espesor del epitelio por células displásicas
- c. Inflamación estromal asociada a infección por HPV de bajo riesgo
- d. Formación de queratinocitos multinucleados en la capa superficial

10. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de VIN, la Guía de la AEPCC destaca que:

- a. La infección por HPV de alto riesgo es más relevante en VIN de tipo usual (uVIN) que en VIN diferenciada (dVIN)
- b. La edad avanzada se asocia principalmente con Uvin
- c. La dermatitis liquenoide es un factor protector frente a dVIN
- d. La inmunosupresión no tiene relevancia clínica en la aparición de VIN

11. Señale la respuesta CORRECTA respecto al consentimiento informado:

- a. Una vez otorgado el consentimiento informado no puede revocarse.
- b. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento informado en cualquier momento.
- c. El consentimiento será por escrito por regla general.
- d. En ningún caso, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento.

12. Señala la respuesta correcta. De conformidad con lo dispuesto en la Ley de tiempo de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura, los pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura, serán atendidos dentro de:

- a. 180 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas.
- b. 90 días naturales para acceso a primeras consultas externas.
- c. 150 días naturales para pruebas diagnósticas/terapéuticas.
- d. 90 días naturales en caso de intervenciones quirúrgicas.