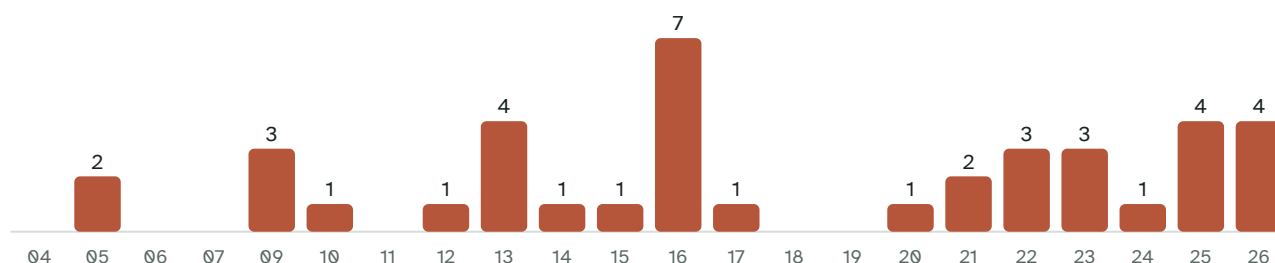


Climaterio y patología ginecológica

Este tema reúne la ginecología que cae en el EIR fuera del embarazo: la fisiología del ciclo, los trastornos menstruales, el climaterio, la patología benigna del útero y del suelo pélvico, las infecciones genitales, los cánceres de cérvix, endometrio y mama, y la esterilidad. El climaterio y el cribado de cáncer de cérvix son lo más preguntado, y el cribado ha cambiado dos veces en seis años (2019 y 2025): cuando el criterio de la pregunta ya no es el vigente, se explican los dos.

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



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

Lo más repetido

- Cribado de cáncer de cérvix en mujeres de 25-34 años: citología cada 3 años (2 exámenes)
- Cáncer de endometrio: la multiparidad no es factor de riesgo (2 exámenes)
- VPH como agente causal del cáncer de cérvix (2 exámenes)
- Metrorragia: definición (sangrado sin relación con el ciclo) (2 exámenes)
- Climaterio: definición y duración (2 exámenes)
- Prevención secundaria del cáncer de cérvix: citología (25-65 años) (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Ovario, hormonas y ciclo menstrual	7
2. Trastornos menstruales, amenorrea y exploración ginecológica	11
3. Climaterio y menopausia: conceptos, hormonas y clínica	14
4. Abordaje del climaterio: cuidados, estilos de vida y tratamiento	19
5. Patología benigna: miomas, endometriosis y prolapso genital	23
6. Infecciones genitales: vaginosis, clamidia y enfermedad inflamatoria pélvica	26
7. Cáncer de cérvix: VPH, prevención y cribado	28
8. Cáncer de endometrio y patología de la mama	33
9. Esterilidad, infertilidad y seminograma	38
Todas las preguntas del tema (46)	40
Preguntas que también podrían ser de este tema (15)	52
Solucionario	56
Fuentes	59

Resumen para repasar

1. Ovario, hormonas y ciclo menstrual

- El **mesovario** une el ovario al **ligamento ancho** y ayuda a mantener su posición; folículos en la **corteza**, vasos y nervios en la **médula** ^{F6,F83}.
- **Hipotálamo** → **GnRH**; **adenohipófisis** → **FSH y LH**; la teca produce **androstenediona** ^{F6,F53}.
- Al nacer, ovocitos detenidos en **profase de la meiosis I**; la **meiosis II** solo termina si hay **fecundación**; la meiosis I es la reduccional ^{F51,F6,F52}.
- Fase lútea: **progesterona alta**, que **frena la FSH y la LH** ^{F6}.
- Estrógenos: **protegen el hueso** (osteoblastos); progesterona: endometrio secretor y **temperatura basal más alta** ^{F12,F53}.
- Endometrio: proliferativa, secretora, isquemia premenstrual y menstruación; la regla la causa la **caída de estrógenos y progesterona** ^{F53,F6}.

2. Trastornos menstruales, amenorrea y exploración ginecológica

- **Metrorragia**: sangrado entre reglas, **sin relación con el ciclo**; menorragia, sangrado menstrual excesivo ^{F57,F56}.
- Amenorrea primaria: sin regla a los **15 años**; secundaria: **3 meses o más** sin regla ^{F59}.
- Anorexia nerviosa → amenorrea **hipotalámica funcional** ^{F60,F59}.
- Turner: la forma típica es la **monosomía X** (una sola X), con fallo ovárico ^{F61}.
- Citología: **fuera de la regla**, unos cinco días después (**posmenstrual**), con la vejiga vacía ^{F27,F28}.

3. Climaterio y menopausia: conceptos, hormonas y clínica

- **Climaterio**: transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva; de **2-8 años antes a 2-6 años después** de la menopausia; para la RANM, de las alteraciones menstruales previas a la menopausia a la **senescencia** ^{F4,F2,F79}.
- **Menopausia**: 12 meses de amenorrea, hacia los 50; **precoz <40**, tardía >55; perimenopausia = antes y **1 año después** ^{F2}.
- Adelantan la menopausia la menarquia temprana, el **IMC bajo** y el tabaco; cuenta la edad de madre y hermanas ^{F1}.
- **FSH y LH altas, estradiol bajo**; ovarios y **útero más pequeños** ^{F1,F7,F8}.
- **Sofocos**: manifestación más frecuente (75-80 %), duran menos de 5 minutos ^{F5,F1}.
- Sequedad vaginal, osteoporosis e irregularidad menstrual; la OMS y la AHA añaden hoy el aumento del **riesgo cardiovascular** ^{F1,F3,F9}.
- Escala validada en España: **Cervantes**; Kupperman no se considera válida ^{F1}.

4. Abordaje del climaterio: cuidados, estilos de vida y tratamiento

- Cuidados: no fumar, evitar la obesidad, dieta **equilibrada y ajustada a las necesidades**, ejercicio contra la **osteoporosis** ^{F2}.
- OMS: la dieta equilibrada **depende de la edad, el sexo, el modo de vida y la actividad física**; carbohidratos 45-75 %, proteínas 10-15 % ^{F80}.
- La **cafeína reduce la absorción del calcio**; las necesidades suben a 1.200 mg a partir de los 51; pico de masa ósea hacia los 25-30 años ^{F10,F11}.
- **Síntomas leves: no hormonas** (fuerte); con útero, **estrógeno + gestágeno** (fuerte); sin útero, solo estrógeno ^{F1,F13}.
- Tratamiento hormonal: **dosis bajas al inicio** y el menor tiempo posible; el yoga no supera al ejercicio ^{F1}.
- **Embarazo posible** en la perimenopausia: anticoncepción hasta 12 meses de amenorrea ^{F3}.

5. Patología benigna: miomas, endometriosis y prolapso genital

- Miomas **subserosos, intramurales y submucosos**; el **tabaco** y la multiparidad protegen ^{F62}.
- Endometriosis: **crónica**, peor **con la regla**, mejora con la menopausia, **infertilidad en el 30-40 %**; laparoscopia (guía SNS 2013) ^{F63}.
- Baden-Walker **grado 2 = hasta el himen**; cistocele → **colporrafia anterior** ^{F65,F66}.

6. Infecciones genitales: vaginosis, clamidia y enfermedad inflamatoria pélvica

- Vaginosis por *Gardnerella*: **disbiosis**, sin transmisión sexual demostrada; clamidia, tricomonas y herpes son ITS ^{F67,F69,F71,F72}.
- *Chlamydia* es una **bacteria**; en la EIP, **gonococo y clamidia** ^{F69,F70}.

7. Cáncer de cérvix: VPH, prevención y cribado

- **VPH** en prácticamente todos los casos; en España el más frecuente es el **16** ^{F20,F18}.
- Cáncer de cérvix: **15.º** en la mujer; diagnóstico con **colposcopia y biopsia** ^{F16,F22}.
- Prevención primaria: **vacuna** (1 dosis a los 12 años); menores de 25, sin cribado ^{F19,F17}.
- Cribado: **25-29 citología cada 3 años; 30-65 VPH cada 5**; hasta 2025, citología de 25 a 34 y VPH desde los 35 ^{F14,F15}.
- Empieza a los 25 **sin importar cuándo empezaron las relaciones sexuales**; termina a los 65 con 10 años de cribado negativo ^{F17}.
- Citología: **fondo de saco posterior, exocérvis (espátula de Ayre) y endocérvis (cepillo)** ^{F25}.

8. Cáncer de endometrio y patología de la mama

- Endometrio: riesgo por **estrógenos sin oposición**, nuliparidad, obesidad, tamoxifeno; la **multiparidad protege** ^{F31,F32}.
- **Sangrado posmenopáusico** = signo en más del 90 %: estudiar; ACOG 2026: **ecografía + muestra endometrial** en la mayoría ^{F34,F82}.
- Mama: riesgo por menarquia precoz (**más riesgo por cada año que se adelanta**), menopausia tardía y primer parto >30; la **lactancia protege** ^{F36,F81,F32}.
- Alarma: bulto indoloro, **pezón hundido**, piel con hoyuelos, secreción sanguinolenta ^{F37,F38}.
- Ductal infiltrante el más frecuente; **Paget = pezón y areola** (también «Paget del pezón») ^{F40,F39}.
- **BI-RADS 3: probablemente benigno**, control a 6 meses ^{F42}.
- **Mondor**: tromboflebitis con cordón; **politelia**: pezones supernumerarios ^{F43,F44}.

9. Esterilidad, infertilidad y seminograma

- **Esterilidad**: no concebir; **infertilidad**: no llevar el embarazo a término (uso español); la OMS usa infertilidad para no concebir en 12 meses ^{F75,F73}.
- **Teratozoospermia <4 %** de formas normales; **astenozoospermia**: poca movilidad progresiva ^{F77}.

Puntos clave

- 1 El climaterio es la **transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva**; en la GPC va de 2-8 años antes a 2-6 años después de la menopausia ^{F4,F2}.
- 2 Menopausia = **12 meses seguidos de amenorrea**; precoz, **antes de los 40**; tardía, después de los 55 ^{F2}.
- 3 Adelantan la menopausia la menarquia temprana, el **IMC bajo** y el **tabaco**; también pesa la edad de la madre y las hermanas ^{F1}.
- 4 Perfil hormonal: **FSH y LH altas, estradiol bajo** ^{F1}.
- 5 Los **sofocos** son la manifestación más frecuente (75-80 %) ^{F5}; la escala validada en España es la **Cervantes** ^{F1}.
- 6 Síntomas vasomotores **leves: no tratamiento hormonal** (fuerte); útero conservado: **añadir gestágeno** (fuerte); empezar con **dosis bajas** el menor tiempo posible ^{F1}.
- 7 La **cafeína** reduce la absorción de calcio y las necesidades de calcio **no bajan** en la menopausia ^{F10}.
- 8 Miomas: el **tabaco** es protector; los **intramurales** están en el espesor del miometrio ^{F62}.
- 9 Endometriosis: **crónica**, síntomas **peores con la regla** y mejores tras la menopausia, infertilidad en el 30-40 % ^{F63}.
- 10 *Gardnerella* causa vaginosis, una disbiosis de la que no se sabe si se transmite sexualmente; en la EIP destacan **gonococo y clamidia**, que es una **bacteria** ^{F67,F70,F69}.
- 11 El **VPH** causa prácticamente todos los cánceres de cérvix; en España el tipo de alto riesgo más frecuente es el **16** ^{F20,F18}.
- 12 Cribado de cérvix: **25-29 años citología cada 3 años; 30-65 años VPH cada 5 años** (antes de 2025, citología hasta los 34) ^{F14,F15}.
- 13 La **multiparidad protege** del cáncer de endometrio, cuyo signo guía es el **sangrado posmenopáusico** ^{F32,F34}.
- 14 Mama: la **lactancia** protege; BI-RADS **3 = probablemente benigno**, control a los 6 meses ^{F36,F42}.
- 15 Teratozoospermia: **menos del 4 % de formas normales**; astenozoospermia: **poca movilidad** ^{F77}.

1. Ovario, hormonas y ciclo menstrual

El ovario está en la cavidad pélvica y entre sus **estructuras de suspensión** están el **mesovario** (extensión del peritoneo que lo une al **ligamento ancho**). Del mesovario sale el **ligamento suspensorio**, que lleva los vasos sanguíneos y linfáticos del ovario, y el **ligamento ovárico** lo une al útero ^{F6}. El **ligamento ancho** es un pliegue doble de peritoneo que contiene, entre otras estructuras, los ovarios; el mesovario une cada ovario a la parte posterior del ligamento ancho y **ayuda a mantener su posición en la pelvis** ^{F83}. Entre los ligamentos típicos a los que se une el ovario, StatPearls cita el útero-ovárico, el **ligamento ancho** y el infundibulopélvico ^{F84}. En la **corteza** (capa externa del estroma) se desarrollan los ovocitos, cada uno rodeado de células de soporte: el conjunto es el **folículo**. Bajo la corteza está la **médula**, donde se encuentran los **vasos sanguíneos, los linfáticos y los nervios** ^{F6}.

El ovario **no fabrica FSH ni LH**: el **hipotálamo** produce la **GnRH**, que ordena a la **adenohipófisis** (hipófisis anterior) producir las dos **gonadotropinas, FSH y LH** ^{F6}. La **LH** estimula a las células endocrinas del folículo (teca y granulosa) para que fabriquen **esteroides sexuales** ^{F6}; la FSH actúa sobre la granulosa y la aromatasa ^{F53}. El ovario responde fabricando esteroides sexuales: bajo el estímulo de la LH, las **células de la teca** producen progesterona y **androstenediona**, el andrógeno que pasa a las células de la granulosa, donde la aromatasa (estimulada por la FSH) lo convierte en testosterona y después en **estradiol** ^{F53}.

EIR 2025 · 163

P8 · respuesta en el solucionario

Anatomía del ovario: ligamento ancho como estructura de suspensión

¿Cuál de las siguientes características del ovario es correcta?:

1. Es una glándula endocrina que produce las hormonas folículo-estimulante (FSH) y luteinizante (LH).
2. Dentro de las estructuras de suspensión ovárica se encuentra el ligamento ancho.
3. En la capa cortical se encuentran los vasos sanguíneos y linfáticos.
4. La médula ovárica contiene los folículos.

EIR 2015 · 9

P57 · respuesta en el solucionario

Gonadotropinas: FSH y LH

Señale la respuesta correcta respecto al control hormonal de la reproducción:

1. La hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) de la hipófisis controla la secreción de dos gonadotropinas del lóbulo anterior del hipotálamo.
2. Las gonadotropinas son la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizantes (LH).
3. La FSH actúa principalmente sobre las células endocrinas, estimulando la síntesis de hormonas sexuales.
4. La LH es necesaria, junto con las hormonas sexuales esteroideas, para iniciar y mantener la gametogénesis.
5. Todas las anteriores son correctas.

