

1. Entre los objetivos del tratamiento de la disfunción placentaria, señala cuál de las siguientes opciones es FALSA:

Reducir la inflamación placentaria.

Estimular el crecimiento placentario y fetal.

Minimizar el estrés oxidativo.

Aumentar la producción placentaria de factores angiogénicos como el sFlt-1. XXXX

Mejorar el flujo sanguíneo útero-placentario y feto-placentario.

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.

Permitiría iniciar tratamiento preventivo con aspirina 150 mg/día, idealmente en el momento de la cena, en mujeres de alto riesgo. XXXX

El mejor método se basa únicamente en identificar la presencia o ausencia de factores de riesgo según características maternas e historia previa.

En mujeres con PE establecida, existe una disminución en el índice de pulsatilidad de las arterias uterinas.

Guardar y continuar más tarde

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

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

Los valores más bajos del cociente sFlt-1/PlGF suelen obtenerse al final del segundo trimestre/comienzo del tercer trimestre.

Una cifra del cociente sFlt-1/PlGF > 38 puede ser normal en el primer trimestre del embarazo.

El PlGF tiende a aumentar durante el segundo trimestre del embarazo.

El sFlt-1 tiende a disminuir al final del embarazo. XXXX

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.

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.

El uso de > 150 mg/día de aspirina iniciada antes de la semana 16 no aumenta el riesgo de abruptio placentae ni de hemorragia anteparto XXXX

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.

Guardar y continuar más tarde

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.

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.

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.

Los efectos beneficiosos sobre la PE se basan fundamentalmente en la reducción de niveles lipídicos en la gestante. XXXX

6. Señala cuál de las siguientes opciones es CORRECTA respecto a la Metformina como tratamiento de la PE:

Puede mejorar la disfunción endotelial, reducir la expresión de la VCAM-1, de mRNA inducido

por el TNF- α , y mejorar la angiogénesis de los vasos sanguíneos enteros dañados por sFlt-1. Reduce la resistencia a la insulina y mitiga la disfunción endotelial y la hiperglucemia, factores que se han asociado con la preeclampsia.

Todas las respuestas son correctas.XXXX

Los efectos secundarios maternos reportados con MET son principalmente gastrointestinales (es decir, náuseas y diarrea), con tasas de hipoglucemia más bajas que las reportadas con la insulina.

La metformina (MET) se puede utilizar de forma segura durante el embarazo.

Guardar y continuar más tarde

7. ¿Cuál de las siguientes aplicaciones del cociente sFlt-1/PlGF en la segunda mitad del embarazo no tiene indicación en la actualidad?

Permite estratificar de forma más precisa qué gestantes se pueden favorecer de un seguimiento más frecuente y/o en centros especializados.

Ayuda para descartar la sospecha de preeclampsia, cuando se obtienen valores < 38 .

Permite indicar la finalización del embarazo cuando se obtienen valores elevados, aunque no exista otra indicación clínica.XXXX

Ayuda al diagnóstico diferencial de la preeclampsia con otras entidades como la hipertensión crónica, lupus eritematoso sistémico o nefropatías.

Ayuda al diagnóstico de la preeclampsia (siendo compatibles valores > 85 antes de la semana 34 y > 110 a partir de la semana 34)

Guardar y continuar más tarde

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del diagnóstico de la preeclampsia NO es cierta?

Se trata de un trastorno multisistémico que puede afectar a múltiples órganos y sistemas.

Se define por la nueva presencia de hipertensión y proteinuria en la segunda mitad del embarazo.XXXX

Un valor del cociente sFlt-1/PlGF > 85 obtenido entre las 20 y 34 semanas es muy sugerente de preeclampsia y/o disfunción placentaria.

Existen formas complicadas que ocurren en ocasiones en ausencia de hipertensión o proteinuria, como el síndrome de HELLP y la eclampsia.

La hipertensión gestacional (sin proteinuria) es una entidad benigna con bajo riesgo de complicaciones y que no progresa a preeclampsia.

Guardar y continuar más tarde

9. Respecto a la incorporación clínica del cociente sFlt-1/PlGF, señale la afirmación menos adecuada:

Un valor normal o poco alterado del cociente sFlt-1/PlGF puede apoyar la decisión de continuar con un manejo expectante en edades gestacionales precoces ante situaciones clínicas de difícil interpretación.

Puede ayudar a disminuir costes al reducir las hospitalizaciones y las pruebas complementarias cuando se obtienen valores normales.

Los valores del cociente sFlt-1/PlGF tienen una interpretación más difícil en gestaciones múltiples, sobre todo en el tercer trimestre.

Los resultados del cociente sFlt-1/PlGF deben utilizarse en combinación con la evaluación clínica habitual y de acuerdo con las recomendaciones vigentes.

En una gestación de 39 semanas en las que se descubre una preeclampsia, la determinación del cociente sFlt-1/PlGF puede ser determinante para indicar o no la finalización del embarazo.XXXX

Guardar y continuar más tarde

10. ¿Cuál de los siguientes constituye un marcador clásico de PE que aún se emplea con frecuencia en la práctica clínica?

Hierro

Ácido úricoXXXX

Potasio

Calcio

Vitamina D

Guardar y continuar más tarde

11. Entre los posibles marcadores emergentes de PE se han estudiado los microARNs. Señale la respuesta FALSA

Varios procesos clave, alterados en PE, están gobernados por miARNs.

Son pequeños fragmentos (aprox 22-25 nucleótidos) de ARN no codificante.

Silencian la expresión génica inhibiendo la traducción o el reconocimiento del mRNA.

