

PREGUNTAS SIN HACER No deja ver corregido el examen

1. Entre los objetivos del tratamiento de la disfunción placentaria, señala cuál de las siguientes opciones es FALSA: **(modulo 4 debajo de video 1)**

- Reducir la inflamación placentaria. Ok
- Estimular el crecimiento placentario y fetal. Ok
- Minimizar el estrés oxidativo. Ok
- **Aumentar la producción placentaria de factores angiogénicos como el sFlt-1. ****No disminuris**
- Mejorar el flujo sanguíneo útero-placentario y feto-placentario. ok
Guardar y continuar más tarde

2. En relación al cribado de preeclampsia (PE) pretérmino en el primer trimestre, es cierto que:

- Todas las respuestas son falsas
- El registro del Doppler se debe ubicar sobre la arteria uterina con un ángulo de insonación mayor a 30 grados.
 - **** falso modulo 2 punto 4.2 El registro del Doppler se debe ubicar sobre la arteria uterina con un ángulo de insonación menor a 30 grados
- **Permitiría iniciar tratamiento preventivo con aspirina 150 mg/día, idealmente en el momento de la cena, en mujeres de alto riesgo.**
 - ***verdadero??? MODULO 2 PUNTO 4 4.- Realización del cribado de preeclampsia en el primer trimestre El objetivo es por tanto la identificación precoz de mujeres con riesgo elevado de desarrollar preeclampsia lo que permitiría establecer una supervisión intensiva materna y fetal además de iniciar tratamiento preventivo con aspirina 150 mg/día, idealmente en el momento de la cena.
- El mejor método se basa únicamente en identificar la presencia o ausencia de factores de riesgo según características maternas e historia previa. ***falso (modulo 2 punto 5) existe un método efectivo de cribado de PEpretérmino en el primer trimestre del embarazo que, combinando las características e historia maternas con el Doppler de las arterias uterinas y otros biomarcadores, consigue TD de alrededor de 75% para una TCP del 10%, siendo superior a cualquier otro método de cribado
- En mujeres con PE establecida, existe una disminución en el índice de pulsatilidad de las arterias uterinas. ***Falso modulo 2 punto 4.2 Generalmente, a medida que avanza el embarazo existe una disminución significativa en la resistencia de las arterias espirales en especial entre las semana 24 a 26.41 Por el contrario, en mujeres con PE establecida, existe un aumento en el índice de pulsatilidad (IP) de las arterias uterinas, alteración que puede estar presente desde el primer trimestre del embarazo.

- Guardar y continuar más tarde

3. Indique la afirmación incorrecta acerca del comportamiento habitual de los marcadores sFlt-1 y PIGF a lo largo del embarazo:

Los valores normales y patológicos del cociente sFlt-1/PIGF se acercan más e incluso se solapan parcialmente en el embarazo a término.

- Los valores más bajos del cociente sFlt-1/PIGF suelen obtenerse al final del segundo trimestre/comienzo del tercer trimestre.
- Una cifra del cociente sFlt-1/PIGF > 38 puede ser normal en el primer trimestre del embarazo.
- El PIGF tiende a aumentar durante el segundo trimestre del embarazo. ****verdadero**
 - *****modulo 3 punto 2.. Los niveles de PIGF** comienzan a aumentar progresivamente desde el primer trimestre y de forma más rápida en el segundo trimestre, alcanzando su acmé aproximadamente hacia las 24-28 semanas y eclinando posteriormente de forma progresiva hasta el momento del parto.
- **El sFlt-1 tiende a disminuir al final del embarazo. ****falso****
 - *****modulo 3 punto 2 .Los niveles de sFlt-1** se mantienen estables hasta las 24-28 semanas, momento a partir del cual comienzan a aumentar progresivamente hasta el momento del parto.

Guardar y continuar más tarde

4. En relación a la aspirina a baja dosis (ABD), es cierto que:

- Todas las respuestas son falsas.
- El término ABD se refiere a dosis menor de 500 mg/día.
 - ******FALSO****Modulo 2 punto 3.1** El término ABD se refiere a dosis menor de 300 mg/día
- Aproximadamente el 10% de las mujeres que reciben ABD se quejan de síntomas gastro-intestinales y el riesgo de sangrado aumenta significativamente con su uso.
 - ****** falso modulo 2 punto 3.2.** aproximadamente el 10% de las mujeres que reciben ABD se quejan de síntomas gastro-intestinales, no hay evidencia de que se incremente ningún tipo de sangrado materno. 30
- **El uso de > 150 mg/día de aspirina iniciada antes de la semana 16 no aumenta el riesgo de abrupcio placentae ni de hemorragia anteparto**
 - *****verdadero.** Modulo 2 punto 3.2 un reciente meta-análisis sugiere que el uso de >150 mg/día de aspirina iniciada antes de la semana 16 no aumenta el riesgo de abrupcio placentae ni de hemorragia anteparto³³ (Figura
- Para que la administración ABD sea efectiva en la prevención de preeclampsia pretérmino se debe usar una dosis más cercana a 80 mg que a 160 mg.

