Osakidetza



OBSTETRIZIAKO ETA GINEKOLOGIAKO FAKULTATIBO ESPEZIALISTA MEDIKOA

GALDERAK

1. **Adieraz ezazu Tanner-en sailkapenaren zein fasetan dauden areola goratua/sabeldua duten eta Montgomery-ren guruinak dituzten bularrak:**

   a) I. estadioa.
   b) II. estadioa.
   c) III. estadioa.
   d) IV. estadioa:

2. **Ondoko hauetatik zein da baliozkoa esteroidegenesiari dagokionez?**

   a) Gonadotropinek ezin dute zelularen mintza zeharkatu.
   b) Bigarren mezularia estrona da.
   c) Estranoaren deribatuek 21 karbono atomo dituzte.
   d) Estradiolaren % 30ek libreki (finkatu gabe) zirkulatzen du.

3. **Haurdun ez dauden emakumeen progesteronaren metabolismoari dagokionez:**

   a) % 20 androgenoen bihurketa periferikoaren bidez sortzen da.
   b) Progesterona pregnanetrioletik sintetizatzen da.
   c) Pregnanediola gernu-metabolito bat da.
   d) 19-hidroxiprogesterona areagotu egiten da obulazioarekin.

4. **Ondoko gaixotasun genetiko hauetatik, zein izan daiteke G proteinaren sistemaren mutazio espezifikoen ondoriozkoa?**

   a) Gizonezkoaren pseudohermafroditismoa.
   b) McCune-Albright-en sindromea.
   c) Pubertaro goiztiarra haurretan.
   d) Aurreko guztiak.

5. **Adieraz ezazu noiz gertatzen den gonaden diferentziazioa:**

   a) Haurdunaldiko 3.-4. astean.
   b) Haurdunaldiko 6.-9. astean.
   c) Haurdunaldiko 12. astean gutxi gorabehera.
   d) Hirugarren hiruhilekoaren hasieran.

6. **Folikulu primario batetik obulaziora bitarteko progresioaren iraupena, gutxi gorabehera, hau da:**

   a) 14 egun.
   b) 85 egun.
   c) Zenbait hilabete.
   d) Pubertarotik obulaziora bitartean.

7. **Ondoko erantzun hauetatik zein da zuzena genitalen enbrioi-garapenari eta AMHari (Müller-en kontrako hormona) dagokienez?**

   a) Sertoli-ren zelulek ekoizten dute.
   b) Wolff-en sistemaren erregresioa eragiten du.
   c) Müller-en hodien garapena mantentzen du.
   d) Kanpoko genitalak birilizatzen ditu.

8. **Zein da obulazioa gertatu dela adierazten duen endometrioko lehenengo zeinu histologikoa?**

   a) Zitoplasma barneko glukogeno-bakuolo azpinuklearrak agertzea.
   b) Zelulen pseudogeruzapena.
   c) Estroma azidotzea.
   d) Guruinetan glukoproteinen eta proteinen jario aktiboa izatea.

9. **Sortzetiko malformazio hauetako zein da ohikoena?**

   a) Umetoki septatua
   b) Bi adarreko umetokia.
   c) Adar bakarreko umetokia.
   d) Umetoki bikoitza.

10. **Adierazi zein den erantzun zuzena fase folikularreko obulutegi-esteroidegenesiari dagokionez:**

    a) LH hormonak pikor-geruzako zeluletan eragina du.
    b) Estradiola da androgenoak sintetizatzeko substratua.
    c) FSH hormonak androgenoen bihurketa erregulatzen du.
    d) LH hormonak androgenoen bihurketa erregulatzen du.

11. **Adieraz ezazu zer egiturak mugatzen duten Hesselbach-en triangelua:**

    a) Tronparen muturrak, lotailu uterosakroak eta umetokiko toruak.
    b) Hodi epigastrikoek, ondestearen ertzak eta arku kruralak.
    c) Ureterrak, umetoki-arteriak eta umetoki-ertzak.
    d) Pubiseko sinfisiaren goiko ertzak, tuberositate iskiatikoak eta pubisaren sinfisiaren beheko ertzak.

12. Zelula-mota hauetako zein ez da epitelio tubarikoaren parte?

a) Zelula tartekatuak.
b) Zelula jariatzaileak.
c) Zelula ziliodunak.
d) Zelula kortikalak.

13. Adieraz ezazu emakumeen zer egitura sortzen duen gizonezkoen gubernaculum testis egitura sortzen duen enbrioi-egiturak:

a) Lotailu uterosakroa.
b) Obulutegiko lotailu esekitzailea.
c) Lotailu biribila.
d) Epooforoa.

14. Ondoko hauetako zein da zona peluzidoaren funtzio bat?

a) Obozito heldugabeen ernalketa eragoztea.
b) Poliploidia eragoztea.
c) Obozitoa inguruneko noxetatik babestea.
d) Ezarpena erraztea.

15. Blastozitoan, ondoko erantzun hauetatik zein da zuzena barneko zelula-masari dagokionez?

a) Blastozitoaren zelulen erdia da gutxi gorabehera.
b) Ezarpena gertatzen den unean sortzen da.
c) Handik sortuko da enbrioia.
d) Izen hori du zona peluzidoaren barruan dagoelako.

16. Ekografia obstetrikoan, adieraz ezazu noiz hitz egiten den tunelizazioaz:

a) Plazenta bere lotunetik partzialki askatzen denean.
b) Zorro amniotikoa kanal endozerbikaletik irteten denean.
c) Plazenta umetoki-lepoko zulotik hurbil txertatzen denean.
d) Zilbor-hestearen txertatze belamentosoa dagoenean.

17. Ekografia obstetrikoan, S gehieneko fluxu sistolikoa, D amaierako fluxu diastolikoa eta M batez besteko abiadura izanik, adieraz ezazu zer adierazten duen (S–D)/M zatidurak:

a) Erresistentzia-indizea.
b) Difrakzio-indizea.
c) Pultsatilitate-indizea.
d) Inpedantzia.

18. Zein da teknika diagnostikorik onena miomak eta haien kokapena ikusteko?

a) Ekografia.
b) Histeroskopia.
c) OTA.
d) EMNa.

19. Mamografia batean lesio bat hauteman da, zeinak minbizia izateko probabilitate handia baitu (> % 95). BIRADS sailkapenaren arabera, honelakoa izango litzateke:

a) BIRADS 4ª.
b) BIRADS 4B.
c) BIRADS 5.
d) BIRADS 6.

20. Adieraz ezazu zenbat denbora igarotzen den espermatogenesiaren hasieratik espermatozoideak epididimoaren atal kaudalean metatzen direnera bitartean:

a) 7 egunetik 14ra bitartean.
b) 28 egun inguru.
c) 70-80 egun.
d) Pubertarotik eiakulazioa gertatu baino 7 egun lehenagora arte.

21. Lipidoen eta lipoproteinen haurdunaldiko metabolismoari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Guztizko kolesterolaren kantitateak % 50 - % 60 igotzen dira amaieran, haurdunaldiaren aurreko kantitateekin alderatuta.
b) Triglizerido-mailak konstante mantentzen dira.
c) Kolesterola hestean sintetizatzen da nagusiki.
d) HDL-kolesterolaren mailak pixkanaka jaisten dira haurdunaldian.

22. Ondoko hauetatik zein da zuzena umetokiaren eta karenaren arteko fluxuari dagokionez?

a) Umetokiko uzkurdurek murriztu egiten dute umetokiaren eta karenaren arteko fluxua.
b) Maximoa da garai osteko haurdunaldian.
c) Handitu egiten da preeklanpsian.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

23. Ondoko nahasmendu hauetatik, adierazi zein lotzen den amaren gernu-estrogenoak murriztearekin:

a) Giltzurrun gaineko guruinaren sortzetiko hiperplasia.
b) Eritroblastosi fetala.
c) Haurduntza anizkoitza.
d) Fetuaren heriotza.

24. Adieraz ezazu zerekin lotu daitekeen bilo korionikoen arteko tronbo handi bat:

a) Alfafetoproteina-maila altuak amaren odolean.
b) hCG-maila baxuak amaren odolean.
c) hCG-maila altuak amaren odolean.
d) Alfafetoproteina-maila baxuak amaren odolean.

25. Ondoko hauetatik, zein da haurdunaldian amaren pisu-igoeran proportzio handiena duena?

a) Likido amniotikoa.
b) Karena.
c) Haurdunaldiko hiperbolemia.
d) Bularren hipertrofia.

26. Ondoko hauetako zein EZ da haurdunaldi normalaren ezaugarri?

a) Hipogluzemia arina baraurik.
b) Jan osteko hipergluzemia.
c) Hiperintsulinemia.
d) Intsulinarekiko sentikortasun handiagoa.

27. Haurdunaldiko burdinaren metabolismoari dagokionez:

a) Hartzen denaren zatirik handiena hiperbolemiara bideratzen da.
b) Hartzen denaren zatirik handiena fetuarengana bideratzen da.
c) Guztira 10 g inguru hartu behar dira.
d) Eguneroko burdin galerak murriztu egiten dira haurdunaldian.

28. Haurdunaldi normalean, adierazi zer hartzen duten barne arnas aldaketa fisiologikoek:

a) Arnasa hartzeko edukiera murriztea.
b) Arnasa botatzeko erreserba-bolumena handitzea.
c) Hondar-edukiera funtzionala murriztea.
d) Aurreko guztiak barne hartzen dituzte.

29. Adierazi zein den erantzun zuzena hCG-ari (giza gonadotropina korionikoa) eta LH hormonari (hormona luteinizatzailea) dagokienez:

a) Errezeptore beraren bidez jarduten dute.
b) Antzeko erdibizitza dute.
c) Biak antzeko kontzentraziotan ekoizten dira haurdunaldian.
d) Beren forma farmakologikoan, obulazioa eragiteko erabiltzen dira biak.

30. Adieraz ezazu zein den haurdunaldiko lehenengo hiruhilekoan CRL (burugainetik ipurtezurrera bitarteko luzera) neurketaren errore-marjina adin gestazionala zenbatestean:

a) 1 egun.
b) 2-4 egun.
c) 5-7 egun.
d) 1-2 aste.

31. Gaur egun, Espainian egin ohi den baheketa-proba lehenengo hiruhilekoko baheketa konbinatua da, eta honako hauek barne hartzen ditu:

a) Amaren adina.
b) Amaren adina + garondoko transluzentzia.
c) Amaren adina + βhCG + PAPP-a.
d) Amaren adina + garondoko transluzentzia + βhCG + PAPP-a.

32. Haurdun asintomatikoetan garai aurreko erditzea prebenitzeko, ondoko honen baheketa unibertsala egitea gomendatzen da:

a) Baginosi bakterianoa.
b) Mikoplasma genitala.
c) Chlamydia trachomatis.
d) Indikazio honekin ez da baheketa gomendatzen haietako bakar batean ere.

33. Noiz EZ zenuke egingo *B* estreptokokoaren profilaxia?

a) Garaiko erditzea duen eta duela 3 aste egindako kontrolean *B estreptokokoa* hauteman zaion haurdun baten kasuan.
b) Erditzea 35. astean duen eta *B estreptokokoaren* baheketarik ez duen haurdun baten kasuan.
c) Fetua ipurdiz zegoelako aukerako zesarea egin zaion lehenerdi baten kasuan.
d) Garaiko erditzea duen eta lehenengo hiruhilekoan *B estreptokokoak* eragindako bakteriuria izan zuen haurdun baten kasuan.

34. Amaren odoleko DNA libre zirkulatzailearen testa egiteari dagokionez, aukeratu zein den erantzun OKERRA:

a) Emaitza positiboa bada, korioneko biopsiaren edo amniozentesiaren bidez berretsi behar da beti.
b) Garondoko transluzentzia 3,5 mm-koa edo handiagoa bada, proba inbaditzaile bat egitea gomendatu behar da (korioneko biopsia edo amniozentesia).
c) Testak ez badu emaitzarik ematen eta 1. hiruhilekoko ekografian ez bada kromosomopatiekin lotzen den anomaliarik hautematen, testa errepikatu egin daiteke; izan ere, kasuen % 50 - % 60n emaitza bat lortuko da.
d) Egokia da bikien haurduntza guztietan, barne direla biki desagerkor bat duten bikien haurduntzak.

35. Epilepsiaren kontrako farmako hauetatik, zein lotzen da teratogenia-arrisku handienarekin?

a) Lamotrigina.
b) Karbamazepina.
c) Balproatoa.
d) Klonazepama.

36. Fenilzetonuria duten amei dagokienez:

a) Haurdun ez geratzeko gomendatu behar zaie.
b) Fenilalanina murriztu behar zaie.
c) Haurdunaldian kortikoideak eman behar zaizkie.
d) Haietan, fetuaren/jaioberriaren zetoazidosia izateko arriskua handitu egiten da.

37. Gaixotasun hauetako zeinen kontrako txertoa dago kontraindikatuta haurdunaldian?

a) Elgorria.
b) Amorrua.
c) Meningokokoa.
d) Pneumokokoa.

38. Indometazinari dagokionez:

a) Fetuaren gernu-ekoizpena murriztu dezake.
b) Hirugarren hiruhilekoan hartuz gero, hodi arteriosoaren ixte goiztiarrarekin lotu daiteke.
c) Hirugarren hiruhilekoan hartuz gero, fetuaren birika-hipertentsioarekin lotu daiteke.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

39. Hauetako bat ez da erabateko kontraindikazioa kanpoko biratze zefalikoa egiteko.

a) Zeharkako bi zesarea segmentario izatea.
b) Fetua hilik egotea.
c) Preeklanpsia larria izatea.
d) Koagulazioaren asalduak izatea.

40. Erditze-mekanismoari dagokionez:

a) Badirudi umetoki-uzkurduren maiztasuna eta intentsitatea handitzea autohedapen-mekanismo baten ondorioz gertatzen dela.
b) Uzkurtze-uhina umetoki-adarretako batean hasten da, eta beherantz hedatzen da.
c) Aurreko biak zuzenak dira.
d) Umetokiko goiko segmentua gero eta meheago bihurtzen da erditzearen lehenengo aldian.

41. Burua beheko estugunetik igarotzean, kokzixa atzerantz bultzatzen da, eta horrek honetarako aukera ematen du:

a) Kokzixak ez du mugikortasunik.
b) Aurretik atzerako diametroa 1 cm handitzeko.
c) Zeharkako diametroa 2 cm-raino handitzeko.
d) Aurretik atzerako diametroa 2 cm-raino handitzeko.

42. Okzipitala aurrerantz dagoen posizioko erditze-mekanismoan, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Ez da gomendatzen errutinazko episiotomia egitea.
b) Ritgen-en maniobra aldatuak edo "Hands on" deritzonak hirugarren eta laugarren mailako urraduren intzidentzia handiagoa du perineoaren babes sinpleak baino.
c) Perineoa babestea eta burua poliki irtetea uzkiko esfinterreko lesio-tasa txikiagoarekin erlazionatzen da, perineoaren babesik gabeko ("hands off") erditzearekin alderatuta.
d) Kasuen % 6n, zilborrestearen bira estu bat hautematen da fetuaren burua irten ondoren, baina hori ez da lotzen jaioberriko emaitza okerragoa izatearekin.

43. Leopold-en maniobretako zeinek baloratzen du ondoen aurkezpenaren beheratzea?

a) Lehenengoak.
b) Bigarrenak.
c) Hirugarrenak.
d) Laugarrenak.

44. Bishop-en testaren puntuazioa ondoko honekin lotzen da (zuzenean edo zeharka):

a) Erditze baginala izateko probabilitatea.
b) Indukzioari ematen zaion erantzuna.
c) Lepoa heltzeko beharra.
d) Aurreko guztiak.

45. Adieraz ezazu zein den erantzun zuzena erditzean mina arintzeari dagokionez:

a) Analgesia neuroaxiala da metodo eraginkorrena, baina hipotentsio arteriala, gernu-atxikipena eta sukarra eragin ditzake. Bestalde, erditze instrumentala izateko arriskua murrizten du.
b) Gomendatzen da ohiko koagulazio-azterketa bat egitea erditzen ari diren emakume osasuntsuei analgesia neuroaxiala eman aurretik.
c) Zain barneko aurrekarga ez dago errutinaz eman beharrik analgesia epidurala dosi txikitan eman aurretik; hala ere, murriztu egiten ditu hipotentsio arterialaren tasak eta fetuaren bihotz-maiztasunaren gorabeherak analgesia epidurala dosi handitan ematen denean.
d) Analgesia epidurala ematea saihestu behar da erditzearen lehenengo etapako fase goiztiarretan; izan ere, oxitozina eta erditzearen iraupena areagotzen dituelako ebidentzia dago.

46. Ondoko agente anestesiko hauetako zein ez da erabiltzen normalean anestesia epiduralean erditze baginalean?

a) Kloroprokaina.
b) Bupibakaina.
c) Lidokaina.
d) Erropibakaina.

47. Fetuaren/jaioberriaren zirkulazio-aldaketen artean, jaio ostean, adierazi zein den erantzun zuzena zilbor-arteriei dagokienez:

a) Zain-lotailua eratzen dute.
b) Berehala kolapsatzen dira.
c) Zilbor-lotailua eratzen dute.
d) Arteria-lotailua eratzen dute.

48. Ondoko hauetatik zein da zuzena fetuaren eritropoiesiari dagokionez?

a) A hemoglobina da nagusi haurdunaldi osoan.
b) Gower hemoglobina gibelean ekoizten da.
c) F hemoglobina hezur-muinean ekoizten da.
d) F hemoglobinak afinitate handiagoa du oxigenoarekiko A hemoglobinak baino.

49. Arrisku txikiko erditzea ospitalean artatzeari dagokionez, ondoko gomendio hauetatik zein ez da zuzena?

a) Gomendatzen da erditze-prozesuan likido argiak hartzeko baimena ematea.
b) Ez da gomendatzen kardiotokografia erabiltzea arrisku txikiko haurdunaldia duten emakumeei harrera egitean.
c) Gomendatzen da amniorrexi artifizialik edo oxitozina-perfusiorik ez egitea ohiko bilakaera duten erditzeetan.
d) Gomendatzen da antiseptikoak erabiltzea baginako azterketa egin aurretik perineoko garbiketa egin behar bada.

50. Nola sailkatuko zenuke kanpoko uzki-esfinterraren lodieraren % 50i baino gehiagori eragiten dion erditze osteko perineoaren urradura bat?

a) 2. mailako urradura.
b) 4. mailako urradura.
c) 1. mailako urradura.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

51. Episiotomiari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Erdiko episiotomiak erdi-albokoak baino arrisku handiagoa du uzki-esfinterrera hedatzeko.
b) Ohiko episiotomia lehenerdi guztientzat gomendatzen da urradura larriak prebenitzeko.
c) Jotzen da erdiko episiotomiak hirugarren eta laugarren mailako urraduren intzidentzia handiagoa duela erdi-albokoak baino.

d) Erdi-alboko episiotomia ardatz bertikalarekiko 30 gradu baino gutxiagoko angeluarekin egin behar da.

