

CLIMATERIO AVANZANDO AL CONOCIMIENTO DE LA MUJER:

1. Uno de los siguientes síntomas NO es de alta prevalencia en el síndrome genitourinario de la mujer menopaúsica:

A Lubricación insuficiente durante la actividad sexual.

B Dispareunia.

C AUMENTO DEL DESEO SEXUAL.

D Prurito.

E Irritación.

2. Entre las pacientes que acuden a nuestra consulta por asesoramiento sobre la menopausia y sus consecuencias ¿A quién le recomendaría iniciar tratamiento farmacológico para la osteoporosis?

A A todas las pacientes postmenopáusicas.

B A todas las mujeres >65 años.

C PACIENTE CON UN ANTECEDENTE DE FRACTURA POR FRAGILIDAD (CADERA O VERTEBRAL).

D Paciente con una densitometría: T-Score: -2,3 y sin factores de riesgo.

E A toda paciente que lo solicite de manera preventiva.

3. Cuando la terapia hormonal de la menopausia para una condición médica determinada tiene una categoría 2 quiere decir:

A Nada.

B Que lo podemos utilizar.

C QUE LOS BENEFICIOS SUPERAN A LOS RIESGOS.

D Que los riesgos superan a los beneficios.

E Que el riesgo es inaceptable.

4. ¿Cuál es el término más adecuado para definir la situación de una mujer de 38 años que no presenta menstruaciones desde hace un año y cuya

determinación hormonal en dos ocasiones muestra una FSH por encima de 40 mU/ml?

A Menopausia precoz.

B Menopausia temprana.

C Insuficiencia ovárica primaria.

D INSUFICIENCIA OVÁRICA PREMATURA.

E Fallo ovárico precoz.

5. En relación a la respuesta sexual es cierto que:

A Los mecanismos vasculares pueden deteriorarse con la edad y afectar al deseo.

B Los mecanismos neuroendocrinos y vasculares pueden deteriorarse con la edad y afectar a la excitación sexual.

C Los mecanismos vasculares se afectan más en personas con otros factores de riesgo cardiovascular.

D Son ciertas la a y la b.

E SON CIERTAS LA B Y LA C.

6. El efecto de los tóxicos en la respuesta sexual es bien conocido. Se sabe que:

A El alcohol aumenta el deseo sexual.

B LA NICOTINA PROVOCA SEQUEDAD VAGINAL.

C La cocaína aumenta la excitación sexual.

D El cannabis mejora el orgasmo.

E La cafeína mejora el funcionamiento sexual.

7. En una paciente diagnosticada de cáncer de mama

A PODEMOS UTILIZAR TÉCNICAS DE GINECOLOGÍA REGENERATIVA. POR EJEMPLO, EL LÁSER FRACCIONAL DE CO2, COMO ALTERNATIVA AL USO DE TRATAMIENTOS CON ESTRÓGENO LOCAL, CON MUY BUENOS RESULTADOS, PERO FALTA EVIDENCIA CIENTÍFICA DE ALTA CALIDAD

(ESTUDIOS CONTROLADOS Y COMPARADOS CON PLACEBO) Y DATOS A LARGO PLAZO.

B Existe evidencia científica que avala el uso de prasterona en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama aun recibiendo tratamiento adyuvante.

C Ospemifeno actúa de manera agonista en la mama y por este motivo no está indicado su uso en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

D Su función sexual o su sexualidad no tiene por qué verse afectada.

E El uso de terapia estrogénica local podría ser una alternativa, sólo si ha finalizado los tratamientos adyuvantes. No hay evidencia que avale la seguridad en pacientes que están recibiendo inhibidores de la aromatasas o tamoxifeno.

8. En cuanto al SGM en las mujeres con cáncer de mama, señala la opción falsa:

A Los hidratantes y lubricantes aconsejados son los acuosos.

B El ospemifeno puede indicarse, pero sólo tras finalizar el tratamiento adyuvante.