Andrógeno ovárico: androstenediona

De las siguientes hormonas, señale el andrógeno producido por el ovario:

1. Estrona.
2. Estradiol.
3. Androstenediona.
4. Pregnenolona.

Ovogénesis (se amplía en el tema de embarazo): los ovocitos primarios se forman en el ovario fetal, inician la primera división meiótica y quedan detenidos en la **profase de la meiosis I**; al nacer, todos los futuros óvulos están en esa fase ^{F51}. Los folículos quedan en reposo y la meiosis **solo se reanuda a partir de la pubertad** ^{F6}. La división que reduce los cromosomas a la mitad es la **meiosis I** (división reduccional); la meiosis II es análoga a una mitosis ^{F52}. Poco antes de la ovulación, el pico de LH reanuda la meiosis y el ovocito primario pasa a **ovocito secundario** ^{F6}; la **meiosis II solo se completa si un espermatozoide lo fecunda** ^{F6,F51}.

Ovogénesis: la meiosis II solo se completa con la 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.

Fase del ciclo ovárico	Qué pasa ^{F6}
Folicular	Los folículos crecen y la granulosa y la teca secretan estradiol (estrógeno) ^{F6}
Ovulación	Un gran pico de LH provoca la ovulación del folículo dominante ^{F6}
Lútea	El cuerpo lúteo produce grandes cantidades de progesterona , que por retroalimentación negativa en hipotálamo e hipófisis mantiene bajas la GnRH, la LH y la FSH ^{F6}
Sin embarazo	El cuerpo lúteo degenera en cuerpo albicans y caen los estrógenos y la progesterona ^{F6}

Fase lútea: elevación de la progesterona

Durante el ciclo menstrual femenino, la fase en que se observa una elevación rápida de la producción de progesterona corresponde a:

1. Fase folicular.
2. Fase menstrual o menstruación.
3. Fase proliferativa.
4. Fase lútea.

Ciclo ovárico: descenso de FSH y LH en la fase lútea

Señale la respuesta correcta con relación al ciclo ovárico:

1. Los niveles de progesterona son altos en la fase folicular.
2. Los niveles de FSH y LH descienden durante la fase de funcionamiento del cuerpo lúteo.
3. Tras la ovulación, se produce un pico de FSH.
4. Durante la ovulación se presentan niveles bajos de FSH y LH, y concentraciones altas de estrógenos y progesterona.

Efectos que se preguntan de cada hormona: los **estrógenos protegen el hueso**, porque promueven la actividad **osteoblástica** y la producción de matriz ósea ^{F12} e inactivan a los osteoclastos ^{F54}. La **progesterona** prepara el endometrio secretor (glándulas complejas, acumulación de glucógeno, arterias espirales) y **eleva ligeramente la temperatura basal** ^{F53}: el efecto termógeno y la estimulación de las secreciones endometriales son de la progesterona, no de los estrógenos.

Efectos de los estrógenos: protección ósea

Las hormonas sexuales esteroideas tienen un papel fundamental en el ciclo genital femenino. ¿Cuál de los siguientes efectos corresponde a los estrógenos?:

1. Aumenta la fragilidad capilar.
2. Tienen el efecto protector sobre el tejido óseo ya que estimulan la acción de los osteoblastos.
3. Tienen un efecto termógeno, suben la temperatura basal del cuerpo en unos 0.5°C.
4. Estimulan las secreciones en el endometrio.

El **ciclo endometrial** tiene una fase **proliferativa**, una **secretora** y una **menstrual** ^{F53}. Al final de la fase secretora, si no hay embarazo, caen los estrógenos y la progesterona y el endometrio adelgaza; las prostaglandinas **contraen las arterias espirales**, baja el aporte de oxígeno (**isquemia premenstrual**) y el tejido endometrial muere, lo que da lugar a la menstruación ^{F6}. Por eso muchos manuales describen cuatro etapas: proliferativa, secretora, isquémica premenstrual y menstrual. En una frase: **la menstruación la produce**

la caída brusca de estrógenos y progesterona; es la caída de la progesterona la que desencadena el desprendimiento de la capa funcional del endometrio ^{F6}.

EIR 2013 · 127

P38 · respuesta en el solucionario

Fases del ciclo endometrial

Durante el ciclo menstrual de la mujer se producen cambios en la secreción hormonal que afectan tanto al ovario como al endometrio. Con respecto a él, se conocen 4 etapas fundamentales:

1. Proliferativa, de madurez, de regresión y de menstruación.
2. Regenerativa, secretora, de vascularización y de menstruación.
3. Proliferativa, secretora, isquémica premenstrual y de menstruación.
4. Lútea, de maduración, isquémica y de menstruación.
5. De menstruación, secretora, folicular y lútea.

EIR 2012 · 6

P58 · respuesta en el solucionario

Causa de la menstruación: caída brusca de estrógenos y progesterona

Si tuviera que dar una respuesta breve a qué produce la menstruación, sería:

1. Aumento de la FSH.
2. Aumento de la LH.
3. La acción combinada de la FSH y LH.
4. Disminución brusca de la secreción de estrógenos y progesterona.
5. Aumento de progesterona y disminución de estrógenos.

Quién hace qué

Hipotálamo → **GnRH**. **Hipófisis anterior** → **FSH y LH**. **Ovario** → **estrógenos, progesterona y andrógenos (androstenediona)**. Progesterona = «**pro-gestación**»: endometrio secretor y temperatura basal más alta.

2. Trastornos menstruales, amenorrea y exploración ginecológica

Un ciclo menstrual normal tiene una frecuencia de **24 a 38 días**, dura **hasta 8 días** y supone una pérdida de 5 a 80 ml de sangre ^{F55}. La terminología clásica que pregunta el EIR es la de la tabla. La clasificación **PALM-COEIN** de la FIGO (causas estructurales: pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad/hiperplasia; no estructurales: coagulopatía, disfunción ovulatoria, endometrial, iatrogénica, no clasificada) sustituyó términos inespecíficos como menorragia, metrorragia y oligomenorrea por «sangrado menstrual abundante» y «sangrado intermenstrual» ^{F55}.

Término	Qué significa
Metrorragia	Sangrado entre reglas, irregular y sin relación con el ciclo (definición clásica); su sinónimo en inglés es sangrado intermenstrual ^{F57,F55}
Menorragia	Sangrado menstrual prolongado o excesivo ^{F56}
Oligomenorrea	Ciclos de más de 35 días ^{F56}
Dismenorrea	Menstruación dolorosa ^{F58}
Amenorrea primaria	Ninguna menstruación a los 15 años o 3 años después de la telarquia ^{F59}
Amenorrea secundaria	Ausencia de reglas 3 meses o más con ciclos previos regulares (6 meses o más si eran irregulares) ^{F59}

EIR 2009 · 52

P44 · respuesta en el solucionario

Metrorragia: definición (sangrado sin relación con el ciclo)

Al realizarle la valoración ginecológica a una mujer adulta, ésta le refiere que sangra entre los periodos menstruales. Este dato lo registra como:

1. Menorragia.
2. Metrorragia.
3. Amenorrea.
4. Polimenorrea.
5. Dispareunia.

Metrorragia: definición (sangrado sin relación con el ciclo)

¿Cómo se define el sangrado uterino irregular o continuo y de intensidad variable que no tiene relación con el ciclo menstrual?:

1. Amenorrea.
2. Menorragia.
3. Dismenorrea.
4. Metrorragia.

La **amenorrea hipotalámica funcional** es una anovulación crónica sin causa orgánica, desencadenada por **pérdida de peso, ejercicio intenso o estrés**; la **anorexia nerviosa** es el extremo del espectro de déficit energético ^{F60}. Sugieren origen **hipotalámico** un IMC bajo, una dieta restrictiva o un trastorno alimentario y el entrenamiento deportivo intenso ^{F59}.

El **síndrome de Turner** se debe a que falta (o está alterado) uno de los dos cromosomas sexuales. Alrededor de la mitad tiene **monosomía X**, la forma típica: en ella cada célula tiene **una sola copia del cromosoma X en lugar de las dos habituales**, es decir, 45 cromosomas ^{F61}. Los ovocitos mueren precozmente y casi todo el tejido ovárico se destruye antes del nacimiento, así que muchas no inician la pubertad sin tratamiento hormonal (**amenorrea primaria** por fallo ovárico) y la mayoría no puede quedarse embarazada de forma natural ^{F61}.

Amenorrea en la anorexia nerviosa: origen hipotalámico

Las anorexias nerviosas suelen ir acompañadas de una amenorrea por desnutrición que puede ser primaria o secundaria y que tiene un origen:

1. Ovárico.
2. Uterino.
3. Hipofisario.
4. Hipotalámico.

Síndrome de Turner: cariotipo 45,X

Mujer de 21 años, con amenorrea primaria es diagnosticada de Síndrome de Turner. ¿Qué cariotipo presenta?:

1. 45 X.
2. 46 XX.
3. 47 XXX.
4. 47 XXY.

Preparación para la exploración ginecológica con citología: **no hacerla durante la regla**, porque puede alterar el resultado; un buen momento es **unos cinco días después del último día de la menstruación**, es decir, en

el **periodo posmenstrual** ^{F27}. En las 24 horas previas, sin duchas vaginales, relaciones ni tampones, y por comodidad conviene **vaciar la vejiga** justo antes ^{F28}.

EIR 2009 · 82

P42 · respuesta en el solucionario

Preparación para la exploración ginecológica: periodo posmenstrual

A la Sra. María Moreno le van a practicar una exploración ginecológica y le pide consejo a la enfermera para prepararse adecuadamente. Entre las medidas físicas recomendadas para aumentar la fiabilidad estará que:

1. Elija el periodo premenstrual.
2. Elija el periodo menstrual.
3. Elija el periodo posmenstrual.
4. Acuda con la vejiga llena.
5. No defeque el día de la exploración.

3. Climaterio y menopausia: conceptos, hormonas y clínica

La **menopausia** está incluida en una fase más amplia, el **climaterio**, que es una de las etapas del ciclo vital de la mujer ^{F2}. El consejo de sociedades afiliadas (CAMS) de la International Menopause Society (1999) definió el climaterio como la fase que incluye la perimenopausia pero se extiende más tiempo antes y después, y que marca la **transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva** ^{F4}. El Diccionario de términos médicos de la Real Academia Nacional de Medicina define el climaterio femenino como un período de grandes cambios endocrinos, somáticos y psíquicos que **se inicia cuando aparecen las alteraciones menstruales previas a la menopausia y finaliza en la senescencia** ^{F79}. La OMS (1996) había recomendado abandonar el término; hoy la OMS no lo usa y habla de perimenopausia ^{F4,F3}.

Término (glosario de la GPC)	Definición ^{F2}
Climaterio	Periodo que va desde 2-8 años antes de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación ^{F2}
Menopausia	Cese permanente de la menstruación por pérdida de la actividad folicular ovárica; es la fecha de la última regla, hacia los 50 años , y se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin otra causa ^{F2}
Premenopausia	Los 2-6 años previos a la menopausia, que pueden cursar con síntomas ^{F2}
Perimenopausia	El periodo anterior a la menopausia (cuando empiezan las manifestaciones endocrinas, biológicas y clínicas) y el primer año tras ella ^{F2}
Postmenopausia inmediata / establecida	Del último sangrado hasta un año después / a partir de los 12 meses de la última regla ^{F2}
Menopausia precoz (fallo ovárico prematuro)	La que ocurre antes de los 40 años ^{F2,F1}
Menopausia tardía	La que ocurre después de los 55 años ^{F2}
Menopausia artificial	Por extirpación de los ovarios, radiación o quimioterapia ^{F2}

«De 2 a 6 años antes y después»

El periodo que se extiende **antes y después** de la menopausia y dura años es el **climaterio**. La perimenopausia solo añade **un año** tras la última regla, y la premenopausia y la postmenopausia están solo a un lado. Ojo con la cifra: en el glosario de la GPC el climaterio va de **2-8 años antes** a **2-6 años después**; «2-6 años antes» es la premenopausia ^{F2}.

Climaterio: definición y duración

¿Qué se entiende por climaterio?:

1. El cese permanente de la menstruación debido a la edad, que se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin que exista causa patológica.
2. El periodo inmediatamente anterior a la menopausia en el que se inician las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y el primer año siguiente a la menopausia.
3. La época de la vida de la mujer que verifica la transición de la madurez sexual a la senectud.
4. El periodo que comienza a partir de la menopausia y puede prolongarse entre 7 y 10 años, en los que existe posibilidad de síntomas carenciales antes de llegarse al establecimiento de la vejez.
5. El periodo de 1 o 2 años en que la sintomatología relacionada con el cese de la menstruación es más acusada.

Climaterio: definición y duración

El periodo de tiempo que transcurre de dos a seis años antes de la menopausia y de dos a seis años después de ésta se denomina:

1. Perimenopausia.
2. Climaterio.
3. Postmenopausia.
4. Premenopausia.

Diagnóstico de menopausia: 12 meses de amenorrea

La menopausia se diagnostica por:

1. La presencia de ciclos más frecuentes y abundantes de lo que corresponde al patrón propio de cada mujer.
2. La ausencia de menstruación en doce meses consecutivos.
3. Los síntomas derivados de la privación estrogénica, como el insomnio, los sofocos o la sequedad de piel y mucosas.
4. El espaciamiento de las reglas, que se hacen cada vez más infrecuentes.
5. Analíticas hormonales, densitometría, mamografía y citología.

Menopausia precoz/insuficiencia ovárica prematura: antes de los 40 años

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de los síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia, ¿qué edad se corresponde con el término de menopausia precoz?:

1. Entre los 45 y 47 años.
2. Entre los 42 y 44 años.
3. Antes de los 40 años.
4. Antes de los 39 años.

La edad de la menopausia natural está **entre los 45 y los 55 años**, con una media de unos 50 ^{F1}. Se relacionan con la edad de aparición la **menarquia temprana**, el **IMC bajo** y el **tabaco** (que pueden adelantarla) y la **edad de la menopausia de la madre y las hermanas** ^{F1}. Un IMC **alto** no aparece como factor que adelante la menopausia: el sobrepeso se asocia a **más sofocos**, no a una menopausia más temprana ^{F1}.

GPC menopausia: factores de riesgo de síntomas vasomotores (IMC alto)

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, algunos de los siguientes factores se relacionan con la edad de aparición de la menopausia, EXCEPTO:

1. Menarquia temprana.
2. Alto índice de masa corporal.
3. Consumo de tabaco.
4. Edad de la menopausia en la madre y hermanas.

Hormonalmente, la causa natural es el agotamiento de la reserva folicular (hasta unos 1.000 ovocitos), con **déficit de estradiol y aumento de FSH y LH** ^{F1}. Antes de la menopausia baja la **inhibina**, que frenaba la FSH, y por eso sube la FSH; al agotarse los folículos, la producción de estrógenos cae drásticamente, y es sobre todo esa falta de estrógenos la que produce los síntomas ^{F6}. Tras la menopausia la LH y la FSH quedan elevadas durante años ^{F5}. Anatómicamente, los **ovarios disminuyen de tamaño y de peso** ^{F7} y el **útero también se reduce**: su volumen empieza a bajar antes de la última regla y cae rápidamente después (un 20 % menos al cabo de un año y un 35 % menos al cabo de dos), igual que el grosor endometrial ^{F8}.