52. Adierazi zein den erantzun zuzena tamaina handia duen eta hedatzen ari den hematoma bulbobaginal puerperala maneiatzeari dagokionez:

a) Izotzarekin tratamendu kontserbatzailea egitea eta behaketa dira beti lehen aukera, tamaina edozein dela ere.
b) Drainatze kirurgikoa egin behar da, koaguluak kendu, odola jario duten hodiak lotu eta buxatu.
c) Enbolizazio selektiboa kontraindikatuta dago berehalako puerperioan.
d) Odol-transfusioa kontraindikatuta dago odoljarioaren jatorria berretsi arte.

53. Erditu osteko umetokiaren inboluzioari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Umetokiak erditu osteko 7. egunean lortzen du, gutxi gorabehera, haurdunaldi aurreko pisua (60-80 g).
b) Erditu eta berehala umetokiak 1.000 g inguru pisatzen du, eta 6 astera 60 eta 100 g bitartean pisatzen du.
c) Inboluzioak ez du loturarik amagandiko edoskitzearekin.
d) Karena egon den lekua lehenengo 48 orduetan berrepitelizatzen da.

54. Erditu osteko lokioei dagokienez:

a) Lokio serosoak lehenengo 3-4 egunetan agertzen dira, erditzea zesarea bidez izan bada.
b) Lokio gorriak/hematikoak dira lehenengoak, eta gutxi gorabehera 3-4 egun irauten dute.
c) Lokio zurixkek edoskitzeak irauten duen bitartean irauten dute.
d) Lokio kirasdunak izatea aurkikuntza fisiologiko bat da lehenengo astean.

55. Adierazi zein den adierazpen hauetatik zuzena edoskitzearen fisiologiari dagokionez:

a) Erditu ostean estrogenoak eta progesterona jaisteak prolaktinaren ekintza desinhibitzen du eta II. laktogenesia ahalbidetzen du.
b) Oxitozina da esnea ekoizteaz arduratzen den hormona nagusia.
c) Oritzak IgA gutxiago du esne helduak baino.
d) Hurrupatzeak oxitozina askatzea eragozten du, atzeraelikadura negatiboaren ondorioz.

56. Ondoko farmako hauetako zein dago argi eta garbi KONTRAINDIKATUTA amagandiko edoskitzean?

a) Parazetamola.
b) Ibuprofenoa.
c) Bromokriptina.
d) Pisu molekular txikiko heparina.

57. 19 urteko pazientea; duela 90 ordu gertatu den sexu-eraso baten ondorioz dator larrialdietara. Adierazi du txertaketa-egutegia osatua duela eta ez duela kontuan hartu beharreko aurrekaririk. Zein da tratamendu profilaktikoko protokolo egokia?

a) Haurdunaldia saihesteko lehen aukerako tratamendua lebonorgestrela da.
b) GIBaren profilaxia beti egin behar da eta nahitaezkoa da.
c) Sexu-transmisiozko gaixotasunak prebenitzeko, zeftriaxona + metronidazola + doxiziklina erabiliko dugu.
d) B hepatitisaren profilaxia eman behar da.

58. Aukeratu erantzun zuzena haurdunaldiari buruz:

a) Pertsonen arteko arazoak hobetu ditzake.
b) Arriskua areagotu dezake tratu txarrak ematen dituen bikotekide baten aurrean.
c) Ariketa egiteko gaitasuna areagotu dezake.
d) Haurdunaldiak ez du eraginik arlo horietan.

59. Haurdun dagoen emakume baten hasierako balorazioan, adierazi noiz gomendatzen den genero-indarkeriaren detekzio sistematikoa:

a) Emakumeak hematomak edo ikusteko moduko lesioak baditu soilik.
b) Haurdun dauden emakume guztietan jaio aurreko lehen kontsultan, eta gutxienez behin hiruhileko bakoitzean, ingurune pribatu batean.
c) Erditzeko ospitaleratzean soilik.
d) Haurdun dauden nerabeetan soilik.

60. Zein da Rh positiboa duen haur bat izan duten eta D-negatiboak diren emakumeen immunizazio-intzidentzia zenbatetsia D aurkako immunoglobulina profilaxi moduan eman ez denean?

a) % 3,1.
b) % 1,8.
c) % 0,8.
d) % 0,3.

61. Adieraz ezazu zeren araberakoak diren, nagusiki, amaren adinari lotutako fetuaren arriskuak:

a) Erditze goiztiarra, amaren konplikazioen ondorioz gomendatua, hala nola hipertentsioaren eta diabetesaren ondorioz.
b) Fetuaren hazkunde-nahasmenduak, amaren gaixotasun kronikoarekin edo haurdunaldi anizkoitzarekin lotuak.
c) Farmakoen eta substantzia toxikoen kontsumoaren intzidentzia handiagoa.
d) Lagundutako ugalketako tekniken bidez sortu diren haurdunaldiak.

62. Mola osoari dagokionez, adierazi esaldi hauen artean zein den okerra:

a) % 25 - % 30ek kiste teka luteinikoak izaten ditu.
b) Umetokia handiagoa izaten da amenorrea baino.
c) Kariotipoa triploidea da.
d) Konplikazio medikoak ohikoak dira.

63. Haurdunaldiko neoplasia trofoblastikoan, ondoko hauek guztiak zuzenak dira bat izan ezik:

a) Kasuen %60n mola hidatidiforme batetik eratorriak dira.
b) Garezur barneko hipertentsio gisa has daitezke.
c) FIGO 2002 sailkapenak arriskua ebaluatzen du 0, 1, 2 eta 4ko puntuazio-sistema batekin.
d) Birikako metastasiak IV. estadioari dagozkio.

64. Zein da lehen aukerako tratamendua haurdunaldiko arrisku txikiko (puntuazioa < 6) neoplasia trofoblastikoan?

a) Monokimioterapia.
b) Polikimioterapia.
c) Monokimioterapia + Erradioterapia.
d) Aurrekoetako bat ere ez.

65. Haurdunaldiko gaixotasun trofoblastikoari (HGT) dagokionez, adierazi zein den erantzun <u>OKERRA</u>:

a) Ohiz kanpoko ernalketa baten ondoren trofoblastoaren hazkunde eta garapen anormala ezaugarri dituzten nahasmenduen multzoa da.
b) HGT gehienak mola hidatiformeak dira (% 80), % 15 mola hidatiforme inbaditzaileak dira eta % 5 koriokartzinomak.
c) Bi arrisku-faktore garrantzitsuenak aldez aurretik haurduntza molar bat izan izana eta adina dira, ohikoagoa baita 16 urtetik behera edo 40 urtetik gora.
d) Haurduntza molar baten ondoren, HGTa mola osoen % 15 - % 20n garatzen da. Haurduntza ez-molar baten osteko intzidentzia 10.000 haurdunalditik 5ekoa da.

66. Haurdunaldiko gaixotasun trofoblastikoaren (HGT) diagnostikoari dagokionez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) HGTaren diagnostikoa ohikoagoa izaten da bigarren hiruhilekoan.
b) Baginako odoljarioa da zeinurik bereizgarriena, eta horrek zaildu egiten du abortu hasiberri batekin diagnostiko diferentziala egitea.
c) Lehen aukerako teknika, eta harekin egiten da susmo-diagnostikoa ere, pelbiseko EMNa da.
d) Kiste tekaluteiniko irtenak pazienteen % 80k izaten dituzte.

67. Adieraz ezazu paziente hauetako zeini ez zeniokeen emango metotrexatoa haurdunaldi ektopikoaren tratamendu gisa:

a) Gibeleko zirrosia duen pazienteari.
b) Obesitatea duen pazienteari.
c) 1,5 cm-ko diametroa duen haurduntza ektopikoa duen pazienteari.
d) 1000 UI bHCG dituen pazienteari.

68. Aukeratu ezazu erantzun OKERRA adarreko haurduntza ektopikoari dagokionez.

a) Adarreko haurduntzan, hilkortasuna % 2,5erainokoa izan daiteke.
b) Adarreko haurduntza ektopikoaren prebalentzia haurduntza ektopiko guztien % 10 eta % 12 artekoa da.
c) Batzuetan, adarreko haurduntzaren tratamenduan beharrezkoa izan daiteke histerektomia egitea.
d) Adarreko haurduntza ektopikoaren diagnostikoa atzeratu egin daiteke, umetokiko adarra muskularra baita eta gaitasuna baitu hedatzeko eta hazten ari den haurdunaldira egokitzeko.

69. Aukeratu ezazu erantzun ZUZENA haurduntza ektopikoari dagokionez:

a) Haurduntza ektopikoaren kokapenik ohikoena tronparen atal angeluarra da.
b) Arrisku-faktoreen artean daude aldez aurretik tronpako kirurgia egin izana, nerabezaroa, tabakoa eta STGen prebalentzia txikiagoa.
c) Tratamendua eman osteko 4. egunetik 7.era bitartean bHCG hormonaren mailak % 5 murrizteak adierazten du metotrexatoarekin egindako tratamenduak arrakasta izan duela.
d) Haurduntza ektopikoa tratatzeko metotrexatoa muskulu barnetik ematen da, 50 mg/m2-ko dosian.

70. Ondoko hauek guztiak haurduntza ektopikoan metotrexatoarekin tratatzeko hautagaiak dira, BAT IZAN EZIK:

a) Hemodinamikoki egonkor dagoen pazientea, ekografian likido libre gutxi duena.
b) β -HGC (giza gonadotropina korionikoa) serikoaren mailak 3.500 mUI/ml izatea.
c) Giltzurrun-gutxiegitasun larria duen paziente diabetikoa.
d) Anexuetan 2,5 cm-ko masa heterogeneo bat ikustea baginan zeharreko ekografian.

71. Tronpa hautsi gabeko haurduntza ektopikoa duen paziente baten kasuan, zeina hemodinamikoki egonkor baitago, β-hCG 3.500 UI/L litro baitu, eta haurduntza 3,5 cm-koa baita bihotz-aktibitaterik gabe, zein da lehenengo tratamendu-aukera?

a) Kirurgia, salpingektomia bidez.
b) Metotrexatoa 50 mg/m² muskulu barnetik dosi bakarrean.
c) Itxarote-jarduketa.
d) Umetokiko legratua.

72. Behar bezala tratatu gabeko haurdunaldiko hiperemesi larri baten konplikazio neurologikorik beldurgarriena ondoko hau da:

a) Karpoko kanalaren sindromea.
b) B12 bitaminaren urritasunak eragindako polineuropatia.
c) Gibeleko entzefalopatia.
d) Wernicke-ren entzefalopatia, tiaminaren (B1) urritasunak eragina.

73. Haurduntza ektopikoa garatzeko arrisku-faktore isolatu GARRANTZITSUENA ondoko hau da:

a) Tabakismoa.
b) Tronpako kirurgiaren aurrekariak.
c) Amak 35 urtetik gora izatea.
d) Umetoki barneko gailua erabiltzea.

74. Adieraz ezazu esaldi hauetatik zein den zuzena mola hidatiforme OSOARI dagokionez:

a) Kariotipoa triploidea izan ohi da (69,XXY).
b) Kariotipoa diploidea izan ohi da (46,XX edo 46,XY), aitaren aldetik soilik jasoa.
c) Ohikoa da fetuaren/enbrioiaren ehuna egotea.
d) Gaixotasun trofoblastiko iraunkorra izateko arriskua % 1 - % 2koa da

75. Adierazi zein EZ den zuzena mola partzialari dagokionez:

a) Gaixotasun trofoblastiko iraunkorra ohikoa da.
b) Kariotipoan triploidia bat izan ohi dute.
c) Umetokiaren tamaina txikia da adin gestazionalerako.
d) Ohikoa da enbrioia egotea,

76. Ernalketa gertatu aurretik azido folikoa emateari dagokionez, zein da gomendatzen den dosia hodi neuralaren akatsen aurrekaririk ez duen emakume batentzat?

a) 0,4 mg/egun haurdun geratu baino hilabete lehenagotik gutxienez, eta lehenengo hiruhilekoan.
b) 1 mg/egun lehenengo hiruhilekoan soilik.
c) 4 mg/egun haurdun geratu baino hiru hilabete lehenagotik gutxienez.
d) 5 mg/egun haurdunaldi osoan, arriskua edozein dela ere.

77. Teratologiaren printzipio orokorrei dagokienez, adierazi zein den baieztapen OKERRA:

a) Efektu teratogeno bat gerta dadin, esposizioak garapenaren aldi kritiko batean gertatu behar du.
b) Efektu teratogenoa dosiaren, esposizioaren iraupenaren eta sentikortasun genetikoaren araberakoa da.
c) Sentikortasun teratogeniko handieneko aldia organogenesia da (ernalketa gertatu osteko 3. astetik 8.era bitartean).
d) Ezarpena gertatu aurretik farmako batekiko izandako esposizio orok fetuaren malformazio larriak eragiten ditu.

78. Duodenoko atresiaren gutxi gorabeherako eragina populazioan eta aneuploidiari lotutako arriskua ondoko hauek dira:

a) Gutxi gorabeherako intzidentzia: 1/1.000 jaiotza / aneuploidiari lotutako arriskua % 10 - % 20.
b) Gutxi gorabeherako intzidentzia: 1/1.000 jaiotza / aneuploidiari lotutako arriskua % 30 - % 40.
c) Gutxi gorabeherako intzidentzia: 1/5.000 jaiotza / aneuploidiari lotutako arriskua % 30 - % 40.
d) Gutxi gorabeherako intzidentzia: 1/5.000 jaiotza / aneuploidiari lotutako arriskua % 10 - % 20.

79. Hauetako zein EZ da plazenta prebioa izateko arrisku-faktore bat?

a) Tabakismoa.
b) Erdigabea izatea.
c) Aldez aurretik zesarearen bat egina izatea.
d) Arraza beltzekoa izatea.

80. Hirugarren hiruhilekoko miaketa ekografikoan egiten den likido amniotikoaren kantitatearen ebaluazioari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Fetuaren eta zilbor-hestearen atalik gabeko gehieneko zutabe bertikalaren neurketa arrisku txikiko haurdunaldietan gomendatzen da.
b) Likido amniotikoaren indizea (LAI) oligohidramniosaren gaindiagnostikoarekin eta erditzearen indukzio eta zesarea-tasa handiagoekin lotu izan da eta ez da erditze inguruko emaitzarik hobetu.
c) Polihidramnios arina-ertaina idiopatikoa eta onbera izaten da maiz.
d) Ez dago loturarik polihidramniosaren eta amaren eta fetuaren emaitza kaskarragoen artean.

81. Polihidramniosa dela jotzen da hau baino handiagoko likido amniotikoaren indizea (LAI) edo zaku bertikalaren bolumena:

a) LAI > 12 cm edo gehieneko zakua > 4 cm.
b) LAI > 18 cm edo gehieneko zakua > 6 cm.
c) LAI > 24 cm edo gehieneko zakua > 8 cm.
d) LAI > 30 cm edo gehieneko zakua > 12 cm.

82. Oligoamniosa dela jotzen da emaitza ondoko hau denean:

a) LAI < 1.
b) LAI < 2.
c) LAI < 5.
d) Gehieneko zakuarekin soilik diagnostika daiteke.

83. Haurdunaldiko bigarren erdiko metrorragia aktiboko gertakari baten aurrean plazenta prebioa diagnostikatzeko aukerako metodoa hau izango litzateke:

a) Abdomeneko ekografia bat egitea.
b) Baginako ekografia bat egitea.
c) Erresonantzia magnetiko nuklear bat egitea.
d) Lepoko hodia espekulu bidez ikustea.

84. Plazenta prebio sintomatikoa duten eta itxarote-tratamendu kontserbatzailearekin kontrolatuak dauden pazienteen kasuan, adierazi noiz bukatu behar den, aukeran, tratamendua:

a) Helburua da 39. astera iristea, hura gainditu gabe.
b) 37. astean.
c) 35. astean.
d) Bigarren metrorragia gertatzen den astean.

85. Plazenta prebio oklusibo sintomatikoaren diagnostikoa duen paziente bat izanez gero, ondoko baieztapen hauetatik zein da OKERRA?

a) Amaren ezegonkortasun hemodinamikoa edo fetuaren ongizate-galera gertatuz gero, haurdunaldia amaitu egin behar da, edozein dela ere adin gestazionala.
b) Haurdunaldia 26.-34. asteen artean badago, kortikoideak eman behar dira muskulu barnetik, fetuaren birikak heldu daitezen.
c) Ez da agente tokolitikorik eman behar umetokiko dinamika izan arren.
d) Magnesio sulfatoa eman daiteke, egokia bada.

86. Lam eta besteren arabera (2004), ekografiak plazenta accretaren diagnostikorako duen sentikortasuna ondoko hau da:

a) % 3.
b) % 13.
c) % 23.
d) % 33.

87. Ondoko hauetatik, adierazi zein den plazenta prebioa garatzeko arrisku-faktore independente garrantzitsuena:

a) AFP-maila baxuak.
b) Erditze anitzak.
c) Amaren adina: < 25 urte.
d) Kafeinaren kontsumoa.

88. 35 asteko haurdunaldi batean, plazenta-askatzearen susmo klinikoa badago (odoljario urria, abdomeneko mina), afektazioaren ebidentzia klinikorik gabe ekografia eta ktg (kardiotokograma) bidez, esku-hartzeak barne hartu behar du:

a) Haurdunaldia amaitzea zesarea bidez, edozein dela ere fetuaren aurkezpena.
b) Tokolisia egitea eta kortikoide bidez birikak heltzea.
c) Pose-ren proba egitea erditzeko biderik egokiena zein den baloratzeko.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

89. Adierazi zer kasutan ikus dezakegun Couvelaire-ren umetokia:

a) Plazenta-askatze larri batean.
b) Pazenta prebio sintomatikoan.
c) Aurreko hodien hausturan.
d) Lepoaren dilatazioaren ondoriozko baginako odoljarioan.

90. Normal txertatutako plazentaren askatze goiztiarra izateko arrisku-faktoreen artean, ondoko hau ez dago:

a) Lehenerdia izatea.
b) Hidramniosa.
c) Preeklanpsia.
d) Abdomeneko traumatismoa.

91. Normal txertatutako plazentaren askatze goiztiarrean (aukeratu erantzun zuzena):

a) Mina da sintomarik ohikoena.
b) Couvelaire-ren umetokia miometrioan zeharreko odolaren estrabasazioz gertatzen da.
c) Fetuaren erasanak ez du loturarik askatu den plazenta-azalerarekin.
d) Lotura argia dago odoljario genitalaren zenbatekoaren eta askatutako plazenta-gainazalaren ehunekoaren artean.