C LOS ESTRÓGENOS LOCALES DEBEN RESERVARSE PARA CASOS GRAVES Y SIEMPRE RECEPTORES HORMONALES NEGATIVOS.

D Las terapias regenerativas están en auge entre las mujeres con cáncer de mama.

E Es una patología infra tratada e infravalorada en la consulta.

9. En el tratamiento del SGM debemos saber: Señala la falsa.

A EL TRATAMIENTO CON ESTRÓGENOS LOCALES ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PORQUE SE DISPONEN DE MUCHOS ESTUDIOS Y AÑOS DE EXPERIENCIA QUE AVALAN SU EFICACIA Y SEGURIDAD.

B El precio de los productos puede ser una limitación a la hora de conseguir una adecuada adherencia.

C La decisión compartida en la elección del tratamiento es fundamental, tomar la decisión por la paciente, es decir una actitud paternalista no es apropiado si queremos una correcta adherencia.

D En caso de no respuesta a los tratamientos habituales. Los tratamientos de ginecología regenerativa ofrecen una alternativa a valorar.

E Las necesidades de las pacientes van cambiando durante el climaterio, por lo que el tratamiento se deberá ir adaptando a lo que la paciente refiera.

10. Sobre los tratamientos locales que actúan sobre receptores hormonales, disponemos en España de:

A Estriol.

B Estradiol.

C Promestrieno.

D Prasterona.

E TODAS LAS ANTERIORES.

11. ¿Cuál sería indicación de comenzar con un tratamiento antiresortivo en una paciente con cáncer de mama e inhibidores de la aromatasa?

A Fractura previa por fragilidad.

B DMO T score -2.

C DMO T score -1,8, 67 años y fumadora.

D Antecedente de madre fractura de cadera, IMC 18, DMO -1,2.

E TODAS LAS ANTERIORES.

12. Respecto a la calidad de vida (CV) medida por la escala cervantes es falso que:

A LA CV ES MAYOR CUANTO MÁS ALTO ES LA PUNTUACIÓN EN LA ESCALA CERVANTES.

B La CV es menor en las mujeres menopáusicas con cáncer que en las que no lo tienen.

C La CV medida por la cervantes puede mejorar con el uso de terapia hormonal de la menopausia.

D Las mujeres con sofocos severos e insomnio pierden CV y puede medirse con la escala cervantes.

E La CV que mide la escala cervantes incluye también la afectación sexual y la relación de pareja.

13. En el manejo de trastornos de sueño durante la menopausia:

A Son esperables por los sofocos y estos deben de ser nuestro objetivo de tratamiento.

B El tratamiento de elección son benzodiazepinas.

C El tratamiento hormonal de la menopausia no ha demostrado eficacia.

D EXISTEN PREPARADOS CON DIFERENTES COMBINACIONES DE COMPUESTOS NATURALES CON DEMOSTRADA EFICACIA.

E La psicoterapia debe de ser el primer paso.

14. La escala cervantes es:

A Una escala que mide el grado de sofocos.

B UNA ESCALA QUE MIDE EL IMPACTO SOBRE LA MUJER DEL SÍNDROME CLIMATÉRICO.

C Una escala que mide el riesgo de usar terapia hormonal.

D Una escala para la atrofia genitourinaria.

E No es aplicable en la transición a la menopausia, pero sí en la postmenopausia.

15. ¿Qué podríamos esperar como alternativas no estrogénicas para la mejoría de las disfunciones sexuales en la menopausia?

A No es recomendable el uso de hidratantes vaginales con las relaciones sexuales.

B No es recomendable el uso de lubricantes de manera rutinaria en el día a día.

C La Maca andina se puede utilizar como afrodisíaco natural.

D Sustancias que ayuden a aumentar la concentración de óxido nítrico reducen las molestias con las relaciones sexuales.

E TODAS SON CIERTAS.

16. En relación a la detección activa de dificultades sexuales:

A Se sabe que aumenta las posibilidades de obtener diagnósticos sexológicos.