Perfil hormonal del climaterio: aumento de gonadotropinas y descenso de estrógenos

A nivel hormonal, el climaterio se caracteriza por:

1. Disminución de las gonadotropinas y aumento de los estrógenos.
2. Aumento de las gonadotropinas y disminución de los estrógenos.
3. Disminución de las gonadotropinas y de los estrógenos.
4. Aumento de las gonadotropinas y de los estrógenos.

Cambios anatómicos del climaterio: disminución del tamaño uterino

Uno de los cambios que experimenta la mujer en el climaterio es:

1. El aumento del tamaño del ovario.
2. La disminución del tamaño del útero.
3. El aumento del endometrio.
4. La aparición de folículos en los ovarios.
5. Todos ellos son cambios asociados al climaterio.

Según la GPC, los síntomas **vasomotores** y los **vaginales** son los únicos claramente asociados a la menopausia; los cambios de ánimo, los trastornos cognitivos, el dolor articular o el aumento de peso no se han demostrado asociados a ella ^{F1}. Los **síntomas vasomotores son la manifestación más frecuente** de la transición menopáusica: los padecen entre el **75 y el 80 %** de las mujeres ^{F5}. El **sofoco** es una sensación de calor en la parte superior del tórax, el cuello y la cara, a menudo con sudoración, que suele durar **menos de cinco minutos**; es frecuente de noche (sofocación nocturna) y lo desencadenan el calor, la ropa ajustada, las bebidas calientes y el estrés ^{F1}. En la mayoría se resuelven entre los seis meses y los cinco años, pero persisten más de cinco años en el 25 % y más de diez en el 10 % ^{F1}. El **sobrepeso/obesidad** y el **tabaco** aumentan el riesgo de sofocos ^{F1}.

Los **síntomas vaginales** (sequedad, irritación, picor, escozor y **dispareunia**) se deben a la **atrofia vaginal** por falta de estrógenos: la sequedad pasa del 3 % en la premenopausia al 47 % tres años después de la menopausia ^{F1}. A largo plazo, la pérdida de densidad ósea de la menopausia contribuye a la **osteoporosis** y las fracturas ^{F3}, y la ventaja cardiovascular de la mujer frente al hombre **desaparece gradualmente** con la caída de los estrógenos ^{F3}: la AHA describe un aumento notable del riesgo cardiovascular tras la menopausia ^{F9}. La **irregularidad menstrual** es propia de la transición, que clínicamente se caracteriza por la alteración de los ciclos y la aparición de síntomas vasomotores y urogenitales ^{F1}.

Síntoma más frecuente del climaterio: sofocaciones

¿Cuál de las siguientes manifestaciones es el síntoma más frecuente que aparece en las mujeres climatéricas?:

1. Osteoporosis.
2. Neuralgia inespecífica.
3. Cistitis crónica.
4. Sofocaciones.
5. Mareos.

Consecuencias fisiopatológicas del climaterio

Las consecuencias fisiopatológicas del climaterio son las siguientes EXCEPTO:

1. Sequedad vaginal.
2. Osteoporosis.
3. Irregularidad menstrual.
4. Mayor frecuencia de cardiopatías.

¿Las cardiopatías son consecuencia del climaterio?

En **EIR2018-231** la respuesta oficial es que la **mayor frecuencia de cardiopatías no** es una consecuencia fisiopatológica del climaterio, a diferencia de la sequedad vaginal, la osteoporosis y la irregularidad menstrual. Encaja con la idea de la GPC de que solo los síntomas vasomotores y vaginales tienen una asociación clara con la menopausia ^{F1}. Pero hoy la OMS afirma que la ventaja cardiovascular de la mujer desaparece con la caída de los estrógenos tras la menopausia ^{F3}, OpenStax señala que la enfermedad cardiovascular llega a ser tan prevalente en la mujer como en el hombre ^{F6} y la AHA habla de un aumento notable del riesgo cardiovascular después de la menopausia ^{F9}. Con esas fuentes, la opción de las cardiopatías sería discutible.

Para medir los síntomas existen varias escalas (Greene, índice de Kupperman, cuestionarios de calidad de vida), que no permiten comparar estudios entre sí ^{F1}. El **índice de Kupperman**, el más conocido, omite la sequedad vaginal y usa términos mal definidos, por lo que la GPC **no lo considera válido** para la práctica diaria. En España existe la **Escala Cervantes, validada para la población española**, con 31 preguntas sobre síntomas y calidad de vida ^{F1}.

Escala Cervantes: escala climatérica validada en España

Señale cuál de las siguientes escalas climatéricas es una escala validada para la población española, según la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

1. Escala de REEDA.
2. Índice de Kupperman.
3. Escala Cervantes.
4. Escala Braden.

Escalas que no son del climaterio

Braden valora el riesgo de úlceras por presión y **REEDA** la cicatrización del periné tras el parto. La del climaterio validada en España es la **Cervantes**; Kupperman es la clásica, pero la GPC no la considera válida ^{F1}.

4. Abordaje del climaterio: cuidados, estilos de vida y tratamiento

La GPC del SNS sobre síntomas vasomotores y vaginales de la menopausia (versión completa de 2017) es la referencia del EIR; GuíaSalud advierte que han pasado más de cinco años y está pendiente de actualizar ^{F1}. Su primer mensaje: explicar a la mujer la **naturaleza autolimitada y benigna** de los síntomas, y los riesgos y beneficios del tratamiento ^{F2}. La menopausia no se diagnostica con analíticas: se reconoce tras 12 meses de amenorrea ^{F2}, y el seguimiento del tratamiento hormonal es **clínico, sin determinar niveles hormonales** ^{F2}.

- **Dejar de fumar:** el tabaco aumenta los sofocos ^{F2}.
- **Evitar la obesidad,** relacionada con más sofocos y más sequedad vaginal ^{F2}.
- Alimentación **sana, equilibrada y ajustada a las necesidades,** con más frutas, verduras, alimentos con calcio, frutos secos y fibra ^{F2}.
- Disminuir la **cafeína, el alcohol** y otros excitantes; evitar ambientes calurosos y bebidas calientes ^{F2}.
- **Ejercicio físico** (caminar, nadar, yoga, tai-chi, pesas): mantiene huesos y músculos y previene la **osteoporosis** y los problemas cardiovasculares ^{F2}.
- Relajación ante el estrés; hidratantes y lubricantes vaginales si hace falta ^{F2}.

En resumen, al llegar la menopausia la enfermera planifica cuidados para **prevenir los síntomas vasomotores** (tabaco, calor, cafeína), la **osteoporosis** (ejercicio, calcio) y la **obesidad** (peso, alimentación equilibrada) ^{F2,F1}.

Según la OMS, la composición concreta de una dieta diversificada, equilibrada y saludable **depende de la edad, el sexo, el modo de vida y el nivel de actividad física** de cada persona, así como del contexto cultural, la disponibilidad local de alimentos y los hábitos alimentarios ^{F80}. Sus referencias: en la mayoría de las personas, los carbohidratos no refinados deberían aportar **entre el 45 % y el 75 %** de la ingesta calórica diaria; unas proteínas equivalentes al **10-15 %** de la ingesta calórica diaria bastan para cubrir las necesidades de un adulto (pueden superar el 15 % en adolescentes y en quienes desarrollan o mantienen mucha masa muscular), y en las grasas es preferible **priorizar las insaturadas** frente a las saturadas y las trans ^{F80}.

EIR 2014 · 145

P35 · respuesta en el solucionario

Cuidados en la menopausia: prevención de síntomas vasomotores, osteoporosis y obesidad

¿Qué cuidados se deben planificar cuando la mujer alcanza la menopausia?

1. Ninguno, la menopausia es un periodo normal del ciclo reproductivo de la mujer.
2. Ninguno, pero hay que remitirla a ginecología para que empiece cuanto antes el tratamiento hormonal sustitutivo y no padezca clínica climática.
3. Hay que valorar su estado general y planificar cuidados de prevención de la depresión climática.
4. Hay que planificar cuidados de prevención de síntomas vasomotores, osteoporosis y obesidad.
5. Hay que planificar un estudio detallado de los niveles hormonales que nos permita determinar la medicación y los cuidados más adecuados a su déficit hormonal.

Alimentación recomendada en mujeres de 45-50 años

En un Centro de Salud, una enfermera desarrolla una actividad de educación para la salud con un grupo de mujeres sanas que tienen entre 45 y 50 años, con el fin de proporcionarles información sobre la alimentación en el climaterio. El mensaje básico consistirá en transmitir que la alimentación debe ser:

1. Equilibrada en función de la edad, la talla, el clima y sobre todo de la actividad física.
2. Con una proporción de glúcidos entre el 20 y el 30% del aporte energético total.
3. Con poca vitamina D, para no interferir en el metabolismo fosfo-cálcico.
4. Rica en proteínas, por encima del 15% de la energía total de la dieta.
5. Baja en ácidos grasos poliinsaturados de cadena muy larga.

Calcio y hueso: la **masa ósea máxima** se alcanza hacia los **25-30 años** ^{F11,F12}, no a los 45 años. En la menopausia la caída de estrógenos **reduce la absorción de calcio** y aumenta su pérdida urinaria y la resorción ósea ^{F10}. Por eso las necesidades **no disminuyen**: la ingesta recomendada en EE. UU. pasa de 1.000 mg/día a **1.200 mg/día a partir de los 51 años** en la mujer ^{F10}. La **cafeína** (y el fósforo) **reduce ligeramente la absorción** neta del calcio de la dieta, es decir, deja menos calcio disponible para fijarse al hueso ^{F10}. El **estrés mecánico** del ejercicio estimula el depósito de sales minerales y colágeno en el hueso ^{F12}, y la formación ósea la hacen los osteoblastos, mientras que los osteoclastos lo reabsorben ^{F54,F12}.

Climaterio y calcio: la cafeína reduce su fijación ósea

Usted acude al Centro Cultural de su zona básica de salud para realizar una sesión de Educación para la Salud sobre el climaterio. En relación con el metabolismo del calcio y la prevención de osteoporosis, señale la respuesta correcta:

1. El consumo de cafeína disminuye la fijación del calcio al hueso.
2. Los requisitos de calcio disminuyen durante la menopausia.
3. La masa ósea máxima del adulto se alcanza en torno a los 45 años, coincidiendo con el comienzo de la menopausia en mujeres.
4. La sobrecarga física continua estimula el depósito de calcio por los osteoclastos.

Recomendación de la GPC	Fuerza ^{F1}
Evitar la obesidad, hacer ejercicio y no fumar para reducir los síntomas vasomotores	Fuerte ^{F1}
Ambiente fresco y menos cafeína, bebidas calientes, alcohol y picante	Débil: sin ensayos, «podría» reducir los sofocos ^{F1}
No tratamiento hormonal en síntomas vasomotores leves	Fuerte ^{F1}

Recomendación de la GPC	Fuerza ^{F1}
Ofrecer tratamiento hormonal en síntomas vasomotores intensos que afecten mucho a la calidad de vida, informando y dejando decidir a la mujer	Débil ^{F1}
En mujeres que conservan el útero , añadir gestágenos a los estrógenos	Fuerte ^{F1}
Contraindicado si hay antecedente de cáncer de mama o de endometrio, enfermedad coronaria, tromboembolismo, ictus, hepatopatía activa, enfermedad pancreática o de vesícula biliar, o alto riesgo de padecerlas	Fuerte ^{F1}
Paroxetina, desvenlafaxina o gabapentina si no se puede o no se quiere tratamiento hormonal (sin indicación autorizada en España)	Débil ^{F1}
Estrógenos vaginales en síntomas vaginales moderados o intensos; lubricantes e hidratantes en la dispareunia	Fuerte / débil ^{F1}

El **yoga no ha sido superior** a la actividad física para reducir los síntomas vasomotores; el ejercicio es moderadamente eficaz, más que el placebo y menos que la terapia hormonal ^{F1}. Las mujeres **sin útero** (histerectomizadas) pueden tomar **solo estrógenos** ^{F13}. Con estrógenos vaginales a dosis habituales no hace falta añadir gestágeno ^{F1}.

Cómo se pauta el tratamiento hormonal según la GPC (buena práctica clínica): **mientras persistan los síntomas y durante el menor tiempo posible, con un máximo de un año**, y después de forma individualizada; se recomienda **empezar con dosis bajas e ir subiéndolas** hasta la remisión o mejora importante, y después intentar bajarlas gradualmente, volviendo a la última dosis eficaz si reaparecen ^{F1}. Tras el estudio WHI (2002) quedó reservado a mujeres sintomáticas, **a la mínima dosis eficaz y el menor tiempo posible** ^{F1}.

El embarazo todavía es posible en la perimenopausia: la OMS recomienda anticoncepción hasta pasados **12 meses seguidos sin menstruación** ^{F3}, y la GPC recuerda que hasta ese año completo hay que seguir con el método habitual ^{F2}.

EIR 2023 · 184

P11 · respuesta en el solucionario

GPC menopausia: no tratamiento hormonal en síntomas vasomotores leves

Cuál de las siguientes se considera una recomendación fuerte para el tratamiento de los síntomas vasomotores asociados a la menopausia, según la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad de España:

1. La práctica de yoga se ha mostrado significativamente superior a la actividad física para la reducción de síntomas vasomotores.
2. Evitar bebidas calientes, alcohólicas y ambientes calurosos, disminuye claramente la frecuencia y/o intensidad de los sofocos.
3. En mujeres que conservan el útero no se recomienda añadir gestágenos al tratamiento con estrógenos.
4. No se recomienda el tratamiento hormonal en mujeres con síntomas vasomotores leves.

Terapia hormonal en la menopausia: iniciar a dosis bajas

Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la perimenopausia y postmenopausia:

1. Pueden aparecer síntomas que pueden causar malestar y empeorar la calidad de vida de las mujeres entre los que se encuentran los síntomas vasomotores y la atrofia vaginal.
2. La menopausia es una condición que se alcanza cuando han pasado más de 12 meses de la última regla.
3. En este periodo todavía existe riesgo de embarazo que es posible la ovulación espontánea ocasional.
4. En caso de tratamiento hormonal se recomienda iniciar el tratamiento con dosis altas y disminuirlas progresivamente hasta la remisión o mejora importante de la sintomatología.



Lo que más cae del tratamiento

Síntomas **leves** → **no hormonas** (recomendación fuerte). Útero conservado → **estrógeno + gestágeno** (fuerte). Se empieza con **dosis bajas**, el **menor tiempo posible** (máximo de un año y después individualizar). Hay riesgo de embarazo hasta 12 meses de amenorrea **F1,F3**.

5. Patología benigna: miomas, endometriosis y prolapso genital

Los **miomas** (leiomiomas) uterinos se clasifican según su posición en **subserosos**, **intramurales** (dentro del espesor del miometrio) y **submucosos** ^{F62}. Los submucosos, aunque sean pequeños, alteran la contracción de los vasos endometriales y dan **sangrado abundante** ^{F62}.