92. Adieraz ezazu zein den normal atxikitako plazentaren askatze goiztiarra (NAPAG) izateko arrisku-faktore garrantzitsuena:

a) Herentziazko tronbofilia.
b) Haurdunaldiko diabetesa.
c) Amaren hipertentsioa.
d) Hidramnios neurritsua.

93. Aukeratu erantzun zuzena Couvelaire-ren umetokiari edo umetokiaren eta plazentaren arteko apoplexiari dagokionez:

a) Miometrioranzko eta umetokiko serosaren azpiko odol-estrabasazioan datza.
b) Histerektomiarako erabateko indikazioa da.
c) Plazenta prebioan gertatu ohi da.
d) Umetokia bigun eta geldirik egon ohi da.

94. Erditze goiztiarra izateko mehatxuan, ondoko hau da erditze goiztiarraren arriskua ondoen iragartzen duen banakako proba:

a) Fetuaren fibronektina-testa (fFN).
b) Insulin-like grow factor binding protein-1 (phIGFBP-1) testa.
c) Plazentaren alfa mikroglobulina-1 (PAMG-1) testa.
d) Lepoaren luzera, ekografia bidez neurtua.

95. Ondoko hauetako bat ez da hartu behar farmako tokolitikotzat.

a) Magnesio sulfatoa.
b) Erritodrina.
c) Atosibana.
d) Nifedipinoa.

96. 34 asteko haurduna; KTGan 20 minutuan 2 uzkurdura izan dituelako eta lepoaren luzera 20 mm-koa delako etorri da, eta oso sintomatiko dago. Zein izango litzateke jarrerarik zuzenena?

a) Tokolitikoekin ospitaleratzea, dinamika geldiarazteko.
b) Itxarote-jarrera izatea zenbait orduz, lepoan aldaketarik gertatzen den ikusteko.
c) Kortikoideak ematea birikak heltzeko.
d) Etxera bidaltzea, behaketarik gabe.

97. Lehenengo aldiz haurdun dagoen eta haurdunaldiko 20. astean umetoki-lepoaren luzera 20 mm duen emakume asintomatiko baten kasuan, zer esku-hartze proposatuko zenuke?

a) Umetoki-lepoko zerklajea egitea.
b) Bagina bidez progesterona ematea.
c) Arabin-en pesarioa jartzea.
d) Aurrekoetako edozein.

98. Gaur egun, erditze goiztiarraren mehatxuaren diagnostikoaren barruan, ondoko hau da umetoki-lepoa ekografia bidez neurtzeko biderik onena:

a) Perineoan zeharrekoa.
b) Baginan zeharrekoa.
c) Abdomenean zeharrekoa.
d) Zehaztasunak ez du loturarik erabiltzen den bidearekin.

99. Fetu bakarreko haurduntzetan, garai aurreko erditzea saihesteko, <u>ez</u> da gomendatzen umetoki-lepoko zerklajea egitea ondoko kasu honetan:

a) Hiru abortu goiztiarren aurrekariak izanez gero.
b) Lau abortu berantiar izanez gero.
c) Aldez aurretik bi abortu izanez gero umetoki-lepoaren ezgaitasunagatik.
d) Umetoki-lepoaren luzera ≤ 25 mm izanez gero eta aldez aurretik garai aurreko erditze bat gertatu izanez gero.

100. Ondoko baieztapen hauetatik zein da zuzena erditze goiztiarraren mehatxuaren arretari dagokionez?

a) Ez da magnesio sulfatoa eman behar 34 aste baino lehen.
b) Perfusio jarraituan zain barnetik 0,5 gramo magnesio sulfato emateak garuneko paralisia izateko arriskua murrizten du.
c) Betametasona ematea gomendatzen da: 12 mg-ko 2 dosi muskulu barnetik, 24 orduko

tartearekin, 24. eta 34. asteen artean.

d) Bikien haurduntzan alde batera utz daiteke kortikoideak ematea, fetuen birika-heltzea haur bakarreko haurduntzetan baino lehenago gertatzen baita.

101. Adierazi zein den erantzun zuzena erditze goiztiarraren prebentzio sekundarioari dagokionez:

a) Gomendatzen da bagina bidez progesterona natural mikronizatua ematea erditze goiztiarraren aurrekariak dituzten sintomarik gabeko haurdunei, umetoki-lepoaren luzera edozein dela ere.
b) Gomendagarria da bagina bidez progesterona natural mikronizatua ematea haur bakarreko haurduntza eta 25 mm-ko edo gutxiagoko umetoki-lepoaren luzera duten sintomarik gabeko haurdunei, kontuan hartu gabe erditze goiztiarraren aurrekaririk duten ala ez.
c) Behar besteko ebidentzia dago umetoki-lepoa laburra deneko bikien haurduntzetan garai aurreko erditzea saihesteko pesarioa erabiltzea gomendatzeko.
d) Erditze goiztiar baten aurrekaria eta 25 mm-ko edo gutxiagoko umetoki-lepoko luzeraren aurrean, ez da gomendatzen umetoki-lepoko zerklajea egitea.

102. 21 asteko primigesta, egunean 10 zigarro erretzen dituena, bestelako aurrekari interesgarririk gabea. Ohiko ekografia-kontrolean 14 mm-ko umetoki-lepoa identifikatu da baginatik. Ondoko neurri hauetatik zein EZ da egokia?

a) Bagina bidez egunean 200 miligramo progesterona natural mikronizatu ematea 36. astera bitartean.
b) Modu profilaktikoan kortikoideak ematea muskulu barnetik.
c) Pazienteari prozesuaren eta alarma-zeinuen berri ematea.
d) Tabakoa uztea.

103. Magnesio sulfatoarekin neurobabesteari dagokionez:

a) Erditze goiztiarra hurbil duten emakumeetan, egokia da 24. eta 32. asteen artean.
b) Egokia da garai aurreko erditzeko lanean dauden haurdun guztietan.
c) Ez du erabilgarritasunik prematuritatean.
d) Kortikoideen erabilera ordezten du.

104. Adieraz ezazu zein den, gutxi gorabehera, bigarren erditzea ≤ 34. astean izateko arriskua lehenengo haurdunaldian erditzea ≤ 34. astean izan bazen:

a) % 6.
b) % 11.
c) % 16.
d) % 26.

105. Garaiko mintzen haustura goiztiarrari (MHG) dagokionez, adierazi zein den erantzun okerra.

a) Ebidentzia urria den arren, badirudi antibiotiko profilaktikoak erabiltzeak amaren morbilitate infekziosoa murrizten duela, jaioberriko morbilitatea murriztu gabe.
b) MHGa ez da kontraindikazio bat Bishop probaren emaitza ona ez denean umetoki-lepoa heltzeko prostaglandinak erabiltzeko.
c) Ebidentzia urria den arren, badirudi lehenengo 24 orduetan heltzeak / erditzea eragiteak emaitza hobeak dituela itxarote-jarrerak baino.
d) Ebidentzia urria den arren, garaiko MHGak etxean maneiatzeak ez dakar berekin antibiotikoen behar handiagoa, ezta jaioberrien infekzio-tasa handiagoa ere.

106. Garai aurreko mintzen haustura goiztiarrerako proposatzen diren pauta antibiotikoen artean, zein da zuzenena?

a) Anpizilina 2 g zain barnetik / 6 ordu + eritromizina 250 mg zain barnetik / 6 ordu 48 orduan, eta 5 egunez amoxizilina eta eritromizina ahotik.
b) Anpizilina 1 g zain barnetik / 6 ordu + gentamizina 80 mg / 8 ordu + azitromizina 1 g ahotik / 72 ordu astebete bete arte.
c) Azitromizina dosi bakarrean (1 g ahotik) + zefuroxima 750 mg / 6 ordu zain barnetik 48 orduz, eta zefuroxima 500 mg / 12 ordu ahotik beste 5 egunez.
d) Ez dago pauta bat ala beste gomendatzeko aukera ematen duen ebidentziarik.

107. Garai aurreko mintzen haustura goiztiarra maneiatzeari dagokionez, adierazi zein den <u>okerra</u>:

a) Hautatutako kasuetan, maneiu anbulatorioa baliozko aukera bat da.
b) Oligoamniosa MHGaren eta erditzearen arteko latentzia-periodo txikiagoarekin lotu da.
c) Komeni da erabateko atsedena hartzea haustura haurdunaldiko 30. astea baino lehen gertatzen bada.
d) Ez da ezagutzen zein den kontrol analitikoak (leukozitoak eta PCE) egiteko maiztasun egokia.

108. Mintzen haustura goiztiarraren (MHG) diagnostikoan, adieraz ezazu ondoko hauetako zeinek duen erabilgarritasun klinikorik handiena:

a) Nitrazinaren testak, zeinaren pH-a urdin-more bihurtzen baita (pH-a > 6,5) likido amniotikoa egonez gero.
b) PAMG-1aren (placental alpha microglobulin-1) edo IGFBP-1aren zehaztapena baginako laginean, zalantzazko kasuetan.
c) Umetoki-lepoaren kanpoko zulotik likidoa irteten den zuzenean ikustea, espekuluaren bidez.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

109. Korioamnionitis klinikoari dagokionez:

a) Ez dago korrelazio argirik haustura-denboraren eta hura agertzearen artean.
b) Diagnostikoaren kasuan, espektro zabaleko tratamendu antibiotikoari ekin behar zaio, zeinak kasu goiztiar gehienak konpontzen baititu.
c) Sukarra da diagnostiko honen adierazle fidagarri bakarra.

d) Fetuak infekzio bat izan dezakeelako susmoa badugu, erditzeko bidea zesarea da.

110. Mintzen haustura goiztiarrari dagokionez:

a) Hatzen bidez umetoki-lepoaren eta baginaren miaketa egitea komeni da, berresteko.
b) Funtsezkoa da baginako pH-a zenbatestea.
c) Ehuneko altu batek oinarri infekziosoa du.
d) Gaur egun ez dago laborategiko probarik horretarako.

111. Haurduntza anizkoitzari dagokionez (haurduntza espontaneoa), baieztapen hauetako bat okerra da.

a) Biki monozigotikoen haurduntzak ez dira bizigotikoenak bezain ohikoak.
b) Biki bizigotikoen haurduntzak bikorial biamniotikoak dira beti.
c) Biki monozigotikoen haurduntzak inoiz ezin dira izan bikorial biamniotikoak.
d) Bikien haurduntza monokorialak monozigotikoak dira beti.

112. Adierazi zein den erantzun zuzena bikien haurduntza monokorial biamniotikoari dagokionez:

a) Lehenengo hiruhilekoan % 10etik gorako diskordantzia biometrikoa izate hutsa korioneko biopsia edo amniozentesia egiteko adierazle bat da.
b) Lehenengo hiruhilekoan bikietako baten garondoko transluzentzia areagotua egotea fetutik feturako transfusioaren zeinu goiztiarra izan daiteke.
c) Amniozentesia egiten denean, gomendatzen da bi zakuetako lagina ziztada bakarrean lortzea eta, horretarako, bigarren bikiaren lagina mintzean zehar lortzea.
d) Erantzun guztiak okerrak dira.

113. Adierazi zein den zuzena fetutik feturako transfusioaren sindromeari dagokionez:

a) Haurduntza bikoitz monokorial-monoamniotikoetan soilik gertatzen den konplikazio bat da.
b) Haurduntza monokorial-biamniotikoei eragiten die eta hartzailearen polihidramniosa (gehieneko zakua > 8 cm) eta emailearen oligoamniosa (gehieneko zakua < 2 cm) konbinatzearen bidez diagnostikatzen da.
c) Haurduntza monokorial-biamniotikoei eragiten die eta bikien pisuen arteko aldea > % 20 delako diagnostikatzen da.
d) Lehen aukerako tratamendua berehalako zesarea da, adin gestazionala edozein dela ere.

114. Adierazi zein den erantzun zuzena bikien garaiko haurduntza bikorial biamniotiko batean lehenengo bikia buruzko aurkezpenean egoteari eta bigarrena hala ez egoteari dagokionez:

a) Kasu guztietan egokia da aukerako zesarea.
b) Zentzuzkoa da esperientzia duten langileak bagina bidezko erditzea lortzen saiatzea maniobra obstetrikoekin ((barne-biratzea eta bigarren bikia oinetatik ateratzea edo ipurdizko aurkezpeneko asistentzia).
c) Bigarren bikiarentzat soilik egin behar da zesarea, lehenengoa bagina bidez erditu ondoren.

d) Bagina bidez erditzen saiatzea erabat kontraindikatuta dago.

115. Adierazi zer den TAG (txikia adin gestazionalerako) fetu bat:

a) 50eko pertzentila baino pixka bat txikiagoa den fetu bat da, epe luzera beti emaitza normalak izaten dituena.
b) Gorpuzkera txikiko fetu bat da, p3 eta p10 pertzentilen artean dagoena, eta epe luzera emaitza neurologiko, kardiobaskular eta endokrinologiko kaskarragoak izan ditzakeena.
c) p3 baino txikiagoko (<) pertzentila duen fetu bat da.
d) p3 eta p10 arteko pertzentila duen fetu bat da, umetoki barneko Dopplerrean nahasmendu hemodinamiko larriak dituena.

116. Umetoki barneko hazkunde atzeratuari (UHA) buruzko baieztapen hauetatik, bat ez da zuzena:

a) Ekografia bidez zenbatetsitako fetu-pisua 3. pertzentiletik beherakoa da, adin gestazional eta sexu horretarako, Doppler proban nahasmendu hemodinamikoak izan ala ez.
b) Ekografia bidez zenbatetsitako fetu-pisua 3. eta 10. pertzentilen artean dago, adin gestazional eta sexu horretarako, garun-plazenta indizeari (GPI) lotuta, 5. pertzentiletik behera.
c) Ekografia bidez zenbatetsitako fetu-pisua 10. eta 25. pertzentilen artean dago, adin gestazional eta sexu horretarako, garun-plazenta indizeari (GPI) lotuta, 5. pertzentiletik behera.
d) Ekografia bidez zenbatetsitako fetu-pisua 3. eta 10. pertzentilen artean dago, adin gestazional eta sexu horretarako, garuneko erdiko arteriaren pultsatilitateari lotuta, 5. pertzentiletik behera.

117. Adierazi zein <u>EZ</u> den zuzena umetoki barneko hazkunde atzeratuari dagokionez:

a) Polizitemia eta hiperbilirrubinemia UHA duen fetuaren jaioberriko konplikazioak dira.
b) UHAren etiologian parte hartzen duten kausa asko dauden arren, gutxi gorabehera kasuen % 50en ezin da kausa jakin bat identifikatu.
c) UHAren etiologia infekziosoa % 25erainokoa da.
d) Helduengan obesitatea, intsulinarekiko erresistentzia, gaixotasun kardiobaskularra eta dislipemia garatzearekin lotzen da.

118. UHAren etiologian faktore hauek parte hartzen dute, batek <u>IZAN EZIK</u>:

a) Epilepsiaren kontrako farmakoak, hala nola azido balproikoa.
b) Hidroxiklorokina.
c) Heroina edo kokaina kontsumitzea.
d) Warfarina.

119. UHA goiztiarraren azterketan, komeni da ondoko hau sartzea:

a) Fetuaren kariotipoa ezagutzeko proba inbaditzailea.
b) Fetuari eragin diezaioketen infekzioen azterketa.

c) Umetokiaren eta plazentaren arteko Doppler azterketa.
d) Aurreko guztiak.

120. 36 asteko haurduna, hirugarren hiruhilekoko ekografia egitera etorri zena. Adin gestazionalerako 5. pertzentilean zegoen pisua objektibatu zen. Doppler azterketaren emaitza hau izan zen: zilbor-arteriaren pultsatilitate-indizea (PI) 0,81 (35. pertzentila); garuneko erdiko arteriaren PI 1,52 (24. pertzentila); garunaren eta plazentaren arteko indizea 1,87 (34. pertzentila); eta umetokiko arterien batez besteko indizea 0,83 (82. pertzentila). Likido amniotikoaren gehieneko zutabe bertikala 4 zentimetrokoa zen. Datu horiekin, honela sailkatu dezakegu fetua (adierazi erantzun zuzena):

a) Txikia adin gestazionalerako (TAG).
b) Umetoki barneko hazkunde murriztua (UBHM) I. estadioan.
c) UBHM, II. estadioan.
d) UBHM, III. estadioan.

121. Fetuaren heriotza-arriskuari dagokionez, hurrengoetako bat zeinu larri bat da Doppler bidezko azterketan.

a) Fluxu diastoliko alderantzikatua zilbor-arterian.
b) Garuneko birbanaketa.
c) Fluxu diastoliko gorakorra abdomen-aortan.
d) Sistole osteko muxarradura arku-antzeko zainetan.

122. Jotzen da adin gestazionalerako txikiak diren fetuen % 5 inguru kausa infekziosoen ondorioz direla txikiak. Maizen parte hartzen duen patogenoa hau da:

a) GPBak (giza papilomaren birusa) eragindako infekzio errepikatua.
b) ZMB (zitomegalobirusa).
c) Sifilisa.
d) Toxoplasma.

123. Umetoki barneko hazkundearen murrizketaren (UBHM) ebaluazioan Doppler ultrasoinua erabiltzeari buruzko baieztapen hauetatik, zein da zuzena?

a) Garuneko erdiko arteriaren Dopplerrak ez du informazio garrantzitsurik ematen jaioberrien azidosia izateko arriskuari buruz UBHM duten fetuetan.
b) Zilbor-arteriako Dopplerrak ez du erabilera klinikorik gorpuzkeraz txikiak diren fetuak eta UBHM dutenak bereizteko.
c) Doppler bidez zilbor-arterian fluxu diastolikorik ez egotea edo alderantzikatua egotea jaiotza-inguruko heriotza-arrisku handiagoarekin eta UBHM duten fetuetan kalte neurologikoarekin lotzen da.
d) Umetokiko arteriaren Dopplerra da erditze-unea gidatzeko gomendatzen den parametro bakarra UBHM kasuetan.

124. Haurdunaldiko 22. astean bigarren hiruhilekoko ohiko ekografia egitera etorri den emakumea. Biometriak bat datoz 19 asteko fetu batekin. Zein da kasua bideratzeko hurrengo urratsa?

a) Azterketa genetikoa baloratzea, kontuan hartuta lehenengo hiruhilekoan anomalia kromosomikoak izateko arriskua.
b) Haurdunaldia behar bezala datatuta dagoen baloratzea, lehenengo hiruhilekoko ekografian fetuak buru gainetik kokzixeraino duen luzeraren arabera.
c) 2 astera ekografia errepikatzea biometria berriak egiteko.
d) Preeklanpsia baztertzeko azterketa.