B Se dificulta por la falta de formación.

C Es mejor realizarla con naturalidad y con preguntas cortas y sencillas.

D SON CIERTAS A, B Y C.

ENinguna de las anteriores es cierta.

17. En España ¿Cuál es el principal motivo de rechazo de la terapia hormonal en la menopausia?

A Se trata de un proceso natural.

B Lo ha desaconsejado su médico.

C Piensa que la clínica va a durar solo unos meses.

D No está de acuerdo con esa indicación.

E MIEDO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS.

18. ¿Cuál sería la mejor opción para el alivio de los sofocos en una paciente con un TEP previo asociado al uso de anovulatorios orales combinados?

A Cimicífuga racemosa.

B Extracto de polen.

C Isoflavonas de soja.

D TODAS LAS ANTERIORES.

E Tratamiento hormonal de la menopausia.

19. Entre los siguientes ¿cuál es el tratamiento de elección para una mujer diagnosticada de IOP?

A TRATAMIENTO HORMONAL ESTRÓGENO-PROGESTAGÉNICO.

B Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM).

C Anticonceptivos hormonales con solo gestágenos.

D Dieta hipocalórica y ejercicio físico.

E DIU liberador de gestágenos.

20. Sobre la terapia hormonal de la menopausia en España, es cierto todo lo siguiente, EXCEPTO:

A Existen preparados tópicos y sistémicos.

B Existen preparados transdérmicos y orales.

C Existen preparados estroprogestagénicos y sólo estrogénicos.

D Además de la THM convencional, disponemos de opciones como la tibolona y el complejo estrogénico tejido-selectivo (TSEC).

E SI ADMINISTRAMOS ESTRÓGENOS SÓLO, PODEMOS OPTAR POR ESTRADIOL O ESTRÓGENOS CONJUGADOS EQUINOS.

21. Señala cuál es correcta:

A LA TIBOLONA ES UN ESTEROIDE SINTÉTICO QUE EL ORGANISMO ES METABOLIZADO A 3 COMPUESTOS QUÍMICOS, LO QUE LE DA SU ACCIÓN CARACTERÍSTICA ESTROGÉNICA, ANDROGÉNICA Y GESTAGÉNICA.

B El complejo estrogénico tejido-selectivo (TSEC) se compone de estradiol y raloxifeno.

C No existen dosis diferentes en cuanto a terapia hormonal oral, sólo hay esa opción con la transdérmica.

D La THM no oral sólo puede usarse en mujeres histerectomizadas.

E Si una paciente comienza con tratamiento transdérmico, ya no se la puede cambiar a un oral.

22. ¿Qué papel juegan los estrógenos en la fisiopatología de la osteoporosis en la mujer? Señala la respuesta verdadera:

ALa pérdida de masa ósea es más evidente en los primeros años de menopausia, por este motivo se beneficia de la instauración de THM.

B EL DÉFICIT DE ESTRÓGENOS INCREMENTA LA RESORCIÓN ÓSEA Y ES LO QUE HACE QUE SE PRODUZCA LA OSTEOPOROSIS.

C El déficit de estrógenos aumenta la formación de hueso en la mujer postmenopáusica.

DEl deterioro de la masa ósea en la menopausia se realiza de una manera lenta.

E El papel de los estrógenos no interfiere en la fisiopatología de la osteoporosis en la mujer posmenopáusicas.

23. ¿Cuál de las siguientes circunstancias no tiene aprobada la indicación por la FDA para tratamiento hormonal en la menopausia? Señala la FALSA:

ATRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS.

B Síndrome genitourinario.

C Sintomatología vasomotora.

D Hipoestronismo prematuro.

E Prevención de pérdida de masa ósea.

24. En relación al uso de tratamientos para el síndrome genitourinario de la menopausia, ¿cuál es falsa?

A TODAS LAS MUJERES VAN A SUFRIR SÍNTOMAS EN RELACIÓN AL SGM, POR LO TANTO, DEBEMOS TRATAR A TODAS LAS MUJERES QUE VEAMOS EN LA CONSULTA Y PREVENIR LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS.

