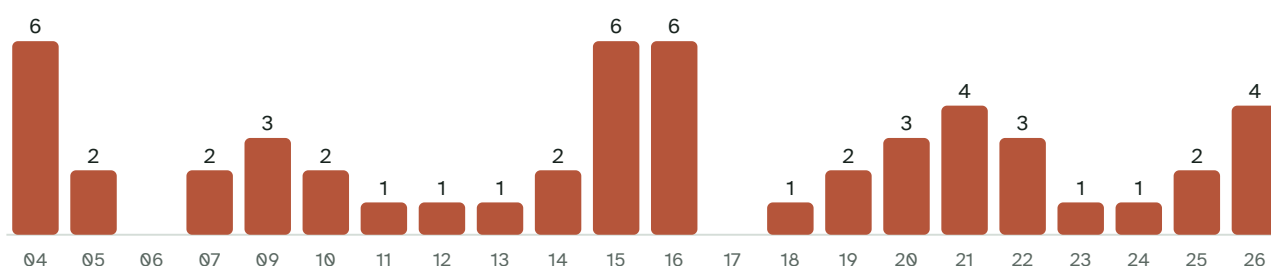


Embarazo

El embarazo es uno de los bloques con más preguntas de la parte de salud de la mujer del EIR. Cae de todo: fisiología y signos, cálculos de consulta (regla de Naegele, altura uterina, maniobras de Leopold), el calendario de cribados del control prenatal, la educación sanitaria de la gestante y las complicaciones que la enfermera debe reconocer, como los estados hipertensivos, la diabetes gestacional y las hemorragias. Este tema sigue la guía del Sistema Nacional de Salud de 2014 y los protocolos vigentes de la SEGO. Cuando la respuesta de una pregunta antigua se apoya en un criterio que ha cambiado, se explican los dos: el de la época y el actual.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



53 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Sulfato de magnesio: indicado en eclampsia (2 exámenes)
- Estados hipertensivos del embarazo: crónica (<20 semanas) frente a gestacional (>20 semanas) (2 exámenes)
- Test de O'Sullivan: 50 g de glucosa y glucemia a la hora (2 exámenes)
- Rubéola: vacuna contraindicada en la gestación, vacunar antes del embarazo (2 exámenes)
- Gammaglobulina anti-D: pauta (semana 28 y 72 h posparto si RN Rh+) (2 exámenes)
- Tubérculos de Montgomery: glándulas sebáceas de la areola en el embarazo (2 exámenes)
- Ácido fólico en el embarazo: prevención de defectos del tubo neural (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Ovogénesis, fecundación, desarrollo embrionario y placenta	7
2. Modificaciones fisiológicas y signos del embarazo	10
3. Edad gestacional y exploración obstétrica	15
4. Control prenatal: visitas, cribados e isoinmunización Rh	18
5. Educación para la salud: suplementos, alimentación y hábitos	23
6. Infecciones en la gestación	29
7. Estados hipertensivos del embarazo	34
8. Diabetes gestacional y otras complicaciones médicas	37
9. Hemorragias de la gestación, anomalías placentarias y parto pretérmino	41
Todas las preguntas del tema (58)	45
Preguntas que también podrían ser de este tema (8)	61
Solucionario	64
Fuentes	67

Resumen para repasar

1. Ovogénesis, fecundación, desarrollo embrionario y placenta

- El ovocito primario se forma **antes de nacer** y queda detenido en **profase de la meiosis I** ^{F27}.
- La **meiosis I** es la división reduccional ^{F56}; la **meiosis II solo se completa si hay fecundación** ^{F26}.
- Los folículos primordiales siguen en reposo hasta **después de la pubertad** ^{F26}.
- La **implantación** ocurre en fase de **blastocisto**, al final de la primera semana ^{F28}.
- A las **8 semanas** están formadas, en forma rudimentaria, **todas las estructuras orgánicas** ^{F28}. El corazón late desde el inicio de la **4.ª semana** ^{F28}; la diferenciación sexual empieza en las semanas 9-12 ^{F54}.
- El **lactógeno placentario** reduce la sensibilidad materna a la insulina y **aumenta la glucosa disponible para el feto** ^{F29}.

2. Modificaciones fisiológicas y signos del embarazo

- El **gasto cardíaco sube ~40 %** y la volemia unos 1,5 l; la anemia es **dilucional** ^{F30}. El útero comprime la cava y produce **hipotensión supina** ^{F40}, típicamente **después de la semana 20**, con mareo y náuseas que ceden al girarse de lado ^{F74}.
- El **filtrado glomerular sube**, el **peristaltismo baja** y **aumentan los factores de coagulación y el fibrinógeno** (hipercoagulabilidad) ^{F30,F55}.
- El **calcitriol aumenta 2-5 veces** desde el inicio del embarazo; **no se hace cribado universal** de vitamina D ^{F34,F35}.
- **Signo de Chadwick**: color **azulado** de vagina y cérvix por vasocongestión, en el embarazo precoz ^{F68,F32}; **Goodell** = cuello blando ^{F68}; **Hegar** = segmento inferior (istmo) blando ^{F68,F40}.
- **Tubérculos de Montgomery**: glándulas **sebáceas de la areola** que crecen en el embarazo ^{F32}.
Cloasma: manchas pardas en la **cara** ^{F33}.

3. Edad gestacional y exploración obstétrica

- **Naeglele**: **FUR +7 días -3 meses +1 año** (280 días) ^{F39,F60}.
- El fondo uterino llega al **ombligo hacia la semana 20** y al **xifoides hacia la 36**: 1 cm $\approx$ 1 semana ^{F39,F40}.
- **Leopold** ^{F38}: **1.ª** el fondo, **2.ª** los lados (**dorso** y situación), **3.ª Pawlik** la presentación y el encajamiento, **4.ª** la pelvis.

4. Control prenatal: visitas, cribados e isoinmunización Rh

- Entre **6 y 9 visitas** (GPC) ^{F1}. Grupo, **Rh** y anticuerpos irregulares **a todas en la primera visita** ^{F1}.
- Serologías de rutina: sífilis, rubéola, hepatitis B y **VIH. Chagas** solo si hay origen o estancia en zona endémica. **Toxoplasma y CMV no** se criban de rutina ^{F1}.
- Calendario ^{F1}: test combinado **11-13+6**, O'Sullivan **24-28**, estreptococo B **35-37**.
- La prueba del VIH lleva **consentimiento al menos verbal**; se descarta la infección con un ELISA de 4.^a generación negativo a las **6 semanas** ^{F9}.
- **Anti-D** a la Rh negativa no sensibilizada: **28 semanas y 72 h posparto si el recién nacido es Rh+** ^{F1}.
- La anti-D es **inmunización pasiva**; su mecanismo es desconocido, pero puede relacionarse con la **eliminación de los eritrocitos** de la circulación antes de que alcancen los sitios inmunocompetentes ^{F69}.
- Grupo ABO: **A y B codominantes, 0 recesivo**; los genotipos AA y A0 son grupo A ^{F41}.

5. Educación para la salud: suplementos, alimentación y hábitos

- **Ácido fólico 0,4 mg/día** desde antes de concebir hasta la **semana 12**, y **5 mg** si hay riesgo; previene los **defectos del tubo neural** ^{F1}.
- Sin inmunidad frente a la rubéola, **triple vírica antes del embarazo** y evitar gestar **28 días**. No se dan multivitamínicos ni yodo sistemáticos antes de concebir ^{F1}.
- Yodo **200 µg/día** (SEGO) ^{F2}. SEGO/SEEN: **cribado tiroideo universal; todo grado de yododeficiencia** puede dañar el neurodesarrollo ^{F8}.
- Hierro (SEGO): **30 mg/día en el embarazo y 15 mg/día en la lactancia** ^{F2}.
- Ganancia de peso con IMC normal: **11,5-16 kg** ^{F12}.
- Evitar **pez espada, atún rojo, tiburón y lucio** (mercurio), quesos blandos sin pasteurizar y patés refrigerados (listeria) ^{F19,F20}.
- El tabaco se asocia a **placenta previa, desprendimiento y rotura prematura de membranas** ^{F25}.
- Cinturón: banda diagonal **entre las mamas, rodeando el abdomen**; banda inferior **por debajo del vientre**, sobre las caderas ^{F11}.
- Acudir al hospital ante **cefalea muy intensa**, sangrado, pérdida de líquido, dolor intenso o fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ^{F2}.

6. Infecciones en la gestación

- Rubéola: riesgo máximo en las **12 primeras semanas** ^{F13}; la **sordera es el hallazgo más frecuente** del síndrome y puede ser el único ^{F73,F14}; **vacuna contraindicada** en el embarazo ^{F1}.
- Toxoplasma: **transmisión al feto** ^{F17}; carne a $63-74^{\circ}\text{C}$; **congelar varios días** bajo cero ^{F16}.
- La listeria produce aborto, muerte fetal y **parto pretérmino** ^{F18}.
- Varicela materna **de 5 días antes a 2 días después del parto**: varicela neonatal grave ^{F21}.
- COVID-19: más riesgo de enfermedad grave y de parto pretérmino ^{F22}; más riesgo tromboembólico ^{F24}; se **mantiene la lactancia** ^{F23}.
- El herpes neonatal es más probable con una **primoinfección materna al final del embarazo** ^{F66}; el cáncer de cérvix lo causa el **VPH** ^{F65}.

7. Estados hipertensivos del embarazo

- HTA: $\geq 140/90$; grave: $\geq 160/110$ ^{F3}.
- **Antes de la semana 20** = crónica; nueva **después de la 20** sin proteinuria = gestacional; con proteinuria o daño orgánico = **preeclampsia** ^{F3}.
- **HELLP**: hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia ^{F3}.
- El **sulfato de magnesio** es de elección en la **eclampsia** ^{F5}. Se vigilan reflejos, respiración y diuresis; el antídoto es el **gluconato cálcico** ^{F3}.

8. Diabetes gestacional y otras complicaciones médicas

- DMG: diabetes diagnosticada **por primera vez en el embarazo**; la previa es pregestacional ^{F7,F6}.
- **O'Sullivan**: **50 g**, glucemia a la **1 h**, **sin ayuno**, positivo con ≥ 140 mg/dL, y entonces **sobrecarga de 100 g** ^{F2,F7}.
- O'Sullivan en el primer trimestre si hay riesgo: edad ≥ 35 , IMC ≥ 30 , **DMG o intolerancia previas**, familiar de primer grado con diabetes ^{F2}.
- En la hiperémesis se vigila la **deshidratación** ^{F51}. La **ETV previa** es un factor de riesgo mayor de trombosis (OR 24,8) ^{F52} y, en la valoración del RCOG, suma **4 puntos**, la puntuación más alta entre los factores previos, empatada con un IMC ≥ 50 ^{F76}.
- La **trombocitopenia gestacional** es benigna, asintomática, del tercer trimestre y no requiere tratamiento ^{F53}.

9. Hemorragias de la gestación, anomalías placentarias y parto pretérmino

- **Ectópico**: implantación fuera de la cavidad uterina; el más frecuente, en la **ampolla tubárica** (70 %) ^{F42}.
- **Placenta previa**: sangrado **indoloro** en el 2.º-3.er trimestre ^{F43}; **marginal** = llega al borde del OCI (clasificación clásica) ^{F44}.
- **DPPNI (abruptio placentae)**: dolor intenso ^{F46}. Factores de riesgo: HTA, trauma, tabaco, cocaína y **multiparidad** ^{F46,F47}.
- **Inserción velamentosa**: vasos que discurren por las membranas sin gelatina de Wharton ^{F48}.
- Los **corticoides** entre las semanas **24 y 34** aceleran la **maduración pulmonar fetal** ^{F49,F50}.

Puntos clave

- 1 Las 8 semanas cierran la organogénesis, y la implantación ocurre en fase de blastocisto ^{F28}.
- 2 El embarazo aumenta el gasto cardiaco, la volemia, el filtrado glomerular, los factores de coagulación y el fibrinógeno ^{F30}.
- 3 Naegele: FUR + 7 días – 3 meses + 1 año; el fondo uterino llega al ombligo hacia la semana 20 ^{F39}.
- 4 La 2.ª maniobra de Leopold localiza el dorso fetal y la 1.ª explora el fondo uterino ^{F38}.
- 5 Grupo, Rh y anticuerpos irregulares se piden a todas en la primera visita; la anti-D se da a las 28 semanas y en las 72 h posparto si el recién nacido es Rh+ ^{F1}.
- 6 Toxoplasma y citomegalovirus no se criban de rutina; Chagas solo en mujeres de zona endémica ^{F1}.
- 7 Ácido fólico 0,4 mg/día hasta la semana 12 para prevenir los defectos del tubo neural ^{F1}.
- 8 Rubéola: la triple vírica se pone antes del embarazo (evitar gestar 28 días) o en el posparto, nunca durante ^{F1}.
- 9 Hipertensión antes de la semana 20 = crónica; nueva después de la 20 sin proteinuria = gestacional ^{F3}.
- 10 El sulfato de magnesio es el fármaco de elección en la eclampsia; su antídoto es el gluconato cálcico ^{F5,F3}.
- 11 O'Sullivan: 50 g de glucosa, glucemia a la hora, sin ayuno; positivo con ≥ 140 mg/dl ^{F2}.
- 12 Placenta previa = sangrado indoloro; desprendimiento = dolor intenso ^{F43,F46}.

1. Ovogénesis, fecundación, desarrollo embrionario y placenta

Las ovogonias forman los **ovocitos primarios en el ovario fetal, antes del nacimiento** ^{F26}. Estos ovocitos inician la primera división meiótica y quedan detenidos en la **profase de la meiosis I**: al nacer, todos los futuros óvulos están en profase ^{F27}. La meiosis no se reanuda hasta años después, **a partir de la pubertad** ^{F26}. Los folículos primordiales pueden permanecer **en reposo durante años**. Solo **después de la pubertad** algunos responden cada día a una señal de reclutamiento y pasan a ser folículos primarios en crecimiento ^{F26}. El número de ovocitos primarios baja de 1-2 millones en la lactante a unos 400.000 en la pubertad, y a cero al final de la menopausia ^{F26}.

Justo antes de la ovulación, el **pico de LH** reanuda la meiosis del ovocito primario, que pasa a **ovocito secundario** ^{F26}. La reducción de la dotación cromosómica (de dos juegos a uno) ocurre en la **meiosis I**, que por eso se llama **división reduccional**; la meiosis II es análoga a una mitosis ^{F56}. **La meiosis del ovocito secundario solo se completa si un espermatozoide consigue atravesar sus barreras**: entonces se reanuda la meiosis II y se forma el óvulo haploide ^{F26}, junto con el segundo corpúsculo polar ^{F27}.



Ovogénesis en tres paradas

Antes de nacer: ovocito primario detenido en **profase I** ^{F27}. **Antes de cada ovulación**: termina la meiosis I y se forma el ovocito secundario ^{F26}. **Solo si hay fecundación**: se completa la **meiosis II** ^{F26}. La división que reduce los cromosomas a la mitad es la **meiosis I** ^{F56}.

EIR 2025 · 164

P60 · respuesta en el solucionario

Ovogénesis: la meiosis II solo se completa si hay fecundación

Respecto de los procesos que tienen lugar durante la ovogénesis, indique cuál es el enunciado correcto:

1. Al nacimiento este proceso se encuentra pausado en la Mitosis I.
2. La Meiosis II sólo se completa si existe fecundación del ovocito secundario.
3. La división cromosómica que da lugar a un ovocito con "n" cromosomas, tiene lugar durante la Meiosis II.
4. Durante la infancia, los folículos se desarrollan a través de su maduración y crecimiento.

Tras la fecundación, la segmentación da lugar a la **mórula** (de *morula*, «pequeña mora»). Después sus células se organizan alrededor de una cavidad llena de líquido, el blastocelo, y el conceptus pasa a llamarse **blastocisto** ^{F28}. **Al final de la primera semana, el blastocisto** contacta con la pared uterina, se adhiere y se incrusta en el endometrio mediante las células del trofoblasto: **la implantación o anidación ocurre en fase de blastocisto** ^{F28}.

Anidación: se produce en fase de blastocisto

¿En qué fase de evolución del huevo se produce la anidación?:

1. Gastrula.
2. Mórula.
3. Blastocisto.
4. Corion.
5. Embrioblasto.

Estas semanas se cuentan **desde la fecundación** (semanas de desarrollo), no desde la última regla, que añade unas dos más ^{F28}. **En las 8 primeras semanas** el embrión establece las **estructuras rudimentarias de todos sus órganos y tejidos** a partir del ectodermo, el mesodermo y el endodermo. Es la **organogénesis** ^{F28}. **Al final del periodo embrionario todos los sistemas orgánicos están estructurados**, aunque en forma rudimentaria, y los órganos no funcionan o solo lo hacen en parte ^{F28}. Es decir, **al terminar la 8.ª semana todos los órganos del cuerpo están ya formados**: la organogénesis ha concluido ^{F28}. El corazón **empieza a latir al principio de la cuarta semana**, aunque no bombea sangre embrionaria hasta una semana después ^{F28}. Desde la **novena semana** hasta el nacimiento se habla de **feto**, y la diferenciación sexual no empieza hasta el periodo fetal, en las **semanas 9-12** ^{F54}.

Desarrollo embrionario a las 8 semanas: organogénesis completa

Marta Rodríguez está embarazada de 8 semanas y quiere saber el estado de desarrollo de su feto. En este momento de la gestación:

1. El corazón del feto empieza a latir.
2. Se puede ver el sexo del feto.
3. Todos los órganos corporales están formados.
4. El feto desarrolla hábitos regulares de sueño, succión y pataleo.
5. Se puede escuchar el latido cardíaco con fonendoscopio.

