



Test de acreditación

Ha llegado el momento de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el programa HERA.

Para obtener la acreditación correspondiente deberás obtener al menos un 70% en este test de evaluación. Recuerda que solo dispones de un intento para realizarlo.

Al finalizarlo tendrás acceso a tu puntuación y a la corrección del test. Pasadas de 24 a 48 horas, podrás descargar tu certificado desde el apartado "Mis certificados".

El presente test está orientado a la certificación de este material formativo, comprueba si tus respuestas son las definitivas antes de enviarlo.

Vamos a ello. ¡Suerte!

1

Antes del inicio del uso de anticoncepción hormonal es obligatorio realizar:

- Una analítica para descartar estados protrombóticos.
- Una ecografía transvaginal para descartar patología endometrial.
- Una mamografía, por el riesgo aumentado de cáncer de mama.
- Una citología y aspirado endometrial.
- Una anamnesis completa y una determinación de la tensión arterial.

2

Atiende en urgencias de su centro de atención primaria a una paciente de 19 años, que consulta porque ha olvidado retirar su anillo vaginal con una demora de 10 días, ¿cuál de las siguientes actuaciones y recomendaciones NO es adecuada ni necesaria?

- Debe retirar el anillo lo antes posible.
- Realizar despistaje de enfermedades de transmisión sexual.
- Valorar anticoncepción de emergencia en caso de coito en los días previos.
- Uso de método anticonceptivo complementario durante 7 días.
- No realizar semana de descanso e insertar directamente nuevo anillo vaginal.

3

¿Cuál de estos no es un efecto adverso de los anticonceptivos orales?

- Cefalea.
 - Tensión mamaria.
 - Rinorrea.
 - Trombosis venosa.
 - Aumento de peso.
-

4

La eficacia de un método anticonceptivo se mide mediante:

- Analítica de niveles de progestágenos en sangre.
 - Índice de Pearl.
 - Tasa de número de IVEs que provoca por cada 1000 mujeres de cada grupo etario.
 - Test de Mc Namara.
 - Número de abandonos por efectos adversos.
-

5

Durante el periodo puerperio / lactancia, el método anticonceptivo de elección es:

- Métodos de barrera.
 - Métodos hormonales de solo gestágenos.
 - Anticonceptivos hormonales combinados.
 - Métodos naturales.
 - Anticoncepción de urgencia.
-

6

La edad mayor de 40 años es contraindicación absoluta (criterio de elegibilidad 4 de la OMS) para el uso de:

- Anticoncepción hormonal combinada.
 - Píldora de sólo gestágenos.
 - DIU hormonal.
 - Implante anticonceptivo.
 - Ninguna de las anteriores.
-

7

Según las recomendaciones de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, una mujer puede discontinuar con seguridad su método contraceptivo no hormonal

- Tras un año de amenorrea, independientemente de su edad.
 - Tras un año de amenorrea si tiene 50 años o más.
 - Tras dos años de amenorrea si es mayor de 50 años.
 - Tras un año de amenorrea si es menor de 50 años.
 - Tras dos años de amenorrea, independientemente de su edad.
-

8

¿Qué síntomas valorarías ante un posible diagnóstico de depresión en adolescente?

- Bajo nivel de ánimo.
 - Escaso interés por las cosas.
 - Sentimientos de culpa o inutilidad.
 - Alteraciones del apetito.
 - Todas ellas.
-

9

Para la evaluación de una depresión en una adolescente ¿cuál es la afirmación errónea?

- Es imprescindible establecer una relación de confianza con el adolescente y su familia.
 - Siempre coincide la preocupación de los padres con la de los adolescentes.
 - La información debe provenir de diferentes fuentes: adolescente, padres, colegio, pediatra o Médico de familia, trabajadores sociales y educadores en niños tutelados.
 - No siempre es posible hacer un diagnóstico de certeza, será la evolución la que lo precise.
 - Hay que dejar un espacio para entrevistar a la adolescente a solas.
-

10

En ausencia de respuesta a un tratamiento inicial, estaría indicado:

- Revisión del diagnóstico, incluyendo valoración de la posibilidad de trastorno bipolar además de revisión en la adecuación del tratamiento y si lo realiza o no.
 - Verificación de la conciencia de enfermedad, motivación al cambio y adherencia al tratamiento.
 - Valoración de exposición a factores vitales estresantes que puedan interferir en la recuperación. Considerar factores de riesgos individuales, familiares, escolares o del grupo de iguales.
 - Revisión de posible comorbilidad con otras enfermedades médicas u otros trastornos psíquicos: ansiedad, distimia, abuso de sustancias, TDAH, trastornos de conductas, trastorno de conducta alimentaria, TOC o trastornos de personalidad.
 - Todas ellas.
-

11

¿Cuál de los cuestionarios para evaluación de la depresión en el adolescente, es erróneo para su diagnóstico?