Miomas: aumentan el riesgo	Miomas: disminuyen el riesgo
Menarquia precoz, nuliparidad, menopausia tardía, obesidad, dieta, antecedentes familiares; el factor no modificable más importante es la ascendencia africana ^{F62}	Menarquia tardía, multiparidad, tabaquismo y anticonceptivos hormonales ^{F62}

EIR 2016 · 162

P26 · respuesta en el solucionario

Miomas intramurales

Los miomas del cuerpo uterino que se mantienen en el espesor del miometrio, se denominan:

1. Intramurales.
2. Subserosos.
3. Submurales.
4. Submucosos.

EIR 2024 · 44

P9 · respuesta en el solucionario

Miomas uterinos: el tabaquismo como factor protector

Señale cuál de los siguientes es un factor protector relacionado con los miomas uterinos:

1. Menarquia precoz.
2. Mujeres de raza negra.
3. Nuliparidad.
4. Tabaquismo.

La **endometriosis** es la implantación y el crecimiento benigno de tejido endometrial **fuera del útero**, sobre todo en el peritoneo pélvico y los ovarios ^{F63}. Es un **proceso crónico y recurrente**, que puede ser una enfermedad crónica e invalidante en algunas mujeres, sobre todo en la **endometriosis profunda** ^{F63}. Los síntomas más comunes son **dismenorrea, dispareunia, infertilidad y dolor pélvico crónico** ^{F63}. Al ser estrógeno-dependiente, **los síntomas son más intensos durante la menstruación y mejoran tras la menopausia** y en la gestación ^{F63}. La **infertilidad** afecta al **30-40 %** ^{F63}. Desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico pueden pasar 7 u 8 años ^{F63}.

La guía del SNS (2013) dice que el **método diagnóstico definitivo es la laparoscopia**, que permite ver la pelvis ^{F63}. En lo psicológico, las mujeres con endometriosis avanzada presentan a menudo depresión y ansiedad, y la depresión se relaciona con el **dolor pélvico crónico** ^{F63}. Aun así, la guía concluye que **las mujeres con dolor pélvico crónico sin endometriosis tienen una menor frecuencia de trastornos psicológicos que las mujeres con endometriosis** ^{F63}.

EIR2021-062: la laparoscopia ha perdido peso

En **EIR2021-062** (afirmación INCORRECTA) la respuesta oficial es que la endometriosis sea un «proceso agudo y puntual»: es un **proceso crónico y recurrente** ^{F63}. La clave da por correcta «el método diagnóstico es la laparoscopia», como la guía del SNS de 2013: «el método diagnóstico definitivo es la laparoscopia que permite la inspección visual de la pelvis» ^{F63}. La guía europea ESHRE de 2022 recomienda usar **imagen (ecografía o resonancia)** en el diagnóstico, sabiendo que un resultado negativo no descarta la enfermedad, y deja la laparoscopia para cuando la imagen es negativa o el tratamiento empírico ha fallado o no es adecuado: antes era la prueba de referencia y «it is now only recommended in patients with negative imaging results and/or where empirical treatment was unsuccessful or inappropriate» ^{F64}. Para el examen, la respuesta oficial sigue siendo «proceso agudo y puntual».

EIR 2021 · 62

P17 · respuesta en el solucionario

Endometriosis: proceso crónico, no agudo

En relación con la endometriosis, indica cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

1. El método diagnóstico es la laparoscopia, que permite la inspección visual de la pelvis.
2. En general los síntomas son más intensos durante la menstruación.
3. Los síntomas más comunes son dismenorrea, dispareunia, infertilidad y dolor pélvico crónico.
4. Es un proceso agudo y puntual.

EIR 2022 · 88

P16 · respuesta en el solucionario

Endometriosis: los síntomas empeoran con la menstruación

Señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación a la endometriosis en las mujeres que padecen esta enfermedad:

1. La infertilidad puede alcanzar al 30-40% de las mujeres con endometriosis.
2. Puede catalogarse como una enfermedad crónica e invalidante para algunas pacientes, especialmente para el subgrupo de mujeres con endometriosis más grave denominada endometriosis profunda.
3. Las mujeres con dolor pélvico crónico sin endometriosis tienen una menor frecuencia de trastornos psicológicos que las mujeres con endometriosis.
4. En general los síntomas son menos intensos durante el periodo menstrual y suelen empeorar con la menopausia.

Prolapso genital. La clasificación de **Baden-Walker** gradúa el descenso respecto al **himen**, que marca la entrada de la vagina (introito) ^{F65}:

Grado (Baden-Walker)	Punto más declive ^{F65}
0	Sin prolapso ^{F65}
1	Desciende hasta la mitad del camino hacia el himen ^{F65}

Grado (Baden-Walker)	Punto más declive ^{F65}
2	Llega al himen (a la altura del introito) ^{F65}
3	Sobrepasa el himen hasta la mitad ^{F65}
4	Descenso máximo ^{F65}

La clasificación **POP-Q** también va de 0 (sin prolapso) a 4 (eversión completa), con valores negativos por encima del himen y positivos por fuera ^{F65}. El **entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (ejercicios de Kegel)** contrae de forma sistemática el elevador del ano y fortalece el suelo pélvico ^{F65}. El **cistocele** (prolapso de la pared vaginal anterior con la vejiga) se corrige por vía vaginal con la **colporrafia anterior**; alrededor del 40 % necesita reintervenirse por recidiva ^{F66}.

EIR 2016 · 234

P25 · respuesta en el solucionario

Prolapso genital: grado 2 (a la altura del introito)

En la patología del suelo pélvico ¿cuál es el grado que corresponde a la situación en la que el punto más declive está a la altura del introito?:

1. Grado 1.
2. Grado 2.
3. Grado 3.
4. Grado 4.

EIR 2009 · 53

P43 · respuesta en el solucionario

Colporrafia: cirugía de corrección del cistocele

El tipo de intervención quirúrgica destinada a la corrección de un cistocele, se denomina:

1. Laparotomía.
2. Laparoscopia.
3. Colporrafia.
4. Perineorrafia.
5. Histerografía.

6. Infecciones genitales: vaginosis, clamidia y enfermedad inflamatoria pélvica

La **vaginosis bacteriana** es una **disbiosis** vaginal: los lactobacilos normales (productores de peróxido de hidrógeno y ácido láctico) se sustituyen por altas concentraciones de anaerobios como ***Gardnerella vaginalis***, ***Prevotella*** o ***Mobiluncus*** ^{F67}. Los CDC la tratan en su guía de ITS, pero reconocen que **se desconoce si se debe a la adquisición de un patógeno de transmisión sexual** ^{F67}: su causa no se conoce, aunque la vaginosis aumenta el riesgo de adquirir otras ITS ^{F68}. Es decir, es una alteración de la flora propia de la vagina, no una infección causada por un germen que se contagie por vía sexual. En cambio, la **clamidia**, la **tricomoniasis** (la ITS no vírica más prevalente del mundo) y el **herpes genital** (VHS-1 y VHS-2) se describen expresamente como ITS ^{F69,F71,F72}.

EIR 2022 · 93

P14 · respuesta en el solucionario

Gardnerella vaginalis: vaginosis no considerada ITS

De los siguientes agentes infecciosos que generan una vaginosis, señale el que NO se considera una Infección de Transmisión Sexual (ITS):

1. *Chlamydia trachomatis*.
2. Virus del herpes simple tipo 2.
3. *Gardnerella vaginalis*.
4. *Trichomonas vaginalis*.

Chlamydia trachomatis es una **bacteria**: la infección por clamidia es la **enfermedad infecciosa bacteriana más notificada** en EE. UU. ^{F69}. En la **enfermedad inflamatoria pélvica** (EIP) los organismos de transmisión sexual implicados con más frecuencia son ***N. gonorrhoeae*** y ***C. trachomatis***; su proporción está bajando y hoy alrededor del 50 % de las mujeres con EIP aguda da positivo a alguno de los dos ^{F70}.

EIR 2016 · 160

P54 · respuesta en el solucionario

Clamidiasis: causada por una bacteria

¿Qué tipo de organismo patógeno es el causante de la clamidiasis?:

1. Ectoparásito.
2. Hongo.
3. Bacteria.
4. Protozoo.

Enfermedad inflamatoria pélvica: Chlamydia trachomatis como agente más frecuente

¿Cuál de los siguientes microorganismos está implicado con mayor frecuencia en la Enfermedad Inflamatoria Pélvica?:

1. Cándida albicans.
2. Treponema pallidum.
3. Chlamydia trachomatis.
4. Trichomona vaginalis.

Qué tipo de microorganismo es cada uno

Chlamydia y *Gardnerella* son **bacterias** ^{F69,F67}; la tricomoniasis es la ITS **no vírica** más prevalente ^{F71}; el herpes genital y el VPH los causan **virus** ^{F72,F20}. De la vaginosis por *Gardnerella* los CDC dicen que no se sabe si la causa un patógeno de transmisión sexual ^{F67}: por eso, de estos agentes, es el que no se considera una ITS clásica.

7. Cáncer de cérvix: VPH, prevención y cribado

Prácticamente todos los casos de cáncer de cuello uterino los causa la infección por tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH) ^{F20}. Es una causa necesaria pero no suficiente ^{F16}. Los **tipos 16 y 18** causan en torno al 70 % de los cánceres de cuello uterino según el NCI ^{F21} (el 76 % según la OMS ^{F20}). En España el **VPH 16 es el tipo de alto riesgo más frecuente** (2,9 % de las mujeres con prueba de VPH), seguido del 52 y el 51; el 18 tiene una prevalencia del 0,5 % ^{F18}.

Otros determinantes del riesgo de persistencia y de progresión: el genotipo (el 16 es el de mayor riesgo oncogénico), la carga viral, la **inmunodepresión (sobre todo el VIH)**, el **tabaco** y, en menor medida, los anticonceptivos orales prolongados, la **paridad elevada** y otras ITS ^{F16}. El inicio temprano de las relaciones sexuales y el número elevado de parejas aumentan el riesgo de infectarse ^{F16,F21}.

No es un cáncer frecuente en España: es la **15.ª causa de cáncer en la mujer** (y el 4.º en las de 15 a 44 años) ^{F16}. Los más frecuentes en las mujeres españolas son el de **mama** y el **colorrectal**, seguidos de pulmón y cuerpo uterino; para el cérvix se estiman 2.760 casos en 2026 ^{F24}. El diagnóstico lo dan la **colposcopia y la biopsia**, no una serología: la citología y la prueba de VPH son pruebas de **cribado** ^{F22,F16}. El tratamiento es **cirugía** (conización, histerectomía, traquelectomía), **radioterapia** externa y braquiterapia, **quimioterapia** y quimiorradioterapia, terapia dirigida e inmunoterapia ^{F23}.

EIR 2005 · 25

P46 · respuesta en el solucionario

VPH como agente causal del cáncer de cérvix

Los papilomavirus producen verrugas cutáneas, pero en la actualidad se sabe que algunos serotipos se asocian a:

1. Neumonía.
2. Endocarditis.
3. Cáncer ginecológico (carcinoma cervical).
4. Meningitis.
5. Hepatitis.

EIR 2017 · 25

P24 · respuesta en el solucionario

VPH como agente causal del cáncer de cérvix

¿Cuál es la respuesta correcta respecto al cáncer de cérvix?:

1. El diagnóstico se realiza mediante serología.
2. El tratamiento se lleva a cabo con medidas farmacológicas.
3. El principal agente causal es el Virus del Papiloma Humano.
4. Es el primer cáncer más frecuente en España.

VPH de alto riesgo más frecuente en España: VPH 16

Indica cuál es el Virus de Papiloma Humano de alto riesgo más frecuente en las mujeres en nuestro país, según la Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

1. Virus de Papiloma Humano 16.
2. Virus de Papiloma Humano 18.
3. Virus de Papiloma Humano 51.
4. Virus de Papiloma Humano 61.

Prevención primaria: la vacuna. La OMS considera la vacunación frente al VPH de las niñas de **9 a 14 años** una de las intervenciones más eficaces ^{F20}. En España, el calendario 2026 pone **1 dosis a los 12 años a niños y niñas**, con captación de no vacunados hasta los 18 años con 1 dosis ^{F19}. En las **menores de 25 años no se recomienda el cribado**: se recomienda fomentar la **prevención primaria** ^{F17}.

Prevención secundaria: el cribado con citología o prueba de VPH, que detecta lesiones precancerosas para tratarlas ^{F20,F30}. El preservativo y la vacuna actúan antes de la infección (prevención primaria); la citología de Papanicolaou y la prueba de VPH buscan la lesión ya presente (secundaria) ^{F17,F30}.

Prevención primaria del cáncer de cérvix en menores de 25: vacuna VPH

Como estrategia de prevención primaria del cáncer de cuello de útero para mujeres menores de 25 años, la recomendación más actual es:

1. Realizar prueba de VPH (Virus del Papiloma Humano).
2. Realizar colposcopia.
3. Administrar vacuna de VPH.
4. Hacer genotipado parcial de VPH.

Prevención secundaria del cáncer de cérvix: citología (25-65 años)

La medida de prevención secundaria más efectiva para el cáncer de cérvix es:

1. Uso del preservativo en las relaciones sexuales.
2. Vacunación del Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres, antes de iniciar las relaciones sexuales.
3. Citología de Papanicolaou.
4. Serología del VPH y la prueba de Papanicolaou anuales.
5. Todas se consideran medidas efectivas en la prevención secundaria.

Prevención secundaria del cáncer de cérvix: citología (25-65 años)

La medida de prevención secundaria recomendada para la prevención del cáncer de cuello uterino es:

1. Vacuna contra el VPH.
2. Promover el uso del preservativo.
3. Tratamiento sustitutivo de estrógenos y progesterona en mujeres postmenopáusicas.
4. Realización de citología cervical a mujeres entre 25 y 65 años
5. Todas son recomendaciones de prevención secundaria.

Cribado del SNS (cartera común)	Orden SCB/480/2019 (vigente 2019-2025)	Orden SND/454/2025 (vigente)
Población	Mujeres de 25 a 65 años ^{F15}	Mujeres de 25 a 65 años ^{F14}
25 años hasta...	25-34 años: citología cada 3 años ^{F15}	25-29 años: citología cada 3 años; en vacunadas con protección adecuada, citología o inicio del cribado a los 30 ^{F14}
Prueba de VPH	35-65 años: VPH de alto riesgo; si es negativo, repetir a los 5 años ^{F15}	30-65 años: VPH de alto riesgo, estén vacunadas o no; si es negativo, repetir a los 5 años ^{F14}
VPH positivo	Triaje con citología ; si es negativa, repetir el VPH al año ^{F15}	Triaje adecuado para estratificar el riesgo; si se descarta alto riesgo, repetir el VPH al año ^{F14}

El cribado empieza a los **25 años con independencia de la edad de inicio de las relaciones sexuales** u otros factores de riesgo; las mujeres que **nunca** han tenido relaciones sexuales quedan excluidas temporalmente ^{F17}. **Termina a los 65 años** si ha sido adecuado y negativo durante los **10 últimos años** y no hay lesión de alto grado en los últimos 25 años ^{F17}. El consenso del Ministerio de 2023 propuso **adelantar la prueba de VPH de los 35 a los 30 años** ^{F16}, y la Orden SND/454/2025 lo llevó a la cartera común; las comunidades tienen hasta tres años para implantarlo ^{F14}. La guía AEPCC 2025 coincide: de 25 a 29 años citología cada 3 años, desde los 30 prueba de VPH cada 5 años, final a los 65 ^{F29}.