- ****FALSO MODULO 2 PUNTO 3.1 cualquier estudio que investigue la eficacia de la ABD en la prevención de PE-término debe usar una dosis más cercana a 160 mg que a 80 mg

5. Con respecto al uso de Estatinas para la Preeclampsia, señala la opción INCORRECTA:

- Se ha descrito que añadir Pravastatina en gestantes con síndrome antifosfolípido y PE al tratamiento clásico con heparina de bajo peso molecular (HBPM) alarga la gestación más semanas que solo con HBPM. **** verdadero?
 - Modulo 4. Punto 4.4 En la actualidad, Lefkou et al han estudiado a 21 mujeres embarazadas con SAF que desarrollaron PE y/o restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) durante el tratamiento convencional.⁶⁰ De ellas, 11 pacientes recibieron PRAV (20 mg/día) y mostraron mejoría en todas las características de la PE. Además, la PRAV se asoció con nacimientos de recién nacidos vivos que ocurrieron cerca de las 37 semanas en todos los pacientes. Los resultados fueron de hecho significativos, destacando cómo el grupo de PRAV tuvo un resultado general mucho mejor que el placebo. Ninguno de los pacientes tratados con PRAV desarrolló una PE, y sólo hubo un parto prematuro electivo en este Grupo
- La pravastatina es la que se ha probado con más rigor en ensayos clínicos controlados, y ha demostrado mejoría en los resultados cardiovasculares.*** verdadero
 - Modulo4. Punto 4.4 ***verdadero **Estatinas de 1ª generación**, que son lovastatina, pravastatina y fluvastatina, siendo las de menor potencia. La pravastatina es la que se ha probado con más rigor en ensayos clínicos controlados, y ha demostrado mejoría en los resultados cardiovasculares.
- La dosis de Pravastatina utilizada en el estudio STATIN es de 20 mg/día. ***verdadero
 - ***modulo 4. Punto 4.4. estudio statin Por otra parte, nuestro grupo de investigación, junto con la Fetal Medicine Foundation de Londres, ha iniciado el reclutamiento para el estudio STATIN (EudraCT Number: 2015-005130-22), que pretende cubrir el espacio aún no resuelto de la PE tardía. Tras aplicar un algoritmo predictivo de PE en la 3ª visita del embarazo (35-37 semanas), se randomizarán a las pacientes de alto riesgo en dos grupos: pravastatina 20 mg/día vs placebo, y cuyo objetivo primario es la reducción en la incidencia de PE tardía y la severidad de los síntomas.
- La tasa de anomalías congénitas mayores en el recién nacido expuesto a estatinas durante el embarazo no es mayor que el riesgo general de la población. ***verdadero
 - ***modulo 4. Punto 4.4 Si nos centramos en los estudios en humanos, la tasa de anomalías congénitas mayores en el recién nacido expuesto a estatinas durante el embarazo no es mayor que el riesgo general de la población, y los estudios existentes son de mala calidad con un tamaño de muestra limitado.

- Los efectos beneficiosos sobre la PE se basan fundamentalmente en la reducción de niveles lipídicos en la gestante. ***falso bajar lípidos + otros efectos

- Modulo 4. Debajo video 3. Las estatinas se unen al sitio activo con una unión covalente, con mayor afinidad que el HMG-CoA, por lo que actúan como inhibidores competitivos disminuyendo la síntesis y el contenido intracelular del colesterol. Ejercen su acción a diversos niveles: **Video 3 Resumen del mecanismo de acción de la pravastatina.** <https://formacionymas.com/courses/PE001/document/videos/m4-v3.mp4>

1. Reducción de lípidos. Inhibiendo la HMG-CoA reductasa, las estatinas reducen el contenido de colesterol hepatocito y aumentan la expresión de los receptores de lipoproteínas de baja densidad (LDL), disminuyendo la captación intracelular de colesterol LDL que determina la reducción de las LDL circulantes.
2. Efectos pleiotrópicos, como la restauración de la función endotelial y disminución del estrés oxidativo, no necesariamente