125. 22 asteko haurduntza monokorial biamniotikoa duen emakumea; tarteka umetokiko dinamika duelako joan da larrialdietara. Ekografian ikus daitekeenez, 1. fetuak 80. pertzentilean du pisu zenbatetsia, likido amniotikoaren gehieneko zutabe bertikala 11 cm-koa da, eta gernu-maskuria zabaldua eta handitua du; eta 2. fetuak 25. pertzentilean du pisua, likido amniotikoaren gehieneko zutabea 0,5 cm-koa da eta gernu-maskuria ez da ikusten. Baginako miaketak ez du datu interesgarririk eman. Umetoki-lepoaren luzera 36 mm-koa da. Zein da diagnostikorik probableena?

a) Fetutik-feturako transfusioa.
b) Fetuaren hazkundea eta 2. fetuaren hazkunde murriztu selektiboa bat ez etortzea.
c) 2. fetuaren mintzen haustura goiztiarra.
d) 2. fetuaren giltzurruneko malformazioa.

126. 29 asteko haurduna, umetoki barneko hazkunde murriztuaren (UBHM) susmoagatik bideratua. Ekografian, zenbatesten da fetuaren pisua 1. pertzentilean dagoela, eta, zilbor-arteriaren Dopplerrean, fluxuaren abiadura-uhinak diastole bihurtua du. Zer unetan gomendatzen da haurdunaldia etetea?

a) Adin gestazionalerako txikia den fetu bat da: 40 asterekin amaitu.
b) 1. motako UBHM fetu bat da: 37 asterekin amaitu.
c) 2. motako UBHM fetu bat da: 34 asterekin amaitu.
d) 3. motako UBHM fetu bat da: 30 asterekin amaitu.

127. Ondoko baieztapen hauetatik, zein da OKERRA haurdunaldiko isoimmunizazio eritrozitarioari dagokionez?

a) Fetuaren hemolisia gertatzen da.
b) Haurdunaldiko lehenengo hiruhilekoan IgG immunoglobulinak igarotzen direlako gertatzen da.
c) Bilirrubinaren mailak gora egiten du fetuaren odolean.
d) Fetuaren hepato-esplenomegalia gertatzen da.

128. Adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA Th isoimmunizazioari dagokionez:

a) Erditzea eta haurlaguna botatzea dira fetuaren hematieak amaren zirkulaziora igarotzen diren une nagusia.
b) Jotzen da amarengan immunitate-erantzuna eragiteko gai den fetuaren gutxieneko odol-bolumena 0,1 mililitro dela. Hala ere, sentsibilizatzeko probabilitatea ez da fetuaren eta amaren arteko odoljarioaren bolumenaren mendekoa.

c) 300 mikrogramo D aurkako immunoglobulina eman behar zaizkie haurdun dauden, Rh negatiboa duten eta sentsibilizatuta ez dauden emakumeei, Rh positiboa duen jaioberri batez erditu eta hurrengo 72 orduetan edo Rh-a ez dakigun hildako fetu bat kanporatu ondoren.
d) Fetuaren anemia iragartzeko garuneko erdiko arteriaren gehieneko abiadura sistolikoaren mugetako bat da 34.-35. astetik aurrera igo egiten dela positibo faltsuen tasa.

129. Adieraz ezazu ondoko erantzun hauetako zein den ZUZENA Rh aurkako gammaglobulinarekin amaren Rh-aren isoimmunizazioa eginez jaiotza inguruko gaixotasun hemolitikoaren profilaxia egiteari dagokionez.

a) Erditze ondoko profilaxia erditze-egunetik 7 egun igaro baino lehen egiten da.
b) Rh negatiboa duten amei amniozentesi goiztiarra eginez gero, ez da immunizatzen 20 aste bete baino lehen, oraindik ez baitira agertu fetuaren hematieen antigenoak.
c) Gomendatzen da 28. astearen inguruan 250 µg-ko gammaglobulina-dosi bat ematea Rh negatiboa duten eta immunizatu gabe dauden haurdunei, aitak Rh positiboa badu edo haren Rh-a ezagutzen ez bada.
d) 250-300 µg-ko dosi bat aski da immunizazio-kasu guztietarako.

130. Rh-aren bateraezintasunari dagokionez, zer egoeratan EZ da gomendatzen D aurkako immunoglobulinarekin profilaxia egitea?

a) Haurdunaldia norbere borondatez eteten denean.
b) Erditu ostean.
c) Haurduntza ektopikoan.
d) Haurdunaldiko 28. astean, antigorputzen detekzio positiboa izan duten emakumeetan.

131. Jaioberriaren gaixotasun hemolitikoari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) IgE-ak bideratzen duen erreakzio bat da.
b) Amaren IgG motako antigorputzek bideratzen dute.
c) Jaioberriaren antigorputzek bideratzen dute, nola IgM motakoek, hala IgG motakoek.
d) T CD8+ zelulek bideratzen duten erreakzio bat da.

132. Zein da haurdunaldi luzatu bat gerta dadin arrisku-faktore garrantzitsuena?

a) Obesitatea.
b) Haurdunaldi luzatuaren aurrekariak.
c) Fetua gizonezkoa izatea.
d) Erdigabea izatea.

133. HELLP sindromeari dagokionez, adierazi zein den erantzun okerra:

a) Konbultsioen profilaxia magnesio sulfatoarekin egin daiteke, preeklanpsia larrian egiten denaren antzeko pautan.
b) Hipertentsio larriaren tratamendua preeklanpsia larrian erabiltzen diren farmako eta pauta berberekin egin daiteke.
c) Preeklanpsia larrian ez bezala, Hellp sindromean zain barnetik dexametasona ematea gomendatzen du ebidentziak, 10 mg / 12 orduko dosian.

d) Komenigarria izan daiteke drainatze subaponeurotikoa uztea zesarearen kasuan, fasziaren azpian edo zauri kirurgikoan hematoma izateko arriskua dagoelako.

134. Ondoko hauetako bat ez da preeklanpsia bat larritzat jotzeko gaur egungo irizpide diagnostikoen barruan sartzen.

a) Umetoki barneko hazkunde atzeratua.
b) Garuneko edo ikusmeneko nahasmenduak.
c) Epigastrioko edo eskuineko hipokondrioko min larria eta iraunkorra.
d) Serumeko kreatinina > 1,2 mg/dl.

135. Preeklanpsiaren tratamenduari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Labetalolarekin egiten den tratamenduak abantailak ditu hipertentsioaren aurkako beste farmakoen aurrean, eta, beraz, lehen aukerako tratamendutzat gomendatzen da.
b) Behin betiko tratamendua haurdunaldia amaitzea da.
c) Erabateko atsedena jarrera terapeutikoaren parte da.
d) Dietak normokalorikoa eta hiposodikoa izan behar du.

136. 34 aste baino gutxiagoko haurdunaldia eta preeklanpsiaren diagnostikoa dituen haurdun batean, ondoko egoera hauetako bat <u>ez</u> da haurdunaldia amaitzeko indikazio bat; adieraz ezazu zein den:

a) Magnesio sulfatoaren bidezko tratamendu profilaktikoarekin eteten ez diren eklanpsiaren prodromoak.
b) Giltzurrunen edota gibelaren funtzioa hondatua izatea.
c) Ahotiko labetalola 200 mg / 6 ordu hartuta kontrolatzen ez den hipertentsio larria.
d) Fetuaren ongizatea galtzea.

137. Magnesio sulfatoaren albo-ondorioei dagokienez, adieraz ezazu zein den erantzun <u>okerra</u>:

a) Ikusmen-akomodazioaren urritasuna, goragaleak, gorakoak eta zefalea eragin ditzake.
b) Azkar emateak flushing-sentsazioa, beroa eta presio arteriala jaistea eragin ditzake.
c) Farmakoa metatzen bada, arnas gutxiegitasuna edota bihotz-biriken gelditzea izateko arriskua dago.
d) Fetuaren bihotz-maiztasun eta aldakortasun basala areagotzen ditu.

138. Preeklanpsiaren sailkapenean, ondoko hauek guztiak larritasun-irizpidetzat hartzen dira, hau IZAN EZIK:

a) Oliguria.
b) Ikusmen-nahasmendu iraunkorrak.
c) Hemolisiaren datu analitikoak.
d) Adin gestazionalerako 3. pertzentiletik beherako fetu-pisua edo 10. pertzentiletik beherakoa, zilbor-arteriako pultsatilitatea handituta.

139. 35 asteko haurduna, duela gutxi preeklanpsia diagnostikatua, 160/110 mmHg-tik gorako tentsio-zifrak eta epigastralgia dituena. Zein da erantzun zuzena?

a) Larritasun-irizpideak dituen preeklanpsia bat da, eta, beraz, haurdunaldia 37. astean amaitzea programatuko da, amaren eta fetuaren ongizatea zorrotz kontrolatuta.
b) Hipertentsioaren aurkako tratamendua hastea da indikazioa, ahal dela labetalolarekin.
c) Larritasun-irizpideak dituen preeklanpsia bat da, eta, beraz, premiazko zesarea bidez haurdunaldia amaitzea da indikazioa.
d) Hipertentsioaren aurkako tratamenduaren helburua da berehala jaistea tentsio-zifrak, ahal dela 110/80 mmHg-tik behera.

140. Lehen aldiz haurdun dagoen emakumea, 34 aste eta 5 eguneko haurdunaldia duena. Larrialdietara joan da buruko mina, eskotomak eta eskuin hipokondrioko mina dituelako. TA 165/115. Hemograma, plaketak eta gibeleko proba normalak. Sedimentua: 3+ proteina. Fetu erreaktiboa. Zer jarrera iruditzen zaizu gomendagarriena?

a) Ingresua, atseden erlatiboa, zain barnetik labetalola ematea eta kontrol analitikoa 24 ordura.
b) Ingresua, zain barnetik labetalola eta magnesio sulfatoa ematea eta haurdunaldia amaitzea zesarea bidez, edo erditzea eragitea, egoeraren arabera.
c) Ingresua, zain barnetik analgesikoa ematea, zain barnetik labetalola eta muskulu barnetik kortikoideak ematea birikak heltzeko eta 24-48 ordura berriz ebaluatzea.
d) Ingresua, zain barnetik analgesia ematea eta erditzea eragitea.

141. Ondoko hauetatik zeinek iragartzen du ondoen haurdun dagoen emakume baten preeklanpsia baten larritasuna?

a) Hanketan edemak izateak.
b) sFlt-1/PIG erlazioak.
c) Proteinuriak.
d) Gorabehera elektrolitikoek.

142. Bigarren haurdunaldia duen 29 urteko emakumea. Haurdunaldiko 32. astean dago, eta buruko min handia duelako etorri da. TA 158/102 mmHg da eta edemak ditu beheko gorputz-adarretan. Gernu-analisi baten emaitza ekarri du, non 24 orduko proteinuriaren emaitza 420 mg baita, eta umetokiko arterien Dopplerrean erresistentzia handia eta aldebiko hozkadura (ebaki protodiastolikoa) ditu. Zein da koadro honen bilakaeran zuzenen parte hartzen duen mekanismo fisiopatologikoa?

a) Prostaziklina endotelialaren sintesia murriztea, giltzurrunetako basodilatazio konpentsatzailearekin.
b) Umetokiko arterien birmoldaketa egokia, baina ez nahikoa, plazentaren hipoperfusioa eragiten duena.
c) Inbasio trofoblastikorik eza eta disfuntzio endotelial sistemikoa eragiten duten faktore antiangiogenikoak askatzea.
d) Amak angiotentsina II-arekiko duen sentikortasuna handitzea eta bolemia efektiboa areagotzea.

143. Nola sailkatuko zenuke haurdunaldi bat, baldin eta haurdunaldiaren aurretik tentsio arterial normalak bazituen, 8. astean egindako lehenengo kontsultan 140/90 mmHg-ko TA detektatu bada, 28. astean 170/90 mmHg-ko TA, edemarik gabe eta 300 mg-ko 24 orduko proteinuriarekin?

a) Preeklanpsia arina.
b) Preeklanpsia larria.
c) Haurdunaldiak eragindako HTA.
d) Hipertentsio kronikoa eta preeklanpsia.

144. Bigarren haurdunaldia duen 30 urteko emakumea. GMI 30 du. Haurdunaldiko 28. astean etorri da, kontrolerako. O`Sullivan-en testean 160 mg/dL-ko gluzemia izan du. Gainkarga-testa egin da 100 g glukosarekin, eta bi balio alteratu eman ditu. Tratamendu gisa dieta eta ariketa agindu zaizkio. Astebetera, gluzemia 108 mg/dL da baraurik, eta 160 mg/dL jan eta ordubetera. Zer jokabide izan behar da?

a) 100 g-ko glukosaren ahotiko gainkarga errepikatzea bi astera.
b) Intsulinarekin tratamenduari ekitea.
c) Metmorfina gehitzea lehenengo tratamendu-aukera gisa.
d) Ospitaleratzea eta gluzemiak monitorizatzea.

145. Ondoko hauetako bat ez da haurdunaldiko lehenengo hiruhilekoan O'Sullivan-en testa egiteko indikazio bat.

a) Arriskuko talde etniko bateko kide izatea.
b) Haurdunaldiko diabetes mellitusaren aurrekari pertsonalak izatea.
c) Gorputz-masaren indizea (GMI) 25 kg/m2 baino handiagoa izatea.
d) Lehenagoko haurdunaldi batean makrosoma izatea.

146. Haurdunaldiarekin gehien lotzen den eta amaren eta fetuaren pronostikoari eragiten dion alterazio metabolikoa ondoko hau da:

a) Hipotiroidismoa.
b) Diabetes mellitusa.
c) Diabetes zaporegabea.
d) Hipoparatiroidismoa.

147. Zer kasutan eskatuko zenioke O´Sullivan-en test bat emakume haurdun bati lehenengo hiruhilekoan?

a) Adina: $\geq$ 35 urte.
b) Erditze-kopurua: $\geq$ 3.
c) CRL handia adin gestazionalerako.
d) GMI: < 30.

148. Aukeratu zein den erantzun zuzena haurdunaldiko diabetesaren baheketari dagokionez:

a) Polihidramniosa duen hirugarren hiruhilekoko haurdun batean, haurdunaldiko diabetesa baztertzeko, O´Sullivan-en testa eskatuko da.
b) 180 mg/dl-tik gorako ausazko gluzemia bat haurdunaldiko diabetesaren diagnostikoa da.Ez daukagu glukosaren ahotiko gainkarga eskatu beharrik.
c) Obesitatea arrisku-faktore bat da GMI 35etik gorakoa bada.
d) O´Sullivan-en testa egiteko, ez da beharrezkoa baraurik egotea.

149. Ondoko egoera hauetako zeinetan eskatuko zenuke O´Sullivan-en testa haurdunaldiko lehenengo hiruhilekoan?

a) GMI (gorputz-masaren indizea) 29 kg/m2 duten emakumeetan.
b) Amonak intsulina-mendeko diabetesa duenean.
c) 34 urteko haurdunetan.
d) Aurrekoetatik bat ere ez.

150. Ondoko azterketa hauetako zein jartzen da zalantzan gaur egun fetuaren heriotza aztertzeko protokoloan?

a) Fetuaren azterketa genetikoa.
b) Fetuaren eta amaren arteko odoljarioaren azterketa.
c) Sortzetiko tronbofilien azterketa.
d) Plazentaren azterketa anatomopatologikoa.

151. Zer aldi hartzen du jaioberriko heriotza goiztiarrak?

a) Bizitzako lehen 24 orduetan gertatzen den heriotza da.
b) Jaiotzetik bizitzako 28. egunera bitartean gertatzen den heriotza da.
c) Bizitzako lehenengo astean gertatzen den heriotza da.
d) Bizitzako lehenengo orduan gertatzen den heriotza da.

152. Sindrome fosfolipidikoari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Errepikapeneko abortuaren kausa tratagarri nagusia da.
b) Sortzetiko tronbofilia bat da, fosfolipidoen aurkako antigorputz zirkulatzaileak izatea ezaugarri duena.
c) Fosfolipidoen aurkako antigorputzetakoren bat izate hutsa nahikoa da
d) diagnostikoa egiteko.
e) EZ da egokia tratamendua aspirinarekin edo heparinarekin egitea.

153. Jotzen da adin gestazionalerako txikiak diren (TAG) fetuen % 5 inguru kausa infekziosoen ondorioz direla txikiak. Maizen parte hartzen duen patogenoa hau da:

a) ZMB (zitomegalobirusa).
b) Toxoplasma.
c) Sifilisa.
d) Gripearen birusa.

154. Hipotiroidismo subklinikoa duen eta L-Tiroxina bidez tratatzea erabaki dugun haurdun baten aurrean, hau da helburua:

a) TSHaren maila 2,5 mUI/I-tik behera mantentzea lehenengo hiruhilekoan.
b) TSHaren maila 3 mUI/I-tik behera mantentzea bigarren hiruhilekoan.
c) TSHaren maila 3 mUI/I-tik behera mantentzea hirugarren hiruhilekoan.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

155. GIBaren transmisio bertikalerako arrisku handiena duen aldia honako hau da:

a) Ernalketa gertatzen den unea.
b) Erditzea.
c) Hirugarren hiruhilekoa.
d) Bigarren hiruhilekoa.

156. Ondoko baieztapen hauetako bat okerra da mifepristonari dagokionez. Adieraz ezazu zein den:

a) Umetokiak misoprostolarekiko duen sentikortasuna areagotzen du.
b) Deziduaren nekrosia eragiten du.
c) Umetoki-lepoa heltzea eragiten du.
d) Haren farmakozinetika lineala da.

157. Gernubideetako infekzioari eta haurdunaldiari dagokienez, GBItzat (gernubideetako infekzio) hartzen da, baldin eta:

a) Gernu-kultiboan uropatogeno bakar baten >100.000 unitate kolonia-formatzaile (UKF)/ml badaude berezko mikzio bidez lortutako gernuan.
b) Gernu-kultiboan uropatogeno bakar baten >1.000 unitate kolonia-formatzaile (UKF)/ml badaude maskuri-zunda bidez lortutako gernuan.
c) Edozein kantitate, lagina pubis gaineko ziztada bidez lortzen bada.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

158. Ondoko farmako hauetatik zein <u>ez</u> da gomendatzen lupus eritematoso sistemikoa duen haurdun batentzat?

a) Prednisona
b) Azatioprina
c) Ziklofosfamida
d) Hidroxiklorokina

159. Haurdunaldi aurreko diabetesa duen paziente baten testuinguruan, ondoko egoera hauetako zeinetan <u>ez litzateke ez-gomendagarria izango</u> haurdunaldia?

a) Kardiopatia iskemikoa.
b) HbA1c-aren mailak % 10etik gorakoak izatea.
c) Tratamendu farmakologikoan dauden nefropatia eta hipertentsio arteriala.
d) Neuropatia autonomiko larria.