Mujer de 33 años: citología (2019) o VPH (2025)

En **EIR2023-035** (mujer de 33 años) la respuesta oficial es **citología cada tres años**: era el criterio de la cartera común de entonces (Orden SCB/480/2019), que reservaba la prueba de VPH a las mujeres de **35 a 65 años** ^{F15}. Desde la **Orden SND/454/2025** la prueba de VPH se hace **desde los 30 años**, así que hoy a una mujer de 33 años le correspondería la **determinación de VPH de alto riesgo**, repetida a los 5 años si es negativa ^{F14}. Las opciones que pedían repetir a los 6 meses o triar con citología y repetir al año no encajan con la edad según la norma de 2019.

Citología de 25 a 65 años: el criterio antiguo

En **EIR2015-136** la respuesta (reconstruida por un tercero) es la **citología cervical a mujeres de 25 a 65 años**, y en **EIR2013-120** la **citología de Papanicolaou** (respuesta reconstruida por un tercero) como medida de prevención secundaria más efectiva: antes de 2019 el cribado era oportunista y citológico, de 25 a 65 años, cada 3-5 años ^{F17}. Hoy la citología solo se usa como prueba primaria de 25 a 29 (hasta 34 con la norma de 2019) y a partir de los 30 la prueba primaria es la **detección de VPH** ^{F14,F15}. La vacuna y el preservativo siguen siendo prevención primaria ^{F17,F20}.

EIR 2023 · 35

P13 · respuesta en el solucionario

Cribado de cáncer de cérvix en mujeres de 25-34 años: citología cada 3 años

Una mujer de 33 años, acude a la consulta de enfermería en el Centro de Salud solicitando la determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). Según lo establecido en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, ¿cuál sería la actuación correcta?:

1. Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). Si VPH-AR es negativo, repetir prueba VPH-AR a los cinco años.
2. Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR a los 6 meses.
3. Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR al año.
4. Citología cada tres años.

EIR 2025 · 167

P5 · respuesta en el solucionario

Cribado de cáncer de cérvix en mujeres de 25-34 años: citología cada 3 años

Según el Documento de consenso sobre la modificación del Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix del Ministerio de Sanidad, ¿cuál de los siguientes casos sería correcto?:

1. Una mujer de 60 años que ha seguido el programa de cribado adecuadamente habrá finalizado el cribado.
2. En una mujer de 29 años el cribado debe realizarse con una prueba de detección del virus del papiloma humano.
3. En una mujer de 26 años la prueba de elección para el cribado es la citología cervical.
4. Una mujer de 23 años debe incluirse en el programa cribado si hace más de 5 años que comenzó con relaciones sexuales coitales.

Toma de la **citología convencional** según un procedimiento de enfermería del Servicio Riojano de Salud (versión de 2019, con revisión prevista en 2022): dos o tres tomas, del **fondo de saco vaginal posterior** y del **exocérnix** (orificio cervical externo) con la **espátula de Ayre**, y del **endocérnix** (interior del canal cervical) con el **cepillo**; se extienden en el cristal y se fijan con spray a 20-30 cm ^{F25}. La guía AEPCC 2025 prefiere ya la **citología en medio líquido** ^{F29}. Antes de la prueba hay que evitar lavados vaginales, medicamentos y

espermicidas vaginales durante dos días ^{F26}, y las relaciones sexuales entre 24 y 48 horas antes, según la fuente ^{F27,F28}.

EIR 2015 · 161

P34 · respuesta en el solucionario

Test de Papanicolau: zonas de toma de muestra

En el test de Papanicolau, las muestras citológicas se deben recoger de:

1. La vulva, el cérvix y el interior de la cavidad uterina.
2. Las paredes vaginales y el fondo uterino.
3. El interior del cérvix, el orificio cervical externo y el saco vaginal posterior.
4. El introito vaginal y el exocérnix.
5. El endocervix y los sacos vaginales laterales.

8. Cáncer de endometrio y patología de la mama

El cáncer de **cuerpo uterino** (endometrio) es el ginecológico más frecuente en España: 7.759 casos estimados en 2026 ^{F24}. Sus factores de riesgo son la **exposición a estrógenos sin oposición** de progesterona: hiperplasia endometrial, **nuliparidad, menarquia precoz y menopausia tardía**, síndrome de ovario poliquístico, estrógenos posmenopáusicos, **obesidad** y aumento de peso en la edad adulta, **tamoxifeno** más de 2 años y síndrome de Lynch ^{F31}. La **diabetes** se asocia a más riesgo, en gran parte por la obesidad, y el síndrome metabólico (incluida la presión arterial alta como componente) también ^{F31}.

Son **protectores: haber tenido hijos** (35 % menos riesgo que las nulíparas), los anticonceptivos combinados al menos un año y el ejercicio ^{F31}; el riesgo baja con cada embarazo a término adicional, por lo que **la multiparidad no es factor de riesgo, sino protector** ^{F32}.

EIR 2016 · 147

P30 · respuesta en el solucionario

Cáncer de endometrio: la multiparidad no es factor de riesgo

¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo para el cáncer de endometrio?:

1. Obesidad.
2. Multiparidad.
3. Menopausia tardía.
4. Menarquia precoz.

EIR 2019 · 234

P20 · respuesta en el solucionario

Cáncer de endometrio: la multiparidad no es factor de riesgo

¿Cuál de los siguientes factores de riesgo NO se relaciona con el cáncer de endometrio?:

1. Diabetes Mellitus.
2. Obesidad.
3. Multiparidad.
4. Hipertensión arterial.

El **sangrado vaginal es el signo de presentación en más del 90 %** de las posmenopáusicas con carcinoma de endometrio, y todo **sangrado posmenopáusico** exige una evaluación rápida ^{F34}. El NCI enumera como síntomas el sangrado no relacionado con la regla y el **sangrado después de la menopausia** ^{F35}. En abril de 2026 el ACOG publicó una actualización de su Committee Opinion 734 de 2018: define el sangrado posmenopáusico como el que se supone de origen uterino **12 meses o más después de la última regla**, señala que lo presentan aproximadamente el 90 % de las pacientes con cáncer de endometrio y recomienda **combinar ecografía transvaginal y toma de muestra endometrial** en la evaluación inicial de la mayoría de las pacientes; revisa así la recomendación previa que admitía la ecografía sin biopsia cuando el endometrio medía **4 mm o menos** ^{F82}.

Sangrado posmenopáusico: sospecha de cáncer de endometrio

Cuando acude a la consulta una mujer que por edad hace tres años que no tiene la menstruación y que refiere presentarla en el momento actual, ¿qué se debe sospechar?:

1. Un trastorno hormonal sin interés que no hay que estudiar.
2. Un trastorno hormonal normal hasta que lleve cinco años sin menstruación.
3. Un trastorno hormonal leve que requiere la petición de una analítica hormonal.
4. Un cáncer de cuello de útero que requiere estudio.
5. Un cáncer de endometrio que requiere estudio.

Cáncer de mama: aumenta el riesgo	Cáncer de mama: disminuye el riesgo
Sexo femenino y edad (los principales) ^{F36} ; menarquia precoz (antes de los 11 años, un 20 % más de riesgo que con la menarquia a los 14 años o después) y menopausia tardía ^{F36} ; nuliparidad y primer parto después de los 30 ^{F36,F32} ; terapia hormonal de la menopausia ^{F36} ; antecedentes familiares y BRCA1 ^{F36} ; mamas densas, alcohol y obesidad posmenopáusica ^{F36} ; anticonceptivos orales mientras se toman (un 24 % más, que baja al dejarlos y ya no se aprecia a los 10 años) ^{F33}	Lactancia materna : el riesgo baja un 4,3 % por cada 12 meses de lactancia, además de un 7 % por cada parto ^{F36} ; la lactancia prolongada (al menos un año) se asocia a menos riesgo ^{F32} ; primer embarazo a término antes de los 20 años ^{F36} ; actividad física ^{F36}

La relación con la edad de la menarquia es continua: en el metaanálisis del Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (117 estudios epidemiológicos), el riesgo de cáncer de mama **aumentó por cada año que se adelantaba la menarquia** (un factor de 1,050 por año) y, de forma independiente y algo menor, por cada año que se retrasaba la menopausia (1,029 por año) ^{F81}. En palabras del estudio, cuanto más jóvenes eran las mujeres en la menarquia, **mayor era su riesgo posterior** de cáncer de mama: lo que suma riesgo es la menarquia **precoz** ^{F81,F36}.

Factores de riesgo de cáncer de mama: menarquia tardía no lo es

Indique cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de cáncer de mama:

1. Edad.
2. Primer embarazo después de los 30 años.
3. Menarquia después de los 12 años.
4. Menopausia tardía.

Lactancia materna prolongada: factor protector del cáncer de mama

De las siguientes opciones, ¿cuál es considerada un factor protector frente al cáncer de mama?:

1. Lactancia materna prolongada.
2. Uso de anticoncepción hormonal.
3. Nuliparidad o primera gestación tardía.
4. Menarquía temprana y menopausia tardía.

Signos de alarma: **bulto o engrosamiento, a menudo indoloro**, cambios de tamaño o forma, **hoyuelos**, enrojecimiento u otros cambios de la piel, **cambios del pezón o la areola** y secreción anómala o **sanguinolenta** ^{F37}. El NCI incluye expresamente el **pezón invertido (hundido hacia dentro)**, y pide revisar siempre los bultos sin esperar a la próxima mamografía ^{F38}. El dolor mamario (**mastalgia o mastodinia**) no es un síntoma común de cáncer ^{F46}.

Retracción del pezón como signo sospechoso de malignidad mamaria

¿Cuál de las siguientes manifestaciones es sospechosa de malignidad en la mama?:

1. Múltiples nódulos.
2. Nódulo móvil.
3. Sensibilidad a la palpación.
4. Retracción del pezón
5. Todos son correctos.

El **carcinoma ductal infiltrante** es el tipo histológico **más frecuente** (70-80 %) ^{F40}. La **enfermedad de Paget de la mama** (también conocida como **enfermedad de Paget del pezón**) es un cáncer poco común que afecta a la **piel del pezón** y, por lo general, a la areola; las células de Paget se encuentran en la epidermis de la piel del pezón y de la areola, y el diagnóstico se hace con una **biopsia del pezón** ^{F39}; la mayoría tiene además uno o más tumores (carcinoma ductal in situ o invasor) en la misma mama ^{F39}. En la **mastectomía total (simple)** se extirpa toda la mama y quizá algunos ganglios; en la **radical modificada**, toda la mama y la **mayoría de los ganglios axilares** ^{F41}. Cuando el cáncer se disemina al **hueso** se usan bisfosfonatos o denosumab, y en la enfermedad metastásica se emplea **terapia hormonal** (tamoxifeno, inhibidores de la aromatasa) ^{F41}.

Enfermedad de Paget de la mama: localización en el pezón

¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con el cáncer de mama es correcta?:

1. El carcinoma ductal infiltrativo es el tipo histológico menos frecuente (alrededor de un 5-10%)
2. Si el tumor se localiza en el pezón se le denomina enfermedad de Paget.
3. La mastectomía total implica la escisión de la mama, el complejo areola-pezón y la disección ganglionar linfática axilar.
4. No produce metástasis en el tejido óseo.
5. Cuando existe metástasis está contraindicada la terapia hormonal.

BI-RADS (ACR)	Significado y conducta ^{F42}
0	Incompleta: hacen falta más pruebas de imagen o estudios previos ^{F42}
1	Negativa ^{F42}
2	Hallazgo benigno ^{F42}
3	Probablemente benigno (malignidad $\leq 2\%$): control a corto plazo, a los 6 meses ^{F42}
4 (A, B, C)	Sospechoso: malignidad $>2\%$ y $<95\%$ ^{F42}
5	Muy sugestivo de malignidad ($\geq 95\%$) ^{F42}
6	Malignidad comprobada por biopsia ^{F42}

BI-RADS 3: hallazgo probablemente benigno

Según la clasificación BIRADS, que busca estandarizar la clasificación de las lesiones radiológicas mamarias, la categoría 3 corresponde a:

1. Hallazgo sospechoso de malignidad.
2. Hallazgo probablemente benigno.
3. Mamografía normal.
4. Se requieren nuevas pruebas, datos no concluyentes.

Patología benigna de la mama	Qué es
Enfermedad de Mondor	Tromboflebitis superficial de las venas de la pared torácica anterior o lateral: cordón firme, rojo y doloroso; se resuelve sola en semanas ^{F43}
Politelia	Solo pezón supernumerario (clase VI de Kajava), a lo largo de la línea mamaria ^{F44}

Patología benigna de la mama	Qué es
Polimastia	Mamas supernumerarias: tejido mamario accesorio además del normal F44
Secreción por el pezón (telorrea)	Cualquier líquido que sale del pezón; es anormal si tiene sangre, sale de un solo pezón o sale sin tocarlo F45
Mastalgia / mastodinia	Dolor o molestia mamaria F46
Esteatonecrosis (necrosis grasa)	Bultos redondos y firmes, casi siempre indoloros, tras traumatismo, cirugía o radioterapia F38
Ectasia ductal	Dilatación de los conductos galactóforos centrales con inflamación crónica y fibrosis F48
Mamas fibroquísticas	Mamas dolorosas y con bultos; no cambian el riesgo de cáncer, salvo un pequeño aumento si hay antecedentes familiares F47

EIR 2026 · 89

P4 · respuesta en el solucionario

Enfermedad de Mondor: tromboflebitis de venas torácicas superficiales

¿Qué patología benigna se presenta con un cordón palpable en la mama debido a tromboflebitis de las venas subcutáneas torácicas?:

1. Enfermedad de Mondor.
2. Esteatonecrosis.
3. Ectasia ductal.
4. Mastopatía fibroquística.

EIR 2026 · 205

P47 · respuesta en el solucionario

Politelia: pezones supernumerarios

¿Cómo se denomina la presencia de pezones supernumerarios situados por debajo de la mama?:

1. Mastodinia.
2. Telorrea.
3. Polimastia.
4. Politelia.

El cribado poblacional de la cartera común es la **mamografía cada 2 años de los 50 a los 69 años** **F49**. En mayo de 2026 la Comisión de Salud Pública aprobó ampliarlo a **45-74 años**, con plazo de tres años para empezar **F50**.

9. Esterilidad, infertilidad y seminograma

La terminología española clásica distingue dos cosas: **esterilidad** es tener problemas **para concebir**, e **infertilidad**, para **llevar a término un embarazo**; entre el 15 y el 20 % de las parejas se encuentran con uno de los dos problemas ^{F75}. La SEGO define la esterilidad como la incapacidad para concebir tras **uno o dos años** de relaciones sin protección (1 año según la SEF y la SEGO; 2 según la OMS clásica), y en mujeres de más de 35 años el plazo puede limitarse a 6 meses ^{F76}.