- CDI (Cuestionario de depresión infanto-juvenil de KOVACS).
 - CBCL (Child Behavior Checklist de Achenbach).
 - Entrevista semiestructurada de K-SADS (Entrevista Kiddie.Schedule for Affective disorders and Schizophrenia).
 - PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2).
 - a),b),d), siendo este último el más recomendado en las guías.
-

12

En el Síndrome de los Ovarios Poliquísticos es cierto que:

- Es el trastorno endocrino menos común en mujeres premenopaúsicas y se caracteriza por su heterogenicidad en la etiología, presentación clínica y pronóstico.
 - Los enfoques terapéuticos se han orientado únicamente hacia la reducción del hiperandrogenismo y la terapia reproductiva.
 - Las intervenciones sobre el estilo de vida basadas en dieta y ejercicio para disminuir la obesidad constituyen el tratamiento fundamental para todas las mujeres con Síndrome de los Ovarios Poliquísticos, al mejorar el estado de ánimo, la ovulación, la fertilidad y el perfil metabólico.
 - La dislipidemia es una alteración metabólica poco común en este síndrome.
 - Es una enfermedad con predominio familiar (familiares femeninos de primer grado tienen mayor riesgo de padecerlo) que cursa únicamente con alteraciones dermatológicas y del estado de ánimo.
-

13

¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son ciertas?

- El embarazo es un predictor de riesgo cardiovascular futuro en las mujeres.
 - El retraso en la edad del embarazo y la coexistencia de factores de riesgo asociados previos al mismo, como la obesidad o el estilo de vida inadecuado, están produciendo aumento de embarazos con complicaciones vasculares y metabólicas.
 - Los estados hipertensivos del embarazo como son la hipertensión gestacional, la preeclampsia, la eclampsia y el síndrome, así como el parto pretérmino, los abortos espontáneos no explicados o la DG, se clasifican en la actualidad como factores de riesgo cardiovascular emergentes.
 - La preeclampsia multiplica el riesgo de ECV por 1,5-2,7 en comparación con todas las mujeres.
 - Todas estas afirmaciones son ciertas y de tal magnitud que sociedades científicas como la SEC, SEMERGEN, semFYC y SEGO consideran que es necesario su seguimiento a partir del 4º trimestre de gestación.
-

14

¿Cuál es el papel de Cardiología en el seguimiento durante el 4ºT de pacientes con antecedentes de estados hipertensivos del embarazo?

- Sospecha de HTA secundaria.
 - Edad de comienzo > 40 años con HTA grado 2-3 (PAS \geq 160 mmHg o PAD \geq 100 mmHg).
 - Ante una crisis hipertensiva en pacientes con PA previa normal o con HTA bien controlada.
 - Indicación de estudios complementarios no disponibles en Atención Primaria, particularmente MAPA.
 - En cualquier caso ante una HTA resistente especialmente.
-

15

Caso clínico ficticio: Laura tiene 37 años; Tiene antecedentes personales de migraña en la adolescencia en tratamiento con Ibuprofeno 600 mg / 8h +/- Almotriptán 12.5 mg. Refiere empeoramiento en los últimos 6 meses (último mes) ≥ 5 crisis migrañosas/mes más dolor leve continuo diario. La cefalea es de las mismas características y la exploración neurológica en consulta es normal. Aporta calendario de tratamiento:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
			1	2	3	4
5 1 ALMOTRIPTÁN	6 1 IBUPROFENO 2 ALMOTRIPTÁN	7	8	9 1 ALMOTRIPTÁN +DESCANSO	10 2 ALMOTRIPTÁN	11
12	13	14	15 2 ALMOTRIPTÁN	16	17	18
19	20 2 ALMOTRIPTÁN	21	22	23 1 IBUPROFENO 2 ALMOTRIPTÁN	24	25 1 ALMOTRIPTÁN
26 1 ALMOTRIPTÁN	27	28 2 ALMOTRIPTÁN	29	30	31	

¿Qué hacemos con Laura?

- Comenzamos con Propranolol y citamos para seguimiento.
 - Explicamos enfermedad y observación.
 - Derivamos a Neurología.
 - Comenzamos con Lisinopril y citamos para seguimiento.
 - Derivamos a urgencias para descartar complicación.
-

16

Si Laura estuviera embarazada de 10 semanas de gestación, respecto al tratamiento preventivo, ¿qué tenemos que tener en cuenta?

- Se puede utilizar cualquier betabloqueante ya que son seguros durante el embarazo.
 - Se puede prescribir metoprolol realizando control ecográfico cada 2 semanas.
 - La lamotrigina no es un fármaco que se pueda utilizar durante la gestación.
 - Se puede utilizar la amitriptilina como alternativa con un control ecográfico estrecho.
 - Los bloqueos anestésicos no son una opción segura durante el embarazo.
-

17

¿Qué fármaco podemos utilizar para el tratamiento sintomático con total seguridad en una paciente embarazada que sufre migrañas?