160. Diabetes mellitusa duen paziente bati haurdunaldiaren aurretik aholku ematean eta tratamendua jartzean, zer neurri ez da zuzena?

a) Gluzemia maila normaletan dagoen denborak (TIR) % 70etik gorakoa izan behar du.
b) Gluzemiaren kontroleko helburuek zorrotzagoak izan behar dute haurdunaldiaren aurretik, eta HbA1c-aren maila % 5,5 edo txikiagoa izatea lortu behar da arrazoi horregatik malformazioak izateko arriskurik izan ez dadin.
c) Pazientea estatinekin tratamenduan badago, tratamendu hori eten egin behar da, arrisku teratogenikoa dela eta.
d) Giza intsulina erabiltzea gomendatzen da, nahiz eta badiren intsulina motelaren eta azkarraren analogoei buruzko zenbait azterketa, aukera seguru eta eraginkorrak direla adierazten dutenak.

161. Diabetes mellitusari eta haurdunaldiari buruzko zer baieztapen EZ da zuzena?

a) Diabetesa arrisku-faktore bat da preeklanpsia garatzeko; hori dela eta, ahotiko AAS bidezko tratamendua agindu behar da, edozein dela ere preeklanpsiaren baheketa sekuentzialaren emaitza.
b) Erretinopatia diabetikoa ez da bagina bidez erditzeko kontraindikazio bat.
c) Nefropatia diabetiko larria duten pazienteek arrisku handiagoa dute sortzetiko malformazioak izateko.
d) Sortzetiko anomaliarik ohikoena sortzetiko kardiopatia da, eta, haren ondoren, nerbio-sistema zentraleko malformazioak.

162. Haurdunaldi aurretik I. motako diabetesa duten haurdunen kontrol metabolikoan, gluzemien TIR denbora 63 eta 140 mg/dl artean egoten da. Zein da TIR optimoa?

a) > % 70.
b) > % 50.
c) % 30-50.
d) < % 10.

163. Haurdunaldiko GIB infekzioari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) GIBaren testa eskatuko zaie lehenengo hiruhilekoan haurdun guztiei. Hirugarren hiruhilekoan, haurdunak GIBak eragindako infekzioa izateko arrisku-faktoreak baditu soilik errepikatuko da.
b) Jaio aurreko diagnostiko-teknika inbaditzaile bat egitea beharrezkoa bada, hala nola amniozentesia, karga biral detektaezina duen tratamendu antirretrobiralarekin egingo da, eta, ahal bada, proba ez-inbaditzaile bat egiteko aukera aztertuko da, amaren odolean zirkulatzen duen DNA librea, adibidez.
c) GIBa duen haurdunaren baginako erditzean, erditze instrumentala egin behar bada, egokiagoa izan daiteke bentosa erabiltzea forzepsa edo espatulak baino.
d) Tratamendu antirretrobirala eten egin behar da erditzean.

164. 38. astean dagoen primigesta, atsedeneko disnea, takikardia eta edemak dituena. Premiazko ekokardiograman ikusi da ezker bentrikuluko eiekzio-frakzioa % 28koa dela eta ezker bentrikulua dilatatuta dagoela. Erditzean zeharreko miokardiopatia berretsi da. Pazientea hemodinamikoki egonkor dago, eta oxigeno-asetasuna ona da. Fetuaren KTGa erreaktiboa da. Zein da hasierako maneiu-estrategia onena?

a) Ama egonkortzea lakioko diuretikoekin, beta-blokeatzaile seguruak ematea haurdunaldian eta erditzea planifikatzea amaren eta fetuaren egoeraren arabera.
b) AEBIak ematea eta beta-blokeatzaileekin berehala hastea haurdunaldiak irauten duen bitartean.
c) Premiazko zesarea egitea ama hiltzeko arrisku handia dagoelako.
d) Erditzea atzeratzea ezker bentrikuluko eiekzio-frakzioa > % 40 izan arte, bihotz-deskonpentsazioa saihesteko.

165. Lehenengo aldiz haurdun dagoen emakumea, gero eta neke handiagoa eta palpitazio arinak dituela adierazten duena. Analisiaren emaitzak hauek dira: Hbg 9,2 gr/dl, batez besteko bolumen korpuskularra 72 fl, ferritina 8 ng/ml, transferrina areagotua eta transferrina-asetasuna % 10. Odol-frotisean nabarmentzekoak dira mikrozitosia eta hipokromia. Zein da diagnostikorik probableena?

a) Anemia megaloblastikoa, B12 bitaminaren edota folatoen urritasunagatik.
b) Beta talasemia txikia.
c) Diluzio bidezko haurdunaldiko anemia.
d) Haurdunaldiak berezkoa duen anemia ferropenikoa.

166. 22 urteko pazientea, lehendik kolitis ultzeradunaren hiru agerraldi izan dituena, zeinek erantzun ona izan baitzuten esteroideen eta 5-ASAren aurrean. Gaur egun, sintomarik gabe dago, eta 5-ASArekin tratamenduan. Haurdun geratzeko aholkua eskatu dizu. Zein izango litzateke erantzun zuzena?

a) Ez dago loturarik haurdunaldiaren eta kolitis ultzeradunak okerrera egitearen artean.
b) Haurdun dauden pazienteen erdiek kolitis-agerraldi bat izango dute, baina 5-ASA eta esteroideak segurtasunez erabil daitezke.
c) Ezin da 5-ASA erabili, haren efektu teratogenikoak direla eta.
d) Haurdunaldiak “babes-efektu” bat eragiten du agerraldiekiko, eta ikusten da estatistikoki nabarmen egiten dutela behera haurdunaldian.

167. Haurdunaldian epilepsiaren kontrako botikak erabiltzeari dagokionez, adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA:

a) Medikazioa ez da utzi behar.
b) Badirudi karbamazepinak malformazioak izateko arriskua areagotzen duela.
c) Epilepsiaren kontrako botikak erabiltzearekin gehien lotzen diren malformazioak aho-aurpegietako anomaliak dira, hala nola ahosabai-arraila eta erbi-ezpaina.
d) Ahal den orotan, haurdunaldian politerapiatik monoterapiara pasatzea gomendatzen da.

168. Haurdunaldian GIBak eragindako infekzioari dagokionez, adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA:

a) Garaia baino lehen jaiotzeko, umetoki barneko hazkunde atzeratua izateko eta umetoki barnean hiltzeko arrisku handiagoarekin lotzen da.
b) Fetuak malformazioak izateko arriskua areagotzen du.
c) Haurdunak garai aurreko erditzea izateko arriskua badu, zidobudina emango zaio tratamendu tokolitikoarekin, edozein dela ere aldez aurretik egin den terapia, eta hura hartzen jarraituko du.
d) Aukerako zesareak nabarmen murrizten du transmisio bertikalaren arriskua, baginako erditzearekin alderatuta.

169. Barizelarekiko esposizioan dauden paziente obstetrikoekin izan behar den jarrerari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Esposizioan dauden paziente obstetriko guztiek, aldez aurreko immunitaterik baduten ziurra ez denean, immunizazio-egoeraren zehaztapen serologikoa egin behar dute.
b) Komeni da immunoglobulina espezifikoa ematea immuneak ez diren eta barizelarekiko esposizioan dauden paziente obstetrikoei.
c) Kontaktua izan ostean immunoglobulina emateko gehieneko epea 96 ordu da.
d) Barizela-Zosterren birusarekiko immunitaterik ez duten haurdunek haurdunaldian har dezakete txertoa, primoinfekzioa prebenitzeko.

170. Adieraz ezazu zer eragin dezakeen indometazina denbora luzez erabiltzeak:

a) Hipotentsioa.
b) Arteria-hodia garaiz aurretik ixtea.
c) Plazentaren gutxiegitasuna.
d) Fetuaren hidropesia.

171. Adieraz ezazu zein den erantzun zuzena lupus eritematoso sistemikoa duten emakumeen haurdunaldiari dagokionez:

a) Ez dio ugalkortasunari eragiten.
b) Haurdunaldian, agerraldiak maizago gertatzen dira eta larriagoak izaten dira.
c) Puerperioan, gaixotasuna ez da berraktibatzen.
d) Anti-Ro antigorputzak eta fetuaren blokeo aurikulobentrikularra dituen emakume batek arrisku txikiagoa du hurrengo haurdunaldian fetuaren blokeo aurikulobentrikularra izateko.

172. Nerabezaroko haurdunaldiari dagokionez, ondoko erantzun hauetatik zein da zuzena?

a) 15 urtetik beherakoen kasuan, adinari lotutako arrisku medikoa dago, jaiotza inguruko hilkortasuna eta erikortasuna handiagoak direlako.
b) Gaur egun, nerabeen haurdunaldia ez da arriskukotzat jotzen.
c) EZ dago alderik kontrolatutako haurdunaldi baten eta kontrolatu gabeko baten artean, haurdun dagoena nerabea denean.
d) Nerabeek EZ dute arreta berezirik behar, ezta beren adinari egokitutako erantzun berezirik ere profesionalen aldetik.

173. Haurdunaldian umetoki-lepoko minbiziaren maneiuari dagokionez, ondoko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Azterketa klinikoa eta umetoki-lepoko minbiziaren egiaztapen histologikoa nahitaezkoak dira.
b) Berrespen anatomopatologikoa kolposkopia bidez bideratutako edo kono txikiko biopsia bidez lor daiteke (azken hori haurdunaldiko lehenengo hiruhilekoan soilik da egokia).
c) Haurdunaldian umetoki-lepoko minbizia duten pazienteen estadifikazio klinikorako gehien erabiltzen diren irudi bidezko azterketa-metodoen artean, pelbiseko erresonantzia magnetikoa edo ekografia aditua daude, lehen mailako azterketaren barruan.
d) PET-OT, gadolinio-oinarriko kontrastearekin, egin daiteke haurdunaldian.

174. Histeroskopiaren konplikazio hauetako zein lotzen da distentsio-bidearekin?

a) Umetokia zulatzea.
b) Hiponatremia.
c) Atxikidurak sortzea.
d) Mina.

175. Obulutegi polikistikoaren irizpide diagnostiko ekografikoei dagokienez, adieraz ezazu zein den erantzun <u>OKERRA</u>:

a) Obulutegian 2-9 mm-ko diametroa duten 12 folikulu edo gehiago izatea edota obulutegi-bolumena 10 ml baino handiagoa izatea.
b) Bi obulutegietan izan behar da.
c) Ez da aplikagarria hormona bidezko antisorgailuak hartzen dituzten emakumeentzat.
d) Hileko zikloa duten emakumeetan, fase folikular goiztiarrean egingo da.

176. Erditze-gelatik jakinarazi dizute erditze-fase aktiboan dagoen 14 urteko haurdun bat ospitaleratu dela. Adieraz ezazu zein den erantzun okerra:

a) Adina arrisku obstetrikoko faktore bat da.
b) Anemia ohikoagoa da haurdun dauden nerabeen artean.
c) Amagandiko edoskitzearen kasuan, hezurrak desmineralizatzeko arriskua zaindu beharko da.
d) Zesarea ez da hain ohikoa haurdun dauden nerabeen artean haurdunaldia amaitzeko.

177. Haurdun dauden nerabeen kasuan, adieraz ezazu nolakoa izan behar duen erditu aurreko kontrolak:

a) Fetuaren Medikuntza Unitateetan egin behar da.
b) Osasun Ministerioaren erditze arruntaren arretari buruzko praktika klinikoko gidan adierazitakoak baino bisita gehiago behar dituzte.
c) Beharrezkoa da jaio aurreko ebaluazio zehatza eta multizentrikoa egitea, paziente kalteberak identifikatzeko eta abusuak baztertzeko.
d) Garrantzitsua da arreta zenbait emaginek ematea, izan daitezkeen arrisku-faktoreak identifikatzeko.

178. Misoprostola E1 prostaglandinaren analogo bat da, eta haurdunaldia borondatez eteteko tratamendu farmakologikoaren parte da. Farmako horri dagokionez, adierazi zein den erantzun okerra:

a) Hauek dira misoprostola emateko bideak: irenstea, ahoan disolbatzea, mihipean jartzea eta bagina bidez ematea.
b) Albo-ondorio gehixeago izaten dira ahoan disolbatuta ematean bagina bidez ematean baino.
c) Bagina bidez ematen den misoprostola eraginkorragoa da irentsita hartzen dena baino, eta albo-ondorio gutxiago ditu mihipean jarrita edo ahoan disolbatuta ematen denak baino.
d) Misoprostol hezea erabiltzeak abantailak ditu misoprostol lehorrarekin alderatuta.

179. Adieraz ezazu ondoko hauetako zein EZ duen barne hartu behar aholku genetikoaren praktikak:

a) Gaixotasun baten aukera estatistikoa zehazteko aukera ematen duten familia-aurrekarietan oinarritutako historia.
b) Gaixotasunaren herentzia-motari, arriskuei, ondorioei eta tratamendu-aukerei buruzko informazioa.
c) Baliabide psikosozial publiko eta pribatuei buruzko informazioa.
d) Hartu behar den jarrerari buruzko iritzia.

180. Erditze-fase aktiboan dagoelako ospitaleratze-solairutik erditze-gelara igaro den paziente baten berri emateko deitu dute. Gaur goizean dinoprostona-gailu bat jarri zaio haurdunaldia luzatzeko bidean zegoelako, eta galdetu digute ea zenbat denbora igaro behar duen gailua kentzen denetik oxitozina-perfusioa hasi bitartean, halakorik beharko balitz.

a) 4 ordu.
b) 1 ordu.
c) Ordu-erdi.
d) Erditzea eragiteko dinoprostona eman zaionez, ez da egokia oxitozina ematea.

181. Faktore hauetako zein EZ da sartzen erditzeko lana induzitu aurretik umetoki-lepoaren heldutasuna ebaluatzeko Bishop-en puntuazioan?

a) Umetoki-lepoaren dilatazioa.
b) Umetoki-lepoaren trinkotasuna.
c) Fetuaren aurkezpenaren egoera.
d) Umetoki-lepoaren luzera.

182. Adieraz ezazu zer izan litekeen beharrezkoa erditze barruko fetuaren ongizate-galera kudeatzeko:

a) Erritodrina edo atosibana erabiltzea.
b) Ezkerreko alborantz etzatea.
c) Oxitozina-perfusioa etetea.
d) Guztiak izan daitezke beharrezkoak.

183. Erditzean fetuaren buru-azaleko odoletik lortutako balio hauek azidosi-mota bat zehazten dute; adieraz ezazu zein den (pH-a < 7,25 / PCO2 > 60 mmHg / base-soberakina muga normalen barruan):

a) Ez dago behar beste informazio azidosi-mota bat zehazteko.
b) Arnas azidosia.
c) Azidosi metabolikoa.
d) Azidosi mistoa.

184. Haurdun dagoen emakumea. Haurdunaldiko 39. astean dago, erabateko dilatazioa du, fetuak ezkerreko aurreko posizio okzipital-iliakoa du (EAOI) eta Hodge-ren hirugarren planoko aurkezpena du. Fetuak bradikardia du, minutuko 70 taupada, eta egiaztatu da azidosi metabolikoa dagoela (7,18ko pH-a, 45 mmHg-ko PCO2-a, gehiegizko baseak, –6 mEq/L-ko). Zein izango litzateke jarrera zuzena?

a) Premiazko zesarea egitea.
b) Fetua forzeps bidez ateratzea.
c) Haurdunari pultsoximetroa jartzea oxigeno-asetasuna zein den jakiteko.
d) Amari oxigenoa jartzea eta 10 minutura pH-a errepikatzea.

185. Erditze-fase aktibo luzatuaren aurrean izan behar den jarrerari dagokionez:

a) Mintzak osorik badaude, amniorrexia eskaini behar zaio pazienteari.
b) Erditzearen fase aktiboaren luzatzetzat hartzen da azken miaketatik ordubete igaro ostean dilatazioan 1 cm baino gehiago aurreratu ez bada.
c) Jarrera baloratzeko, baginako miaketa bat eskainiko da 1-2 orduz behin.
d) Pazienteak analgesia neuroaxiala badu, perfusio analgesikoa eten egingo da, erditzeak aurrera jarrai dezan.

186. Adieraz ezazu zer gomendatzen den erditzearen lehenengo etaparen fase aktiboa atzeratzen ari delako susmoa izanez gero:

a) Amniorrexia, zorroa osorik badago.
b) Fase aktiboaren atzerapena zehaztu ondoren, oxitozina bidezko estimulazioa eskainiko da.
c) Baginako ukipena, oxitozina bidez 4 orduz estimulatu ondoren. Dilatazioaren aurrerapena 2 cm baino txikiagoa bada, zesarea bat egiteko aukera aztertu.
d) Aurreko guztiak.

187. Erditze-lana hasi duen emakume haurdun batean, honako irizpide hauek betetzen direnean gomendatzen da amaetxean onartzea.

a) Umetokiaren dinamika erregularra izatea, umetoki-lepoaren % 50 baino gehiago ezabatua izatea eta 3-4 cm-ko dilatazioa izatea.
b) Edozein uzkurdura bakan umetoki-lepoa luzea bada eta itxita badago baina aurreratutako erditzearen aurrekariak badaude.
c) Muki-tapoia galtzea eta uzkurdurak izatea.
d) 3 cm-ko dilatazioa izatea, dinamika erregularrik izan ez arren.

188. Arrisku txikiko haurdunaldietan, adieraz ezazu zer gomendatzen den harrerako kardiotokografiari dagokionez:

a) Haurdun dauden emakume guztiei egitea, ohituraz.
b) Amnioskopia sistematikoarekin konbinatzea.
c) Hasierako balorazioan ohituraz ez erabiltzea.
d) 30 bat minutuz mantentzea ospitaleratu aurretik.

189. Erditzeko lan normalean, adieraz ezazu zein den erantzun zuzena errutinazko enemari dagokionez:

a) Dilatazioa laburtzeko eta esfinterreko lesioak saihesteko gomendatzen da.
b) Ez da gomendatzen errutinaz erabiltzea.
c) Beti egin behar da erditze instrumental baten aurretik.
d) Multiparoetan soilik dago kontraindikatuta.

190. Erditzearen fase aktiboan, adieraz ezazu nola gomendatzen den emakumea artatzea:

a) Aldizka, obstetrak bakarrik.
b) Banaka eta modu jarraituan, emagin baten eskutik.
c) Obstetrak, analgesia neuroaxiala eskatzen bada.
d) Urruneko monitorizazio bidez, aurrez aurreko etengabeko arretaren beharrik gabe.

191. Aurrera normal egiten duen baginako erditze batean, aukeratu erantzun zuzena amniorrexia artifizialari eta oxitozinaren perfusioari dagokienez:

a) Errutinaz gomendatzen dira erditzearen iraupena murrizteko.
b) Multiparoetan soilik gomendatzen dira.
c) Ez dira errutinaz egin behar.
d) Beti agintzen dira partograma erabili aurretik.

192. Erditzean partograma erabiltzen bada, adieraz ezazu zer eredu gomendatzen den:

a) 2 orduko ekintza-lerroa duena.
b) 4 orduko ekintza-lerroa duena.
c) Lerro bikoitzekoa, orduz ordu ezinbestean ukipenak eginez.
d) Edozein eredu, ez baitago lehentasunik.