Esterilidad e infertilidad: España frente a la OMS

En **EIR2026-090** la respuesta oficial es la definición española: **esterilidad = incapacidad de concebir**; **infertilidad = incapacidad de llevar el embarazo a término** ^{F75}. La terminología internacional es otra: la OMS llama **infertilidad** a no lograr un embarazo tras **12 meses o más** de relaciones regulares sin protección ^{F73}, y el glosario internacional de 2017 define la esterilidad como un **estado permanente de infertilidad** ^{F74}.

EIR 2026 · 90

P3 · respuesta en el solucionario

Diferencia entre esterilidad e infertilidad

¿Cuál es la diferencia entre esterilidad e infertilidad?:

1. La infertilidad es un término general, mientras que la esterilidad se refiere específicamente a causas femeninas.
2. Son términos sinónimos que se utilizan para describir cualquier problema para tener hijos.
3. La esterilidad es la incapacidad de concebir, mientras que la infertilidad es la incapacidad de llevar un embarazo a término.
4. La esterilidad se diagnostica tras 6 meses sin concebir y la infertilidad tras 12 meses.

El manual de la OMS para el examen del semen da como límite inferior de referencia de **formas normales** un **4 %** (5.ª edición de 2010 y 6.ª de 2021) ^{F77,F78}. Esos límites no separan a los hombres fértiles de los infértiles ^{F78}. La nomenclatura de la 5.ª edición ^{F77}:

Término	Definición OMS ^{F77}
Teratozoospermia	Porcentaje de espermatozoides morfológicamente normales por debajo del límite (menos del 4 %) ^{F77}
Astenozoospermia	Porcentaje de espermatozoides con movilidad progresiva por debajo del límite: poca movilidad ^{F77}
Oligozoospermia	Número total (o concentración) de espermatozoides por debajo del límite ^{F77}
Azoospermia	Ningún espermatozoide en el eyaculado ^{F77}
Necrozoospermia	Bajo porcentaje de vivos y alto de inmóviles ^{F77}
Aspermia	Sin semen (sin eyaculación o eyaculación retrógrada) ^{F77}

Teratozoospermia: <4 % de formas normales (OMS)

La teratozoospermia hace referencia a la mala morfología de los espermatozoides en el semen eyaculado. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, ¿con qué porcentaje se asocia esta alteración espermática?:

1. Menos del 85 % de espermatozoides con formas normales.
2. Menos del 48% de espermatozoides con formas normales.
3. Menos del 15% de espermatozoides con formas normales.
4. Menos del 4% de espermatozoides con formas normales.

Astenozoospermia: baja movilidad espermática

Juan López se está realizando un estudio de fertilidad y acude a su enfermera para solicitarle información sobre el significado de la Astenozoospermia. Esta alteración consiste en:

1. Bajo volumen de eyaculado.
2. Baja concentración de espermatozoides.
3. Baja proporción de formas normales de espermatozoides.
4. Poca movilidad de espermatozoides.
5. Ausencia absoluta de movilidad de los espermatozoides.

Raíces del seminograma

Asteno = débil (movilidad). **Terato** = monstruo (forma). **Oligo** = poco (número). **A-** = ninguno. «-spermia» se refiere al eyaculado y «-zoospermia» a los espermatozoides.

Todas las preguntas del tema (46)

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

EIR 2026 · 97

P1 · respuesta en el solucionario

De las siguientes opciones, ¿cuál es considerada un factor protector frente al cáncer de mama?:

1. Lactancia materna prolongada.
2. Uso de anticoncepción hormonal.
3. Nuliparidad o primera gestación tardía.
4. Menarquía temprana y menopausia tardía.

EIR 2026 · 91

P2 · respuesta en el solucionario

Mujer de 21 años, con amenorrea primaria es diagnosticada de Síndrome de Turner. ¿Qué cariotipo presenta?:

1. 45 X.
2. 46 XX.
3. 47 XXX.
4. 47 XXY.

EIR 2026 · 90

P3 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es la diferencia entre esterilidad e infertilidad?:

1. La infertilidad es un término general, mientras que la esterilidad se refiere específicamente a causas femeninas.
2. Son términos sinónimos que se utilizan para describir cualquier problema para tener hijos.
3. La esterilidad es la incapacidad de concebir, mientras que la infertilidad es la incapacidad de llevar un embarazo a término.
4. La esterilidad se diagnostica tras 6 meses sin concebir y la infertilidad tras 12 meses.

EIR 2026 · 89

P4 · respuesta en el solucionario

¿Qué patología benigna se presenta con un cordón palpable en la mama debido a tromboflebitis de las venas subcutáneas torácicas?:

1. Enfermedad de Mondor.
2. Esteatonecrósis.
3. Ectasia ductal.
4. Mastopatía fibroquística.

Según el Documento de consenso sobre la modificación del Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix del Ministerio de Sanidad, ¿cuál de los siguientes casos sería correcto?:

1. Una mujer de 60 años que ha seguido el programa de cribado adecuadamente habrá finalizado el cribado.
2. En una mujer de 29 años el cribado debe realizarse con una prueba de detección del virus del papiloma humano.
3. En una mujer de 26 años la prueba de elección para el cribado es la citología cervical.
4. Una mujer de 23 años debe incluirse en el programa de cribado si hace más de 5 años que comenzó con relaciones sexuales coitales.

Según la clasificación BIRADS, que busca estandarizar la clasificación de las lesiones radiológicas mamarias, la categoría 3 corresponde a:

1. Hallazgo sospechoso de malignidad.
2. Hallazgo probablemente benigno.
3. Mamografía normal.
4. Se requieren nuevas pruebas, datos no concluyentes.

Durante el ciclo menstrual femenino, la fase en que se observa una elevación rápida de la producción de progesterona corresponde a:

1. Fase folicular.
2. Fase menstrual o menstruación.
3. Fase proliferativa.
4. Fase lútea.

¿Cuál de las siguientes características del ovario es correcta?:

1. Es una glándula endocrina que produce las hormonas folículo-estimulante (FSH) y luteinizante (LH).
2. Dentro de las estructuras de suspensión ovárica se encuentra el ligamento ancho.
3. En la capa cortical se encuentran los vasos sanguíneos y linfáticos.
4. La médula ovárica contiene los folículos.

Señale cuál de los siguientes es un factor protector relacionado con los miomas uterinos:

1. Menarquia precoz.
2. Mujeres de raza negra.
3. Nuliparidad.
4. Tabaquismo.

De las siguientes hormonas, señale el andrógeno producido por el ovario:

1. Estrona.
2. Estradiol.
3. Androstenediona.
4. Pregnenolona.

Cuál de las siguientes se considera una recomendación fuerte para el tratamiento de los síntomas vasomotores asociados a la menopausia, según la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad de España:

1. La práctica de yoga se ha mostrado significativamente superior a la actividad física para la reducción de síntomas vasomotores.
2. Evitar bebidas calientes, alcohólicas y ambientes calurosos, disminuye claramente la frecuencia y/o intensidad de los sofocos.
3. En mujeres que conservan el útero no se recomienda añadir gestágenos al tratamiento con estrógenos.
4. No se recomienda el tratamiento hormonal en mujeres con síntomas vasomotores leves.

Señale la respuesta correcta con relación al ciclo ovárico:

1. Los niveles de progesterona son altos en la fase folicular.
2. Los niveles de FSH y LH descienden durante la fase de funcionamiento del cuerpo lúteo.
3. Tras la ovulación, se produce un pico de FSH.
4. Durante la ovulación se presentan niveles bajos de FSH y LH, y concentraciones altas de estrógenos y progesterona.

Una mujer de 33 años, acude a la consulta de enfermería en el Centro de Salud solicitando la determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). Según lo establecido en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, ¿cuál sería la actuación correcta?:

1. Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). Si VPH-AR es negativo, repetir prueba VPH-AR a los cinco años.
2. Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR a los 6 meses.
3. Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR al año.
4. Citología cada tres años.

De los siguientes agentes infecciosos que generan una vaginosis, señale el que NO se considera una Infección de Transmisión Sexual (ITS):

1. Chlamydia trachomatis.
2. Virus del herpes simple tipo 2.
3. Gardnerella vaginalis.
4. Trichomonas vaginalis.

Señale cuál de las siguientes escalas climatéricas es una escala validada para la población española, según la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

1. Escala de REEDA.
2. Índice de Kupperman.
3. Escala Cervantes.
4. Escala Braden.

Señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación a la endometriosis en las mujeres que padecen esta enfermedad:

1. La infertilidad puede alcanzar al 30-40% de las mujeres con endometriosis.
2. Puede catalogarse como una enfermedad crónica e invalidante para algunas pacientes, especialmente para el subgrupo de mujeres con endometriosis más grave denominada endometriosis profunda.
3. Las mujeres con dolor pélvico crónico sin endometriosis tienen una menor frecuencia de trastornos psicológicos que las mujeres con endometriosis.
4. En general los síntomas son menos intensos durante el periodo menstrual y suelen empeorar con la menopausia.

En relación con la endometriosis, indica cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

1. El método diagnóstico es la laparoscopia, que permite la inspección visual de la pelvis.
2. En general los síntomas son más intensos durante la menstruación.
3. Los síntomas más comunes son dismenorrea, dispareunia, infertilidad y dolor pélvico crónico.
4. Es un proceso agudo y puntual.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de los síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia, ¿qué edad se corresponde con el término de menopausia precoz?:

1. Entre los 45 y 47 años.
2. Entre los 42 y 44 años.
3. Antes de los 40 años.
4. Antes de los 39 años.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, algunos de los siguientes factores se relacionan con la edad de aparición de la menopausia, EXCEPTO:

1. Menarquia temprana.
2. Alto índice de masa corporal.
3. Consumo de tabaco.
4. Edad de la menopausia en la madre y hermanas.

¿Cuál de los siguientes factores de riesgo NO se relaciona con el cáncer de endometrio?:

1. Diabetes Mellitus.
2. Obesidad.
3. Multiparidad.
4. Hipertensión arterial.

Las hormonas sexuales esteroideas tienen un papel fundamental en el ciclo genital femenino. ¿Cuál de los siguientes efectos corresponde a los estrógenos?:

1. Aumenta la fragilidad capilar.
2. Tienen el efecto protector sobre el tejido óseo ya que estimulan la acción de los osteoblastos.
3. Tienen un efecto termógeno, suben la temperatura basal del cuerpo en unos 0.5°C.
4. Estimulan las secreciones en el endometrio.

Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la perimenopausia y postmenopausia:

1. Pueden aparecer síntomas que pueden causar malestar y empeorar la calidad de vida de las mujeres entre los que se encuentran los síntomas vasomotores y la atrofia vaginal.
2. La menopausia es una condición que se alcanza cuando han pasado más de 12 meses de la última regla.
3. En este periodo todavía existe riesgo de embarazo que es posible la ovulación espontánea ocasional.
4. En caso de tratamiento hormonal se recomienda iniciar el tratamiento con dosis altas y disminuirlas progresivamente hasta la remisión o mejora importante de la sintomatología.

Las consecuencias fisiopatológicas del climaterio son las siguientes EXCEPTO:

1. Sequedad vaginal.
2. Osteoporosis.
3. Irregularidad menstrual.
4. Mayor frecuencia de cardiopatías.

¿Cuál es la respuesta correcta respecto al cáncer de cérvix?:

1. El diagnóstico se realiza mediante serología.
2. El tratamiento se lleva a cabo con medidas farmacológicas.
3. El principal agente causal es el Virus del Papiloma Humano.
4. Es el primer cáncer más frecuente en España.

En la patología del suelo pélvico ¿cuál es el grado que corresponde a la situación en la que el punto más declive está a la altura del introito?:

1. Grado 1.
2. Grado 2.
3. Grado 3.
4. Grado 4.

Los miomas del cuerpo uterino que se mantienen en el espesor del miometrio, se denominan:

1. Intramurales.
2. Subserosos.
3. Submurales.
4. Submucosos.

¿Cómo se define el sangrado uterino irregular o continuo y de intensidad variable que no tiene relación con el ciclo menstrual?:

1. Amenorrea.
2. Menorragia.
3. Dismenorrea.
4. Metrorragia.

¿Cuál de los siguientes microorganismos está implicado con mayor frecuencia en la Enfermedad Inflamatoria Pélvica?:

1. *Cándida albicans*.
2. *Treponema pallidum*.
3. *Chlamydia trachomatis*.
4. *Trichomona vaginalis*.

A nivel hormonal, el climaterio se caracteriza por:

1. Disminución de las gonadotropinas y aumento de los estrógenos.
2. Aumento de las gonadotropinas y disminución de los estrógenos.
3. Disminución de las gonadotropinas y de los estrógenos.
4. Aumento de las gonadotropinas y de los estrógenos.

¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo para el cáncer de endometrio?:

1. Obesidad.
2. Multiparidad.
3. Menopausia tardía.
4. Menarquia precoz.

El periodo de tiempo que transcurre de dos a seis años antes de la menopausia y de dos a seis años después de ésta se denomina:

1. Perimenopausia.
2. Climaterio.
3. Postmenopausia.
4. Premenopausia.

Indique cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de cáncer de mama:

1. Edad.
2. Primer embarazo después de los 30 años.
3. Menarquia después de los 12 años.
4. Menopausia tardía.

La menopausia se diagnostica por:

1. La presencia de ciclos más frecuentes y abundantes de lo que corresponde al patrón propio de cada mujer.
2. La ausencia de menstruación en doce meses consecutivos.
3. Los síntomas derivados de la privación estrogénica, como el insomnio, los sofocos o la sequedad de piel y mucosas.
4. El espaciamiento de las reglas, que se hacen cada vez más infrecuentes.
5. Analíticas hormonales, densitometría, mamografía y citología.

En el test de Papanicolau, las muestras citológicas se deben recoger de:

1. La vulva, el cérvix y el interior de la cavidad uterina.
2. Las paredes vaginales y el fondo uterino.
3. El interior del cérvix, el orificio cervical externo y el saco vaginal posterior.
4. El introito vaginal y el exocervix.
5. El endocervix y los sacos vaginales laterales.

¿Qué cuidados se deben planificar cuando la mujer alcanza la menopausia?

1. Ninguno, la menopausia es un periodo normal del ciclo reproductivo de la mujer.
2. Ninguno, pero hay que remitirla a ginecología para que empiece cuanto antes el tratamiento hormonal sustitutivo y no padezca clínica climatérica.
3. Hay que valorar su estado general y planificar cuidados de prevención de la depresión climatérica.
4. Hay que planificar cuidados de prevención de síntomas vasomotores, osteoporosis y obesidad.
5. Hay que planificar un estudio detallado de los niveles hormonales que nos permita determinar la medicación y los cuidados más adecuados a su déficit hormonal.