Hormona placentaria	Lo que hay que saber
Gonadotropina coriónica humana (hCG)	La sintetiza el sincitiotrofoblasto; estimula la producción de progesterona por el cuerpo lúteo para mantener el embarazo F29
Progesterona	La placenta asume su síntesis cuando degenera el cuerpo lúteo; inhibe las contracciones uterinas y protege frente al parto pretérmino F55
Estrógenos	Suben durante todo el embarazo y se multiplican por 30 hacia el parto F55
Lactógeno placentario (somatomatotropina coriónica humana)	Lo produce el sincitiotrofoblasto desde la sexta semana ; favorece el desarrollo mamario, disminuye la sensibilidad materna a la insulina y aumenta la glucosa disponible para el feto F29
Relaxina	La segrega el cuerpo lúteo y después la placenta; ayuda a preparar el cuerpo para el parto F55

Lactógeno = «leche y glucosa»

El lactógeno placentario prepara la **mama** y, al volver a la madre menos sensible a la insulina, **reserva glucosa para el feto**.

EIR 2020 · 184

P17 · respuesta en el solucionario

Lactógeno placentario: asegura el aporte de glucosa al feto

De las siguientes hormonas placentarias, indique cuál de ellas asegura un suministro constante de glucosa al feto:

1. Estriol.
2. Progesterona.
3. Hormona gonadotrópica coriónica.
4. Lactógeno placentario.

2. Modificaciones fisiológicas y signos del embarazo

Aparato cardiovascular. La vasodilatación periférica hace caer la resistencia vascular sistémica, y se compensa con un **aumento del gasto cardíaco de aproximadamente un 40 %** que se mantiene todo el embarazo ^{F30}. Ese aumento se debe sobre todo al volumen sistólico y en menor medida a la frecuencia cardíaca; en el tercer trimestre pasa a sostenerlo el **aumento de la frecuencia cardíaca** ^{F30}. El **volumen sanguíneo aumenta** unos 1,5 litros ^{F30}. Como el plasma crece más que la masa eritrocitaria, aparece la **anemia dilucional o anemia fisiológica del embarazo** ^{F30}. Tras el parto, el gasto cardíaco sube un 75 % porque cesa la compresión de la vena cava inferior ^{F30}.

Síndrome de la vena cava (hipotensión supina). Cuando la gestante se tumba, el útero aumentado puede comprimir la vena cava inferior: disminuye el flujo que llega a la aurícula derecha y aparece hipotensión ^{F40}. Es el **síndrome de compresión aortocava**, que se da típicamente **después de la semana 20** con la gestante en decúbito supino ^{F74}. Se caracteriza por taquicardia inicial y bradicardia tardía, **palidez, sudoración, náuseas, hipotensión y mareo**, y **se resuelve al girarla de lado**, porque el útero deja de comprimir la vena cava ^{F74}.

- **Riñón:** el **filtrado glomerular aumenta** en torno a un 50 % y el flujo plasmático renal hasta un 80 % ^{F30}.
- **Aparato digestivo:** la progesterona reduce el tono del esfínter esofágico inferior, retrasa el vaciamiento gástrico y alarga el tránsito del intestino delgado ^{F30}. La **disminución del peristaltismo** contribuye a las náuseas del inicio del embarazo y al estreñimiento ^{F55}.
- **Respiración:** por la progesterona, el volumen corriente y la ventilación minuto aumentan un 30-50 % ^{F30}.
- **Coagulación:** el embarazo es un **estado de hipercoagulabilidad**. A medida que avanza, **aumentan de forma marcada los factores VII, VIII, X y XII, el factor de von Willebrand y el fibrinógeno** ^{F30}.

Lo que SUBE en el embarazo

Suben el **gasto cardíaco**, la frecuencia cardíaca, la **volemia**, el **filtrado glomerular**, la ventilación y los **factores de coagulación y el fibrinógeno** ^{F30}. Lo que baja es el **peristaltismo intestinal** ^{F55} y, en términos relativos, la hemoglobina (anemia dilucional) ^{F30}.

EIR 2020 · 108

P18 · respuesta en el solucionario

Cambios cardiovasculares del embarazo: aumento del gasto cardíaco

Indique cuál de las siguientes modificaciones cardiovasculares debidas al embarazo es INCORRECTA:

1. Hipotensión postural.
2. Disminución del gasto cardíaco.
3. Aumento de la volemia
4. Anemia fisiológica de la gestante.

Cambios hematológicos del embarazo: aumento de factores de coagulación y fibrinógeno

Dentro de los cambios anatómicos y fisiológicos normales que ocurren en la gestación podemos encontrar los siguientes EXCEPTO:

1. Disminución de los factores de coagulación y del fibrinógeno.
2. Aumento del filtrado glomerular.
3. Disminución del peristaltismo intestinal.
4. Aumento del gasto cardíaco y de la frecuencia cardíaca.

Vitamina D. Las concentraciones totales de **calcitriol (1,25-dihidroxitamina D)** **aumentan entre dos y cinco veces al principio del embarazo** y siguen elevadas hasta el parto; la fuente habla también de que el calcitriol materno **se duplica o triplica** ^{F34}. El calcitriol libre medido se ha descrito aumentado solo en el tercer trimestre, aunque, calculado teniendo en cuenta los cambios de la proteína transportadora y de la albúmina, debería estar elevado en los tres ^{F34}. Una revisión de 2015 lo resume así: la 1,25-dihidroxitamina D plasmática **aumenta al principio del embarazo, alcanza su máximo en el tercer trimestre** y vuelve a la normalidad durante la lactancia ^{F75}. **No hay pruebas suficientes para recomendar el cribado de vitamina D a todas las embarazadas:** ni la ACOG ni la SEGO recomiendan una detección sistemática universal ^{F35,F2}. La SEGO recoge que algunas sociedades médicas recomiendan entre 400 y 600 unidades diarias, y que en las gestantes de riesgo sí se haga la determinación al inicio ^{F2}.

Vitamina D y preeclampsia: la evidencia ha cambiado desde EIR2022-084

En **EIR2022-084** la respuesta oficial es la opción 3 («se duplican en el primer trimestre y alcanzan su punto máximo en el tercer trimestre») y la opción 2 («la suplementación no parece disminuir los riesgos de preeclampsia o diabetes gestacional») se da por falsa. La fuente respalda la primera mitad de la opción 3: el calcitriol sube pronto y se duplica o triplica ^{F34}. Endotext no dice que el máximo se alcance en el tercer trimestre (dice que sigue elevado hasta el parto) ^{F34}; la revisión de 2015 sí lo dice ^{F75}. **Criterio de la época:** la revisión Cochrane de 2019 concluía que suplementar solo con vitamina D **probablemente reduce el riesgo de preeclampsia y de diabetes gestacional** (evidencia de certeza moderada) ^{F36}. **Criterio actual:** la actualización Cochrane de 2024 dejó fuera 21 de los estudios anteriores y concluye que la evidencia sobre preeclampsia y diabetes gestacional es **muy incierta** ^{F37}. La respuesta oficial no se corrige.

Vitamina D (1,25-dihidroxitamina D) en el embarazo

Señala el enunciado correcto en relación a la 1,25-dihidroxitamina D y el embarazo:

1. Las concentraciones de 1,25dihidroxitamina D se mantienen iguales en el embarazo.
2. La suplementación con 1,25dihidroxitamina D no parece disminuir los riesgos de padecer preeclampsia o diabetes gestacional.
3. Las concentraciones de 1,25dihidroxitamina D previas a la gestación se duplican en el primer trimestre y alcanzan su punto máximo en el tercer trimestre.
4. La recomendación de todas las sociedades científicas es hacer una detección sistemática universal durante el embarazo de 1,25dihidroxitamina D.

Tipo de signo	Qué incluye
Presunción (subjetivos)	Amenorrea, náuseas y vómitos, cansancio, polaquiuria, percepción de movimientos fetales, aumento de tamaño y sensibilidad de las mamas F68
Probabilidad (objetivos, los aprecia el profesional)	Signo de Chadwick, signo de Goodell, signo de Hegar, aumento del tamaño del útero, hiperpigmentación cutánea y palpación del feto F68
Certeza	Auscultación del latido fetal, movimientos fetales palpados por el examinador y visualización del feto por ecografía F68

- **Signo de Chadwick:** coloración azulada de la vagina y el cuello uterino por la vasocongestión, en el embarazo precoz **F68**. El aumento del flujo sanguíneo y de la vascularización produce en 4-8 semanas el reblandecimiento (Goodell) y el tono azulado (Chadwick) de vagina y cérvix **F32**.
- **Signo de Goodell:** reblandecimiento del cuello uterino y de la vagina, con aumento del moco vaginal **F68**.
- **Signo de Hegar:** reblandecimiento del segmento uterino inferior **F68**; el istmo uterino se reblandece y se hace más compresible **F40**.
- **Mamas:** aumento de tamaño, hipersensibilidad, venas más visibles, estrías y aumento de la areola **F32**. El pezón y la areola se hiperpigmentan, aparece una **areola secundaria** y aumentan de tamaño las **glándulas o tubérculos de Montgomery** **F32**.
- **Tubérculos de Montgomery:** pequeñas pápulas de la **areola**; la mayor actividad de las **glándulas sebáceas** los agranda, y lubrican el pezón y la areola para la lactancia **F32**. La areola es rica en glándulas sebáceas modificadas (tubérculos de Montgomery) durante el embarazo y la lactancia **F59**.
- **Melasma o cloasma** («máscara del embarazo»): **manchas parduscas o amarillentas alrededor de los ojos y sobre las mejillas y la nariz** **F33**; hiperpigmentación de la **cara**, de los pómulos a la frente **F68**. Afecta sobre todo a la cara (zona centrofacial, malar y mandibular) y, con menos frecuencia, a zonas expuestas al sol como los antebrazos y el **cuello** **F67**.
- **Línea negra y estrías:** la hormona estimulante de los melanocitos y los estrógenos oscurecen las areolas y crean una línea de pigmento del ombligo al pubis; las estrías son marcas rojas o violáceas del abdomen **F55**.

Chadwick, Goodell y Hegar no son lo mismo

Chadwick = color (azulado de vagina y cérvix) ^{F68}. **Goodell = cuello blando** ^{F68}. **Hegar = istmo blando** (segmento inferior) ^{F68,F40}.

Signo de Chadwick: ¿rojo o azulado? (EIR2026-092)

En **EIR2026-092** la respuesta oficial es la opción 2: por el aumento de la vascularización, la vagina y el cuello uterino adquieren un **color rojo** en el embarazo precoz. Las fuentes vigentes consultadas describen el tono como **azulado** («bluish»), producido por la vasocongestión y el aumento del flujo sanguíneo, en las primeras 4-8 semanas ^{F68,F32}. Aun así, la opción 2 es la única que describe el signo: un cambio de **color de vagina y cuello** por **aumento de la vascularización** en el **embarazo precoz** ^{F68,F32}. Las otras hablan de contracciones del tercer trimestre, del reblandecimiento del cuello en el parto o de un cambio de forma del útero hacia la semana 20. La respuesta oficial no se corrige.

EIR 2026 · 92

P4 · respuesta en el solucionario

Signo de Chadwick: coloración violácea de vagina y cérvix

Respecto al signo de Chadwick, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Se refiere a la aparición de contracciones irregulares del útero en el tercer trimestre.
2. Debido al aumento de la vascularización, la vagina y cuello uterino adquieren un color rojo en el embarazo precoz.
3. Se refiere al reblandecimiento del cuello uterino durante el parto.
4. Es un cambio en la forma del útero que ocurre hacia la semana 20 de gestación.

EIR 2004 · 3

P57 · respuesta en el solucionario

Tubérculos de Montgomery: glándulas sebáceas de la areola en el embarazo

Durante el embarazo los tubérculos de Montgomery se hacen prominentes. ¿Dónde se asientan dichos tubérculos?:

1. En el útero.
2. En los labios mayores.
3. En el vestíbulo.
4. En la mamas.
5. En el itmo.

Tubérculos de Montgomery: glándulas sebáceas de la areola en el embarazo

¿Cómo se denominan las glándulas sebáceas de la areola mamaria que se hacen más prominentes durante el embarazo?:

1. Acinos.
2. Tubérculos de Montgomery.
3. Mamilas.
4. Células de Boll.

Melasma (cloasma) gravídico: manchas oscuras en cara y cuello

La manifestación del Melasma en una embarazada se caracteriza por:

1. Estrías en el abdomen.
2. Coloración azulada del cervix.
3. Manchas oscuras en la piel de la cara y cuello.
4. Secreción de calostro.
5. Aumento del flujo vaginal.

3. Edad gestacional y exploración obstétrica

Regla de Naegele. La fecha probable de parto se calcula a partir del primer día de la última regla (FUR): **se suman 7 días, se restan 3 meses y se suma 1 año** ^{F39}. Es lo mismo que sumar 7 días y 9 meses, lo que equivale a **280 días** ^{F60}. Por ejemplo, aplicando la regla a una FUR del 10 de marzo: $10 + 7 = 17$ de marzo; menos 3 meses, 17 de diciembre del mismo año ^{F39}.

Naeglele

+7 días, -3 meses, +1 año ^{F39}. Primero los días; si al sumarlos se pasa de mes, el mes avanza antes de restar los 3.

EIR 2009 · 81

P47 · respuesta en el solucionario

Regla de Naegele: cálculo de la fecha probable de parto

La Sra. Juana Pérez tuvo su último período menstrual normal el 20 de mayo de 2008. La fecha probable de parto, según la regla de Naegele, es:

1. 18 de febrero de 2009.
2. 20 de febrero de 2009.
3. 23 de febrero de 2009.
4. 27 de febrero de 2009.
5. 2 de marzo de 2009.

Altura uterina. Hacia las **12 semanas** el útero se palpa justo por encima de la sínfisis del pubis ^{F39}. Hacia las **20 semanas** el fondo uterino se palpa **a la altura del ombligo** ^{F39}; una altura de 20 cm suele estar en el ombligo e indica 20 semanas ^{F40}. Una altura de 36 cm suele estar a la altura del apéndice xifoides e indica 36 semanas ^{F40}. Regla práctica: **cada centímetro de altura uterina equivale a una semana de gestación** ^{F40}.

EIR 2007 · 76

P50 · respuesta en el solucionario

Altura uterina: alcanza el ombligo en la semana 20-22

El crecimiento del útero constituye uno de los parámetros clásicos de vigilancia de la gestación. ¿En qué semana alcanza el nivel del ombligo?:

1. 12-14.
2. 16-18.
3. 20-22.
4. 24-26.
5. 28-30.

Maniobras de Leopold. Son un método sistemático de palpación abdominal para valorar la **posición, la presentación y el encajamiento fetal** en el tercer trimestre ^{F38}. La segunda maniobra valora además la **situación fetal** (longitudinal, transversa u oblicua) ^{F38}.

Maniobra	Cómo se hace	Qué valora
1.ª (maniobra fúndica)	Las manos palpan el fondo uterino , en la parte alta del abdomen ^{F38} . El examinador se coloca mirando hacia el cartílago xifoides de la madre y pone las palmas de ambas manos a cada lado del fondo , con los dedos juntos cerca del xifoides; después palpa el fondo con las yemas de los dedos ^{F38}	La altura del fondo y qué polo fetal lo ocupa (cefálico o podálico) ^{F38}
2.ª (maniobra umbilical)	Se palpan las caras laterales del útero ^{F38}	Dónde está la columna (dorso) fetal y las extremidades, a derecha o izquierda, y la situación fetal ^{F38}
3.ª (maniobra de Pawlik)	Con el pulgar y los dedos de una mano, por encima de la sínfisis del pubis, se abarca la parte fetal que se presenta ^{F38}	La presentación y si está encajada : si la parte palpada se mueve, no está encajada ^{F38}
4.ª (maniobra pélvica)	Las palmas de ambas manos a los lados del abdomen inferior, con la punta de los dedos hacia la entrada de la pelvis, siguiendo el contorno inferior del útero hacia el canal del parto ^{F38}	La parte fetal que se presenta sobre la pelvis ^{F38}



Leopold en una línea

Las maniobras de Leopold valoran la **estática fetal**: situación, presentación y posición ^{F38}. **1.ª fondo** (qué polo hay arriba), **2.ª lados (dorso)**, **3.ª Pawlik** (polo que se presenta), **4.ª pelvis** ^{F38}.

EIR 2026 · 95

P1 · respuesta en el solucionario

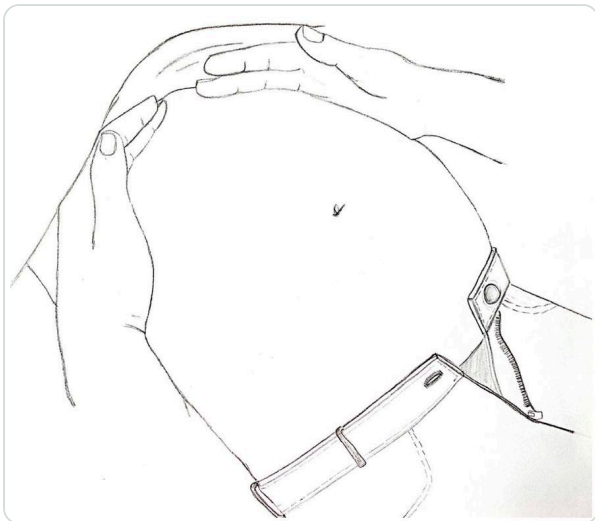
Maniobras de Leopold: qué evalúan (situación, presentación y posición)

Durante la gestación, ¿qué evaluamos mediante las maniobras de Leopold?:

1. El grado de madurez pulmonar fetal.
2. La contractilidad uterina.
3. La situación, presentación y posición fetal.
4. El estado del cuello uterino y la dilatación.