193. Baldintza normaletan, adieraz ezazu zenbatean behin egin beharko liratekeen baginako miaketak dilatazioan:

a) 3 orduz behin.
b) 2 orduz behin.

c) 4 orduz behin.
d) Iristen denean eta egozpen-fasearen amaieran.

194. Fase aktiboa atzeratu izanaren susmoa badago eta mintzak osorik badaude, adieraz ezazu zer pauta gomendatzen den:

a) Oxitozina ematea eta 30 minutura baloratzea.
b) Amniorrexia egitea eta 2 ordura berriz ebaluatzea; aurrerapena 1 cm baino txikiagoa bada, dilatazioaren atzerapena diagnostikatzen da.
c) Zesarea agintzea desproportzio-susmoagatik.
d) 6 ordu itxarotea ezer egin baino lehen.

195. Sorbalden distoziarako arrisku-faktore hauetatik, adieraz ezazu zeinek duen loturarik estuena distoziarekin.

a) Sorbalden distoziaren aurrekari bat izatea.
b) Haurdunaldiko diabetesa.
c) Erditzea erditze instrumental gisa amaitzea.
d) Fetuaren makrosomia.

196. Ondoko hauetako bat hautaketa-irizpide bat da garaiko ipurdizko aurkezpen batean erditzeko bidea aukeratzeko.

a) Diametro biparietala (DBP).
b) Amaren adina.
c) Pelbimetria klinikoa.
d) Erditu izana.

197. Adieraz ezazu zein den erantzun zuzena erditze-gelan erditze aktiboko fasean dagoen emakume haurdun baten kasuan, non kokotsa haztatzen baitugu gida-puntu gisa:

a) Fetuaren kokotsa aurrerantz edo pubiserantz dagoen kasuetan, erditze baginala egin daiteke.
b) Fetuaren kokotsa atzerantz edo errainalderantz dagoen kasuetan, erditze baginala egin daiteke.
c) Fetuaren kokotsa aurrerantz edo atzerantz dagoen kasuetan, egokia da zesarea aukeratzea.
d) Fetuaren kokotsa aurrerantz edo atzerantz dagoen kasuetan, egokia da erditze baginala aukeratzea.

198. Adieraz ezazu zer egin behar den sorbalden distozia baten aurrean:

a) Emakumeari eskatu bultzatzen segi dezala, sorbaldak askatzea errazteko.
b) Baginaren ukipena egin, zilborrestearen buelta bat badago hura mozteko.
c) Episiotomia bat egin berehala.
d) Fetuaren posizioa aztertu, amaren abdomenaren gainean presioa zer norabidetan egin behar den adierazteko.

199. Paziente bat erditze-gelan miatzean, gida-puntu gisa kokotsa iradokitzen duen hezur-irtengune bat haztatzen da. Zer baieztapen da zuzena?

a) Fetuaren kokotsa aurrerantz dagoen kasuetan, ezin da erditze baginala egin.
b) Fetuaren kokotsa atzerantz dagoen kasuetan, ezin da erditze baginala egin.
c) Fetuaren kokotsa aurrerantz nahiz atzerantz dagoen kasuetan, zesarea egitea da indikazioa.
d) Fetuaren kokotsa aurrerantz nahiz atzerantz dagoen kasuetan, emakume multiparoa bada, erditze baginala egin daiteke.

200. Zein da buruzko aurkezpen deflexionatuaren aldaerarik distozikoena?

a) Sinzipuzioa.
b) Kopeta.
c) Aurpegia.
d) Aurrekoetatik bat ere ez.

201. Erditzearen bigarren etapan, ondoko hau da bultzatzeen inguruko gomendio orokorra:

a) Egozpen-fasearen hasieratik bultzatze bideratuak agintzea pazienteak analgesia neuroaxiala badu.
b) Berezko bultzatzea gomendatzea; bultzatzeko sentsaziorik ez badago, ez bideratu fase pasiboa amaitu arte.
c) Amak ez bultzatzea burua ondo ikusten den arte.
d) Bultzatzeak mugatzea analgesia neuroaxialik ez duten emakumeei.

202. Erditzearen bigarren etapan perineoko trauma prebenitzeko, gidak ondoko hau gomendatzen du:

a) Erditzean perineoko masajea egitea.
b) Perineoko eremuan anestesiko lokala ematea.
c) Konpresa beroak jartzeko aukera ematea.
d) Erdigabeei episiotomia profilaktikoa egitea.

203. Berezko erditzean episiotomia egiteari dagokionez, adieraz ezazu zein den erantzun zuzena:

a) Errutinaz egiteak perineoko lesioak prebenitzen ditu.
b) Ez da errutinaz egin behar.
c) Egokia da analgesia epidurala duten haurdun guztientzat.
d) Lehenerdiei egin behar zaie.

204. Episiotomia bat egiten denean, ondoko teknika hau gomendatzen da:

a) Erdikoa edo 15°-ko angeluarekin.
b) Erdi-albokoa, ardatz bertikalarekiko 45° eta 60° arteko angeluarekin.
c) Erabat albokoa, 90°-ko angeluarekin.
d) Ez da teknika zehatz bat lehenesten.

205. Perineoko bigarren mailako urradura bat konpontzeko, ondoko jostura-teknika hau gomendatzen da:

a) Jostura etena plano guztietan.
b) Jostura jarraitua.
c) Inoiz ez da beharrezkoa perineoko muskulua konpontzea.
d) Birxurgatzen ez den materialarekin jostea.

206. Erditze normalean Kristeller-en maniobra egiteari dagokionez:

a) Egozpenari laguntzeko gomendatzen da.
b) Analgesia epidurala duten multiparoei soilik egiten zaie.
c) Ez da gomendatzen.
d) Gomendagarritzat jotzen da bultzada eraginkorrik ez badago.

207. Zesarea baten ondoren erditze baginal bat izateari dagokionez, adierazi zein den erantzun <u>okerra</u>:

a) Erditze baginalerako kontraindikaziorik ez badago, egokia da bagina bidez erditzen saiatzea.
b) Aurreko zesarean zer motatako ebakia egin zen jakin ezean, aukerako zesarea bat agindu behar da.
c) Aurreko zesarea duela 18 hilabete baino gutxiago izan bazen, haurdunari jakinarazi behar zaio umetokia hausteko arrisku handiagoa dagoela.
d) Aurretik zesarea bat izan osteko erditze baginalaren arrakasta-tasa % 72 - % 76 artekoa da, eta % 90era irits daiteke aurretik erditze baginal bat izan bada.

208. Zesarearen ondorengo erditze baginalari buruzko baieztapen hauetako bat okerra da:

a) Aurrez zesarea bat izan osteko garai aurreko erditzeak eta garaiko erditzeak arrakasta bera dute, erditze baginala lortzeari dagokionez.
b) Erditzea E2 prostaglandinekin eragitea seguruagoa da oxitozinarekin eragitea baino.
c) Umetokian egindako ebakia % 100 ezagutzen ez bada baina
d) zeharkako segmentarioa izateko probabilitate handia badago, erditze baginala probatzeko aukera eskain dezakegu.
e) Ez dago frogatuta errutinaz barne-presioko kateter bat erabiltzea onuragarria denik.

209. Ondoko hauetako bat ez da erditze instrumentalerako erabateko kontraindikazio bat:

a) Birusek eragindako amaren infekzioak (hepatitisa, GIBa).
b) Pelbisaren eta buruaren arteko desproportzioaren susmoa.
c) Fetuak hausturak izateko aurretiko joera (osteogenesi inperfektua…).
d) Fetua kopetaz edo aurpegiz egotea.

210. Erditze-gelan hirugarrenez haurdun dagoen emakume bat dago, 39 aste eta 5 eguneko haurdunaldiarekin, erabateko dilatazioarekin. Pazienteak duela 7 eguneko hemograma bat ekarri du, zeinak emaitza hauek baititu: 3,33 x10^6 hematie; Hb: 8,5 g/dl; Hto.: 26; batez besteko bolumen korpuskularra: 77,6 fl; batez besteko hemoglobina korpuskularra: 24 pg; batez besteko hemoglobina korpuskularraren kontzentrazioa: 34 g/dL; 10.660 leukozito, % 77,5 neutrofiloak, % 15 linfozitoak, 279.000 plaketa. Zein izango da jokabiderik eraginkorrena paziente horrekin une horretan?

a) Emaginari erditzearen maneiu aktiboa egin dezan gomendatzea.
b) Hemograma errepikatzea.
c) Burdina parenteralarekin tratamendua bideratzea, badirudi-eta ez duela burdinaren xurgapen gastriko egokia.
d) Odola premia handiz eskatzea, transfusioa berehala hasteko.

211. Ondoko hauetako zein da erditu osteko odoljario goiztiarraren kausarik ohikoena?

a) Umetokiaren atonia.
b) Plazenta accreta izatea.
c) Umetokia haustea.
d) Plazenta-hondarrak geratzea.

212. Erditzearen hirugarren etapa luzetzat jotzen da epe honetan osatzen ez bada:

a) 20 minutuan maneiu aktiboarekin eta 40 minutuan berezko erditzean.
b) 30 minutuan maneiu aktiboarekin eta 60 minutuan berezko erditzean.
c) 45 minutuan, analgesia epiduralik ez dagoen kasuetan.
d) 90 minutuan, maneiua edozein dela ere.

213. Erditze bideratuan, erditze osteko odoljarioaren profilaxirako ondoko hau ematea gomendatzen du gidak:

a) 5 UI oxitozina muskulu barnetik.
b) 10 UI oxitozina zain barnetik, poliki.
c) 20 UI oxitozina bolo azkarrean.
d) Metilergometrina muskulu barnetik.

214. Adieraz ezazu noiz den egokia POSEren testa edo uzkurduren tolerantziaren proba:

a) Aurretik hiru zesarea dituzten emakume haurdunen kasuan, erditze-proba gisa.
b) Kronologikoki luzatutako haurdunaldian 41. eta 42. asteen artean, zaintza gisa.
c) Uzkurduren % 50en baino gehiagoan dezelerazio berantiarrak agertzen dituen dezelerazio-patroi bat duen KTG (kardiotokograma) batean.
d) Test ez-estresatzaile ez-erreaktiboa duten haurdunen kasuan.

215. Amniozentesia egin ondoren garai aurreko mintzen haustura goiztiarrari dagokionez, zuzena da hau:

a) Pronostikoa berezko hausturak duenaren antzekoa da.
b) Amniozentesien % 5en, likido amniotikoaren aldizkako galera arin edo ertaina gertatzen da.
c) Berezko hausturetan bezala, likido amniotikoaren galera automugatzeko probabilitatea oso txikia da.
d) Haustura gorago gertatu ohi da zorro amniotikoan berezko hausturetan baino.

216. Adieraz ezazu zein den abortu goiztiarraren irizpide ekografiko diagnostiko bat:

a) Gutxienez 7 mm neurtzen duen enbrioia izatea, bihotz-taupadarik ez duena.
b) Besikula germinalaren tamaina gutxienez 20 mm-koa izatea, enbrioirik objektibatu gabe.
c) Bihotz-taupadak dituen enbrioia izatea, bitelo-besikularik gabeko besikula germinala bistaratzen deneko ekografia egin eta 2 astera, gutxienez.
d) A eta B zuzenak dira.

217. Falopioren tronparen barruan, adieraz ezazu zein den haurdunaldi ektopikoaren kokapenik ohikoena:

a) Adarrekoa.
b) Umetoki-istmokoa.
c) Anpoilakoa.
d) Finbrietakoa.

218. Haurduntza ektopikoaren tratamendua ondoko honekin egiten da eskuarki:

a) Metotrexatoa muskulu barnetik, injekzio bat edo batzuk emanda.
b) Metotrexatoa zain barnetik, injekzio bat edo batzuk emanda.
c) Metotrexatoa ahotik, konprimatu bat edo bi emanda.
d) Metotrexatoa zaku barnean, ekografiaz gidatuta.

219. Adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA haurduntza ektopikoaren tratamendu laparoskopikoari dagokionez:

a) Kontrako aldean tronpa osasuntsu bat badago, ez dago argi salpingostomia egin behar denik salpingektomiaren ordez.
b) Salpingostomiak arrisku txikiagoa du ebakuntzaren ondorengo berehalako odoljarioa, gaixotasun trofoblastiko iraunkorra eta haurdunaldi ektopiko errepikatuak izateko.

c) Salpingektomia egokia izan daiteke aldez aurretik tronpetako kirurgia berreraikitzaileren bat egin bada.
d) Salpingektomia egokia izan daiteke haurduntza ektopikoa hautsita badago.

220. Plazentako koriangiomari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Ekografia bidez ikusita, lesio mugatuak dira, eta batez ere hipoekogenikoak, hematometatik bereizi ezin direnak.
b) Txikiak asintomatikoak izan ohi dira.
c) Batzuetan bihotz-gutxiegitasuna, hidropesia eta fetuaren heriotza eragin ditzakete.
d) Deskribatu den konplikazioetako bat fetuaren eritrozitoak suntsitzearen ondoriozko hemolisia da.

221. Adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA likido amniotikoaren ebaluazioari dagokionez:

a) Metodo erdi kuantitatiboa gehieneko zutabe bertikalaren (GZB) eta likido amniotikoaren indizearen (LAI) bidez ebalua daiteke.
b) LAI erabiltzeak murriztu egiten du oligohidramniosen diagnostikoen eta indukzioen tasa, eta hobetu egiten ditu jaiotza inguruko emaitzak.
c) LAI < 5 izatea oligohidramniostzat hartzen da.
d) GZB ≤ 2 izatea oligohidramniostzat hartzen da.

222. Eskuineko bentrikuluari dagokionez, bigarren hiruhilekoko fetuaren bihotzaren azterketa ekografikoari buruzko zer baieztapen ez da zuzena?

a) Banda moderatzailea du.
b) Irteerako traktua ezker bentrikulukoa baino atzerago dago.
c) Balbula aurikulobentrikularraren lotura puntakoagoa da.
d) Ezker bentrikuluaren antzeko tamaina du.

223. Haurdunaldiko 20. asteko ekografia bidezko fetuaren azterketa anatomikoari dagokionez, erantzun hauetako zein da OKERRA?

a) *Septum pellucidum*aren *cavum*a bentrikuluetan zeharreko planoan nahiz talamoan zeharrekoan ikus daiteke fetuaren buruaren miaketan.
b) Fetuaren bizkarrezurra plano axialean, koronalean eta sagitalean miatu behar da.
c) Lau bihotz-ganberen planoan, balbula trikuspidearen lotunea distalagoa da mitralarena baino.
d) Normaltzat jotzen da aurretik atzera 7 mm-ko diametroa duen giltzurrun-pelbisa.

224. 2. hiruhilekoko ekografiari dagokionez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Biztanle guztiei eskaini behar zaie, anomalia morfologiko handien prebalentzia % 3,5 baino txikiagoa baita.
b) Septum pellicidum deritzonaren cavum-a 16. astetik aurrera ikus daiteke, eta beti 18. eta 37. asteen artean.
c) Hesteetako hiperrefrigentzia 21 trisomiaren markatzailetzat hartzen da, eta zenbait infekziotan ager daiteke.

d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

225. Lehen aukerako baheketa hau da bikien haurduntza bikorial biamniotikoan:

a) Amaren adina + markatzaile biokimikoak konbinazioa lehenengo hiruhilekoan.
b) Amaren adina + markatzaile biokimikoak + garondoko transluzentzia konbinazioa lehenengo hiruhilekoan.
c) Amaren adina + markatzaile biokimikoak + garondoko transluzentzia konbinazioa bigarren hiruhilekoan.
d) Garondoko transluzentzia soilik erabiliko dugu; markatzaile biokimikoak ez dira baliozkoak bikien haurduntzan.

226. Zer anomaliaren zeharkako zeinu ekografikoa da fetuaren garezurrak limoi-forma izatea?

a) Dandy-Walker-en malformazioa.
b) Mugako bentrikulomegalia.
c) Gorputz kailukararen agenesia.
d) Hodi neuralaren akatsa.

227. Ondoko hauetako zein <u>ez</u> da fetuaren gorputz kailukararen agenesiaren zeinu ekografiko bat?

a) Septum pellucidum-aren cavum-ik ez izatea.
b) Talamoak bat eginak egotea.
c) Malko-itxurako atrio bentrikularra izatea.
d) Alboko bentrikuluen atzeko adarren dilatazioa.

228. Noiz jotzen da fetuaren gernu-traktuaren dilatazio bat dagoela jaio aurreko ekografia batean, aurretik atzerako neurria hartuta giltzurrun-pelbisaren zeharkako ebakian?

a) 6 mm-ko pelbisa 34. astean.
b) 5 mm-ko pelbisa 20. astean.
c) 3 mm-ko pelbisa 20. astean.
d) Aurreko aukeretako bat ere ez.

229. Zein da parametrorik egokiena bigarren hiruhilekoan haurdunaldiaren datatzea egiteko?

a) Abdomeneko zirkunferentzia.
b) Zirkunferentzia zefalikoa.
c) Femurraren luzera.
d) Cisterna magna-ren tamaina.

230. Diametro biparietalaren neurketa ekografikoan, fetuaren egitura hauetako zeinek ez du ikusgai egon behar?

a) Talamoak.
b) Atrio bentrikularrak.
c) Zerebeloak.
d) Septum pellucidum-aren cavum-ak.

231. 3. hiruhilekoko ekografiak hauek guztiak egiteko aukera ematen du, BAT IZAN EZIK:

a) Fetuaren hazkundea ebaluatzea.
b) Fetuaren anomaliak hautemateko aukera ematen du.
c) Ez da erabiltzen haurdunaldia datatzeko.
d) Fetuaren estatika zehazten du.

232. Adieraz ezazu zein den baieztapen OKERRA umetoki barneko hazkunde murriztua (UBHM) duen fetuaren maneiuari dagokionez:

a) Zain-duktusaren alderantzizko uhinak ezegonkortasun kardiobaskularra eta konpromiso metabolikoa dakartza, eta horrek okerragotu egiten du jaiotza inguruko hilkortasuna, haurdunaldia noiz amaitzen den kontuan hartu gabe.
b) UBHM duten fetuen erikortasunaren eta hilkortasunaren murrizketan eraginkorra dela erakutsi duen esku-hartze bakarra garaiko erditzeetan kortikoideak ematea da.
c) UBHM duten eta zilbor-arterian fluxu diastolikorik ez duten fetuei dagokienez, haurdunaldia amaitzeko lehen aukerako bidea zesarea da, edozein dela ere adin gestazionala.
d) Doppler azterketan eraginik ez duten eta likido amniotikoaren bolumen normala duten UBHM kasuetan, haurdunaldia 38.-39. astean amaitzea gomendatzen da.

233. 45 urteko paziente batek hilekoaren odoljario ugariagatik kontsulta egiten badu, lehen lerroko azterketan EZ dugu hau egin behar:

a) Baginan zeharreko ekografia.
b) Hemograma, koagulazio-testa.
c) Endometrioko biopsia (endometrioaren lodieraren arabera).
d) Hormona-analitika.

