



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" en Organon.

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!

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

- Una analítica para descartar estados protrombóticos.
- Una ecografía trasvaginal 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.

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.

5 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.

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

3

- 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 premenopáusicas 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

- 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 ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 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.

- Este tipo de tareas recae en un 100% en la mujer.
-

24 El hecho de que la mujer sea la principal cuidadora, sobretudo 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.
-

26Cuál de los siguientes síntomas Los síntomas no nos deberían hacer sospechar que el cuidador está quemado:

- Dolores musculares y palpitaciones. Cefalea.
 - Tristeza o sentimientos de culpa.
 - Disminución de la autoestima.
 - Ruptura de las relaciones con familiares y amigos.
 - Desinterés por actividades que anteriormente realizaba.
-

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.
-

¡Buen trabajo! Has superado el test con una nota de 74%.

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.