Maniobras de Leopold: identificación de la primera maniobra

Pregunta asociada a la imagen 3. Indique cuál es la Maniobra de Leopold que se muestra en la imagen:



1. Primera maniobra.
2. Segunda maniobra.
3. Tercera maniobra.
4. Cuarta maniobra.

Maniobras de Leopold: la segunda localiza el dorso fetal

En una mujer gestante de 32 semanas se escucha el latido cardíaco fetal. ¿Qué maniobra de Leopold se debe realizar para conocer dónde se encuentra el dorso fetal?:

1. La primera.
2. La segunda.
3. La tercera.
4. La cuarta.
5. La quinta.

4. Control prenatal: visitas, cribados e isoinmunización Rh

La guía del SNS sugiere entre **6 y 9 visitas** en las gestantes de bajo riesgo. Las gestaciones sin complicaciones las atienden **matronas y médicos de familia**, y las visitas pueden coordinarlas las matronas ^{F1}. La SEGO asocia entre 7 y 10 consultas con mejores resultados perinatales. Según ella, la primera visita debe hacerse en las primeras 12 semanas, idealmente antes de la 10.^a ^{F2}.

Prueba	A quién y cuándo (GPC del SNS 2014, salvo que se indique)
Grupo ABO, Rh y anticuerpos irregulares	A todas, en la primera visita prenatal; en las Rh negativas con incompatibilidad Rh, repetir los anticuerpos entre las 24 y 28 semanas ^{F1}
Sífilis, rubéola, hepatitis B y VIH	A todas, en la primera visita (la sífilis como recomendación débil) ^{F1} ; la SEGO repite el VIH en el tercer trimestre ^{F2}
Enfermedad de Chagas	En la primera visita, a las mujeres originarias de una zona endémica o que han vivido un tiempo en ella ^{F1}
Hepatitis C	Solo si hay riesgo; no se hace cribado universal ^{F1}
Toxoplasma	No de rutina (se sugiere no ofrecerlo; recomendación débil); sí informar de las medidas higiénicas y dietéticas ^{F1}
Citomegalovirus	No (se recomienda no cribarlo; recomendación fuerte) ^{F1}
Urocultivo (bacteriuria asintomática)	A todas, en la primera visita ^{F1}
Test combinado (edad, translucencia nuchal, PAPP-A y β-hCG libre)	Semanas 11 a 13+6 ^{F1}
Ecografías	GPC: dos, al final del primer trimestre (11-13+6) y hacia la semana 20 ^{F1} . SEGO: tres (11-13+6, 18-21+6 y 34-36+6) ^{F2}
Diabetes gestacional (O'Sullivan)	Semanas 24-28 ^{F1,F2} ; ver la sección 8
Estreptococo del grupo B	Cribado universal entre las semanas 35 y 37 ^{F1} . El consenso español de 2012 (SEGO, SEN, SEIMC, SEQ y semFYC) lo sitúa también entre las semanas 35 y 37, preferentemente en la 36 , incluso si se prevé una cesárea programada ^{F70}
Anemia	En la primera visita y hacia la semana 28 ^{F1}

Semanas que se confunden

O'Sullivan **24-28**, test combinado **11-13+6**, estreptococo B **35-37** y grupo y Rh en la **primera visita** ^{F1}.
Toxoplasma y citomegalovirus **no** se criban de rutina ^{F1}.

EIR 2025 · 160

P6 · respuesta en el solucionario

Cribado de incompatibilidad Rh en la primera visita prenatal

Respecto de los cribados que deben llevarse a cabo durante la gestación, señale el enunciado correcto:

1. El cribado de Diabetes Gestacional se realiza mediante el test de O'Sullivan entre las semanas 18-22 de gestación.
2. El despistaje de cromosomopatías fetales, a través de test combinado, debe realizarse entre las semanas 8-10 de gestación.
3. El cribado de la presencia de Estreptococo del grupo B se realiza entre las semanas 30-34 de gestación.
4. El cribado de incompatibilidad Rh debe realizarse a todas las mujeres en su primera visita prenatal.

EIR 2022 · 87

P10 · respuesta en el solucionario

Serologías no rutinarias en el embarazo: citomegalovirus

Según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ante cuál de los siguientes agentes infecciosos, NO se recomienda hacer pruebas serológicas de rutina en la embarazada:

1. VIH.
2. Rubeola.
3. Hepatitis B.
4. Citomegalovirus.

EIR 2021 · 60

P14 · respuesta en el solucionario

Cribado serológico en poblaciones de riesgo: enfermedad de Chagas

En el cribado serológico de las embarazadas, señale cuál de las siguientes determinaciones debe realizarse específicamente en poblaciones de riesgo:

1. Virus del papiloma humano.
2. Enfermedad de Chagas.
3. Toxoplasmosis.
4. Rubeola.

VIH. En España se ofrece la prueba de forma rutinaria a las **embarazadas desde los años 90**. También se ofrece de forma sistemática a quien ingresa en prisión, y la guía pide ampliar la oferta en Atención Primaria ^{F9}. En la gestante se hace en el **primer trimestre**; si es negativa, se repite antes del parto o en el parto según la situación y las prácticas de riesgo ^{F9}. La prueba requiere **al menos el consentimiento verbal**, que debe quedar **registrado en la historia clínica** ^{F9}. Se descarta la infección tras una exposición de riesgo si el ELISA es

negativo a las **6 semanas** con pruebas de cuarta generación, o a los **3 meses** con las de tercera generación o si se ha hecho profilaxis posexposición ^{F9}.

EIR 2019 · 122

P63 · respuesta en el solucionario

Cribado de VIH a todas las embarazadas

En relación con la prueba de diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La prueba rutinaria del VIH debe realizarse a todas las mujeres embarazadas, aunque no refieran prácticas de riesgo.
2. No es necesario solicitar el consentimiento del paciente para realizar la prueba del VIH.
3. Sólo debe solicitarse la prueba de aquellas personas que presentan signos y/o síntomas de infección por VIH o SIDA y a las embarazadas.
4. El periodo que debe transcurrir actualmente entre una práctica de riesgo y la realización de la prueba de diagnóstico para que se pueda descartar con certeza la infección por el VIH debe ser, al menos, de seis meses.

Profilaxis anti-D. A las gestantes **Rh negativas no sensibilizadas** se les ofrece profilaxis prenatal rutinaria: **dosis única de 300 µg (1.500 UI) de inmunoglobulina anti-D a las 28-30 semanas** ^{F1}. **Después del parto**, si el **recién nacido es Rh positivo**, se da otra dosis de 300 µg en las **primeras 72 horas** ^{F1}. También se administra en las primeras 72 horas tras cualquier episodio de posible sensibilización: aborto, embarazo ectópico, mola parcial, biopsia de corion, amniocentesis, cordocentesis o versión cefálica externa ^{F1}. Se da una dosis adicional si hay una hemorragia fetomaterna de 10-15 ml ^{F1}. Según la SEGO, si la mujer es Rh negativa y el test de Coombs indirecto es negativo, se repite en la semana 28 y, si sigue negativo, se administra la inmunoprofilaxis anti-D ^{F2}.



Anti-D: madre Rh -, hijo Rh +

La reciben las **madres Rh negativas no sensibilizadas**: una dosis a las **28 semanas** y otra en las **72 horas posparto si el recién nacido es Rh positivo** ^{F1}. Si el recién nacido es Rh negativo, no hay posparto que cubrir ^{F1}.

Gammaglobulina anti-D: pauta (semana 28 y 72 h posparto si RN Rh+)

María, gestante de 20 semanas con factor Rh negativo, le pregunta a su enfermera en qué momento del embarazo y el postparto le administrarán la gammaglobulina anti-D. ¿Cuál será la respuesta correcta de la enfermera?:

1. Se administra una dosis en la semana 28 de gestación y otra dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento del recién nacido si su factor Rh es positivo.
2. Se administra una dosis en la semana 28 de gestación y otra dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento del recién nacido si su factor Rh es positivo.
3. Se administra una dosis en la semana 28 de gestación y otra dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento del recién nacido si su factor Rh es positivo.
4. Se administra una dosis en la semana 28 de gestación y otra dentro de las 12 horas posteriores al nacimiento del recién nacido si su factor Rh es positivo.

Gammaglobulina anti-D: pauta (semana 28 y 72 h posparto si RN Rh+)

La gestante ARH acude a consulta ya que el especialista le ha enviado a la consulta de inmunología del embarazo del hospital de referencia para saber si es necesario la administración de la gamma globulina anti-D. La administración de la gamma globulina anti-D debe ser administrada:

1. En mujeres Rh positivo, en las 72 horas postparto si el recién nacido presenta el Rh positivo.
2. En mujeres Rh positivo, en las 72 horas postparto si el recién nacido presenta el Rh negativo.
3. En mujeres Rh negativo, en las 72 horas post-parto si el recién nacido presenta el Rh positivo.
4. En mujeres Rh negativo, en las 72 horas post-parto si el recién nacido presenta el Rh negativo.

Cómo actúa la anti-D. Contiene anticuerpos IgG específicos contra el antígeno Rh(D) de los eritrocitos humanos, y lo que proporciona es una **inmunización pasiva** ^{F69}. Si se da la dosis necesaria con la debida antelación, antes y después de la exposición a eritrocitos fetales, **previene la inmunización Rh(D) de la madre en más del 99 % de los casos** ^{F69}. El mecanismo por el que la suprime **es desconocido**. Aun así, la supresión puede relacionarse con la **eliminación de los eritrocitos de la circulación antes de que alcancen los sitios inmunocompetentes**. También podría tratarse de un mecanismo más complejo, que implicaría el reconocimiento del antígeno extraño y su presentación por las células apropiadas ^{F69}. En varones voluntarios Rh(D) negativos a los que se inyectaron eritrocitos Rh(D) positivos, la anti-D hizo que desaparecieran casi por completo en 24 horas ^{F69}.

Anti-D: lo que se sabe y lo que se supone (EIR2015-163)

La ficha técnica no afirma cómo actúa la anti-D: dice que el mecanismo **es desconocido** y da dos posibilidades, la **eliminación de los eritrocitos Rh(D) positivos de la circulación** antes de que lleguen a los sitios inmunocompetentes, o un mecanismo más complejo de reconocimiento y presentación del antígeno ^{F69}. Lo que sí afirma es que es una **inmunización pasiva** que **previene la inmunización Rh(D)** de la madre ^{F69}. Por eso no encaja con la anti-D ni **inducir** anticuerpos maternos ni dar **inmunidad activa**. En **EIR2015-163** (respuesta reconstruida por un tercero: opción 1), la respuesta toma como hecho la primera de esas posibilidades.

EIR 2015 · 163

P36 · respuesta en el solucionario

Gammaglobulina anti-D: mecanismo (elimina hematíes fetales de la sangre materna)

El efecto de la gammaglobulina anti-D que se administra a las mujeres Rh negativo que han gestado un feto Rh positivo es:

1. Eliminar los hematíes fetales de la sangre materna.
2. Destruir los antígenos formados por el sistema inmune de la madre.
3. Evitar la formación de anticuerpos anti Rh negativo.
4. Inducir la formación de anticuerpos maternos frente al antígeno fetal.
5. Proporcionar a la mujer inmunidad activa permanente.

Herencia del grupo ABO. El grupo ABO se hereda de forma **autosómica codominante**: los alelos **A y B son codominantes y el alelo 0 es recesivo** ^{F41}. Por eso los genotipos **AA y A0 son de grupo A**: con que llegue un alelo A, el grupo es A ^{F41}.

EIR 2017 · 202

P65 · respuesta en el solucionario

Isoinmunización: interpretación del grupo sanguíneo fetal

La señora HMR acude a su centro de salud para solicitarle información sobre los resultados del estudio de su futuro hijo enviados desde la consulta de inmunohematología del embarazo de su hospital de referencia. El embarazo de la señora HMR se ha realizado gracias a la donación de óvulos de donante fecundados con el esperma de su marido el señor DCG. Como usted conoce para la herencia del grupo sanguíneo se heredan dos genes, uno de cada progenitor. El óvulo donado presenta la siguiente combinación A0 y el del señor DCG AA. ¿Cuál será el grupo del bebé?

1. Grupo 0.
2. Grupo B.
3. Puede ser del grupo 0 y del grupo A.
4. Grupo A.

5. Educación para la salud: suplementos, alimentación y hábitos

Ácido fólico. Es el suplemento que se da para **prevenir las malformaciones del tubo neural (DTN)**; ni el hierro, ni el calcio, ni otras vitaminas tienen ese fin ^{F1}. Se administra para **reducir los defectos del tubo neural**: en los ensayos, la suplementación diaria redujo de forma significativa el riesgo de tener un hijo con DTN ^{F1}. Pautas de la guía del SNS ^{F1}: - Antes de la concepción: **0,4 mg diarios** desde al menos uno o dos meses antes. - Durante el embarazo: **0,4 mg/día (400 µg) en las primeras 12 semanas** (recomendación fuerte). El tubo neural se forma al principio, y por eso la pauta de la guía se concentra en ese periodo. - **5 mg diarios** si hay antecedente de DTN, un hijo anterior con DTN, diabetes o tratamiento con anticonvulsivos. La SEGO, citando a Salud Pública, da 4 mg/día tras un embarazo afectado por DTN ^{F2}.

EIR 2007 · 77

P49 · respuesta en el solucionario

Ácido fólico en el embarazo: prevención de defectos del tubo neural

Durante el embarazo, la mujer debe ingerir suplementos de algunas vitaminas y minerales ¿cuál de los siguientes debe ingerirse a lo largo de todo el embarazo con el fin de prevenir malformaciones de origen neuronal en el feto?:

1. Hierro.
2. Calcio.
3. Tiamina.
4. Riboflavina.
5. Ácido fólico.

EIR 2015 · 174

P33 · respuesta en el solucionario

Ácido fólico en el embarazo: prevención de defectos del tubo neural

¿A cuál de los siguientes problemas del recién nacido se asocia la carencia de folato durante las primeras semanas tras la concepción?:

1. Anemia.
2. Defectos del tubo neural.
3. Bajo peso al nacer.
4. Parto prematuro.
5. Hemorragia del recién nacido.

Consejo preconcepcional (GPC del SNS) ^{F1}: - A la mujer que planifica un embarazo y **no está inmunizada frente a la rubéola** se le sugiere **vacunarse antes del embarazo con triple vírica** y **evitar el embarazo durante los 28 días siguientes**. - **No** se sugiere dar de forma sistemática un **preparado multivitamínico** para evitar los DTN. - **No** se sugiere dar de forma sistemática **yodo**; sí el consumo de sal yodada. - Si no está inmunizada frente a la **hepatitis B**, se sugiere **vacunarla antes del embarazo**. En mujeres con riesgo de infección, la vacuna de la hepatitis B **no está contraindicada** en el embarazo ni en la lactancia ^{F57}.

Rubéola: vacuna contraindicada en la gestación, vacunar antes del embarazo

Ante una mujer que expresa en consulta su deseo de embarazo, la enfermera se plantea informar y dar consejos sobre estilos de vida. Señale la respuesta correcta:

1. En mujeres que planifican su embarazo y que no están inmunizadas frente a la rubeola se sugiere la vacunación antes del embarazo con vacuna triple vírica y tomar precauciones para evitar el embarazo durante los 28 días siguientes a la vacunación.
2. Se sugiere administrar de manera sistemática una suplementación diaria con un preparado multivitamínico para evitar defectos del tubo neural.
3. Se sugiere administrar de manera sistemática una suplementación diaria de yodo.
4. En mujeres que planifican su embarazo y que no están inmunizadas frente a la hepatitis B, está contraindicada hasta después del parto.

Yodo y tiroides. Según la GPC del SNS, se sugiere dar **200 µg/día de yoduro potásico** durante la gestación **solo a quien no alcanza con la dieta** la ingesta recomendada (3 raciones de lácteos y 2 g de sal yodada) ^{F1}. La SEGO recomienda **200 µg/día** de suplemento durante el embarazo y la lactancia ^{F2}. El consenso SEGO/SEEN de 2022 recoge estos datos ^{F8}: - La patología tiroidea es **5-6 veces más frecuente en la mujer**. - La SEGO y la SEEN defienden el **cribado universal de la función tiroidea en el primer trimestre**, frente al cribado selectivo de otras sociedades. - **Todos los grados de yododeficiencia (leve, moderada o grave) pueden potencialmente causar daño neurológico en la descendencia.**

Tiroides: GPC frente a SEGO/SEEN

La GPC del SNS de 2014 propone un **cribado selectivo** de la función tiroidea en gestantes con factores de riesgo ^{F1}. El consenso SEGO/SEEN defiende el **cribado universal** ^{F8}. Si la pregunta cita a la SEGO/SEEN, la respuesta es el universal.