234. Aukeratu erantzun zuzena azterketa zitologiko batean legamiak egoteari dagokionez:

a) Ez da esanguratsua klinikarik ez badago.
b) Azterketa mikrobiologiko bat egitea eskatzen du.
c) Tratamendu topikoa egitea eskatzen du.
d) b) eta c) zuzenak dira.

235. Dismenorrea garatzearen aurreko babes-faktoreak dira hauek guztiak, BAT IZAN EZIK:

a) Erretzailea izatea.
b) Adin handia izatea.
c) Erditu izana.
d) Antisorgailu hormonal konbinatuak erabiltzea.

236. Sexualki aktiboa den emakume batek pelbiseko gaixotasun inflamatorioa duelako susmoaren aurrean, tratamendu antibiotikoari ekin zaio. Zein da erantzun okerra?

a) Tratamenduak barne hartu behar du gonokokoaren eta klamidien aurkako babesa, kultibo endozerbikala negatiboa izan arren.
b) Egoera berezietan, anaerobioen aurkako babesa ere lotu behar da.
c) Gonokokoa, klamidiak eta sexu-transmisiozko beste infekzio batzuk hautemateko aukera eskaini behar zaie sexu-bikotekideei.
d) M. genitalium-en emaitza positiboa duten emakumeen kasuan, tratamendua moxifloxazinorik gabe egin behar litzateke.

237. Ondoko erantzun hauetako zein da okerra giza papilomaren birusak (GPB) eragindako infekzioari dagokionez?

a) GPBak eragindako infekzioa da sexu-transmisiozko gaixotasunik ohikoena.
b) Sexu-jarduera handieneko adinetan, infekzio subklinikoen prebalentzia biztanleriaren % 40ra hurbiltzen da.
c) Infekzio gehienek 24 hilabete baino gehiago irauten dute.
d) Infekzioak bilakaera naturala izaten du sendatzera bidean, kasuen % 90en.

238. Sexu-transmisiozko gaixotasunen diagnostikoari eta tratamenduari dagokienez, adierazi zein den erantzun <u>OKERRA</u>:

a) Chlamydia-k eragindako infekzioa Neisseria gonorrhoeae-k eragindako infekzio batekin lotuta egoten da askotan, eta, beraz, batera tratatu behar dira biak.
b) Litekeena da chlamydia-k eragindako infekzio batek sintoma gutxi eragitea. Kasu horiek ez dute tratamendurik behar.
c) Pelbiseko gaixotasun inflamatorioan nagusi diren organismoak Chlamydia trachomatis eta Neisseria gonorrhoeae dira.
d) Genitaletako ultzerak ezaugarri dituzten STGetan, herpesa, sifilisa eta txankroidea daude.

239. Aukeratu erantzun ZUZENA sexu-transmisiozko gaixotasunei dagokienez:

a) Linfogranuloma benereoa Chlamydia trachomatis-en zenbait anduik eragiten duten sexu-transmisiozko infekzio bat da.
b) Molluscum contagiosum deritzona bakterio gram-negatibo batek eragiten du.
c) Haemophilus ducreyi-k eragindako infekzio batek mingarriak ez diren ultzerak eta iztondoko adenopatia zornetsuak eragiten ditu.
d) Sifilisa espiroketen familiako birus batek eragiten du.

240. Cándida ssp.-ek eragindako bulbobaginitis errepikatuari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Emakume helduen % 20ri eragiten die.
b) Hala dela jotzen da emakume batek kandidak eragindako 2 bulbobaginitis-kasu baino gehiago baditu urtebetean.
c) Ohikoagoa da diabetes desorekatua duten pazienteen artean.
d) Gestagenoz soilik osatutako antisorgailuak erabiltzearekin lotzen da.

241. Adierazi zein den erantzun zuzena bakterio-baginosiari dagokionez:

a) Frotisean edo kultiboan *Gardnerella vaginalis* egote hutsarekin diagnostikatzen da.
b) Antibiotiko sistemikoekin tratatu behar da beti (klindamizina edo metronidazola).
c) Ez da STItzat (sexu-transmisiozko infekzioa) hartzen.
d) Aurrekoetatik bat ere ez da zuzena.

242. Adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA pelbiseko gaixotasun inflamatorioari dagokionez:

a) Ezinbestekoa da gutxieneko hiru irizpideetako bat izatea: mina umetoki-lepoa mugitzean, umetokiko sentikortasuna edo anexuetako mina.
b) Irizpide gehigarri bat edo gehiago behar ditu: tenperatura > 38 °C izatea, umetokiko ohiz kanpoko jariaketa mukitsu-zornetsua edo hauskortasuna, CPE altua, N. gonorrhoeae-k edo C. trachomatis-ek eragindako infekzio dokumentatua umetoki-lepoan.
c) Ekografian, laparoskopian edo biopsian alteraziorik ez izateak diagnostikoa baztertzen du.
d) Umetoki barnean berriki egindako maniobrak diagnostikoan lagungarri gerta daitezkeen arrisku-faktoreak dira.

243. Amagandiko edoskitzea duen ama berria; erditu eta 2 hilabetera bularretako mina eta sukarra ditu. Mastitisaren diagnostikoa egin zaio. Zein izango da hartu beharreko neurririk egokiena?

a) Irudi bidezko probarik ez egitea.
b) Edoskitzea ez estimulatzea.
c) Kloxazilina edo zefaleximarekin tratamendua hastea.
d) Esnearen kultiboa egitea.

244. Ondoko hauek faktore abiarazle ezagunak dira kandidiasiak eragindako bulbobaginitisean, BAT IZAN EZIK:

a) Gaizki kontrolatutako diabetes mellitusa.
b) Estrogeno-maila altuak: antisorgailuak erabiltzea, haurdunaldia eta estrogeno bidezko terapia.
c) Gaixotasun immunoezabatzaileak: GIBa, lupus sismetikoa edo beste batzuk.
d) Hipotiroidismoa.

245. Ugalketa-medikuntzako elkarte amerikarrak (ASRM) egiten duen endometriosiaren sailkapenak hau dena hartzen du barnean, bat izan ezik:

a) Endometriosia arin, moderatu, larri edo zabal gisa sailkatzen du.
b) Kontuan hartzen du inplanterik edota peritoneorako, obulutegietarako eta tronpetarako atxikidurarik ba ote dagoen.
c) Lortutako puntuazioak balio iragarlea du ugalketa-mailan.
d) Inplanteen infiltrazioaren sakontasuna.

246. Endometriosiaren balorazio ekografikoan, umetokia eta obulutegiak aztertzeaz gainera, markatzaile txiki edo "soft marker" gisa ezagutzen diren zeinu ekografikoak baloratu behar dira, eta horien artean daude ondoko hauek, bat <u>IZAN EZIK</u>:

a) Y formako umetokia.
b) Koma edo galdera-marka itxurako umetokia.
c) Trenkada-erako likido librea Douglas-en zakuan.
d) Elkarri atxikitako obulutegiak edo kissing ovaries.

247. Aukeratu ezazu faktore hauetako zein lotu den endometriosia garatzeko arrisku handiagoarekin:

a) Menopausia goiztiarra.
b) Makrosomia jaiotzean.
c) Hileko ziklo laburrak.
d) Erditze anitzak.

248. Endometriosiari dagokionez, adierazi zein den erantzun <u>OKERRA</u>:

a) Endometriosiaren sintoma nagusiak pelbiseko mina eta antzutasuna dira, eta asintomatikoa ere izan daiteke.
b) Pelbiseko endometriosian, hiru lesio-mota bereiz daitezke: peritoneoko endometriosia, endometriosi infiltratzaile sakona eta obulutegiko endometrioma.
c) Baginan zeharreko ekografian, "sliding sign" deritzona positibotzat hartzen da ondestea eta maskuria umetokiaren atzeko eta aurreko aldetik lerratzen badira umetoki-lepoaren kontra presio txiki bat egitean.
d) Endometriosia tratatzeko add-back terapian, GnRH-aren agonistak ematen dira AIEE-ekin batera.

249. Ondestearen eta baginaren arteko trenkadako endometriosia duelako susmoa eragiten duen paziente bati dagokionez, adieraz ezazu ondoko hauetako zein EZ den egokia egitea:

a) Baginan zeharreko ekografia.
b) Ca125aren zehaztapena.
c) EMNa.
d) Kolonoskopia.

250. 5 cm-ko endometrioma bakar eta asintomatiko baten aurkikuntza ekografikoan, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Jarraipen ekografikoa pentsatu behar litzateke 3 bat hilabeteren buruan.
b) Ca 125aren zehaztapena eskatu behar dugu.
c) Nahitaezkoa da laparoskopia bat egitea kistektomia bat egiteko.
d) GnRh-aren analogoekin tratamendua egiteko aukera aztertu behar dugu.

251. Ondoko hauek endometriosi sakonaren sintomak dira (adierazi zein den erantzun zuzena):

a) Hilekoaren aurreko goragaleak eta gorakoak.
b) Dispareunia, diskezia eta disuria, zikloarekin loturarik gabe.
c) Hilekoak eragindako migraina.
d) Hilekoak eragindako odoljario ugaria.

252. Adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA endometriosiari dagokionez:

a) Nodulu uterosakroak eta Douglas-en zakuaren hondokoak haztatzea endometriosiaren ezaugarri espezifikoak dira.
b) Endometriosia duten lehen mailako ahaideak dituzten pazienteek 20 aldiz arrisku handiagoa dute endometriosia garatzeko.
c) Endometriosia izateko aukera ez da baztertzen ekografia eta EM normalak badira.
d) Ca125aren zehaztapenak ez du laguntzen diagnostikoa eta jarraipena egiten.

253. 17 urteko pazientea; amenorrea primarioagatik etorri da kontsultara. Umetoki errudimentarioa du edo ez du umetokirik, eta gonadak obulutegiak dira. Kariotipoa 46XX da. Zein da diagnostikorik probableena?

a) Swyer-en sindromea.
b) Rokitansky-ren sindromea.
c) Noonan-en sindromea.
d) Morris-en sindromea.

254. Ondoko hauetako zein da antzutasunaren eta abortu errepikatuen historiari maizen lotzen zaien malformazioa?

a) Umetoki bikoitza.
b) Umetoki azpiseptatua/septatua.
c) Umetoki arkutua.
d) Bi adarreko umetokia.

255. Umetokiko malformazioei dagokienez, adierazi zein den <u>OKERRA</u>:

a) Umetokiko malformazioak noizbehinka gertatzen dira, baina faktore anitzeko jatorria ere izan dezakete.
b) Umetokiko malformazioak Müller-en hodiak garatzen ez direlako, hodi horiek fusionatzean alterazioak izaten direlako edota Müller-en hodien arteko trenkada birxurgatzean izandako alterazioengatik gertatzen dira.
c) Falopioren tronpak, umetokia eta baginaren goiko aldea Müller-en hodietatik edo

paramesonefrikoetatik datoz.

d) Baginaren goiko aldea eta umetokia Müller-en hodietatik datoz, eta Falopioren tronpak, berriz, Wolf-en hodietatik edo hodi mesonefrikoetatik.

256. Adieraz ezazu zertan oinarritu behar duen umetokiko trenkada kirurgikoki zuzentzeko erabakiak:

a) Ugalketa-historia.
b) Bi adarreko umetokiarekin lotzen den ala ez.
c) Bi umetoki-lepo dokumentatuta dauden ala ez.
d) Diagnostikatu ostean, tratatu egin behar da.

257. ACOG elkartearen arabera, hau izango litzateke lehenengo aukera terapeutikoa bagina-agenesian:

a) Vechietti-ren teknika.
b) McIndoe-ren teknika.
c) Davydov-en teknika laparoskopikoa.
d) Bagina-dilatatzaileak erabiltzea.

258. Umetokiko malformazioei dagokienez, adierazi zein den erantzun zuzena.

a) Bi adarreko umetokiak abortu berantiarrak eta erditze goiztiarra eragin ditzake.
b) Guztiek kirurgia behar dute.
c) Umetoki-trenkada da gutxien izaten dena.
d) Umetoki bikoitzak ugalketa-pronostiko eskasa du.

259. Umetokiko malformazioen ESHRE/ ESGE sailkapenean, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) U1 umetoki dismorfikoari dagokio, hala nola T formako umetokiari.
b) U4 adar bakarreko umetokiari dagokio.
c) U3 umetoki septatuari dagokio.
d) U0 umetoki normalari dagokio.

260. 73 urteko pazientea; genitaletako azkura duelako etorri da kontsultara, eta foku anitzeko lesio atrofiko zurixka du bulban, ezpain handiak eta txikiak biltzen dituena. Bagina ez dago erasana. Zein da diagnostikorik probableena?

a) Lipschütz-en ultzera.
b) Liken atrofikoa.
c) Zelula ezkatatsuetako hiperplasia.
d) Fox Fordyce-ren gaixotasuna.

261. Adenomiosiari dagokionez, ondoko esaldi hauen artean zein da okerra?

a) 40-50 urteko emakumeen artean agertzen da nagusiki.
b) Histologikoki, estromaz inguratutako guruin-elementuak bistaratzen dira eta, haien inguruan, muskulu-zuntz lisoen sortak.

c) Emakume erdigabeetan agertzen da nagusiki.
d) Sintoma klinikoen artean mina, hipermenorrea eta umetokiaren tamaina handitzea daude.

262. 32 urteko pazientea. Ohiko azterketa batean, haztatzean ikusi da umetokia handituta dagoela. Ekografian 5 cm-ko mioma bat ikusten da, baskularizatua. 6 hilabetera ekografia errepikatu da, eta antzeko irudia ikusten da. Pazienteak ez du haurdun geratzeko nahirik. Zein da jarrerarik gomendagarriena?

a) Itxarote-jarrera izatea.
b) Lebonorgestrel-UBGa.
c) Ahotiko antisorgailuak.
d) Miomektomia.

263. Miomei dagokienez, ondoko erantzun hauen artean zein da okerra?

a) Mioma gehienak asintomatikoak dira.
b) Mioma bati lotutako ohiz kanpoko odoljario bat dagoen orotan, endometrioko biopsia egin behar da.
c) Mioma handiek tronbosia eragin dezakete.
d) Haurdunaldian, mioma hazi egiten da kasuen % 70 - % 80n.

264. 13 urteko pazientea, gizonezkoa. Eskuineko bularra handitu zaiolako etorri da kontsultara; haztatzean, mina du eta areolaren atzean nodulu bat nabari da. Zein da diagnostikorik probableena?

a) Mastitis akutua.
b) Bularreko kartzinoma.
c) Hodien barneko papiloma.
d) Pubertaroko ginekomastia.

265. Adieraz ezazu zein den bularreko Phyllodes tumorearen tratamendua:

a) Erradioterapia, erradiosentikorrak baitira.
b) Gaiztoetan, beti mastektomia, berehala berreginda edo berregin gabe.
c) Funtsean kirurgikoa, nola onberentzat hala gaiztoentzat.
d) Galtzarbeko linfadenektomia beti tumore gaiztoetan.

266. Espainiako Ginekologia eta Obstetrizia Elkartearen (SEGO) umetokiko miomen protokoloaren arabera, adieraz ezazu zer jarrera izan behar den haurdun geratzeko nahirik ez duen eta 6 hilabeteko azterketan hazi egin den mioma baskularizatu bat duen paziente asintomatiko baten kasuan:

a) Miomektomia edo histerektomia, pazienteak haurdun geratzeko duen nahiaren eta dituen lehentasunen arabera.
b) Mioma irrati-maiztasunez erauztea, baginatik.
c) Alta ematea, eta sintoma berriak agertzen badira berriz kontsulta egiteko gomendioa egitea.
d) 6 hilabetera azterketa egitea.

267. Adieraz ezazu ondoko egoera hauetako zeinetan <u>EZ</u> litzatekeen gomendagarria izango umetokiko arteriak enbolizatzea:

a) FIGOren sailkapenaren arabera 3. motako 6 cm-ko mioma bat duen pazientea, sintomak dituena eta haurdun geratzeko nahia bete gabe duena.
b) FIGOren sailkapenaren arabera 4. motako 5 cm-ko mioma bat duen pazientea, miomak konprimatze-sintomak eragiten dizkiona.
c) FIGOren sailkapenaren arabera 3. motako 7 cm-ko mioma bat duen pazientea, miomak hilekoarekin odol-galera ugaria eragiten diona.
d) FIGOren sailkapenaren arabera 3-5 motako 8 cm-ko mioma bat duen pazientea, hilekoarekin odol-galera handia duena.

268. Espainiako Ginekologia eta Obstetrizia Elkartearen protokoloan umetokiko miomen tratamendurako jasotzen diren aukerei dagokienez, adieraz ezazu zein den erantzun <u>OKERRA</u>:

a) Koloretako Doppler azterketan mioma barneko eta mioma inguruko baskularizaziorik ez duten mioma asintomatikoek ez dute jarraipenik behar.
b) Miometan konplikazioak prebenitzeko tratamendu profilaktikoa miomaren ondorioz hidronefrosi moderatua edo larria eragiten duen ureterren konpresioa duten emakumeentzat gomendatzen da.
c) Itxarote-jarrera zentzuzko aukera da anemiarik edo metrorragiarik ez duten eta menopausiatik hurbil dauden emakumeen artean, sintomak garatzeko denbora mugatua baitute.
d) Gutxienez 2 azterketa ekografikotan objektibatu bada miomaren bolumena lehen zuenarekiko % 50 baino gehiago hazi dela, tratamendu kirurgikoa eta analisi anatomopatologikoa egitea gomendatzen da, sarkomarik ez dagoela ziurtatzeko.

269. Adieraz ezazu zein den bulbako liken esklerosoaren lehen aukerako tratamendua:

a) Takrolimusa
b) Laserra
c) Klobetasola
d) Pimekrolimusa

270. Obulutegian masa susmagarri / zehaztu gabe bat izanez gero, adieraz ezazu zer markatzaile eskatuko zenituzkeen 40 urtetik beherako emakume baten kasuan:

a) Ca 125, Ca 19.9, HE4.
b) Ca 125, Ca 19.9, CEA.
c) Ca 125, Ca 19.9, HCG, AFP.
d) Ca 125, Ca 19.9, HE4, HCG, AFP.

271. Adieraz ezazu zein den obulutegiko onberatasunaren IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) irizpide bat:

a) 10 cm baino handiagoko lokulu anitzeko tumorea, eremu solidoak dituena.
b) Ertz irregularrak dituen tumore solidoa.

c) 7 mm baino gutxiagoko osagai solidoa.
d) Baskularizazio ugaria.