- Ibuprofeno.
 - Tramadol.
 - Paracetamol.
 - Rizatriptán.
 - Sumatriptán.
-

18

Según la FDA: ¿qué fármaco pertenece a la categoría D respecto al tratamiento preventivo de la migraña en embarazada?

- Topiramato.
 - Magnesio.
 - Verapamilo.
 - Lidocaína.
 - Nadolol.
-

19

¿Cuánto es el gasto en España asociado al dolor anualmente?

- 0.5% -1 del PIB
 - 1-2% del PIB
 - 2-3% del PIB
 - 0.1-0.5% del PIB
 - Ninguna de estas cifras es la correcta
-

20

¿Hay fármacos analgésicos para tratar a las mujeres?

- Aunque en estudios experimentales se ha visto que hombres y mujeres responden de forma diferente, no hay fármacos diferenciados.
 - Las mujeres responden mejor a los antiinflamatorios no esteroides y los hombres a los esteroides.
 - La respuesta a los fármacos depende de la sensibilidad individual pero no al sexo del paciente.
 - La elección del fármaco depende de la intensidad del dolor.
 - La elección del fármaco es independiente de las características del dolor.
-

21

Dentro de los factores a tener en cuenta en el dolor crónico:

- Sociales.
 - Emocionales.
 - Cognitivos.
 - Conductuales.
 - Todos son ciertos.
-

22

Algunas de las barreras en el tratamiento del dolor en la mujer es:

- Rol de género.
 - Estado de ánimo.
 - Lenguaje no verbal.
 - Económicas.
 - Todas con ciertas.
-

23

Habitualmente cuando hablamos de la mujer cuidadora hacemos referencia al tiempo que dedican a cuidado de personas dependientes así como a las tareas del hogar. ¿Conoces que porcentaje de mujeres realizan este tipo de tareas frente a las mismas tareas realizadas por los hombres?

- Más del 80% de las mujeres frente a un 60% de los hombres.
 - En la actualidad el porcentaje es similar entre hombres y mujeres.
 - Aproximadamente un 92% de las mujeres frente a un 74.7% de los hombres.
 - Un 60% de las mujeres frente a un 40% de los hombres.
 - Este tipo de tareas recae en un 100% en la mujer.
-

24

El hecho de que la mujer sea la principal cuidadora, sobretodo en el periodo de la madurez, ha hecho que tenga repercusiones a nivel general, de hecho lo vemos referenciado en:

- A nivel de puestos de dirección se tiene en consideración que haya un número similar de hombres y de mujeres.
 - No existe diferenciación de puesto de trabajo por el hecho de ser mujer u hombre por lo que el salario es el mismo para un mismo puesto.
 - La mujer está reconocida en su trabajo optando a los mismos puestos que los hombres, hecho que viene reconocido por su capacidad de acceso al mismo.
 - Según el INE los nacimientos han decrecido en un 30% en los últimos diez años en España debido al acceso de la mujer al mercado laboral. Esto supone que la pirámide poblacional ha experimentado una inversión teniendo una población más envejecida.
 - Los hombres como cuidadores realizan las tareas de la misma manera que las puede realizar una mujer con reducción de jornada en su trabajo en la mayoría de las situaciones.
-

25

En el síndrome del cuidador quemado aparecen estos síntomas excepto:

- Cansancio (falta de energía) y preocupación continúa.
 - Soledad y sentimiento de aislamiento.
 - Abuso de alcohol, tabaco o de ansiolíticos y antidepresivos.
 - Tristeza o sentimientos de culpa.
 - Constante búsqueda de apoyo en familiares y amigos.
-

27

¿Cuál es el factor NO modificable más predisponente para la aparición de demencia en la mujer?

- Embarazo.
 - Menarquia.
 - Genética.
 - Edad.
 - Depresión crónica.
-

28

¿Qué conducta seguiría con una paciente de 60 años, con antecedentes maternos de Alzheimer, hipertensa y obesa que refiere quejas repetidas de memoria?