Yododeficiencia en el embarazo: daño neurológico fetal en todos sus grados

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), en su documento de consenso sobre el manejo de la disfunción tiroidea durante el embarazo, es cierto que:

1. La patología tiroidea es igual de frecuente en la mujer como en el hombre.
2. En la hiperfunción tiroidea primaria la hipófisis intenta estimular la glándula tiroides aumentando la secreción de la hormona estimulante de la tiroides (TSH), mientras que, en el hipotiroidismo, se inhibe la producción de TSH.
3. En España, la SEEN y la SEGO recomiendan la realización de un cribado selectivo de función tiroidea en la gestación.
4. Todos los grados de yododeficiencia (leve, moderada o severa), pueden potencialmente causar daño neurológico en el feto.

Hierro. Según la SEGO, la profilaxis de la anemia ferropénica consiste en asegurar **30 mg de hierro elemental al día en el embarazo** (60 mg/día en las gestaciones múltiples) y **15 mg/día durante la lactancia** ^{F2}. La GPC del SNS, en cambio, sugiere **no ofrecer hierro de rutina** a las gestantes (recomendación débil) ^{F1}.

EIR 2023 · 177

P9 · respuesta en el solucionario

Profilaxis de la anemia: hierro 30 mg/día en embarazo y 15 mg/día en lactancia

Según sociedades científicas como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), indique cuáles son las cifras más correctas sobre las recomendaciones para la profilaxis de la anemia en el embarazo y durante la lactancia:

1. 15mg/día de hierro en el embarazo y 30 mg/día de hierro durante la lactancia.
2. 30mg/día de hierro en el embarazo y 30 mg/día de hierro durante la lactancia.
3. 30mg/día de hierro en el embarazo y 15 mg/día de hierro durante la lactancia.
4. 15mg/día de hierro en el embarazo y 15 mg/día de hierro durante la lactancia.

IMC antes del embarazo	Ganancia total (IOM 2009)
Bajo peso (< 18,5)	12,5-18 kg ^{F12}
Normal (18,5-24,9)	11,5-16 kg ^{F12}
Sobrepeso (25-29,9)	7-11,5 kg ^{F12}
Obesidad (≥ 30)	5-9 kg ^{F12}

La guía del SNS recomienda **calcular el IMC en la primera visita** para identificar a quién hay que vigilar la ganancia de peso, y sugiere **no pesar de rutina en todas las visitas** ^{F1}. La SEGO da 11,5-16 kg para la gestante con peso normal, y 7-12,5 kg con sobrepeso, algo más que el IOM ^{F2}.

Ganancia de peso: EIR2011-084

EIR2011-084 da como respuesta oficial **13-15 kg** y la atribuye a la American Medical Association. Ese documento no se ha localizado. **Criterio actual:** el Institute of Medicine (2009) no da una cifra única, sino un intervalo según el IMC previo, **11,5-16 kg con IMC normal** ^{F12}. De las opciones de la pregunta, 13-15 kg es la única que queda entera dentro de ese intervalo. La respuesta oficial no se corrige.

Ganancia de peso recomendada en el embarazo (13-15 kg)

El valor vigente sobre la ganancia de peso ponderal reproductivo, según la American Medical Association, es de entre:

1. 8 y 10 kilogramos.
2. 9 y 12 kilogramos.
3. 13 y 15 kilogramos.
4. 15 y 17 kilogramos.
5. 17 y 18 kilogramos.

Alimentación segura (AESAN). Durante el embarazo se evitan: - Por el **mercurio**, cuatro especies de gran tamaño: **pez espada o emperador, atún rojo, tiburón (cazón, marrajo, tintorera...)** y **lucio** ^{F19,F20}. Por lo demás, se aconseja comer pescado 3 o 4 veces por semana, sobre todo azul ^{F19}. - También la leche cruda y los **quesos frescos o de pasta blanda** (Brie, Camembert...) si no consta que estén hechos con leche pasteurizada, los **patés refrigerados**, el pescado crudo o ahumado refrigerado y los brotes crudos ^{F19}. El CDC señala como alimentos de riesgo de **listeria** los quesos blandos y la leche cruda, los fiambres, los patés y el pescado ahumado en frío, y los brotes y melones ^{F62}. - Por el **toxoplasma**, si no está inmunizada: los **productos cárnicos crudos curados** (chorizo, salchichón, jamón curado), salvo cocinados a más de 70 °C durante 2 minutos en el centro ^{F19}.

Mercurio en el embarazo: evitar peces grasos de gran tamaño

Por su alto contenido de mercurio, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición recomienda a las mujeres embarazadas no consumir:

1. Quesos blandos maduros, tipo Brie o Camembert.
2. Paté o foie-gras.
3. Peces grasos de gran tamaño.
4. Embutidos crudos.
5. Verduras de hoja verde.

Tabaco. Hay que recomendar el **abandono completo** del tabaco en el embarazo ^{F1}. Según el CDC, fumar duplica el riesgo de sangrado anormal durante el embarazo y el parto. Se asocia con ^{F25}: - **rotura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta** y embarazo ectópico; - parto pretérmino, bajo peso, muerte fetal y muerte súbita del lactante. La **rotura uterina** no figura entre las complicaciones que el CDC asocia al tabaco ^{F25}. **Alcohol:** lo recomendable es abstenerse ^{F1}.

Tabaco en el embarazo: complicaciones asociadas

El consumo o la exposición a los productos del tabaco por las mujeres embarazadas NO se asocia más específicamente con:

1. Placenta previa.
2. Rotura prematura de membranas.
3. Desprendimiento prematuro de placenta.
4. Rotura uterina.

Cinturón de seguridad. Su uso es obligatorio también para la embarazada, sea conductora o pasajera ^{F10}. Según la DGT: - **Banda diagonal:** sobre el hombro, **sin rozar el cuello, entre las mamas, sin apoyarse en ninguna de ellas y rodeando el abdomen** ^{F11}. - **Banda inferior: por debajo del abdomen,** ajustada lo más posible a la parte ósea de las caderas ^{F11}. El Ministerio lo explica así: la banda horizontal retiene a la madre por la pelvis y evita que el cinturón presione al feto ^{F10}.

Cinturón de seguridad en el embarazo: colocación correcta

Teniendo en cuenta la importancia del abordaje de la seguridad y lesiones no intencionales en Atención Primaria, una de las recomendaciones para el correcto uso del cinturón de seguridad durante el embarazo en un vehículo sería:

1. La banda diagonal sobre el hombro, sin rozar el cuello, entre las mamas, sin apoyarse en ninguna de ellas y rodeando el abdomen.
2. La banda diagonal sobre el hombro, sin rozar el cuello, entre las mamas, sin apoyarse en ninguna de ellas y sobre el abdomen en diagonal.
3. La banda inferior por debajo del abdomen, ajustándose lo máximo posible a la parte ósea de las caderas, por encima del vientre.
4. La banda inferior a nivel medio del abdomen, ajustándose lo máximo posible a la parte ósea de las caderas, nunca por encima del vientre.

Signos de alarma (SEGO). La gestante debe **acudir inmediatamente** a la clínica o al hospital si presenta cualquiera de estos signos ^{F2}: - hemorragia o pérdida de líquido por los genitales; - dolor abdominal intenso; - contracciones uterinas intensas; - fiebre de 38 °C o más; - **dolor de cabeza muy intenso.** Debe consultar en su centro si tiene vómitos intensos y persistentes, diarrea, dolor al orinar, un dolor de cabeza no habitual, hinchazón fuera de pies y tobillos o una disminución de los movimientos fetales ^{F2}.

Signos de alarma en la gestante: cefalea intensa

¿Cuál de las siguientes manifestaciones es una urgencia para la mujer gestante?:

1. Aparición de varices.
2. Leucorrea.
3. Polaquiuria.
4. Cefalea intensa.
5. Náuseas.

6. Infecciones en la gestación

Rubéola. El riesgo de síndrome de rubéola congénita **es máximo cuando la infección ocurre en las 12 primeras semanas** y después disminuye. Las anomalías son raras si la infección ocurre a partir de la semana 20 ^{F14}. El síndrome reúne sordera, anomalías oculares (cataratas, glaucoma, retinopatía, microftalmía) y cardiopatía congénita ^{F13}. La cardiopatía más frecuente es el **conducto arterioso persistente** o la estenosis de la arteria pulmonar periférica ^{F14}. El niño afectado suele tener varios signos, pero puede presentar uno solo, **y entonces el más frecuente es la hipoacusia** ^{F14}. La rubéola durante la embriogénesis suele producir la **triada clásica** de cataratas, cardiopatía congénita y sordera neurosensorial, y **la sordera es el hallazgo más frecuente del síndrome**, que puede ser el único defecto ^{F73}. Según la OMS, los defectos más frecuentes del síndrome son la **hipoacusia y la sordera**, los defectos oculares (cataratas, glaucoma congénito o retinopatía pigmentaria) y los cardíacos ^{F71}. Se estima que la epidemia de rubéola de Estados Unidos de 1964-1965 causó más de 20.000 casos de síndrome de rubéola congénita, **más de 8.000 casos de sordera**, 3.580 de ceguera y 1.800 de retraso del desarrollo ^{F72}. El oftalmólogo australiano **Norman Gregg** describió en 1941 las cataratas congénitas en hijos de madres con rubéola ^{F13}.

La inmunidad de la mujer en edad fértil se documenta por haber recibido al menos una dosis de triple vírica, o por una **IgG positiva** frente a la rubéola mediante ELISA ^{F15}. **La triple vírica está contraindicada durante el embarazo**, y tras vacunar hay que evitar el embarazo **4 semanas** ^{F15,F1}. A las gestantes no inmunes se les ofrece **una dosis de triple vírica en el posparto** ^{F1}.



Rubéola: la vacuna, antes o después; nunca durante

La vacuna frente a la rubéola se pone **antes del embarazo**, evitando la gestación 28 días o 4 semanas, o **en el posparto** ^{F1,F15}. **Nunca durante la gestación**: está contraindicada ^{F1}. El signo aislado más frecuente del síndrome congénito es la **hipoacusia** ^{F14}.

EIR 2016 · 159

P28 · respuesta en el solucionario

Rubéola: vacuna contraindicada en la gestación, vacunar antes del embarazo

En relación a la rubeola y al embarazo, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El riesgo de anomalías congénitas es muy elevado cuando la infección ocurre en las primeras semanas de la gestación.
2. Las lesiones fetales más frecuentes que se producen constituyen la llamada “triada de Gregg”.
3. El diagnóstico de la inmunidad materna se realiza mediante la determinación serológica de anticuerpos IgG.
4. Debido a su gran potencial teratogénico, a las mujeres no inmunizadas se les administrará la vacuna durante la gestación.

Rubéola congénita (tríada de Gregg): complicación más frecuente, hipoacusia

De entre las siguientes opciones, ¿cuál es la complicación más frecuente de la tétada de Gregg?:

1. Hipoacusia.
2. Cataratas.
3. Ductus arterioso persistente.
4. Microcefalia.

Toxoplasmosis. La mujer que se infecta durante el embarazo o justo antes **puede transmitir la infección al feto** ^{F17}. No se ofrece el cribado a todas las gestantes, pero sí se les informa de las medidas de prevención ^{F1}. El CDC recomienda las siguientes ^{F16}: - Cocinar la carne a temperatura segura: al menos **63 °C** las piezas enteras que no son de ave, **71 °C** la carne picada y **74 °C** las aves. - **Congelar la carne varios días a temperaturas bajo cero (0 °F, unos -18 °C)** antes de cocinarla, lo que reduce mucho la probabilidad de infección. - Lavar los utensilios, las tablas de cortar y las encimeras con agua caliente y jabón después de preparar cada alimento. - **No beber agua sin tratar** y lavar la fruta y la verdura. - Cambiar a diario la arena del gato, porque el parásito tarda 1-5 días en hacerse infeccioso tras eliminarse en las heces, y usar guantes al trabajar la tierra.

Congelar sí, pero de verdad

Lo que protege es congelar **varios días a temperaturas bajo cero (0 °F)** ^{F16}. Unas horas a una temperatura poco fría no figuran entre las medidas recomendadas ^{F16}.

Toxoplasmosis: transmisión transplacentaria

En relación a la toxoplasmosis y el embarazo, indique cuál de las siguientes opciones es cierta:

1. Se puede producir transmisión placentaria al feto.
2. Debe detectarse la tasa de anticuerpos al inicio de la gestación y, en su ausencia, efectuar vacunación con vacuna de virus muertos.
3. La infección es menos grave pero más frecuente cuanto más joven es la gestante.
4. En nuestro medio, la principal causa de contagio es la convivencia y el manejo de aves domésticas.
5. El contagio ocurre intraparto, favorecido por la rotura de la bolsa amniótica.

Toxoplasmosis: medidas preventivas (congelación de la carne a -20 °C)

Las mujeres embarazadas no inmunes a la toxoplasmosis deben tener en cuenta una serie de medidas preventivas para evitar contraer la infección durante el embarazo. Señale cuál de las siguientes actividades NO reduce significativamente el riesgo de contraer la enfermedad:

1. Cocinar la carne a temperatura suficiente, entre 63°C y 74°C.
2. Congelar la carne durante varias horas a -5°C antes de consumirla.
3. Evitar beber agua potable no tratada.
4. Lavar las encimeras, las tablas de cortar y los utensilios con agua jabonosa después de manipular alimentos.

Listeriosis. En la gestante suele ser una enfermedad leve, parecida a una gripe, o no dar síntomas. Sus consecuencias son para el embarazo: **aborto, muerte fetal, parto pretérmino** y sepsis o meningitis del recién nacido ^{F18}. Se previene evitando los alimentos de riesgo de la sección 5 ^{F19}.

Listeriosis en la gestante: parto prematuro

La infección por Listeria en la gestante suele producir con más frecuencia:

1. Cervicitis mucopurulenta en el primer trimestre.
2. Lesión dérmica que consiste en una pápula eritematosa.
3. Cuadros hipertensivos en el embarazo antes de la 20 semana de gestación.
4. Parto prematuro.

Varicela. La varicela congénita aparece en el 0,4-2 % de los hijos de mujeres que pasan la infección en el primer o el segundo trimestre ^{F21}. **Si la madre tiene varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto,** el 15-30 % de los recién nacidos desarrolla una **varicela neonatal**, habitualmente grave, con una letalidad de hasta el 30 % ^{F21}.

Varicela perinatal: riesgo máximo de 5 días antes a 2 días después del parto

Si la madre presenta infección por varicela durante la gestación ¿Cuándo existe un riesgo mayor de que el niño desarrolle una varicela fulminante?:

1. Cuando la infección se presenta entre el primer y segundo trimestre de gestación.
2. Cuando la infección se presenta entre el segundo trimestre y los 21 días anteriores al parto.
3. Cuando la infección se presenta entre los 20 y los 6 días anteriores al parto.
4. Cuando la infección se presenta entre los 5 días anteriores al parto y los 2 días posteriores al mismo.

Citomegalovirus. No se recomienda cribarlo en el embarazo porque no hay vacuna eficaz ni medidas eficaces para prevenir la transmisión vertical, y porque hijos de madres inmunes también pueden tener infección

congénita sintomática ^{F1}. Se informa a la gestante de medidas higiénicas para evitar la exposición a la saliva y la orina ^{F1}.

COVID-19. Según la OMS, las gestantes infectadas tienen **más riesgo de COVID-19 grave** que las no gestantes, y la COVID-19 en el embarazo se asocia a **más probabilidad de parto pretérmino** ^{F22}. El Ministerio de Sanidad señaló en 2020 que, como el embarazo es un estado de hipercoagulabilidad, **es de suponer que la infección incrementa el riesgo tromboembólico** ^{F24}. La OMS recomienda animar a las madres con COVID-19 sospechada o confirmada a **iniciar o continuar la lactancia materna** ^{F23}, y la lactancia exclusiva durante los **6 primeros meses** ^{F61}.

EIR 2022 · 86

P61 · respuesta en el solucionario

COVID-19 y gestación: lactancia materna recomendada

Señale la opción correcta de las siguientes recomendaciones en relación a la COVID-19 y la gestación:

1. Los cambios fisiológicos del embarazo, hacen a la gestante menos susceptible a la COVID-19.
2. La infección por COVID-19 en la mujer embarazada no modifica el riesgo tromboembólico.
3. La base de datos española Red Covid-19 SEGO, muestra que no podría plantearse relación entre el cuadro agudo infeccioso o inflamatorio y el parto prematuro.
4. La OMS recomienda la lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida, incluso en el caso de que la madre presente la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Herpes genital. El herpes neonatal se produce cuando el recién nacido se expone al virus herpes simple (VHS) durante el parto. El riesgo es **máximo cuando la madre se infecta por primera vez al final del embarazo** ^{F66}. Hoy el cáncer de cuello uterino se atribuye al **virus del papiloma humano (VPH)**: su infección persistente causa alrededor del 95 % de los casos ^{F65}.

Herpes genital y cáncer de cérvix (EIR2004-001)

EIR2004-001 (respuesta reconstruida por un tercero: opción 2, «cáncer cervical») responde con el criterio de la época. **Criterio de la época:** en los años setenta varios estudios relacionaban una **alta frecuencia de infección por VHS-2 con las lesiones del cuello uterino**, a partir de la historia de infección herpética o de los anticuerpos en las pacientes con cáncer, y se investigaba su posible papel carcinógeno ^{F63}. **Criterio actual:** los estudios longitudinales y el metaanálisis nórdico concluyeron que el VHS-2 **no interviene** en la carcinogénesis cervical ^{F64}, y la OMS atribuye el cáncer de cuello uterino al VPH ^{F65}. La respuesta no se corrige.