Cuando acude a la consulta una mujer que por edad hace tres años que no tiene la menstruación y que refiere presentarla en el momento actual, ¿qué se debe sospechar?:

1. Un trastorno hormonal sin interés que no hay que estudiar.
2. Un trastorno hormonal normal hasta que lleve cinco años sin menstruación.
3. Un trastorno hormonal leve que requiere la petición de una analítica hormonal.
4. Un cáncer de cuello de útero que requiere estudio.
5. Un cáncer de endometrio que requiere estudio.

¿Qué se entiende por climaterio?:

1. El cese permanente de la menstruación debido a la edad, que se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin que exista causa patológica.
2. El periodo inmediatamente anterior a la menopausia en el que se inician las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y el primer año siguiente a la menopausia.
3. La época de la vida de la mujer que verifica la transición de la madurez sexual a la senectud.
4. El periodo que comienza a partir de la menopausia y puede prolongarse entre 7 y 10 años, en los que existe posibilidad de síntomas carenciales antes de llegarse al establecimiento de la vejez.
5. El periodo de 1 o 2 años en que la sintomatología relacionada con el cese de la menstruación es más acusada.

Durante el ciclo menstrual de la mujer se producen cambios en la secreción hormonal que afectan tanto al ovario como al endometrio. Con respecto a él, se conocen 4 etapas fundamentales:

1. Proliferativa, de madurez, de regresión y de menstruación.
2. Regenerativa, secretora, de vascularización y de menstruación.
3. Proliferativa, secretora, isquémica premenstrual y de menstruación.
4. Lútea, de maduración, isquémica y de menstruación.
5. De menstruación, secretora, folicular y lútea.

La medida de prevención secundaria más efectiva para el cáncer de cérvix es:

1. Uso del preservativo en las relaciones sexuales.
2. Vacunación del Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres, antes de iniciar las relaciones sexuales.
3. Citología de Papanicolau.
4. Serología del VPH y la prueba de Papanicolau anuales.
5. Todas se consideran medidas efectivas en la prevención secundaria.

Uno de los cambios que experimenta la mujer en el climaterio es:

1. El aumento del tamaño del ovario.
2. La disminución del tamaño del útero.
3. El aumento del endometrio.
4. La aparición de folículos en los ovarios.
5. Todos ellos son cambios asociados al climaterio.

¿Cuál de las siguientes manifestaciones es sospechosa de malignidad en la mama?:

1. Múltiples nódulos.
2. Nódulo móvil.
3. Sensibilidad a la palpación.
4. Retracción del pezón
5. Todos son correctos.

A la Sra. María Moreno le van a practicar una exploración ginecológica y le pide consejo a la enfermera para prepararse adecuadamente. Entre las medidas físicas recomendadas para aumentar la fiabilidad estará que:

1. Elija el periodo premenstrual.
2. Elija el periodo menstrual.
3. Elija el periodo posmenstrual.
4. Acuda con la vejiga llena.
5. No defeque el día de la exploración.

El tipo de intervención quirúrgica destinada a la corrección de un cistocele, se denomina:

1. Laparotomía.
2. Laparoscopia.
3. Colporrafia.
4. Perineorrafia.
5. Histerografía.

Al realizarle la valoración ginecológica a una mujer adulta, ésta le refiere que sangra entre los periodos menstruales. Este dato lo registra como:

1. Menorragia.
2. Metrorragia.
3. Amenorrea.
4. Polimenorrea.
5. Dispareunia.

¿Cuál de las siguientes manifestaciones es el síntoma más frecuente que aparece en las mujeres climatéricas?:

1. Osteoporosis.
2. Neuralgia inespecífica.
3. Cistitis crónica.
4. Sofocaciones.
5. Mareos.

Los papilomavirus producen verrugas cutáneas, pero en la actualidad se sabe que algunos serotipos se asocian a:

1. Neumonía.
2. Endocarditis.
3. Cáncer ginecológico (carcinoma cervical).
4. Meningitis.
5. Hepatitis.

Preguntas que también podrían ser de este tema (15)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 205

P47 · respuesta en el solucionario

¿Cómo se denomina la presencia de pezones supernumerarios situados por debajo de la mama?:

1. Mastodinia.
2. Telorrea.
3. Polimastia.
4. Politelia.

EIR 2025 · 164

P48 · 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 2023 · 182

P49 · respuesta en el solucionario

Como estrategia de prevención primaria del cáncer de cuello de útero para mujeres menores de 25 años, la recomendación más actual es:

1. Realizar prueba de VPH (Virus del Papiloma Humano).
2. Realizar colposcopia.
3. Administrar vacuna de VPH.
4. Hacer genotipado parcial de VPH.

EIR 2021 · 183

P50 · respuesta en el solucionario

La teratozoospermia hace referencia a la mala morfología de los espermatozoides en el semen eyaculado. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, ¿con qué porcentaje se asocia esta alteración espermática?:

1. Menos del 85 % de espermatozoides con formas normales.
2. Menos del 48% de espermatozoides con formas normales.
3. Menos del 15% de espermatozoides con formas normales.
4. Menos del 4% de espermatozoides con formas normales.

Indica cuál es el Virus de Papiloma Humano de alto riesgo más frecuente en las mujeres en nuestro país, según la Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

1. Virus de Papiloma Humano 16.
2. Virus de Papiloma Humano 18.
3. Virus de Papiloma Humano 51.
4. Virus de Papiloma Humano 61.

Usted acude al Centro Cultural de su zona básica de salud para realizar una sesión de Educación para la Salud sobre el climaterio. En relación con el metabolismo del calcio y la prevención de osteoporosis, señale la respuesta correcta:

1. El consumo de cafeína disminuye la fijación del calcio al hueso.
2. Los requisitos de calcio disminuyen durante la menopausia.
3. La masa ósea máxima del adulto se alcanza en torno a los 45 años, coincidiendo con el comienzo de la menopausia en mujeres.
4. La sobrecarga física continua estimula el depósito de calcio por los osteoclastos.

Las anorexias nerviosas suelen ir acompañadas de una amenorrea por desnutrición que puede ser primaria o secundaria y que tiene un origen:

1. Ovárico.
2. Uterino.
3. Hipofisario.
4. Hipotalámico.

¿Qué tipo de organismo patógeno es el causante de la clamidiasis?:

1. Ectoparásito.
2. Hongo.
3. Bacteria.
4. Protozoo.

La medida de prevención secundaria recomendada para la prevención del cáncer de cuello uterino es:

1. Vacuna contra el VPH.
2. Promover el uso del preservativo.
3. Tratamiento sustitutivo de estrógenos y progesterona en mujeres postmenopáusicas.
4. Realización de citología cervical a mujeres entre 25 y 65 años
5. Todas son recomendaciones de prevención secundaria.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con el cáncer de mama es correcta?:

1. El carcinoma ductal infiltrativo es el tipo histológico menos frecuente (alrededor de un 5-10%)
2. Si el tumor se localiza en el pezón se le denomina enfermedad de Paget.
3. La mastectomía total implica la escisión de la mama, el complejo areola-pezón y la disección ganglionar linfática axilar.
4. No produce metástasis en el tejido óseo.
5. Cuando existe metástasis está contraindicada la terapia hormonal.

Señale la respuesta correcta respecto al control hormonal de la reproducción:

1. La hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) de la hipófisis controla la secreción de dos gonadotropinas del lóbulo anterior del hipotálamo.
2. Las gonadotropinas son la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizantes (LH).
3. La FSH actúa principalmente sobre las células endocrinas, estimulando la síntesis de hormonas sexuales.
4. La LH es necesaria, junto con las hormonas sexuales esteroideas, para iniciar y mantener la gametogénesis.
5. Todas las anteriores son correctas.

Si tuviera que dar una respuesta breve a qué produce la menstruación, sería:

1. Aumento de la FSH.
2. Aumento de la LH.
3. La acción combinada de la FSH y LH.
4. Disminución brusca de la secreción de estrógenos y progesterona.
5. Aumento de progesterona y disminución de estrógenos.

Juan López se está realizando un estudio de fertilidad y acude a su enfermera para solicitarle información sobre el significado de la Astenozoospermia. Esta alteración consiste en:

1. Bajo volumen de eyaculado.
2. Baja concentración de espermatozoides.
3. Baja proporción de formas normales de espermatozoides.
4. Poca movilidad de espermatozoides.
5. Ausencia absoluta de movilidad de los espermatozoides.

Debe iniciar a un grupo de mujeres en la realización de los ejercicios de Kegel, ¿cuál de los siguientes grupos NO incluiría en la sesión?:

1. Menopáusicas con relajación de la musculatura pélvica de sostén.
2. Mujeres con prolapso uterino.
3. Mujeres con endocervitis.
4. Mujeres con cistocele.
5. Puérperas.

En un Centro de Salud, una enfermera desarrolla una actividad de educación para la salud con un grupo de mujeres sanas que tienen entre 45 y 50 años, con el fin de proporcionarles información sobre la alimentación en el climaterio. El mensaje básico consistirá en transmitir que la alimentación debe ser:

1. Equilibrada en función de la edad, la talla, el clima y sobre todo de la actividad física.
2. Con una proporción de glúcidos entre el 20 y el 30% del aporte energético total.
3. Con poca vitamina D, para no interferir en el metabolismo fosfo-cálcico.
4. Rica en proteínas, por encima del 15% de la energía total de la dieta.
5. Baja en ácidos grasos poliinsaturados de cadena muy larga.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 97	1	
P2	EIR 2026 · 91	1	
P3	EIR 2026 · 90	3	
P4	EIR 2026 · 89	1	
P5	EIR 2025 · 167	3	
P6	EIR 2025 · 166	2	
P7	EIR 2025 · 165	4	
P8	EIR 2025 · 163	2	
P9	EIR 2024 · 44	4	
P10	EIR 2023 · 205	3	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2023 · 184	4	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2023 · 183	2	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2023 · 35	4	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2022 · 93	3	
P15	EIR 2022 · 91	3	
P16	EIR 2022 · 88	4	
P17	EIR 2021 · 62	4	
P18	EIR 2021 · 58	3	
P19	EIR 2020 · 98	2	
P20	EIR 2019 · 234	3	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2019 · 229	2	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2019 · 227	4	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2018 · 231	4	hoja del archivo oficial
P24	EIR 2017 · 25	3	
P25	EIR 2016 · 234	2	hoja del archivo oficial

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2016 · 162	1	hoja del archivo oficial
P27	EIR 2016 · 156	4	hoja del archivo oficial
P28	EIR 2016 · 153	3	hoja del archivo oficial
P29	EIR 2016 · 150	2	hoja del archivo oficial
P30	EIR 2016 · 147	2	hoja del archivo oficial
P31	EIR 2016 · 144	2	hoja del archivo oficial
P32	EIR 2016 · 143	3	hoja del archivo oficial
P33	EIR 2015 · 205	2	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2015 · 161	3	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2014 · 145	4	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2013 · 135	5	reconstruida por un tercero
P37	EIR 2013 · 134	3	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2013 · 127	3	reconstruida por un tercero
P39	EIR 2013 · 120	3	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2012 · 83	2	reconstruida por un tercero
P41	EIR 2010 · 35	4	reconstruida por un tercero
P42	EIR 2009 · 82	3	reconstruida por un tercero
P43	EIR 2009 · 53	3	reconstruida por un tercero
P44	EIR 2009 · 52	2	reconstruida por un tercero
P45	EIR 2005 · 61	4	reconstruida por un tercero
P46	EIR 2005 · 25	3	reconstruida por un tercero
P47	EIR 2026 · 205	4	
P48	EIR 2025 · 164	2	
P49	EIR 2023 · 182	3	hoja del archivo oficial
P50	EIR 2021 · 183	4	
P51	EIR 2020 · 105	1	

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P52	EIR 2018 · 185	1	hoja del archivo oficial
P53	EIR 2016 · 163	4	hoja del archivo oficial
P54	EIR 2016 · 160	3	hoja del archivo oficial
P55	EIR 2015 · 136	4	reconstruida por un tercero
P56	EIR 2015 · 95	2	reconstruida por un tercero
P57	EIR 2015 · 9	2	reconstruida por un tercero
P58	EIR 2012 · 6	4	reconstruida por un tercero
P59	EIR 2011 · 83	4	
P60	EIR 2010 · 34	3	reconstruida por un tercero
P61	EIR 2009 · 71	1	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Grupo de trabajo de la GPC sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia (versión completa). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; AETSA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. GuíaSalud la marca pendiente de actualización (más de 5 años). · <https://portal.guiasalud.es/gpc/menopausia-postmenopausia/> · consultada 2026-09-26
- **F2** Misma GPC, versión resumida (glosario, algoritmos y anexo 7 de información para pacientes). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; AETSA; 2015. · https://www.aetsa.org/download/publicaciones/AETSA_GPC-Menopausia_VResumida_DEF.pdf · consultada 2026-09-26
- **F3** Organización Mundial de la Salud. Menopause (nota descriptiva). 16-10-2024. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause> · consultada 2026-09-26
- **F4** A review of menopause nomenclature. Reproductive Health, 2022. DOI 10.1186/s12978-022-01336-7 (recoge la definición de climaterio de la IMS/CAMS de 1999 y la recomendación de la OMS de 1996). · <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01336-7> · consultada 2026-09-26
- **F5** Carlson K, Vadakekut ES. Menopause. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 23-03-2026. 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/NBK507826/> · consultada 2026-09-26
- **F6** 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 2026-09-26
- **F7** OpenStax. Anatomy and Physiology 2e, 17.11: Development and Aging of the Endocrine System. Rice University, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/17-11-development-and-aging-of-the-endocrine-system> · consultada 2026-09-26
- **F8** Li J, Wang Y, Tang R, et al. Changes in ultrasound uterine morphology and endometrial thickness during ovarian aging and possible associated factors: findings from a prospective study. Menopause 2020;27(7):794-800. Resumen leído en PubMed. · <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001531> · consultada 2026-09-26
- **F9** El Khoudary SR, et al. Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention. A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2020;142:e506-e532. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (21-03-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912> · consultada 2026-09-26
- **F10** NIH Office of Dietary Supplements. Calcium – Fact Sheet for Health Professionals. Actualizada el 22-06-2026. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (23-09-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium-HealthProfessional/> · consultada 2026-09-26
- **F11** National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS). Kids and Their Bones. Revisado en mayo de 2023. · <https://www.niams.nih.gov/health-topics/kids-and-their-bones> · consultada 2026-09-26
- **F12** OpenStax. Anatomy and Physiology 2e, 6.6: Exercise, Nutrition, Hormones, and Bone Tissue. Rice University, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/6-6-exercise-nutrition->