- Indicar supervisión por un familiar y controlar factores de riesgo.
 - Contrastar pérdidas con un familiar, valorar factores de riesgo, test de cribado e indicar inicio actividades para frenar el deterioro.
 - Iniciar terapia de estimulación cognitiva y dieta hipocalórica.
 - Iniciar terapia cognitiva y derivar a neurología para exploración y realización pruebas diagnósticas (TAC, RNM).
 - Controlar FRCV y citar en consulta a los 3 meses para revaloración indicando que venga acompañada de una familiar.
-

29

Indica cuál es la frase correcta:

- La exacerbación de rasgos de personalidad no se relaciona con la aparición de deterioro cognitivo.
 - El deterioro cognitivo se diagnostica más tardíamente en el hombre que en la mujer porque las quejas de pérdida de memoria no suelen aparecer hasta bien avanzado el deterioro.
 - Las relaciones sociales, el deporte, actividades musicales, y el control de los FRCV pueden frenar el avance del deterioro cognitivo.
 - La contaminación ambiental y los traumatismos craneoencefálicos no influyen en el proceso de deterioro cognitivo.
 - La zona del cerebro más proclive a neurogénesis gracias a estímulos externos es el hipotálamo.
-

30

Mujer de 25 años de edad que presenta infecciones de orina de repetición asociadas a las relaciones sexuales, 6 los últimos 7 meses. Tras evaluación en la consulta, ¿Cuál de las siguientes recomendaciones NO realizaría de forma inicial?

- Urocultivo en caso de infección de orina para conocer perfil microbiológico y antibiograma.
 - Ecografía del aparato urinario.
 - Recomendaría medidas higiénico dietéticas, teniendo presente la ingesta hídrica, el hábito de deposición, método anticonceptivo utilizado.
 - El tratamiento que debe recomendarse de rutina en casos de infecciones de orina de repetición es pauta de antibióticos a dosis baja, con una duración mínima de un año.
 - Pautar tratamiento antibiótico, de acuerdo con cultivos previos y resistencias locales.
-

31

Mujer de 54 años nuligesta que consulta por pérdidas de orina tras la percepción de urgencia miccional y por sensación de necesidad de orinar en la noche 3-4 veces. En la exploración ginecológica se evidencia un cistocele de primer grado y una atrofia vaginal moderada. ¿cuáles serían las medidas iniciales a realizar?

- Corrección quirúrgica del cistocele.
 - Realización de diario miccional y reeducación vesical.
 - Indicación de flujometría y evaluación de la función uretral.
 - Prescripción de tratamiento oral con fármacos colinérgicos.
 - Indicaría tratamiento antibiótico, ante la alta probabilidad que se trata de una infección urinaria.
-

32

Indica la respuesta CORRECTA sobre la vejiga hiperactiva:

- Se define por la existencia de urgencia miccional a menudo asociada a un aumento de la frecuencia miccional y nicturia.
 - El tratamiento de elección es cirugía colocando una malla a nivel del suelo pélvico.
 - El tratamiento con agonistas muscarínicos es eficaz en la para mejorar la clínica.
 - Debe realizarse estudio urodinámico en todos los casos.
 - Todas las respuestas anteriores son correctas.
-

33

Mujer de 56 años de edad, exfumadora que acude a consulta refiriendo síndrome miccional con urgencia miccional, disuria de 6 meses de evolución y tres episodios de hematuria macroscópica. Indica la respuesta correcta:

- Podemos establecer el diagnóstico de vejiga hiperactiva que debe manejarse con anticolinérgicos o beta3-adrenérgicos.
 - Debe remitirse la paciente a rehabilitación del suelo pélvico para realizar ejercicios de Kegel.
 - Es preciso realizar una ecografía del aparato urinario de forma preferente.
 - La prueba complementaria de elección es realizar un estudio urodinámico.
 - Debemos remitir a la paciente a unidad de suelo pélvico para corrección quirúrgica de la incontinencia.
-

34

Indica la afirmación falsa sobre los pacientes con incontinencia urinaria (IU).

- La IU genera en las personas que la padecen efectos negativos en la esfera emocional y social.
 - Desde atención primaria se debe fomentar una detección activa.
 - La IU puede tener consecuencias en las personas que rodean al paciente con IU.
 - En mujeres se debe realizar un cribado a partir de los 55 años.
 - Es una patología infradiagnosticada.
-

35

Abordar SITU (síndrome del tracto urinario inferior) en la mujer, en APS (Atención Primaria de Salud):

- Entraña importantes dificultades para el diagnóstico de presunción.
 - Se requieren métodos diagnósticos complejos.
 - No debemos violentar la intimidad del paciente con preguntas vergonzantes.
 - Tenemos estrategias y herramientas para abordar estos problemas en APS.
 - La derivación a otros niveles asistenciales debe ser inmediata.
-

Has obtenido un 0%. Lo sentimos, no has superado el test.

Podrás enviar el TEST cuando los 8 cursos de este primer año estén activos, mientras podrás ir guardando tus respuestas.

SALIR

Salir: Cerrará la ventana del test y perderá sus respuestas si antes no a las ha guardado con el botón "guardar".

Guardar: Guardará las respuestas del test. Podrá volver a acceder para continuar con el test y cambiar las respuestas.

Enviar: Entregará definitivamente el test. Una vez enviado no podrá modificar las respuestas y podrá ver la corrección del mismo.