Herpes genital en la gestante: asociación con cáncer cervical

En la mujer embarazada, la infección por el virus del herpes simple (HSV) con lesiones genitales se relaciona con:

1. Tuberculosis.
2. Cáncer cervical.
3. Diabetes.
4. Gonorrea.
5. Sífilis.

7. Estados hipertensivos del embarazo

La SEGO asume los criterios de la **International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)** ^{F3}. La **hipertensión arterial (HTA) en la gestación** es una presión sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg, en dos tomas separadas al menos 4 horas; está **en rango de gravedad** con ≥ 160 y/o ≥ 110 mmHg ^{F3}. La frontera entre los tipos de HTA la marca la **semana 20** ^{F3,F4}.

Tipo	Definición (SEGO 2020 / ISSHP 2021)
HTA crónica	Presente antes de la gestación o diagnosticada antes de la semana 20 ^{F3}
HTA gestacional	HTA de nueva aparición después de las 20 semanas, sin proteinuria ni otro signo de preeclampsia ^{F3} ; un 25 % progresa a preeclampsia ^{F3}
Preeclampsia	HTA de nueva aparición después de las 20 semanas con proteinuria , o con disfunción orgánica materna o disfunción uteroplacentaria (por ejemplo, crecimiento intrauterino restringido) ^{F3}
Preeclampsia sobreañadida	En una HTA crónica, aparición de proteinuria, de afectación de otros órganos o de disfunción uteroplacentaria ^{F3,F4} . La SEGO acepta además el empeoramiento brusco de la HTA ^{F3} ; la ISSHP no usa la subida de la tensión para diagnosticarla ^{F4}
Eclampsia	Convulsiones asociadas a preeclampsia, no atribuibles a otra causa ^{F3}
HTA de bata blanca / enmascarada	Elevada solo en la consulta (fuera, $< 135/85$) / elevada solo fuera de la consulta ^{F3}



La semana 20 decide

HTA **antes de la semana 20** = **crónica** (aunque se descubra en el embarazo) ^{F3}. HTA **nueva después de la 20 sin nada más** = **gestacional** ^{F3}. Si además hay proteinuria o daño de órganos, es **preeclampsia** ^{F3}.

EIR 2016 · 157

P29 · respuesta en el solucionario

Estados hipertensivos del embarazo: crónica (< 20 semanas) frente a gestacional (> 20 semanas)

Una mujer embarazada acude a la urgencia del hospital por una cefalea intensa que no remite con los analgésicos (paracetamol). Primigesta, presenta una gestación única de 17+1 semanas, en la exploración se obtienen cifras de Tensión Arterial de 160/100 mmHg no presentando proteínas en la orina. Podemos encontrarnos ante un caso de:

1. Hipertensión gestacional.
2. Hipertensión crónica no diagnosticada.
3. Pre-eclampsia.
4. Pre-eclampsia sobreañadida a una hipertensión crónica.

Estados hipertensivos del embarazo: crónica (<20 semanas) frente a gestacional (>20 semanas)

Según los criterios de la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), asumidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), una gestante que a las 26 semanas presenta cifras tensionales superiores a 140 de sistólica y 90 de diastólica, sin otros signos ni síntomas, estará presentado una:

1. Hipertensión crónica.
2. Preeclampsia.
3. Hipertensión gestacional.
4. Eclampsia.

La **proteinuria** se define por un cociente proteína/creatinina ≥ 30 mg/mmol (opción preferente), por ≥ 300 mg en orina de 24 horas o por $\geq 2+$ en tira reactiva ^{F3,F4}. Los **signos de disfunción orgánica materna** son alteraciones neurológicas (**alteraciones visuales persistentes, estupor, cefalea o clonus**), **epigastralgia o dolor en el hipocondrio derecho**, oliguria, insuficiencia renal, transaminasas por encima del doble de lo normal, plaquetas < 100.000 , hemólisis y coagulación intravascular diseminada ^{F3}. La ISSHP desaconseja clasificar la preeclampsia como «leve» o «grave», porque puede empeorar rápidamente y sin aviso ^{F4}. La SEGO habla de «preeclampsia con criterios de gravedad» ^{F3}.

El **síndrome HELLP** (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets*) es una forma grave de preeclampsia, y la ISSHP no lo trata como un trastorno aparte ^{F3,F4}. Se define por criterios analíticos ^{F3}: - **hemólisis**: esquistocitos, LDH > 600 UI/L, bilirrubina alta o haptoglobina baja; - **elevación de las transaminasas** por encima del doble del límite normal; - **plaquetopenia** < 100.000 . Entre las complicaciones graves que obligan a terminar la gestación, la SEGO cita el edema agudo de pulmón, la hemorragia cerebral, la rotura hepática, la **coagulación intravascular diseminada**, la eclampsia, el desprendimiento de placenta y el fallo multiorgánico ^{F3}.

Síndrome HELLP: hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia

¿Cuál de los siguientes signos corresponde al síndrome de Hellp?:

1. Proteinuria, hipertensión y aumento de peso.
2. Hipertensión, edema y perturbaciones visuales.
3. Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas.
4. Hiperglucemia, glucosuria, pérdida de peso.
5. Disnea, fatiga, tos, aumento de peso, edema.

Sulfato de magnesio. Es el fármaco **de primera elección para tratar la eclampsia** y el que se usa para **prevenirla** en la preeclampsia grave, por delante de otros anticonvulsivos ^{F5,F3}. Según la SEGO, se usa en todas las preeclampsias con criterios de gravedad y se mantiene durante el parto y en las 24 horas siguientes ^{F3}. La

pauta de la ISSHP es una carga de 4 g IV en 20 minutos y un mantenimiento de 1 g/h ^{F4}. La **dosis del tratamiento de la eclampsia es superior a la de la profilaxis** ^{F3}.

- **Controles cada 2-3 horas para evitar la toxicidad** ^{F3}: - **reflejos rotulianos** presentes y simétricos: su pérdida es la primera manifestación de hipermagnesemia; - **frecuencia respiratoria** > 14 rpm: por debajo de 12 hay intoxicación; - **diuresis** > 25-30 ml/h; - saturación de oxígeno.
- **Si hay intoxicación**: se suspende la perfusión ^{F4} y se administra el antídoto, **gluconato cálcico** 1 g IV (10 ml al 10 %) en 3-4 minutos ^{F3}.
- **Contraindicación**: miastenia gravis ^{F3}.

Magnesio: RRD

Antes de cada control, **Reflejos, Respiración y Diuresis** ^{F3}. Si hay intoxicación, se para la perfusión y se da **calcio** ^{F4,F3}.

EIR 2005 · 31

P52 · respuesta en el solucionario

Sulfato de magnesio: indicado en eclampsia

El sulfato de magnesio intravenoso está indicado en una de las siguientes patologías durante el embarazo:

1. Nauseas y vómitos.
2. Diabetes.
3. Eclampsia.
4. Anemia.
5. Acidez gástrica.

EIR 2026 · 93

P3 · respuesta en el solucionario

Sulfato de magnesio: indicado en eclampsia

¿En qué patología del embarazo está indicado el sulfato de magnesio?:

1. Diabetes.
2. Eclampsia.
3. Hiperémesis.
4. Anemia.

8. Diabetes gestacional y otras complicaciones médicas

La **diabetes gestacional (DMG)** es **toda diabetes diagnosticada por primera vez durante el embarazo**, con independencia de que necesite insulina, del grado de trastorno metabólico o de que persista tras la gestación ^{F7}.

La **diabetes diagnosticada antes del embarazo no es gestacional, sino pregestacional (DMPG)** ^{F6}. La guía vigente de 2021 añade que en la primera visita prenatal hay que descartar una **diabetes franca** (por ejemplo, glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl), lo que excluye el diagnóstico de DMG ^{F6}. Tras el parto se suspende la insulina y se reclasifica a la mujer con una sobrecarga de 75 g, preferentemente entre las 6 y 12 semanas del posparto ^{F6}. La DMG señala a mujeres con **más riesgo de diabetes mellitus, síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular a lo largo de la vida** ^{F6}, y es un marcador de prediabetes ^{F7}.

Momento	A quién se hace el cribado (SEGO 2018)
Primer trimestre	Solo si hay algún factor de riesgo: edad ≥ 35 años, obesidad (IMC ≥ 30), intolerancia glucídica o diabetes gestacional previas, diabetes en familiares de primer grado o hijo anterior macrosómico ^{F2}
Segundo trimestre (24-28 semanas)	A todas las gestantes no diagnosticadas antes, con o sin factores de riesgo ^{F2}
Tercer trimestre	A las no estudiadas antes. Si hay macrosomía fetal o polihidramnios, se va directamente a la sobrecarga ^{F2}

Estrategia en dos pasos ^{F6}: 1. **Test de O'Sullivan** (cribado): glucemia en plasma venoso **60 minutos después de tomar 50 g de glucosa, a cualquier hora del día y sin necesidad de ayuno** ^{F2,F7}. Las guías solo describen la determinación a los 60 minutos, sin ayuno; la glucemia basal en ayunas forma parte de la sobrecarga de 100 g ^{F2,F7}. Es **positivo con ≥ 140 mg/dl (7,8 mmol/l)** ^{F2,F7}. 2. **Sobrecarga oral con 100 g de glucosa** (diagnóstico): tras 8-14 horas de ayuno, se mide la glucemia basal y a la 1, 2 y 3 horas ^{F7}. Es **diagnóstica de DMG con 2 o más valores** iguales o superiores a **105, 190, 165 y 145 mg/dl**, que son los criterios del National Diabetes Data Group ^{F6}. Un O'Sullivan positivo **no es un diagnóstico**: obliga a hacer la sobrecarga ^{F2}.

O'Sullivan: los cuatro números

50 g, 1 hora, sin ayuno y ≥ 140 mg/dl ^{F2,F7}. La sobrecarga diagnóstica usa **100 g** y se hace en ayunas ^{F7}. En el primer trimestre, la SEGO criba a toda gestante con cualquier factor de riesgo ^{F2}; la GPC del SNS de 2014, solo a la que tuvo diabetes gestacional previa ^{F1}.

O'Sullivan con «glucemia basal» (EIR2016-161)

En **EIR2016-161** la respuesta oficial es la opción 1: **50 g de glucosa oral, con glucemia basal y a la hora de la ingesta**. Las guías vigentes describen el O'Sullivan como una glucemia **60 minutos después de 50 g de glucosa**, a cualquier hora y sin necesidad de ayuno, y no mencionan una determinación basal ^{F2,F7}. La opción 1 es la única que reúne los dos datos que definen la prueba, **50 g y una hora**; las demás usan 100 g o miden a las dos horas. La respuesta oficial no se corrige.

Test de O'Sullivan: 50 g de glucosa y glucemia a la hora

El test de O'Sullivan consiste en:

1. Administrar 50 g de glucosa oral y determinar la glucemia basal y una hora postingesta.
2. Administrar 100 g de glucosa oral y determinar la glucemia basal y una hora postingesta y dos horas postingesta.
3. Administrar 100 g de glucosa oral y determinar la glucemia basal, y tres determinaciones postingesta separadas de una hora en cada una.
4. Administrar 50 g de glucosa oral y determinar la glucemia basal y dos horas postingesta.

Test de O'Sullivan: 50 g de glucosa y glucemia a la hora

Señala la respuesta correcta en relación al test O'Sullivan como método de cribado de la diabetes gestacional en un embarazo de bajo riesgo:

1. Se realiza entre la semana 22-28 de gestación.
2. Para su realización se precisa estar en ayunas.
3. Se ingieren 50 gr de glucosa oral.
4. Se considera un resultado positivo del test de O'Sullivan una glucemia plasmática superior a 120 mg/dl una hora después de la ingesta.

Test de O'Sullivan en el primer trimestre: indicaciones en grupos de riesgo

Según la Sociedad española de Ginecología y Obstetricia en su programa de 2018, ¿cuándo se realizará el cribado de diabetes gestacional o Test de O'Sullivan en el primer trimestre?:

1. Edad menor de 35 años.
2. Índice de masa corporal igual a 28.
3. Intolerancia glucídica o diabetes gestacional previas.
4. Antecedente de diabetes en familiares de segundo grado.

Test de O'Sullivan: valor ≥ 140 mg/dl patológico, requiere SOG

Una mujer embarazada se ha realizado el Test de O'Sullivan en la semana 24 de gestación y ha obtenido un valor de 160 mg/dl. ¿Qué significa este dato?:

1. El valor es normal, se ha descartado una diabetes gestacional y no hay que repetir el test en el resto de la gestación.
2. El valor es normal e indica que hay que continuar el protocolo y repetir el test a las 32 semanas de gestación.
3. El valor es dudoso e indica que hay que repetir el test en un mes.
4. El valor es patológico e indica que hay que pedir a la embarazada un test de tolerancia oral a la glucosa o sobrecarga oral de glucosa.
5. El valor es patológico e indica una diabetes gestacional por lo que hay que remitir a la embarazada a la consulta de endocrinología.

Diabetes gestacional: definición (excluye la diabetes pregestacional)

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la diabetes gestacional NO es correcta?:

1. Se inicia durante el embarazo.
2. Incluye también a las mujeres diabéticas que se quedan embarazadas.
3. Al término del embarazo se puede regresar a un estado de tolerancia normal a la glucosa.
4. El tratamiento reduce la morbilidad materna y fetal.
5. Las mujeres afectadas tienen riesgo de presentar Diabetes Mellitus en los años que siguen al parto.

Hiperémesis gravídica. Es la forma grave de náuseas y vómitos del embarazo. Suele empezar entre las semanas 4 y 6 y afecta al 0,3-3 % de las gestaciones ^{F51}. Se caracteriza por **vómitos persistentes, pérdida de peso importante** (a menudo más del 5 % del peso previo), **deshidratación** y alteraciones metabólicas ^{F51}. Otros signos son la cetonuria, la hipotensión ortostática y los **desequilibrios electrolíticos**. Entre sus complicaciones está la **encefalopatía de Wernicke** ^{F51}. Por eso, en la gestante con hiperémesis hay que vigilar la **deshidratación** ^{F51}.

Hiperemesis gravídica: vigilar la deshidratación

En una mujer que presenta hiperemesis gravídica, se debe vigilar la aparición de:

1. Crisis convulsivas.
2. Hiperglucemia.
3. Deshidratación.
4. Abruptio placentae.
5. Poliuria.

Enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Según el RCOG, hay dos factores de riesgo importantes que se conocen antes del embarazo: la **trombofilia** y la **ETV previa** ^{F52}. En un gran estudio retrospectivo, la ETV previa multiplicaba el riesgo con una **odds ratio de 24,8** ^{F52}. Las mujeres con una trombosis previa tienen un riesgo de recurrencia del 2-11 % en el embarazo y el puerperio ^{F52}. En la hoja de valoración del riesgo, en su versión enmendada por la declaración del RCOG de septiembre de 2026, la **ETV previa** (salvo un episodio único provocado por cirugía mayor) suma **4 puntos**, la puntuación más alta entre los factores previos al embarazo, empatada con un IMC ≥ 50 ^{F76}. Las comorbilidades médicas, como el **lupus eritematoso sistémico activo**, suman 3, y el **tabaquismo**, 1. El IMC suma 1 entre 30 y 39, 2 entre 40 y 49, y 4 con 50 o más ^{F76}.

EIR 2019 · 95

P24 · respuesta en el solucionario

Enfermedad tromboembólica en la gestación: factor de riesgo principal (trombosis previa)

Señale el factor de riesgo individual más importante en una gestante frente a la Enfermedad Tromboembólica Venosa durante la gestación:

1. Hábito tabáquico ocasional.
2. Índice de Masa Corporal de 25-27.
3. Historia previa de trombosis venosa.
4. Lupus eritematoso sistémico.

Trombocitopenia gestacional. Es la **causa más frecuente de plaquetas bajas en el embarazo**, por delante de la preeclampsia y la PTI, y la más frecuente en el **tercer trimestre** ^{F53}. Afecta a mujeres sanas y **asintomáticas**, que se diagnostican por una analítica. Es **benigna** y **no requiere tratamiento**: se resuelve sola entre 4 y 8 semanas después del parto ^{F53}. Las plaquetas rara vez bajan de $70 \times 10^9/l$ ^{F53}.

EIR 2024 · 41

P8 · respuesta en el solucionario

Trombocitopenia gestacional: trastorno benigno del tercer trimestre

Indique cuál de las siguientes alteraciones se considera un trastorno de curso benigno, presentándose sin clínica y sin precisar terapéutica, y que suele suceder más frecuentemente en el tercer trimestre de la gestación:

1. Trombocitopenia gestacional.
2. Síndrome de HELLP.
3. Hígado graso agudo.
4. Aborto séptico.

9. Hemorragias de la gestación, anomalías placentarias y parto pretérmino

Embarazo ectópico. Es la **implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina** ^{F42}. Alrededor del **97 % ocurre en la trompa de Falopio** ^{F42}. Dentro de la trompa, la localización más frecuente es la **ampolla (70 %)**, aunque puede darse en cualquier punto: la porción intersticial o cornual, las fimbrias o el istmo ^{F42}.

EIR 2014 · 138

P40 · respuesta en el solucionario

Embarazo ectópico: definición

¿La implantación del óvulo fertilizado en un lugar distinto al endometrio uterino, se denomina?