B Prasterona actúa mediante un mecanismo de acción conocido como intracrinología, lo que la convierte en una molécula diferente a los estrógenos locales.

C Estradiol, estriol, promestrieno, son todos estrógenos locales y en una revisión de Cochrane de 2015, se observó que todos estos preparados y en todas las formas de presentación, son eficaces.

D Ospemifeno actúa como un agonista estrogénico en los tejidos genitourinarios. Sin embargo, en otros lugares, como en la mama, actúa como antagonista. Por ello es una molécula que conocemos como modulador selectivo del receptor de estrógenos.

E No es infrecuente encontrar una adherencia muy baja a los tratamientos del síndrome genitourinario de la menopausia.

25.Cuál de las siguientes frases NO es verdadera respecto a la terapia hormonal de la menopausia:

A La continuación de la terapia hormonal más allá de los 60 años podía decidirse analizando el balance beneficio-riesgo.

B CUANTO MÁS DURA EL TRATAMIENTO, LAS POSIBILIDADES DE SUFRIR UNA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL IMPORTANTE SON MENORES.

C El riesgo de cáncer de ovario en la mujer menopaúsica tratada con THM persiste incluso tras haber finalizado el tratamiento.

D La THM en mujeres con cáncer de mama tratado adecuadamente podía no tener influencia sobre las recidivas tumorales.

E La intensidad de los síntomas vasomotores, que condicionan la calidad de vida de la mujer, va a determinar la administración y duración de la THM.

26. En una paciente joven con menopausia temprana y con indicación de terapia hormonal de la menopausia (THM) por sus síntomas vasomotores, es cierto que:

A La THM ha demostrado efectos beneficiosos directos sobre el hueso.

B Hay que fomentar hábitos de vida saludables para mejorar la salud ósea: alimentación, ejercicio, etc.

C Puede que tras finalizar la THM haya que valorar si necesita tratamiento con otro agente farmacológico para la osteoporosis en función de los factores de riesgo.

D Se ha demostrado en grandes estudios que la THM es capaz de reducir la incidencia de fracturas.

E TODAS LAS ANTERIORES SON CORRECTAS.

27. ¿Cuál es el principal objetivo del reconocimiento de una IOP?

A LA PREVENCIÓN DE SUS COMPLICACIONES A LARGO PLAZO, FUNDAMENTALMENTE LAS DERIVADAS DEL HIPOESTROGENISMO.

B La planificación familiar de la mujer en la que se sospecha una IOP.

C La incorporación inmediata de la mujer con IOP a la lista de espera de técnicas de reproducción asistida.

D El diagnóstico diferencial con el síndrome del ovario poliquístico.

E El diagnóstico diferencial con el hipotiroidismo.

28. Respecto a la osteoporosis postmenopáusica:

A La transición a la etapa menopáusica acelera la pérdida de masa ósea en la mujer.

B Es fundamental identificar los factores de riesgo de osteoporosis en la mujer menopáusica.

C Puede llegar a afectar a 1/3 de las mujeres mayores de 50 años.

D Los tratamientos prolongados con corticoides y la menopausia temprana son factores de riesgo.

E TODAS LAS ANTERIORES SON CORRECTAS.

29. Qué es cierto respecto a la calidad vida (CV) en la menopausia:

A La CV no es posible medirla en la menopausia.

B La buena calidad de vida se asocia a poca actividad sexual.

C LA THM MEJORA LA CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER SINTOMÁTICA.

D La CV es lo mismo que ser feliz.

E

La mujer en la postmenopausia no puede aumentar su CV.

30. En una paciente con cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno y sofocos, ¿cuál de estas opciones no estaría indicada de primera línea?

A Cimicífuga racemosa.

B Extracto citoplasmático de polen.

C Venlafaxina.

D PAROXETINA.

E

Vida saludable.