[hormones-and-bone-tissue](#) · consultada 2026-09-26

- **F13** Postmenopausal Syndrome. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 24-04-2023. 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/NBK560840/> · consultada 2026-09-26
- **F14** Ministerio de Sanidad. Orden SND/454/2025, de 9 de mayo, por la que se modifican los anexos I, II, III y VI del Real Decreto 1030/2006 (cartera común de servicios del SNS). BOE de 13-05-2025. · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2025-9277> · consultada 2026-09-26
- **F15** Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006. BOE de 27-04-2019 (redacción sustituida en 2025). · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-6277> · consultada 2026-09-26
- **F16** Ministerio de Sanidad. Documento de consenso sobre la modificación del Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix. Adaptación de la edad de inicio del cribado primario con prueba VPH y de la del cribado en cohortes vacunadas. Ponencia de Cribado Poblacional, 2023. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/docs/DocumentoconsensomodificacionCervix.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F17** Ministerio de Sanidad. Documento de consenso para el desarrollo e implementación del programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix en el SNS. Grupo de trabajo 2023-2024. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/docs/requisitosRecomendaciones_CribadoCervix.pdf · consultada 2026-09-26
- **F18** Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/PapilomaVPH.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F19** Consejo Interterritorial del SNS. Calendario común de vacunación e inmunización a lo largo de toda la vida. Calendario recomendado año 2026 (aprobado el 12-12-2025). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf · consultada 2026-09-26
- **F20** Organización Mundial de la Salud. Cáncer de cuello uterino (nota descriptiva). 03-07-2026. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer> · consultada 2026-09-26
- **F21** National Cancer Institute (NCI). Causas, factores de riesgo y prevención del cáncer de cuello uterino. Actualizado el 22-09-2023. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/causas-factores-riesgos-prevencion> · consultada 2026-09-26
- **F22** NCI. ¿Cómo se diagnostica el cáncer de cuello uterino? · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/diagnostico> · consultada 2026-09-26
- **F23** NCI. Tratamiento del cáncer de cuello uterino (PDQ), versión para pacientes. Actualizado el 18-04-2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/tratamiento-cuello-uterino-pdq> · consultada 2026-09-26
- **F24** Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y REDECAN. Las cifras del cáncer en España 2026. · https://seom.org/images/Las_Cifras_del_Cancer_en_Espanya_2026.pdf · consultada 2026-09-26
- **F25** Servicio Riojano de Salud, Fundación Hospital Calahorra, Comisión de Cuidados de Enfermería. Procedimiento de Enfermería de Citología cérvico-vaginal, versión 0.3, 2019. · https://fhc-procedimientos-enfermeria-buscador.riojasalud.es/procedimiento/pdf/?id_procedimiento=p111 · consultada 2026-09-26

- **F26** Junta de Extremadura, Dirección General de Salud Pública. Programa de Cribado Poblacional del Cáncer de Cérvix en Extremadura, 17-02-2023 (anexo IV). · <https://saludextremadura.ses.es/areasalud/donbenito/wp-content/uploads/2023/04/Programa-de-cribado-de-cancer-de-cervix-en-Extremadura.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F27** MedlinePlus (National Library of Medicine). Pap Smear (prueba de laboratorio). · <https://medlineplus.gov/lab-tests/pap-smear/> · consultada 2026-09-26
- **F28** MedlinePlus. Pap test. Revisado el 03-02-2025. · <https://medlineplus.gov/ency/article/003911.htm> · consultada 2026-09-26
- **F29** AEPCC, SEGO, SEAP-IAP y SEC. Guía de cribado del cáncer de cuello del útero en España, 2025. · https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2025/10/AEPCC-guia-14_CRIBADO25_web.pdf · consultada 2026-09-26
- **F30** AEPCC-Guía. Prevención secundaria del cáncer de cuello del útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. · <https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2022/11/Guia-Prevencion-cancer-cervix-2022.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F31** NCI. Prevención del cáncer de endometrio (PDQ), versión para profesionales de salud. Actualizado el 05-08-2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/uterino/pro/prevencion-endometrio-pdq> · consultada 2026-09-26
- **F32** NCI. Antecedentes de reproducción y riesgo de cáncer (hoja informativa). Revisada el 09-11-2016. · <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/hormonas/hoja-informativa-antecedentes-reproduccion> · consultada 2026-09-26
- **F33** NCI. Píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer (hoja informativa). Revisada el 22-02-2018. · <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/hormonas/hoja-informativa-pildoras-anticonceptivas> · consultada 2026-09-26
- **F34** American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion n.º 734: The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. Obstet Gynecol 2018;131(5):e124-e129. Resumen leído en PubMed. · <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002631> · consultada 2026-09-26
- **F35** NCI. Síntomas del cáncer de endometrio. Actualizado el 06-04-2022. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/uterino/endometrio/sintomas> · consultada 2026-09-26
- **F36** NCI. Prevención del cáncer de mama (seno) (PDQ), versión para profesionales de salud. Actualizado el 05-08-2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/prevencion-seno-pdq> · consultada 2026-09-26
- **F37** Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama (nota descriptiva). 03-07-2026. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> · consultada 2026-09-26
- **F38** NCI. Significado de los cambios en los senos. Guía para la salud de la mujer. Publicación de los NIH 14-3536S, marzo de 2014. · <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/deteccion/significado-cambios-seno.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F39** NCI. Enfermedad de Paget de la mama (seno) (hoja informativa). Revisada el 10-04-2012. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/hoja-informativa-paget-seno> · consultada 2026-09-26
- **F40** NCI. Tratamiento del cáncer de mama (PDQ), versión para profesionales de salud. Actualizado el 05-08-2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq> · consultada 2026-09-26
- **F41** NCI. Tratamiento del cáncer de mama (PDQ), versión para pacientes. Actualizado el 02-12-2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq> · consultada 2026-09-26

- **F42** Kaplan y Aydemir. How Does ACR BI-RADS v2025 Change the Radiologist's Approach? A Practical Guide Across Mammography, Ultrasound, and MRI: A Narrative Review. *Diagnostics* (Basel) 2026;16(13):2135 (tabla 5; categorías del Atlas BI-RADS del American College of Radiology). · <https://doi.org/10.3390/diagnostics16132135> · consultada 2026-09-26
- **F43** Viana GAP, Okano FM. Superficial thrombophlebitis (Mondor's Disease) after breast augmentation surgery. *Indian J Plast Surg* 2008;41(2):219-221. · <https://doi.org/10.4103/0970-0358.44940> · consultada 2026-09-26
- **F44** Patel PP, et al. Accessory Breast Tissue. *Eplasty* 2012;12:ic5. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3336208/> · consultada 2026-09-26
- **F45** MedlinePlus en español. Secreción del pezón. Revisado el 17-10-2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001515.htm> · consultada 2026-09-26
- **F46** MedlinePlus en español. Dolor mamario. Revisado el 17-10-2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003152.htm> · consultada 2026-09-26
- **F47** MedlinePlus en español. Mamas fibroquísticas. Revisado el 17-10-2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000912.htm> · consultada 2026-09-26
- **F48** Mohammed AA. Mammary duct ectasia in adult females; risk factors for the disease, a case control study. *Ann Med Surg (Lond)* 2021;62:140-144. · <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.01.023> · consultada 2026-09-26
- **F49** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006. BOE de 06-11-2014. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2014-11444> · consultada 2026-09-26
- **F50** Ministerio de Sanidad. Nota de prensa: la Comisión de Salud Pública aprueba ampliar el cribado de cáncer de mama a mujeres de 45 a 74 años. 20-05-2026. · <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6913> · consultada 2026-09-26
- **F51** 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 2026-09-26
- **F52** 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 2026-09-26
- **F53** Thiagarajan DK, Basit H, Jeanmonod R. Physiology, Menstrual Cycle. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 27-09-2024. 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/NBK500020/> · consultada 2026-09-26
- **F54** Estrogen (artículo archivado). StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 09-08-2025. 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/NBK538260/> · consultada 2026-09-26
- **F55** Abnormal Uterine Bleeding. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 21-02-2025. 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/NBK532913/> · consultada 2026-09-26
- **F56** Menorrhagia (artículo archivado). StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 28-08-2023. 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/NBK536910/> · consultada 2026-09-26
- **F57** MedlinePlus. Vaginal bleeding between periods (nombres alternativos: intermenstrual bleeding, metrorrhagia). Revisado el 22-05-2025. · <https://medlineplus.gov/ency/article/003156.htm> · consultada 2026-

- **F58** MedlinePlus. Painful menstrual periods. Revisado el 03-02-2025. · <https://medlineplus.gov/ency/article/003150.htm> · consultada 2026-09-26
- **F59** Amenorrhea (Nursing). StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 25-02-2024. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (08-05-2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568773/> · consultada 2026-09-26
- **F60** Gordon CM, et al. Functional Hypothalamic Amenorrhea: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017;102(5):1413-1439. · <https://doi.org/10.1210/jc.2017-00131> · consultada 2026-09-26
- **F61** MedlinePlus Genetics (National Library of Medicine). Turner syndrome. · <https://medlineplus.gov/genetics/condition/turner-syndrome/> · consultada 2026-09-26
- **F62** Uterine Leiomyomata. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 04-05-2025. 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/NBK546680/> · consultada 2026-09-26
- **F63** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Informes, Estudios e Investigación 2013. · <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F64** Becker CM, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open 2022;2022(2):hoac009. Texto leído en su copia de PubMed Central (PMC8951218) mediante las E-utilities del NCBI, porque la web de la editorial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009> · consultada 2026-09-26
- **F65** Pelvic Organ Prolapse. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 21-09-2025. 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/NBK563229/> · consultada 2026-09-26
- **F66** Cystocele (artículo archivado). StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 17-10-2022. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (03-04-2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564303/> · consultada 2026-09-26
- **F67** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Bacterial Vaginosis. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/bv.htm> · consultada 2026-09-26
- **F68** CDC. About Bacterial Vaginosis. Revisado el 11-12-2023. · <https://www.cdc.gov/bacterial-vaginosis/about/index.html> · consultada 2026-09-26
- **F69** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Chlamydial Infections. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/chlamydia.htm> · consultada 2026-09-26
- **F70** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Pelvic Inflammatory Disease. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/pid.htm> · consultada 2026-09-26
- **F71** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Trichomoniasis. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/trichomoniasis.htm> · consultada 2026-09-26
- **F72** CDC. About Genital Herpes. Revisado el 20-02-2024. · <https://www.cdc.gov/herpes/about/index.html> · consultada 2026-09-26
- **F73** Organización Mundial de la Salud. Infertility (nota descriptiva). 28-11-2025. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> · consultada 2026-09-26

- **F74** Zegers-Hochschild F, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Hum Reprod 2017;32(9):1786-1801. · <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234> · consultada 2026-09-26
- **F75** Sociedad Española de Fertilidad (SEF). La reproducción humana (documento del grupo de enfermería), versión 1, 01-01-2023. · https://www.sefertilidad.net/documentos/UnkyOKf-4vHF5ExfNdO6M_mtLz85lXEWbOhfeYkvOQE.pdf · consultada 2026-09-26
- **F76** SEGO. Estudio de la pareja con disfunción reproductiva. Guía de Asistencia Práctica. Prog Obstet Ginecol 2017;60(3):267-273. · https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n3/14_Estudio_de_la_pareja_con_disfuncion_reproductiva.pdf · consultada 2026-09-26
- **F77** Organización Mundial de la Salud. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen, 5.ª ed. 2010 (tablas A1.1 y A1.3). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (15-12-2020), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44261/9789241547789_eng.pdf · consultada 2026-09-26
- **F78** Organización Mundial de la Salud. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen, 6.ª ed. 2021 (tabla 8.3). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (16-11-2021), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030787> · consultada 2026-09-26
- **F79** Real Academia Nacional de Medicina de España. Diccionario de términos médicos (edición en línea), entrada «climaterio femenino». · <https://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=54543&cual=0> · consultada 2026-09-28
- **F80** Organización Mundial de la Salud. Alimentación saludable (nota descriptiva). 26-01-2026. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> · consultada 2026-09-28
- **F81** Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. Lancet Oncol 2012;13(11):1141-1151. Texto completo leído en PubMed Central (PMC3488186, licencia CC BY) mediante las E-utilities del NCBI. · [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(12\)70425-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70425-4) · consultada 2026-09-28
- **F82** American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Publishes Updated Guidance on Evaluation of Postmenopausal Bleeding (nota de prensa, 16-04-2026), sobre la Clinical Practice Update «Updated Guidance Regarding the Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Individuals With Postmenopausal Bleeding», Obstet Gynecol 2026;148(1):e87-e91. El texto completo de la revista bloquea la lectura automática; los datos se toman de la nota del propio ACOG. · <https://www.acog.org/news/news-releases/2026/04/acog-publishes-updated-guidance-evaluation-postmenopausal-bleeding> · consultada 2026-09-28
- **F83** Craig ME, Sudanagunta S, Billow M. Anatomy, Abdomen and Pelvis: Broad Ligaments. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 24-07-2023. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de acceso abierto de NCBI (pub/litarch/3d/12/statpearls_NBK430685.tar.gz, article-18628.xml), porque la web de NCBI Bookshelf bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499943/> · consultada 2026-09-28
- **F84** Gibson E, Mahdy H. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Ovary. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 24-07-2023. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de acceso abierto de NCBI (pub/litarch/3d/12/statpearls_NBK430685.tar.gz, article-26459.xml), porque la web de NCBI Bookshelf bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545187/> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Ejercicios de Kegel y endocervicitis (EIR2010-034): no se intercala. Refuerzo del 28-09-2026: la guía NICE NG210 (2021) recomienda ofrecer el entrenamiento del suelo pélvico en la incontinencia de esfuerzo o mixta, plantearlo en el prolapso sintomático que no pasa de 1 cm más allá del himen y fomentarlo en el embarazo y el posparto, y anima a hacerlo a las mujeres «de todas las edades» (1.3.9); no enumera contraindicaciones ni excluye a las mujeres con cervicitis. El artículo de SAMFyC «Puntos clave en los ejercicios Kegel» (Med fam Andal 2018) tampoco. Ninguna fuente válida encontrada dice que no estén indicados en la endocervicitis.
- Cuál de los dos, *Chlamydia trachomatis* o *N. gonorrhoeae*, es hoy el agente más frecuente de la enfermedad inflamatoria pélvica en España. Refuerzo del 28-09-2026: los CDC solo dicen que son los más implicados; la guía europea IUSTI 2017 dice que la importancia relativa de cada patógeno varía entre países y regiones de Europa; el protocolo aragonés publicado por la SEGO (Prog Obstet Ginecol 2020) y el consenso GeSIDA/SEIMC de ITS (2017) los enumeran sin ordenarlos por frecuencia. Falta un dato español.
- La «fase isquémica premenstrual» como fase con nombre propio del ciclo endometrial: OpenStax y StatPearls describen el mecanismo, pero no la nombran. Refuerzo del 28-09-2026: NCBI Bookshelf no tiene ningún texto con «ischemic/ischaemic phase» y menstruación (E-utilities); en la web solo la nombran clínicas de reproducción y blogs, que no valen, y el artículo de EMC (Elsevier) da 403. Buscar en un tratado de fisiología o histología con muestra de la editorial.
- Ampliación del cribado de mama a 45-74 años: aprobada por la Comisión de Salud Pública (mayo de 2026). Refuerzo del 28-09-2026: sin orden publicada en el BOE; el texto consolidado del RD 1030/2006 (última actualización publicada el 31-07-2026) sigue en «entre 50 y 69 años», y la Orden SND/356/2026 de abril no toca el cribado de mama.