1. Mola hidatiforme.
2. Aborto séptico.
3. Placenta previa.
4. Embarazo ectópico.
5. Abrutio placentae.

EIR 2020 · 100

P20 · respuesta en el solucionario

Embarazo ectópico: localización más frecuente (ampolla tubárica)

¿Cuál es la localización más frecuente de una gestación ectópica?:

1. Porción ampular tubárica.
2. Fimbrias.
3. Zona intersticial.
4. Porción ístmica tubárica.

Placenta previa. La placenta cubre de forma completa o parcial el orificio cervical interno (OCI) ^{F43}. Se presenta típicamente como un **sangrado vaginal indoloro en el segundo o el tercer trimestre** ^{F43}. En el **desprendimiento de placenta**, en cambio, es característico un **dolor constante e intenso** ^{F46}.

Clasificación clásica	Relación del borde placentario con el OCI
Previa total u oclusiva total	La placenta cubre por completo el OCI ^{F44}
Previa parcial u oclusiva parcial	La placenta cubre una parte del OCI ^{F44}
Previa marginal	El borde de la placenta llega hasta el borde del OCI ^{F44}
Placenta baja (lateral o de inserción baja)	El borde está cerca del OCI, sin alcanzarlo ; el RCOG la define con el borde a menos de 20 mm ^{F45}

Placenta previa marginal: EIR2016-148 y la clasificación actual

EIR2016-148 responde con la **clasificación clásica**, en la que la placenta que llega al borde del OCI sin sobrepasarlo es la **previa marginal** ^{F44}. **Criterio actual:** la guía 27a del RCOG (edición de 2026, que mantiene el criterio de la de 2018) sustituye esa «antigua clasificación clínica» (baja, marginal, parcial). Llama **placenta previa** a la que alcanza o cubre el OCI, y **placenta baja** a la que tiene el borde a menos de 20 mm del OCI ^{F45}. Con el criterio actual, la antigua «marginal» se informa como previa. La respuesta oficial no se corrige.

EIR 2004 · 5

P55 · respuesta en el solucionario

Placenta previa: sangrado vaginal indoloro desde la semana 20

El sangrado vaginal sin dolor a partir de la 20 semana de embarazo, es un signo claro de:

1. Parto prematuro.
2. Desprendimiento prematuro de placenta.
3. Embarazo ectópico.
4. Placenta previa.
5. Aborto en curso.

EIR 2016 · 148

P31 · respuesta en el solucionario

Placenta previa marginal: llega al borde del OCI

¿Cómo se denomina el tipo de placenta que llega hasta el borde del Orificio Cervical Interno (OCI) sin sobrepasarlo?:

1. Placenta previa oclusiva parcial.
2. Placenta previa oclusiva total.
3. Placenta previa marginal.
4. Placenta previa lateral o de inserción baja.

Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI o *abruptio placentae*). Es la **separación prematura de la placenta de la pared uterina** antes de terminar el periodo expulsivo ^{F46}. El sangrado puede ser **visible u oculto**, y puede complicarse con una coagulación intravascular diseminada ^{F46}. Sus factores de riesgo son estos: - tabaco, cocaína, edad mayor de 35 años, **hipertensión**, preeclampsia, gestación múltiple, polihidramnios y **traumatismo abdominal** (tráfico, caídas o agresiones) ^{F46}; - según el RCOG, además, la **multiparidad**, la rotura prematura de membranas y la infección intrauterina ^{F47}. El factor más predictivo es un **desprendimiento en un embarazo anterior** ^{F47}.

Paridad y desprendimiento

El factor de riesgo que cita el RCOG es la **multiparidad**; la nuliparidad no figura entre ellos ^{F47}.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera: abruptio placentae

El desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, se denomina:

1. Placenta previa.
2. Placenta prematura.
3. Hematoma retroplacentario.
4. Útero de Couvelaire.
5. Abrupto placentae.

Factores de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta

NO es un factor de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta:

1. Trastornos hipertensivos del embarazo.
2. Nuliparidad.
3. Traumatismo abdominal/accidente.
4. Tabaquismo, cocaína y otras drogas de abuso.

Inserción velamentosa del cordón. Los **vasos del cordón se separan y discurren entre el amnios y el corion**, por las membranas y **sin la protección de la gelatina de Wharton**, antes de llegar al disco placentario ^{F48}. Por eso, en la placenta alumbrada el cordón no llega al disco, sino a las membranas, y sus vasos las recorren hasta alcanzar la placenta ^{F48}. Se asocia con la **vasa previa**: vasos fetales expuestos que cruzan el OCI ^{F48}. La vasa previa es de tipo I cuando el vaso está conectado a un cordón velamentoso, y **puede romperse durante el parto o en la amniotomía** ^{F58}.

Inserción velamentosa del cordón umbilical

Pregunta asociada a la imagen 2. Indique qué tipo de alteración placentaria se observa en la imagen:



1. Placenta accreta.
2. Placenta previa.
3. Inserción velamentosa de cordón umbilical.
4. Placenta bilobulada.

Corticoides en la amenaza de parto pretérmino. Se administra **una tanda de corticoides** (2 dosis de betametasona de **12 mg IM separadas 24 horas**, o 4 de dexametasona) a las mujeres con amenaza de parto pretérmino **entre las 24.0 y las 34.0 semanas** en las que se prevé el parto en los 7 días siguientes ^{F49}. Cada centro puede ampliarla hasta las 34.6 semanas ^{F49}. Los corticoides **aceleran la maduración estructural del pulmón fetal y la producción de surfactante** ^{F50}. Así reducen la muerte perinatal, el **distrés respiratorio**, la hemorragia intraventricular y la enterocolitis necrotizante ^{F49}.

Corticoides en amenaza de parto prematuro: maduración pulmonar fetal

Una mujer embarazada con amenaza de parto prematuro antes de la 34 semana se le administran corticoides para:

1. Detener el parto.
2. Reducir el sangrado.
3. Tratar de acelerar la madurez pulmonar fetal.
4. Disminuir la ansiedad de la madre.
5. Prevenir la separación prematura de la placenta.

Todas las preguntas del tema (58)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 95

P1 · respuesta en el solucionario

Durante la gestación, ¿qué evaluamos mediante las maniobras de Leopold?:

1. El grado de madurez pulmonar fetal.
2. La contractilidad uterina.
3. La situación, presentación y posición fetal.
4. El estado del cuello uterino y la dilatación.

EIR 2026 · 94

P2 · respuesta en el solucionario

Según la Sociedad española de Ginecología y Obstetricia en su programa de 2018, ¿cuándo se realizará el cribado de diabetes gestacional o Test de O'Sullivan en el primer trimestre?:

1. Edad menor de 35 años.
2. Índice de masa corporal igual a 28.
3. Intolerancia glucídica o diabetes gestacional previas.
4. Antecedente de diabetes en familiares de segundo grado.

EIR 2026 · 93

P3 · respuesta en el solucionario

¿En qué patología del embarazo está indicado el sulfato de magnesio?:

1. Diabetes.
2. Eclampsia.
3. Hiperémesis.
4. Anemia.

EIR 2026 · 92

P4 · respuesta en el solucionario

Respecto al signo de Chadwick, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Se refiere a la aparición de contracciones irregulares del útero en el tercer trimestre.
2. Debido al aumento de la vascularización, la vagina y cuello uterino adquieren un color rojo en el embarazo precoz.
3. Se refiere al reblandecimiento del cuello uterino durante el parto.
4. Es un cambio en la forma del útero que ocurre hacia la semana 20 de gestación.

Según los criterios de la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), asumidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), una gestante que a las 26 semanas presenta cifras tensionales superiores a 140 de sistólica y 90 de diastólica, sin otros signos ni síntomas, estará presentado una:

1. Hipertensión crónica.
2. Preeclampsia.
3. Hipertensión gestacional.
4. Eclampsia.

Respecto de los cribados que deben llevarse a cabo durante la gestación, señale el enunciado correcto:

1. El cribado de Diabetes Gestacional se realiza mediante el test de O'Sullivan entre las semanas 18-22 de gestación.
2. El despistaje de cromosomopatías fetales, a través de test combinado, debe realizarse entre las semanas 8-10 de gestación.
3. El cribado de la presencia de Estreptococo del grupo B se realiza entre las semanas 30-34 de gestación.
4. El cribado de incompatibilidad Rh debe realizarse a todas las mujeres en su primera visita prenatal.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), en su documento de consenso sobre el manejo de la disfunción tiroidea durante el embarazo, es cierto que:

1. La patología tiroidea es igual de frecuente en la mujer como en el hombre.
2. En la hiperfunción tiroidea primaria la hipófisis intenta estimular la glándula tiroides aumentando la secreción de la hormona estimulante de la tiroides (TSH), mientras que, en el hipotiroidismo, se inhibe la producción de TSH.
3. En España, la SEEN y la SEGO recomiendan la realización de un cribado selectivo de función tiroidea en la gestación.
4. Todos los grados de yododeficiencia (leve, moderada o severa), pueden potencialmente causar daño neurológico en el feto.

Indique cuál de las siguientes alteraciones se considera un trastorno de curso benigno, presentándose sin clínica y sin precisar terapéutica, y que suele suceder más frecuentemente en el tercer trimestre de la gestación:

1. Trombocitopenia gestacional.
2. Síndrome de HELLP.
3. Hígado graso agudo.
4. Aborto séptico.

Según sociedades científicas como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), indique cuáles son las cifras más correctas sobre las recomendaciones para la profilaxis de la anemia en el embarazo y durante la lactancia:

1. 15mg/día de hierro en el embarazo y 30 mg/día de hierro durante la lactancia.
2. 30mg/día de hierro en el embarazo y 30 mg/día de hierro durante la lactancia.
3. 30mg/día de hierro en el embarazo y 15 mg/día de hierro durante la lactancia.
4. 15mg/día de hierro en el embarazo y 15 mg/día de hierro durante la lactancia.

Según la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ante cuál de los siguientes agentes infecciosos, NO se recomienda hacer pruebas serológicas de rutina en la embarazada:

1. VIH.
2. Rubeola.
3. Hepatitis B.
4. Citomegalovirus.

El consumo o la exposición a los productos del tabaco por las mujeres embarazadas NO se asocia más específicamente con:

1. Placenta previa.
2. Rotura prematura de membranas.
3. Desprendimiento prematuro de placenta.
4. Rotura uterina.

Señala el enunciado correcto en relación a la 1,25-dihidroxitamina D y el embarazo:

1. Las concentraciones de 1,25dihidroxitamina D se mantienen iguales en el embarazo.
2. La suplementación con 1,25dihidroxitamina D no parece disminuir los riesgos de padecer preeclampsia o diabetes gestacional.
3. Las concentraciones de 1,25dihidroxitamina D previas a la gestación se duplican en el primer trimestre y alcanzan su punto máximo en el tercer trimestre.
4. La recomendación de todas las sociedades científicas es hacer una detección sistemática universal durante el embarazo de 1,25dihidroxitamina D.

Teniendo en cuenta la importancia del abordaje de la seguridad y lesiones no intencionales en Atención Primaria, una de las recomendaciones para el correcto uso del cinturón de seguridad durante el embarazo en un vehículo sería:

1. La banda diagonal sobre el hombro, sin rozar el cuello, entre las mamas, sin apoyarse en ninguna de ellas y rodeando el abdomen.
2. La banda diagonal sobre el hombro, sin rozar el cuello, entre las mamas, sin apoyarse en ninguna de ellas y sobre el abdomen en diagonal.
3. La banda inferior por debajo del abdomen, ajustándose lo máximo posible a la parte ósea de las caderas, por encima del vientre.
4. La banda inferior a nivel medio del abdomen, ajustándose lo máximo posible a la parte ósea de las caderas, nunca por encima del vientre.

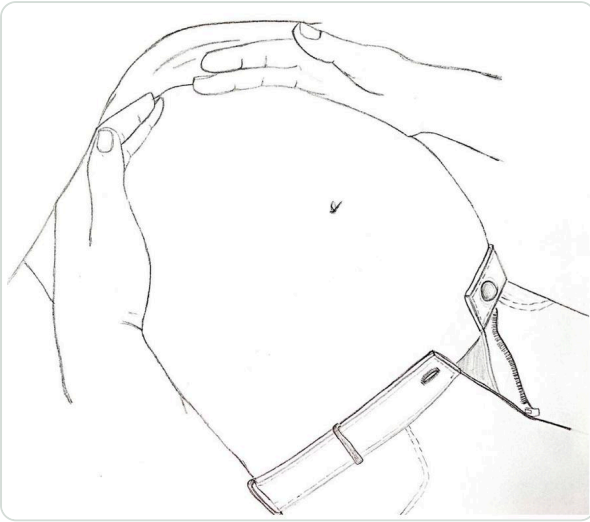
En el cribado serológico de las embarazadas, señale cuál de las siguientes determinaciones debe realizarse específicamente en poblaciones de riesgo:

1. Virus del papiloma humano.
2. Enfermedad de Chagas.
3. Toxoplasmosis.
4. Rubeola.

¿Cuál es la complicación materna más frecuente de la preeclampsia grave?:

1. Abruption placentae.
2. Eclampsia.
3. Coagulación intravascular diseminada o síndrome de HELLP.
4. Insuficiencia renal aguda.

Pregunta asociada a la imagen 3. Indique cuál es la Maniobra de Leopold que se muestra en la imagen:



1. Primera maniobra.
2. Segunda maniobra.
3. Tercera maniobra.
4. Cuarta maniobra.

De las siguientes hormonas placentarias, indique cuál de ellas asegura un suministro constante de glucosa al feto:

1. Estriol.
2. Progesterona.
3. Hormona gonadotrópica coriónica.
4. Lactógeno placentario.

Indique cuál de las siguientes modificaciones cardiovasculares debidas al embarazo es INCORRECTA:

1. Hipotensión postural.
2. Disminución del gasto cardíaco.
3. Aumento de la volemia
4. Anemia fisiológica de la gestante.

La infección por *Listeria* en la gestante suele producir con más frecuencia:

1. Cervicitis mucopurulenta en el primer trimestre.
2. Lesión dérmica que consiste en una pápula eritematosa.
3. Cuadros hipertensivos en el embarazo antes de la 20 semana de gestación.
4. Parto prematuro.

¿Cuál es la localización más frecuente de una gestación ectópica?:

1. Porción ampular tubárica.
2. Fimbrias.
3. Zona intersticial.
4. Porción ístmica tubárica.

NO es un factor de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta:

1. Trastornos hipertensivos del embarazo.
2. Nuliparidad.
3. Traumatismo abdominal/accidente.
4. Tabaquismo, cocaína y otras drogas de abuso.

Las mujeres embarazadas no inmunes a la toxoplasmosis deben tener en cuenta una serie de medidas preventivas para evitar contraer la infección durante el embarazo. Señale cuál de las siguientes actividades NO reduce significativamente el riesgo de contraer la enfermedad:

1. Cocinar la carne a temperatura suficiente, entre 63°C y 74°C.
2. Congelar la carne durante varias horas a -5°C antes de consumirla.
3. Evitar beber agua potable no tratada.
4. Lavar las encimeras, las tablas de cortar y los utensilios con agua jabonosa después de manipular alimentos.

Dentro de los cambios anatómicos y fisiológicos normales que ocurren en la gestación podemos encontrar los siguientes EXCEPTO:

1. Disminución de los factores de coagulación y del fibrinógeno.
2. Aumento del filtrado glomerular.
3. Disminución del peristaltismo intestinal.
4. Aumento del gasto cardíaco y de la frecuencia cardíaca.

Señale el factor de riesgo individual más importante en una gestante frente a la Enfermedad Tromboembólica Venosa durante la gestación:

1. Hábito tabáquico ocasional.
2. Índice de Masa Corporal de 25-27.
3. Historia previa de trombosis venosa.
4. Lupus eritematoso sistémico.

Señala la respuesta correcta en relación al test O'Sullivan como método de cribado de la diabetes gestacional en un embarazo de bajo riesgo:

1. Se realiza entre la semana 22-28 de gestación.
2. Para su realización se precisa estar en ayunas.
3. Se ingieren 50 gr de glucosa oral.
4. Se considera un resultado positivo del test de O'Sullivan una glucemia plasmática superior a 120 mg/dl una hora después de la ingesta.

Ante una mujer que expresa en consulta su deseo de embarazo, la enfermera se plantea informar y dar consejos sobre estilos de vida. Señale la respuesta correcta:

1. En mujeres que planifican su embarazo y que no están inmunizadas frente a la rubeola se sugiere la vacunación antes del embarazo con vacuna triple vírica y tomar precauciones para evitar el embarazo durante los 28 días siguientes a la vacunación.
2. Se sugiere administrar de manera sistemática una suplementación diaria con un preparado multivitamínico para evitar defectos del tubo neural.
3. Se sugiere administrar de manera sistemática una suplementación diaria de yodo.
4. En mujeres que planifican su embarazo y que no están inmunizadas frente a la hepatitis B, está contraindicada hasta después del parto.

El test de O'Sullivan consiste en:

1. Administrar 50 g de glucosa oral y determinar la glucemia basal y una hora postingesta.
2. Administrar 100 g de glucosa oral y determinar la glucemia basal y una hora postingesta y dos horas postingesta.
3. Administrar 100 g de glucosa oral y determinar la glucemia basal, y tres determinaciones postingesta separadas de una hora en cada una.
4. Administrar 50 g de glucosa oral y determinar la glucemia basal y dos horas postingesta.

En relación a la rubeola y al embarazo, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El riesgo de anomalías congénitas es muy elevado cuando la infección ocurre en las primeras semanas de la gestación.
2. Las lesiones fetales más frecuentes que se producen constituyen la llamada "triada de Gregg".
3. El diagnóstico de la inmunidad materna se realiza mediante la determinación serológica de anticuerpos IgG.
4. Debido a su gran potencial teratógeno, a las mujeres no inmunizadas se les administrará la vacuna durante la gestación.