Realizan las mismas funciones que los genes codificadores de proteínas.XXXX

Durante el embarazo normal, varios miARNs actúan como inmunoreguladores.

Guardar y continuar más tarde

12. Con respecto al Citrato de Sildenafil (CS) señala la opción FALSA:

Aún no se ha encontrado una dosis adecuada para los embarazos comprometidos en humanos, para optimizar el crecimiento fetal.

Su excelente perfil de seguridad demostrado en el estudio STRIDER nos permite en la actualidad su uso en fetos con restricción de crecimiento fetal.XXXX

El CS reduce la PA materna durante el embarazo con RCF/PE, pero no durante el embarazo sin complicaciones.

Se ha descrito en la literatura que la administración del CS incrementa el crecimiento fetal y disminuye la presión arterial (PA) materna en embarazos comprometidos.

Es un fármaco que mejora la vasodilatación mediada por óxido nítrico (NO)

Guardar y continuar más tarde

13. ¿Cuáles de las siguientes funciones NO es inducida por la unión de VEGF a su receptor biológicamente activo?

Incrementar la permeabilidad vascular.

Reducir la apoptosis.

Estimular el crecimiento celular.

Promover la angiogénesis.

Favorecer la vasoconstricción mediada por óxido nítrico.XXXX

Guardar y continuar más tarde

14. En comparación con embarazadas que no desarrollan la enfermedad, se ha demostrado que las gestantes que desarrollan preeclampsia muestran:

Concentraciones séricas más altas de PlGF.

Concentraciones más bajas de sFlt-1.

Elevación del cociente PlGF/sFlt-1.

Concentraciones más bajas de VEGF.XXXX

Cambios en diversos marcadores que no correlacionan con la gravedad del proceso.

Guardar y continuar más tarde

15. Señala la opción CORRECTA:

Todas son correctas.

El inhibidor de la bomba de protones más utilizado en estudios de investigación como tratamiento de PE es el Omeprazol.

El EVERREST Project tiene como objetivo evaluar la seguridad y eficacia de la terapia génica Ad.VEGF en la arteria uterina materna como tratamiento de la restricción de crecimiento fetal de inicio temprano y severo.

Son correctas las que hablan del EVERREST Project y de la aféresis de sFlt-1.XXXX

La aféresis de sFlt-1 puede prolongar el embarazo entre 8 y 15 días en pacientes con PE severa.

Guardar y continuar más tarde

16. En cuanto a la relación de los niveles del cociente sFlt-1/PlGF con la gravedad de la preeclampsia, indique la afirmación correcta:

No hay relación entre los niveles del cociente sFlt-1/PlGF y la gravedad de la preeclampsia.

Valores elevados del cociente sFlt-1/PlGF se relacionan, además de con la preeclampsia, con otras complicaciones secundarias a la disfunción placentaria, tales como el CIR o el desprendimiento placentario.XXXX

En una gestante del tercer trimestre con sospecha de preeclampsia en la que se obtenga un valor < 38 existe todavía un riesgo del 25% de que desarrolle una preeclampsia en la siguiente

semana.

En el síndrome de HELLP sin hipertensión no se eleva el cociente sFlt-1/PlGF.

No hay relación entre los niveles del cociente sFlt-1/PlGF y el tiempo que resta hasta la necesidad de finalizar la gestación.

Guardar y continuar más tarde

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

El punto de corte es idéntico para cualquier población pues la prevalencia de PE es también constante.

El riesgo se mostrará como una probabilidad (ej. 1 en 100 o 1 en 2800) de desarrollar PE antes de cierta edad gestacional.

Todas respuestas son falsas.XXXX

Es capaz de identificar al 90% de las gestantes que desarrollarán PE y que, por su gravedad, requerirán finalización del embarazo antes de la semana 37.

La administración de aspirina a baja dosis a las gestantes de riesgo se asocia a una disminución en los días de ingreso neonatales, fundamentalmente a expensas de los nacimientos a término.

Guardar y continuar más tarde

18. En relación a la tensión arterial media (TAM), es cierto que:

No se ve influenciada por las características de la madre ni del embarazo por lo que no hace falta calcular múltiplos de la mediana.

Debe tomarse como medida de la TA final el promedio de las dos mediciones de cada brazo.XXXX

La TAM aumenta entre las semanas 11-13 y 20-24 semanas.

Todas las respuestas son falsas.

Solo en el primer trimestre se recomienda que la TA sea registrada en ambos brazos.

Guardar y continuar más tarde

19. Entre los factores que parecen contribuir al desarrollo de la PE, NO se encuentra

Historia familiar de PE, en primer o segundo grado de parentesco con la gestante.

La inducción de un estado antiangiogénico, por secuestro del PlGF circulante.

La respuesta inflamatoria mediada por el estrés oxidativo.

La isquemia multiorgánica.XXXX

La transformación de las arterias espirales en vasos sanguíneos con un diámetro mayor y, por tanto, menor resistencia.

Guardar y continuar más tarde

20. En relación a la proteína plasmática asociada al embarazo A (PAPP-A), es cierto que:

Todas las respuestas son falsas.

Es un marcador bioquímico bien establecido para el cribado de diabetes gestacional.

Los niveles de PAPP-A séricos no se ven influenciados por las características de la madre ni del embarazo por lo que no hace falta calcular múltiplos de la mediana.

Los valores de PAPP-A en semanas 11-13 presentan una relación lineal con la edad gestacional al parto en aquellas gestaciones complicadas con PE, es decir, a valores más bajos, menor edad gestacional (PE más precoz/grave).XXXX

Como biomarcador único tiene una tasa de detección muy alta.