Una mujer embarazada acude a la urgencia del hospital por una cefalea intensa que no remite con los analgésicos (paracetamol). Primigesta, presenta una gestación única de 17+1 semanas, en la exploración se obtienen cifras de Tensión Arterial de 160/100 mmHg no presentando proteínas en la orina. Podemos encontrarnos ante un caso de:

1. Hipertensión gestacional.
2. Hipertensión crónica no diagnosticada.
3. Pre-eclampsia.
4. Pre-eclampsia sobreañadida a una hipertensión crónica.

¿Cómo se denominan las glándulas sebáceas de la areola mamaria que se hacen más prominentes durante el embarazo?:

1. Acinos.
2. Tubérculos de Montgomery.
3. Mamilas.
4. Células de Boll.

¿Cómo se denomina el tipo de placenta que llega hasta el borde del Orificio Cervical Interno (OCI) sin sobrepasarlo?:

1. Placenta previa oclusiva parcial.
2. Placenta previa oclusiva total.
3. Placenta previa marginal.
4. Placenta previa lateral o de inserción baja.

María, gestante de 20 semanas con factor Rh negativo, le pregunta a su enfermera en qué momento del embarazo y el postparto le administrarán la gammaglobulina anti-D. ¿Cuál será la respuesta correcta de la enfermera?:

1. Se administra una dosis en la semana 28 de gestación y otra dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento del recién nacido si su factor Rh es positivo.
2. Se administra una dosis en la semana 28 de gestación y otra dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento del recién nacido si su factor Rh es positivo.
3. Se administra una dosis en la semana 28 de gestación y otra dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento del recién nacido si su factor Rh es positivo.
4. Se administra una dosis en la semana 28 de gestación y otra dentro de las 12 horas posteriores al nacimiento del recién nacido si su factor Rh es positivo.

¿A cuál de los siguientes problemas del recién nacido se asocia la carencia de folato durante las primeras semanas tras la concepción?:

1. Anemia.
2. Defectos del tubo neural.
3. Bajo peso al nacer.
4. Parto prematuro.
5. Hemorragia del recién nacido.

En relación a la toxoplasmosis y el embarazo, indique cuál de las siguientes opciones es cierta:

1. Se puede producir transmisión placentaria al feto.
2. Debe detectarse la tasa de anticuerpos al inicio de la gestación y, en su ausencia, efectuar vacunación con vacuna de virus muertos.
3. La infección es menos grave pero más frecuente cuanto más joven es la gestante.
4. En nuestro medio, la principal causa de contagio es la convivencia y el manejo de aves domésticas.
5. El contagio ocurre intraparto, favorecido por la rotura de la bolsa amniótica.

En una mujer que presenta hiperemesis gravídica, se debe vigilar la aparición de:

1. Crisis convulsivas.
2. Hiperglucemia.
3. Deshidratación.
4. Abruption placentae.
5. Poliuria.

El efecto de la gammaglobulina anti-D que se administra a las mujeres Rh negativo que han gestado un feto Rh positivo es:

1. Eliminar los hematíes fetales de la sangre materna.
2. Destruir los antígenos formados por el sistema inmune de la madre.
3. Evitar la formación de anticuerpos anti Rh negativo.
4. Inducir la formación de anticuerpos maternos frente al antígeno fetal.
5. Proporcionar a la mujer inmunidad activa permanente.

Por su alto contenido de mercurio, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición recomienda a las mujeres embarazadas no consumir:

1. Quesos blandos maduros, tipo Brie o Camembert.
2. Paté o foie-gras.
3. Peces grasos de gran tamaño.
4. Embutidos crudos.
5. Verduras de hoja verde.

¿Cuál de las siguientes manifestaciones es una urgencia para la mujer gestante?:

1. Aparición de varices.
2. Leucorrea.
3. Polaquiuria.
4. Cefalea intensa.
5. Náuseas.

En una mujer gestante de 32 semanas se escucha el latido cardíaco fetal. ¿Qué maniobra de Leopold se debe realizar para conocer dónde se encuentra el dorso fetal?:

1. La primera.
2. La segunda.
3. La tercera.
4. La cuarta.
5. La quinta.

¿La implantación del óvulo fertilizado en un lugar distinto al endometrio uterino, se denomina?

1. Mola hidatiforme.
2. Aborto séptico.
3. Placenta previa.
4. Embarazo ectópico.
5. Abrutio placentae.

Una mujer embarazada se ha realizado el Test de O'Sullivan en la semana 24 de gestación y ha obtenido un valor de 160 mg/dl. ¿Qué significa este dato?:

1. El valor es normal, se ha descartado una diabetes gestacional y no hay que repetir el test en el resto de la gestación.
2. El valor es normal e indica que hay que continuar el protocolo y repetir el test a las 32 semanas de gestación.
3. El valor es dudoso e indica que hay que repetir el test en un mes.
4. El valor es patológico e indica que hay que pedir a la embarazada un test de tolerancia oral a la glucosa o sobrecarga oral de glucosa.
5. El valor es patológico e indica una diabetes gestacional por lo que hay que remitir a la embarazada a la consulta de endocrinología.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la diabetes gestacional NO es correcta?:

1. Se inicia durante el embarazo.
2. Incluye también a las mujeres diabéticas que se quedan embarazadas.
3. Al término del embarazo se puede regresar a un estado de tolerancia normal a la glucosa.
4. El tratamiento reduce la morbilidad materna y fetal.
5. Las mujeres afectadas tienen riesgo de presentar Diabetes Mellitus en los años que siguen al parto.

El valor vigente sobre la ganancia de peso ponderal reproductivo, según la American Medical Association, es de entre:

1. 8 y 10 kilogramos.
2. 9 y 12 kilogramos.
3. 13 y 15 kilogramos.
4. 15 y 17 kilogramos.
5. 17 y 18 kilogramos.

Deustch, y otros autores, al considerar el embarazo como factor estresante, describen que pueden manifestarse los efectos psicológicos siguientes:

1. El rechazo y la pérdida de autoestima.
2. El miedo y la dependencia.
3. El desafío y la amenaza.
4. Conductas contra sí misma y contra el hijo.
5. La hipersensibilidad y la dependencia de la pareja.

Al valorar el estado de las mamas en una mujer que sospecha estar embarazada, se pueden observar una serie de signos. ¿Cuál NO es representativo de la presunción de un estado de gestación?:

1. Hipersensibilidad.
2. Red venosa de Haller.
3. Tensión mamaria.
4. Aumento de la pigmentación de los pezones.
5. Aumento de la pigmentación de las aureolas con los bordes claramente marcados.

Marta Rodríguez está embarazada de 8 semanas y quiere saber el estado de desarrollo de su feto. En este momento de la gestación:

1. El corazón del feto empieza a latir.
2. Se puede ver el sexo del feto.
3. Todos los órganos corporales están formados.
4. El feto desarrolla hábitos regulares de sueño, succión y pataleo.
5. Se puede escuchar el latido cardíaco con fonendoscopio.

La Sra. Juana Pérez tuvo su último período menstrual normal el 20 de mayo de 2008. La fecha probable de parto, según la regla de Naegele, es:

1. 18 de febrero de 2009.
2. 20 de febrero de 2009.
3. 23 de febrero de 2009.
4. 27 de febrero de 2009.
5. 2 de marzo de 2009.

El desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, se denomina:

1. Placenta previa.
2. Placenta prematura.
3. Hematoma retroplacentario.
4. Útero de Couvelaire.
5. Abrupto placentae.

Durante el embarazo, la mujer debe ingerir suplementos de algunas vitaminas y minerales ¿cuál de los siguientes debe ingerirse a lo largo de todo el embarazo con el fin de prevenir malformaciones de origen neuronal en el feto?:

1. Hierro.
2. Calcio.
3. Tiamina.
4. Riboflavina.
5. Ácido fólico.

El crecimiento del útero constituye uno de los parámetros clásicos de vigilancia de la gestación. ¿En qué semana alcanza el nivel del ombligo?:

1. 12-14.
2. 16-18.
3. 20-22.
4. 24-26.
5. 28-30.

¿En qué fase de evolución del huevo se produce la anidación?:

1. Gastrula.
2. Mórula.
3. Blastocisto.
4. Corion.
5. Embrioblasto.

El sulfato de magnesio intravenoso está indicado en una de las siguientes patologías durante el embarazo:

1. Nauseas y vómitos.
2. Diabetes.
3. Eclampsia.
4. Anemia.
5. Acidez gástrica.

La manifestación del Melasma en una embarazada se caracteriza por:

1. Estrías en el abdomen.
2. Coloración azulada del cervix.
3. Manchas oscuras en la piel de la cara y cuello.
4. Secreción de calostro.
5. Aumento del flujo vaginal.

Una mujer embarazada con amenaza de parto prematuro antes de la 34 semana se le administran corticoides para:

1. Detener el parto.
2. Reducir el sangrado.
3. Tratar de acelerar la madurez pulmonar fetal.
4. Disminuir la ansiedad de la madre.
5. Prevenir la separación prematura de la placenta.

El sangrado vaginal sin dolor a partir de la 20 semana de embarazo, es un signo claro de:

1. Parto prematuro.
2. Desprendimiento prematuro de placenta.
3. Embarazo ectópico.
4. Placenta previa.
5. Aborto en curso.

¿Cuál de los siguientes signos corresponde al síndrome de Hellp?:

1. Proteinuria, hipertensión y aumento de peso.
2. Hipertensión, edema y perturbaciones visuales.
3. Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas.
4. Hiperglucemia, glucosuria, pérdida de peso.
5. Disnea, fatiga, tos, aumento de peso, edema.

Durante el embarazo los tubérculos de Montgomery se hacen prominentes. ¿Dónde se asientan dichos tubérculos?:

1. En el útero.
2. En los labios mayores.
3. En el vestíbulo.
4. En la mamas.
5. En el itmo.

En la mujer embarazada, la infección por el virus del herpes simple (HSV) con lesiones genitales se relaciona con:

1. Tuberculosis.
2. Cáncer cervical.
3. Diabetes.
4. Gonorrea.
5. Sífilis.

Preguntas que también podrían ser de este tema (8)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 105

P59 · respuesta en el solucionario

De entre las siguientes opciones, ¿cuál es la complicación más frecuente de la tétada de Gregg?:

1. Hipoacusia.
2. Cataratas.
3. Ductus arterioso persistente.
4. Microcefalia.

EIR 2025 · 164

P60 · respuesta en el solucionario

Respecto de los procesos que tienen lugar durante la ovogénesis, indique cuál es el enunciado correcto:

1. Al nacimiento este proceso se encuentra pausado en la Mitosis I.
2. La Meiosis II sólo se completa si existe fecundación del ovocito secundario.
3. La división cromosómica que da lugar a un ovocito con "n" cromosomas, tiene lugar durante la Meiosis II.
4. Durante la infancia, los folículos se desarrollan a través de su maduración y crecimiento.

EIR 2022 · 86

P61 · respuesta en el solucionario

Señale la opción correcta de las siguientes recomendaciones en relación a la COVID-19 y la gestación:

1. Los cambios fisiológicos del embarazo, hacen a la gestante menos susceptible a la COVID-19.
2. La infección por COVID-19 en la mujer embarazada no modifica el riesgo tromboembólico.
3. La base de datos española Red Covid-19 SEGO, muestra que no podría plantearse relación entre el cuadro agudo infeccioso o inflamatorio y el parto prematuro.
4. La OMS recomienda la lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida, incluso en el caso de que la madre presente la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Pregunta asociada a la imagen 2. Indique qué tipo de alteración placentaria se observa en la imagen:



1. Placenta accreta.
2. Placenta previa.
3. Inserción velamentosa de cordón umbilical.
4. Placenta bilobulada.

En relación con la prueba de diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La prueba rutinaria del VIH debe realizarse a todas las mujeres embarazadas, aunque no refieran prácticas de riesgo.
2. No es necesario solicitar el consentimiento del paciente para realizar la prueba del VIH.
3. Sólo debe solicitarse la prueba de aquellas personas que presentan signos y/o síntomas de infección por VIH o SIDA y a las embarazadas.
4. El periodo que debe transcurrir actualmente entre una práctica de riesgo y la realización de la prueba de diagnóstico para que se pueda descartar con certeza la infección por el VIH debe ser, al menos, de seis meses.

La gestante ARH acude a consulta ya que el especialista le ha enviado a la consulta de inmunología del embarazo del hospital de referencia para saber si es necesario la administración de la gamma globulina anti-D. La administración de la gamma globulina anti-D debe ser administrada:

1. En mujeres Rh positivo, en las 72 horas postparto si el recién nacido presenta el Rh positivo.
2. En mujeres Rh positivo, en las 72 horas postparto si el recién nacido presenta el Rh negativo.
3. En mujeres Rh negativo, en las 72 horas post-parto si el recién nacido presenta el Rh positivo.
4. En mujeres Rh negativo, en las 72 horas post-parto si el recién nacido presenta el Rh negativo.

La señora HMR acude a su centro de salud para solicitarle información sobre los resultados del estudio de su futuro hijo enviados desde la consulta de inmunohematología del embarazo de su hospital de referencia. El embarazo de la señora HMR se ha realizado gracias a la donación de óvulos de donante fecundados con el esperma de su marido el señor DCG. Como usted conoce para la herencia del grupo sanguíneo se heredan dos genes, uno de cada progenitor. El óvulo donado presenta la siguiente combinación A0 y el del señor DCG AA. ¿Cuál será el grupo del bebé?

1. Grupo 0.
2. Grupo B.
3. Puede ser del grupo 0 y del grupo A.
4. Grupo A.

Si la madre presenta infección por varicela durante la gestación ¿Cuándo existe un riesgo mayor de que el niño desarrolle una varicela fulminante?:

1. Cuando la infección se presenta entre el primer y segundo trimestre de gestación.
2. Cuando la infección se presenta entre el segundo trimestre y los 21 días anteriores al parto.
3. Cuando la infección se presenta entre los 20 y los 6 días anteriores al parto.
4. Cuando la infección se presenta entre los 5 días anteriores al parto y los 2 días posteriores al mismo.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 95	3	
P2	EIR 2026 · 94	3	
P3	EIR 2026 · 93	2	
P4	EIR 2026 · 92	2	
P5	EIR 2025 · 168	3	
P6	EIR 2025 · 160	4	
P7	EIR 2024 · 201	4	
P8	EIR 2024 · 41	1	
P9	EIR 2023 · 177	3	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2022 · 87	4	
P11	EIR 2022 · 85	4	
P12	EIR 2022 · 84	3	
P13	EIR 2021 · 155	1	
P14	EIR 2021 · 60	2	
P15	EIR 2021 · 56	3	
P16	EIR 2021 · 3	1	
P17	EIR 2020 · 184	4	
P18	EIR 2020 · 108	2	
P19	EIR 2020 · 106	4	
P20	EIR 2020 · 100	1	
P21	EIR 2019 · 231	2	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2019 · 230	2	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2019 · 228	1	hoja del archivo oficial
P24	EIR 2019 · 95	3	hoja del archivo oficial
P25	EIR 2019 · 67	3	hoja del archivo oficial

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2018 · 190	1	hoja del archivo oficial
P27	EIR 2016 · 161	1	hoja del archivo oficial
P28	EIR 2016 · 159	4	hoja del archivo oficial
P29	EIR 2016 · 157	2	hoja del archivo oficial
P30	EIR 2016 · 155	2	hoja del archivo oficial
P31	EIR 2016 · 148	3	hoja del archivo oficial
P32	EIR 2016 · 145	1	hoja del archivo oficial
P33	EIR 2015 · 174	2	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2015 · 166	1	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2015 · 164	3	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2015 · 163	1	reconstruida por un tercero
P37	EIR 2015 · 162	3	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2015 · 158	4	reconstruida por un tercero
P39	EIR 2014 · 142	2	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2014 · 138	4	reconstruida por un tercero
P41	EIR 2013 · 129	4	reconstruida por un tercero
P42	EIR 2012 · 33	2	reconstruida por un tercero
P43	EIR 2011 · 84	3	
P44	EIR 2010 · 84	3	reconstruida por un tercero
P45	EIR 2010 · 83	5	reconstruida por un tercero
P46	EIR 2009 · 83	3	reconstruida por un tercero
P47	EIR 2009 · 81	4	reconstruida por un tercero
P48	EIR 2009 · 79	5	reconstruida por un tercero
P49	EIR 2007 · 77	5	reconstruida por un tercero
P50	EIR 2007 · 76	3	reconstruida por un tercero
P51	EIR 2005 · 62	3	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P52	EIR 2005 · 31	3	reconstruida por un tercero
P53	EIR 2004 · 8	3	reconstruida por un tercero
P54	EIR 2004 · 6	3	reconstruida por un tercero
P55	EIR 2004 · 5	4	reconstruida por un tercero
P56	EIR 2004 · 4	3	reconstruida por un tercero
P57	EIR 2004 · 3	4	reconstruida por un tercero
P58	EIR 2004 · 1	2	reconstruida por un tercero
P59	EIR 2026 · 105	1	
P60	EIR 2025 · 164	2	
P61	EIR 2022 · 86	4	
P62	EIR 2022 · 2	3	
P63	EIR 2019 · 122	1	hoja del archivo oficial
P64	EIR 2017 · 206	3	
P65	EIR 2017 · 202	4	
P66	EIR 2016 · 187	4	hoja del archivo oficial

Fuentes

- **F1** Grupo de trabajo de la GPC de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio (versión completa). Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. GuíaSalud la marca como caducada, y no hay versión nacional posterior. · https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf · consultada 2026-09-25
- **F2** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Control prenatal del embarazo normal. Guía de Asistencia Práctica. Prog Obstet Ginecol 2018;61(5):510-527. · https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf · consultada 2026-09-25
- **F3** SEGO. Trastornos hipertensivos en la gestación. Guía de Asistencia Práctica. Prog Obstet Ginecol 2020;63:244-272. · <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F4** Magee LA, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. Pregnancy Hypertens 2022;27:148-169. · <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.09.008> · consultada 2026-09-25
- **F5** Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. 2011 (recomendaciones 12 y 13). · <https://iris.who.int/handle/10665/44703> · consultada 2026-09-25
- **F6** SEGO y Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Diabetes mellitus y embarazo. Guía de práctica clínica actualizada 2021. Prog Obstet Ginecol 2022;65:35-41. · https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n1/05%20Diabetes%20mellitus%20y%20embarazo_gpca_2021.pdf · consultada 2026-09-25
- **F7** Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. Av Diabetol 2015;31:45-59. · <https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-asistencia-gestante-con-diabetes-guia-S1134323014001525> · consultada 2026-09-25
- **F8** Velasco I, Vila L, Goya M, Oleaga A, de la Calle M, Santamaría FJ. Documento de consenso sobre el manejo de la disfunción tiroidea durante el embarazo (SEGO/SEEN). Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, marzo de 2022. · https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/3356/100322_120046_3574428481.pdf · consultada 2026-09-25
- **F9** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Informes, Estudios e Investigación 2014. · <https://www.sanidad.gob.es/va/areas/DCVIHT/vihSida/prevencionDiagnostico/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F10** Ministerio de Sanidad. En tus desplazamientos, protégete por dos. Embarazadas (infografía de seguridad vial). Septiembre de 2021. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/seguridadVial/infanciaEmbarazo/docs/Infografia_Embarazadas_online.pdf · consultada 2026-09-25
- **F11** Dirección General de Tráfico. López M. ¿Está embarazada? Así debe ponerse el cinturón. Revista DGT, 8 de marzo de 2017. · <https://revista.dgt.es/es/reportajes/2017/03MARZO/0308-Tres-pasos-a-seguir-embarazadas.shtml> · consultada 2026-09-25

- **F12** Institute of Medicine y National Research Council. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. National Academies Press; 2009. Resumen, tabla S-1. · <https://www.nationalacademies.org/read/12584/chapter/2> · consultada 2026-09-25
- **F13** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (Pink Book), cap. 20: Rubella. Actualizado el 25-04-2024. · <https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-of-contents/chapter-20-rubella.html> · consultada 2026-09-25
- **F14** CDC. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases, cap. 15: Congenital Rubella Syndrome. Página del 10-02-2026. · <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-15-congenital-rubella-syndrome.html> · consultada 2026-09-25
- **F15** Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones, cap. 7: Mujeres en edad fértil, embarazadas y puerperio. Ministerio de Sanidad, 2018. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/embarazadas/mujeres/docs/Mujeres_edad_fertil_embarazadas_puerperio.pdf · consultada 2026-09-25
- **F16** CDC. Preventing Toxoplasmosis. 30-01-2024. · <https://www.cdc.gov/toxoplasmosis/prevention/index.html> · consultada 2026-09-25
- **F17** CDC. About Toxoplasmosis: Causes. 14-02-2025. · <https://www.cdc.gov/toxoplasmosis/causes/index.html> · consultada 2026-09-25
- **F18** CDC. Clinical Overview of Listeriosis. 24-09-2025. · <https://www.cdc.gov/listeria/hcp/clinical-overview/index.html> · consultada 2026-09-25
- **F19** Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Alimentación segura durante el embarazo, 2.ª ed. NIPO 236-24-004-7, 2024. · https://www.aesan.gob.es/dam/jcr:6f57a77f-541c-4c54-a124-543d65b1aaf1/alimentacion_segura_embarazo.pdf · consultada 2026-09-25
- **F20** AESAN. Mercurio (ficha de contaminantes químicos: metales), 25-05-2023; recoge las recomendaciones de consumo de pescado de 2019. · <https://www.aesan.gob.es/dam/jcr:623cde08-b4a0-462e-b14a-20253a49d415/MERCURIO.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F21** Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP (CAV-AEP). Varicela. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP, cap. 41. Agosto de 2026. · <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-41> · consultada 2026-09-25
- **F22** Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease (COVID-19): pregnancy and childbirth (preguntas y respuestas). 15-03-2022. · <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth> · consultada 2026-09-25
- **F23** Organización Mundial de la Salud. Breastfeeding and COVID-19 (comentario científico). 23-06-2020. · <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19> · consultada 2026-09-25
- **F24** Ministerio de Sanidad. Documento técnico. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Versión de 17-06-2020. · https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf · consultada 2026-09-25
- **F25** CDC. Health Effects of Cigarettes: Reproductive Health. 31-01-2025. · <https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-reproductive-health.html> · consultada 2026-09-25
- **F26** OpenStax. Anatomy and Physiology 2e, 27.2: Anatomy and Physiology of the Ovarian Reproductive System. Rice University, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/27-2-anatomy-and-physiology-of-the-ovarian-reproductive-system> · consultada 2026-09-25

- **F27** OpenStax. Biology 2e, 43.3: Human Reproductive Anatomy and Gametogenesis. Rice University, 2018. · <https://openstax.org/books/biology-2e/pages/43-3-human-reproductive-anatomy-and-gametogenesis> · consultada 2026-09-25
- **F28** OpenStax. Anatomy and Physiology 2e, 28.2: Embryonic Development. Rice University, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/28-2-embryonic-development> · consultada 2026-09-25
- **F29** Kapila V, Chaudhry K. Physiology, Placenta. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 24-07-2023. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (25-08-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538332/> · consultada 2026-09-26
- **F30** Kepley JM, Bates K, Mohiuddin SS. Physiology, Maternal Changes. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 12-03-2023. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (15-05-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539766/> · consultada 2026-09-26
- **F32** Motosko CC, Bieber AK, Pomeranz MK, et al. Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. Int J Womens Dermatol 2017;3(4):219-224. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5715231/> · consultada 2026-09-25
- **F33** MedlinePlus (National Library of Medicine). Skin and hair changes during pregnancy. · <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000611.htm> · consultada 2026-09-25
- **F34** Kovacs CS. Calcium and Phosphate Metabolism and Related Disorders During Pregnancy and Lactation. Endotext (NCBI Bookshelf). Actualizado el 12-10-2024. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (06-02-2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática, y cotejado de nuevo en el paquete oficial de Endotext del FTP de acceso abierto de NCBI (28-09-2026). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279173/> · consultada 2026-09-26
- **F35** American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion n.º 495: Vitamin D: Screening and Supplementation During Pregnancy. 2011, reafirmada posteriormente (2017 y 2024). · <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2011/07/vitamin-d-screening-and-supplementation-during-pregnancy.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F36** Palacios C, Kostiuik LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2019;7:CD008873 (sustituida por la actualización de 2024). · <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008873.pub4> · consultada 2026-09-25
- **F37** Palacios C, et al. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2024;7:CD008873. · <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008873.pub5> · consultada 2026-09-25
- **F38** Superville SS, Siccardi MA. Leopold Maneuvers. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 27-07-2024. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (15-07-2024, versión actualizada el 19-02-2023), porque la web oficial bloquea la lectura automática; la colocación del examinador en la 1.ª maniobra, en el paquete oficial de StatPearls del FTP de acceso abierto de NCBI (versión actualizada el 27-07-2024, leída el 28-09-2026). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560814/> · consultada 2026-09-28
- **F39** Naidu K, Fredlund KL. Gestational Age Assessment. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 24-07-2023. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (09-08-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526000/> · consultada 2026-09-26
- **F40** Gasner A, Aatsha PA. Physiology, Uterus. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 30-07-2023. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (16-02-2026), porque la web oficial bloquea la lectura

automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557575/> · consultada 2026-09-26

- **F41** Dean L. ABO Blood Group. Medical Genetics Summaries (NCBI Bookshelf). Actualizado el 27-07-2015. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (06-02-2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK100894/> · consultada 2026-09-26
- **F42** Vadakekut ES, Gnugnoli DM. Ectopic Pregnancy. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 27-03-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (09-08-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539860/> · consultada 2026-09-26
- **F43** Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta Previa. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 12-06-2023. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (09-08-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/> · consultada 2026-09-26
- **F44** Rathbun KM, Hildebrand JP. Placenta Abnormalities. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 17-10-2022. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (09-08-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459355/> · consultada 2026-09-26
- **F45** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Placenta Praevia and Placenta Accreta Spectrum: Diagnosis and Management. Green-top Guideline n.º 27a. BJOG 2026;133(10):e93-e128. · <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.70239> · consultada 2026-09-25
- **F46** Sullivan M, Skelly CL, Rouse C. Placental Abruption. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 13-12-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (13-06-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335/> · consultada 2026-09-26
- **F47** RCOG. Antepartum Haemorrhage. Green-top Guideline n.º 63. Noviembre de 2011. · https://www.rcog.org.uk/media/pwdi1tef/gtg_63.pdf · consultada 2026-09-25
- **F48** Brahmandam G, Lipsett BJ. Anatomy, Abdomen and Pelvis: Umbilical Cord. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 26-07-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (13-06-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557389/> · consultada 2026-09-26
- **F49** SEGO. Parto pretérmino. Guía de Asistencia Práctica. Prog Obstet Ginecol 2020;63:283-321. · https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf · consultada 2026-09-25
- **F50** Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes. 2022. · <https://iris.who.int/handle/10665/363131> · consultada 2026-09-25
- **F51** Vadakekut ES, Mahdy H. Hyperemesis Gravidarum. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 06-07-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (16-06-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532917/> · consultada 2026-09-26
- **F52** RCOG. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline n.º 37a. 2015 (versión modificada en 2023). · https://www.rcog.org.uk/media/m4mbpjwi/gtg-no37a-2015_amended-2023.pdf · consultada 2026-09-25
- **F53** Mangla A, Hamad H. Thrombocytopenia in Pregnancy. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 30-11-2022. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (09-02-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547705/> · consultada 2026-09-26
- **F54** OpenStax. Anatomy and Physiology 2e, 28.3: Fetal Development. Rice University, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/28-3-fetal-development> · consultada 2026-09-25

- **F55** OpenStax. Anatomy and Physiology 2e, 28.4: Changes During Pregnancy, Labor, and Birth. Rice University, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/28-4-changes-during-pregnancy-labor-and-birth> · consultada 2026-09-25
- **F56** OpenStax. Biology 2e, 11.1: The Process of Meiosis. Rice University, 2018. · <https://openstax.org/books/biology-2e/pages/11-1-the-process-of-meiosis> · consultada 2026-09-25
- **F57** CAV-AEP. Hepatitis B. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP, cap. 29. Agosto de 2026. · <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-29> · consultada 2026-09-25
- **F58** RCOG. Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Green-top Guideline n.º 27b. Septiembre de 2018. · <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/vasa-praevia-diagnosis-and-management-green-top-guideline-27b/> · consultada 2026-09-25
- **F59** Khan YS, et al. Anatomy, Thorax: Mammary Gland. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 18-02-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (29-05-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547666/> · consultada 2026-09-26
- **F60** Morgan JA, Cooper DB. Pregnancy Dating. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 12-09-2022. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (09-08-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442018/> · consultada 2026-09-26
- **F61** Organización Mundial de la Salud. Infant and young child feeding (nota descriptiva). 04-08-2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> · consultada 2026-09-25
- **F62** CDC. Listeria-Contaminated Foods (How Listeria spreads). 12-08-2024. · <https://www.cdc.gov/listeria/causes/index.html> · consultada 2026-09-25
- **F63** Wentz WB, Reagan JW, Heggie AD. Cervical carcinogenesis with herpes simplex virus, type 2. Obstet Gynecol 1975;46(2):117-21 (PMID 168521). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/168521/> · consultada 2026-09-25
- **F64** Lehtinen M, et al. Herpes simplex virus and risk of cervical cancer: a longitudinal, nested case-control study in the Nordic countries. Am J Epidemiol 2002;156(8):687-92. · <https://doi.org/10.1093/aje/kwf098> · consultada 2026-09-25
- **F65** Organización Mundial de la Salud. Cervical cancer (nota descriptiva). 03-07-2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer> · consultada 2026-09-25
- **F66** Organización Mundial de la Salud. Herpes simplex virus (nota descriptiva). 30-05-2025. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus> · consultada 2026-09-25
- **F67** Sathe NC, Launico MV. Melasma. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 31-01-2026. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (09-08-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459271/> · consultada 2026-09-26
- **F68** Giles A, Prusinski R, Wallace L. Maternal Newborn Nursing, 10.1: Physiologic Changes Due to Pregnancy. OpenStax, Rice University; 2024. · <https://openstax.org/books/maternal-newborn-nursing/pages/10-1-physiologic-changes-due-to-pregnancy> · consultada 2026-09-26
- **F69** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), CIMA. Ficha técnica de Rhophylac 300 microgramos/2 ml, solución inyectable (inmunoglobulina humana anti-D), apartado 5.1. Revisión del texto: junio de 2019. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/69377/FT_69377.pdf · consultada 2026-09-28
- **F70** SEGO, SEN, SEIMC, SEQ y semFYC. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas 2012 (documento de consenso). Prog Obstet Ginecol 2012;55(7):337-46. · <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-prevencion-infeccion-perinatal-por-estreptococo-S0304501312000520> · consultada 2026-09-28

- **F71** Organización Mundial de la Salud. Vaccine-Preventable Diseases Surveillance Standards: Congenital Rubella Syndrome. Actualizado el 05-09-2018. · <https://www.who.int/publications/m/item/vaccine-preventable-diseases-surveillance-standards-crs> · consultada 2026-09-28
- **F72** Organización Mundial de la Salud. Rubella vaccines: WHO position paper – July 2020. Weekly Epidemiological Record 2020;95(27):306-324. · <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WER9527> · consultada 2026-09-28
- **F73** Camejo Leonor M, Afzal M, Mendez MD. Rubella. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 07-07-2025. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de acceso abierto de NCBI (28-09-2026). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559040/> · consultada 2026-09-28
- **F74** Krywko DM, King KC. Aortocaval Compression Syndrome. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 07-08-2023. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de acceso abierto de NCBI (28-09-2026). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430759/> · consultada 2026-09-28
- **F75** Urrutia-Pereira M, Solé D. Vitamin D deficiency in pregnancy and its impact on the fetus, the newborn and in childhood. Rev Paul Pediatr 2015;33(1):104-113 (revisión, acceso abierto). · <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.05.004> · consultada 2026-09-28
- **F76** RCOG. Green-top Guideline No. 37a Reducing the Risk of Venous Thromboembolism During Pregnancy and the Puerperium: Position Statement. Septiembre de 2026 (enmienda la hoja de valoración del riesgo del anexo III de la guía, F52, hasta que se publique su actualización). · <https://www.rcog.org.uk/media/bzkdicre/position-statement-gtg37a-final-version.pdf> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- EIR2021-056 (complicación materna más frecuente de la preeclampsia grave: CID o HELLP): ni la SEGO 2020, ni la ISSHP 2021, ni la OMS 2011 dicen cuál es la más frecuente. En el refuerzo del 28-09-2026 tampoco lo dicen la guía de urgencias de la EHE de la SAGO (la tabla de complicaciones del HELLP no da frecuencias), el protocolo de HELLP del Hospital Virgen de las Nieves (da frecuencias dentro del HELLP: sangrado 55 %, CID 21 %, no dentro de la preeclampsia grave) ni el capítulo de preeclampsia de StatPearls (paquete del FTP de NCBI). Solo aparecen cifras de estudios de un hospital, que no son fuente. No se intercala.
- EIR2011-084: no se ha localizado el documento de la American Medical Association que daría 13-15 kg de ganancia de peso. En el refuerzo del 28-09-2026 la búsqueda solo devolvió las recomendaciones del IOM (ya citadas, F12) y prensa.
- EIR2010-083 (red venosa de Haller, pigmentación de la areola con bordes marcados como signo no representativo) y EIR2010-084 (Deutsch: el embarazo como estresor, desafío y amenaza): no se ha encontrado una fuente abierta y admitida con esos términos. En el refuerzo del 28-09-2026: «red venosa de Haller» solo sale en webs de divulgación, en un seminario docente de un hospital (material de curso, no vale) y, como plexo anatómico sin relación con el diagnóstico, en StatPearls; ninguna fuente válida describe los bordes de la areola secundaria (F32 solo la nombra). De Deutsch solo aparece su biografía; su obra (The Psychology of Women) tiene derechos y no hay muestra de la editorial. No se intercalan.
- Síndrome de la vena cava (N33): la semana 28 como inicio y la «debilidad» venían de Open RN (NBK615334), que no se puede leer por una vía permitida. En el refuerzo del 28-09-2026 los síntomas (mareo, náuseas, palidez, sudoración) se han respaldado con StatPearls ^{F74}, que da la semana 20, no la 28; ninguna fuente válida encontrada da la 28 ni la debilidad.
- Signo de Chadwick «hacia las 6-8 semanas» (retirado en N33): en el refuerzo del 28-09-2026 no se ha encontrado fuente válida. OpenStax (F68) no da semanas, el paquete de StatPearls del FTP de NCBI no trata

el signo, y las páginas que dan 6-8 semanas son Wikipedia, clínicas privadas y webs de divulgación. Queda el intervalo de 4-8 semanas de **F32**.