272. Baieztapen hauetako zein da zuzena hidrosalpinxaren diagnostikoari dagokionez?

a) HSGa (histerosalpingografia) dagoeneko ez da erabiltzen hidrosalpinxaren diagnostikorako baheketa-teknika gisa.
b) Baginan zeharreko ekografiak HSGak baino kasu gehiago diagnostikatu ditzake, han ez baita kontuan hartzen espasmoak eragindako oklusioa.
c) Hidrosalpinxaren bolumena ez da aldatzen hilekoaren zikloan zehar.
d) Hidrosalpinxaren bolumena handitu egin daiteke obulazioa eragiteko tratamenduetan.

273. FIGOk egiten duen leiomiomen sailkapenaren arabera, mioma hauetako zein erauz daitezke histeroskopia bidez?

a) 4. motako miomak.
b) 5. motako miomak.
c) 0. motako miomak.
d) a) eta b) zuzenak dira.

274. Baginan zeharreko ekografia bidez egindako umetokiaren miaketa batean, ondoko parametro hauetako zeinek iradokitzen du adenomiosi bat?

a) Ondo mugatutako lesio biribil bat.
b) Miometrio heterogeneoa.
c) Baskularizazio zirkunferentziala.
d) Lesio inguruko eraztuna.

275. Obulutegietako masen Doppler azterketan, adieraz ezazu zer jotzen den gaiztoa izatearen susmagarritzat:

a) Erresistentzia handiko hodiak egotea.
b) Erresistentzia txikiko hodiak egotea.
c) Baskularizazio handiko Doppler patroia egotea.
d) b) eta c) zuzenak dira.

276. 2. motako 3 cm-ko miomaren diagnostiko ekografikoa duen paziente batean, hilekoaren odoljario ugariaren testuinguru klinikoan, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Tratamendurik egokiena histeroskopia bidezko erresekzioa da.
b) Tratamendurik egokiena laparoskopia bidezko miomektomia da.
c) Tratamendurik egokiena progesterona askatzen duen umetoki barneko gailu bat jartzea da.
d) Tratamendurik egokiena irrati-maiztasun bidezko ablazioa da.

277. Adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA hodi barneko papilomari dagokionez.

a) Minbizi-arriskua atipiak egotearen edo ez egotearen araberakoa da, eta arrisku erlatiboa 2 eta 13 artekoa da.
b) Hura agertzen den adin-tartea oso aldakorra da.
c) Atipiarik gabeko papiloma berresten bada eta aurkikuntza anatomikoak eta erradiologikoak bat badatoz, jarraipen erradiologikoa egitea onartzen da.
d) Papiloma bakartien zeinu kliniko nagusia hazta daitekeen masa da.

278. Miomei eta ugalkortasunari dagokienez, adieraz ezazu zer jakinarazi behar diegun pazienteei. Esan zein den ZUZENA:

a) Endometrio-barrunbea deformatzen edo mugiarazten ez duten 4 cm baino gehiagoko pareta barruko umetoki-miomak egoteak murriztu egiten du in vitro ernalketaren eraginkortasuna, enbrioi-ezarpenari, haurdunaldi klinikoari eta haurra bizirik jaiotzeko probabilitateari dagokienez.
b) Endometrio-barrunbea deformatzen edo mugiarazten ez duten 4 cm baino gehiagoko pareta barruko umetoki-miomak egoteak ez du murrizten berezko ugalkortasuna.
c) Umetokiko mioma submukosoak izateak (FIGO 0tik 3ra bitartekoak) ez du murrizten in vitro ernalketaren eraginkortasuna enbrioi-ezarpenari, haurdunaldi klinikoari eta bizirik jaiotzeko probabilitateari dagokienez.
d) a) eta b) zuzenak dira.

279. Adieraz ezazu baieztapen hauetatik zein den OKERRA miomei dagokienez:

a) Sintomarik ohikoena umetokiko odoljario anomaloa (UOA) da, zeina normalean hilekoaren odoljario ugari (HOU) eta iraupen luzekoa izaten baita.
b) Ugalkortasunaren gaineko eraginari dagokionez, paziente antzuen % 5 - % 10ek gutxienez mioma bat dute, eta kasuen % 1 - % 2,4n hori da aurkikuntza patologiko bakarra.
c) Umetoki-barrunbearen anatomian alterazioak eragiten dituzten miomak (FIGO 0, 1. eta 2. motakoak), normalean, abortu-arrisku handiagoarekin eta haurdun geratzeko zailtasunekin lotzen dira.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

280. Adieraz ezazu zein den erantzun ZUZENA endometrioko polipoei dagokienez:

a) Menopausia osteko emakumeen artean, gaiztotzeko arriskua % 7 - % 10 artekoa da.
b) Emakumeen adin ugalkorra arrisku-faktore bat da.
c) Menopausia aurreko emakumeen artean, gaiztotzeko arriskua % 1,1ekoa da.
d) Diagnostikorako lehen lerroko teknika histeroskopia da.

281. Adieraz ezazu zein den erantzun ZUZENA bularreko tumore filoideari dagokionez:

a) Bularreko ohiko tumore bat da.
b) Nagusiki oso gaztetan agertzen da.
c) Bide hematogenotik hedatzen da.
d) Poliki hazten den tumore bat da.

282. Obulutegietako tumoreen diagnostiko ekografikoari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) 3 cm baino gehiagoko paretak dituzten aldebiko tumore handi eta konplexuek arrisku handiagoa dute gaiztoak izateko.
b) Doppler bidez pultsatilitate-indizea erabiltzeak ez ditu argi eta garbi bereizten masa onberak eta gaiztoak.
c) Ekografia bidez onberatzat hartzen diren masek % 9tik gorako arriskua dute gaizto bihurtzeko.
d) Erresonantzia magnetikoa erabilgarria da ekografia erabakigarria ez denean.

283. Genitalen prolapsoari buruzko POP-Q sailkapenaren arabera, zer estadio legokioke prolapso batekin etorri den emakume bati, zeinaren punturik beheratuena himenaren hondarretatik 1 cm baino gehiagora baitago?

a) I. estadioa.
b) II. estadioa.
c) III. estadioa.
d) IV. estadioa.

284. Adieraz ezazu estrategia hauetako zeinetan EZ dagoen frogatuta gernu-inkontinentzia hobetzen duenik:

a) Kegel-en ariketak.
b) Gorputz-pisua galtzea.
c) Erretzeko ohitura murriztea.
d) Estimulazio elektrikoa edo biofeedbacka.

285. Adierazi zein den erantzun OKERRA erditzean urradurak prebenitzeari dagokionez:

a) Ama kokoriko egotea ez da identifikatu perineoko 3. eta 4. mailako lesioak agertzeko arrisku-faktore gisa.
b) Alboko episiotomiaren angelua arrisku-faktore bat da; hirurogei gradukoa izan behar du babeslea izan dadin.
c) Konpresa beroak aplikatzeak eta perineoko masajeak hirugarren eta laugarren mailako urradura-kopurua murriztu dezakete.
d) Episiotomia sistematikoa ez da baliagarria izan perineoko urradurak prebenitzeko; horregatik, episiotomia murriztailea egitea gomendatzen da.

286. Genitalen prolapso apikalagatik (erdiko konpartimentua) kontsultara etorri den pazientea. Zein izango litzateke lehen aukerako tratamendu kirurgikoa?

a) Bagina-histerektomia
b) Histeropexia.
c) Sakrokolpopexia.
d) Aurrekoetako edozein.

287. Gernu-inkontinentziaren tratamenduan erabiltzen diren farmako hauetatik, zeinek ez du eragin antikolinergikorik?

a) Solifenazina.
b) Trospioa.
c) Tolterodina.
d) Mirabegrona.

288. Ikusi da ekografia EM bezain teknika eraginkorra dela pelbis-zoruaren irudiak sortzeko. Adierazi zein den erantzun <u>OKERRA</u>:

a) Erdiko plano sagitala angelu handiagoko zundekin lortzen da, eta ezkerretik eskuinera ikusi behar dira pubiseko sinfisia, uretra, maskuria, bagina eta umetokia, uzkiaren eta ondestearen arteko lotura eta muskulu puborrektala.
b) Uretraren 20 mm-tik gorako lerradurak sentikortasun eta espezifikotasun handiz diagnostikatzen du esfortzuagatiko gernu-inkontinentzia.
c) Baginaren irekiguneko ekografia bidez (Acm x Bcm x 5,6 = ml) formularekin hondar-bolumena kalkulatzea lagungarri gerta dakiguke hustuketaren disfuntzioren bat baztertzeko.
d) Ekografiak aukera ematen du jakiteko zein organok hartzen duen parte prolapsoan, hiru konpartimentuak aldi berean ebaluatuta.

289. OMEren arabera, kirurgikoki konpondu ondoren pronostiko txarrean (fistula berriz itzultzea edota inkontinentzia agertzea) eragina duten irizpideak dira hauek guztiak, BAT IZAN EZIK:

a) Ondestetik baginarako fistula, umetoki-lepoko fistula.
b) Akats zirkunferentziala.
c) Esfinterrak erasanak egotea.
d) Orbaintze-ehuna egotea.

290. 38 urteko pazientea. Duela 2 urtetik amenorrea sekundarioa duelako joan da kontsultara. Zein da zehaztapenik egokiena eta zehatzena menopausia goiztiarra diagnostikatzeko?

a) A inhibina.
b) Müller-en aurkako hormona.
c) LHa.
d) Testosterona

291. Ondoko kasu hauetako zeinetan ez da gertatzen emakumezkoaren pseudohermafroditismoa?

a) Haurdunaldian amak ahalmen androgenikoa duten substantziak hartzea.
b) Androgenoekiko sentikortasunik ezaren sindromea.
c) 21 alfa hidroxilasaren urritasuna.
d) Haurdunaldian androgenoak ekoizten dituen tumore bat sortzea.

292. Ondoko hauetako zein ez da emakumeek osteoporosia izateko arrisku-faktore bat?

a) Gorputz-masaren indizea > 20 kg/m2 izatea.
b) Amak aldakako hausturaren historia izatea.
c) Giltzurrun-gutxiegitasun kronikoa.
d) Egunean 3 alkohol-unitate baino gehiago hartzea.

293. 32 urteko emakumea. Prolaktina-maila 50 du, eta duela urtebetetik antzutasun primarioa du. Zein da erantzun zuzena?

a) Hiperprolaktinemiak antzutasuna justifikatuko luke.
b) Prolaktinaren neurketa errepikatuko nuke, atsedenean eta 2 aldiz neurtuta, bi neurketen artean 20 minutuko tartea utzita.
c) EMN bat eskatuko nuke.
d) Balio hori ohikoa da eta ez du garrantzirik.

294. Ondoko hauetako zein ez da obulutegi polikistikoaren sindromeari dagokion 2003ko Rotterdameko irizpide bat?

a) Hiperandrogenismo kliniko/analitikoa.
b) Anobulazioa/disobulazioa.
c) Intsulinarekiko erresistentzia.
d) Obulutegi polikistikoaren itxura ekografikoa.

295. Adieraz ezazu obulutegi polikistikoaren sindromearentzat egokiak diren hormona-zehaztapen hauetako zein den markatzaile biokimiko sentikorrena:

a) FSH/LH zatidura.
b) 17-OH-Progesterona.
c) Testosterona askearen indizea.
d) Dehidroepiandrosterona sulfatoa.

296. Amenorreen azterketan, gestagenoen proba negatiboa bada eta haren ondoren estrogenoen eta gestagenoen testa positiboa bada, hau izan liteke diagnostiko bakarra:

a) Obulutegi polikistikoen sindromea.
b) Obulutegiaren hutsegite primarioa.
c) Morris-en sindromea.
d) Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-en sindromea.

297. FSHaren maila altuak dituen nerabe baten amenorrea sekundario batean, ondoko hau dela pentsatu behar dugu:

a) Pisu ideala baino % 10 - % 15 gutxiagoko pisu-galeraren ondoriozko amenorrea.
b) Obulutegi polikistikoaren sindromea.
c) Obulutegiaren hutsegite primarioa.
d) Ariketa fisiko biziagatiko amenorrea.

298. Jotzen da Turner-en sindromearen prebalentzia ondoko hau dela, gutxi gorabehera:

a) 1/1.000 - 1.500 neskak.
b) 1/ 2.500 - 5.000 neskak.
c) 1/10.000 - 15.000 neskak.
d) 1/20.000 - 25.000 neskak.

299. Obulutegi polikistikoaren sindromearen (OPS) ondorio metabolikoei dagokienez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Dislipemia ez da oso ohikoa, A fenotipoan izan ezik.
b) Intsulinarekiko erresistentzia ager daiteke, GMI (gorputz-masaren indizea) edozein dela ere.
c) Intsulinak androgenoen sintesia bultzatzen du granulosaren zeluletan.
d) OPS duten emakumeek arrisku txikiagoa dute haurdunaldiko diabetesa garatzeko.

300. Amenorrea nagusiaren sintomak dira hauek guztiak, BAT IZAN EZIK:

a) Swyer-en sindromea.
b) Garezurreko kirurgia eta erradioterapia.
c) Lehiaketa-mailako ariketa.
d) Kraniofaringioma.

301. Adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA amenorrea primarioei dagokienez:

a) Morris-en sindromean, Müller-en faktore inhibitzailea jariatzea da umetokirik eta baginarik ez izatearen arrazoia.
b) Morris-en sindromeak 46XY kariotipoa du.
c) Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-en sindromeak 46 XX kariotipoa du.
d) Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-en sindromean eta Morris-en sindromean gonadektomia gomendatzen da.

302. Adieraz ezazu zein den erantzun ZUZENA sortzetiko giltzurrun gaineko hiperplasiari dagokionez:

a) Motarik arinena ohiko fenotipoa da.
b) Barne hartzen ditu kortisolaren sintesiko nahasmenduak, eta ACTHaren mailak jaistea du ezaugarri.
c) 46XX kariotipoa duten pertsonei soilik eragiten die. 21 –hidroxilasaren urritasuna diagnostika daiteke serumeko 17-OHP mailak kontuan hartuta.

303. Ikusi da menopausian hormona bidezko terapia erabiltzea eraginkorra dela sintoma eta patologia hauek arintzeko eta prebenitzeko, <u>bat izan ezik</u>:

a) Sintoma basomotorrak.
b) Osteoporosia.
c) Adinari lotutako narriadura kognitiboa.
d) Insomnioa.

304. Hormona bidezko terapian dauden aukera terapeutikoei dagokienez, adieraz ezazu zein den aukera <u>OKERRA</u>:

a) Tibolona bidezko tratamenduak hormona bidezko ohiko terapiak baino eragin handiagoa izan du sexu-funtzioan, odol-fluxua eta baginako lubrifikazioa, desira eta sexu-fantasiak areagotzen baititu.
b) TSEC terapia (konplexu estrogeniko ehundu-selektiboa) egokia da histerektomia egin ez zaien menopausia osteko emakumeen estrogeno-urritasunaren sintomak tratatzeko, gestagenoak dituen terapia egokia denean.
c) 60 urtetik beherako emakumeak edo menopausiatik 10 urtera bitarteko emakumeak eta kontraindikaziorik ez dutenak hautagai ezin hobeak dira sintoma basomotorren eta hezur-galera izateko (baita haustura izateko ere) arrisku handiaren tratamendua jasotzeko.
d) Dermisean zehar ematen diren hormona bidezko terapiako prestakinak haien kontrako ondorio txikiagoei dagokienez hartu behar dira kontuan; izan ere, litekeena da lehenengoz gibeletik igarotzea saihestean jarduera estrogenikoa duten metabolitoak ez metatzea.

305. Obulutegiaren hutsegite primarioa duten emakumeei dagokienez, adieraz ezazu zein den erantzun <u>OKERRA</u>:

a) Komeni da pazienteak urtero kontrolatzea, lotutako patologiak edo agertu berriak monitorizatzeko eta detektatzeko, mamografia eta zitologia bidez.
b) Estrategia terapeutikoen helburu nagusia sintomak arintzea eta epe luzerako arriskuak prebenitzea da.
c) Emakume horietan, gomendatzen da obulutegiaren hutsegite primarioa diagnostikatu bezain laster hastea hormona bidezko terapia, eta gutxienez 50 urtera arte mantendu behar da.
d) Hormona bidezko terapia-motari dagokionez, ez da zehaztu zein diren emakume horientzat dosi edo formulazio egokiak.

306. Ospemifenoarekin egiten den tratamenduari dagokionez, adierazi zein den baieztapen <u>OKERRA</u>:

a) Beroaldiak dira kontrako ondoriorik ohikoenak.
b) Efektu agonista du baginako epitelioan.
c) Efektu agonista du bularrean.
d) Kontraindikatuta dago bularreko minbizia dutelako tamoxifenoarekin tratamenduan dauden emakumeentzat.

307. Menopausia ostean osteoporosia duen paziente batean, ondoko hau hartuko zenuke kontuan:

a) Menopausiarako hormona bidezko tratamendua hastea, beste probarik egin gabe.
b) Disfosfonatoekin tratamendua hastea, beste probarik egin gabe.
c) Gaixotasun zeliakoaren baheketa egitea.
d) Giltzurrun-funtzioaren baheketa egitea.

308. Menopausiako sindrome genitourinarioari (MSG) buruzko ondoko baieztapen hauen artean, adieraz ezazu zein den OKERRA:

a) MSGa duten emakumeek dispareunia izaten dute, eta sexu-grina murriztua.
b) MSGa menopausia ostean estrogeno- eta androgeno-mailak murriztearen ondorioz gertatzen da.
c) MSGak barne hartzen ditu eremu bulbobaginalari, uretrari eta maskuriari eragiten dieten sintomak.
d) MSGa duten emakumeek ez dute aldaketarik izaten baginako mikrobiotan.

309. Adieraz ezazu zein den erantzun zuzena menopausiako hormona bidezko tratamenduko (MHT) FSHaren zehaztapenari dagokionez:

a) Baliagarria izan daiteke estrogeno-dosia doitzeko.
b) MHTaren eraginkortasunarekin lotzen da.
c) Ez da eraginkorra, inhibina jaistearen ondorioz.
d) Ez da eraginkorra dermisean zeharreko estrogenoak erabiltzea, ez baitira gibeletik igarotzen.

310. Histerektomia egina duen eta menopausiaren sintoma larriak dituen emakume baten kasuan, progestagenoak estrogenoekin batera erabiltzeko aukera aztertuko zenuke?

a) Ez dira beharrezkoak.
b) Endometriosiaren aurrekariak izanez gero.
c) BRCA + izanez gero.
d) Lynch-en sindromea izanez gero.

311. Hormona-mendeko bularreko minbiziaren aurrekaria duen eta tratamendu adjubantea osatua duen 52 urteko paziente baten kasuan, zeinak menopausiako sindrome genitourinario moderatua baitu, farmako hauetako zein erabiliko zenuke?

a) Estriola.
b) Ospemifenoa.
c) Erraloxifenoa.
d) Prasterona.

312. Menopausiako hormona bidezko tratamenduari (MHT) buruzko ondoko baieztapen hauen artean, zein da OKERRA?

a) Sintoma basomotorrak dira indikazio nagusia.
b) Menopausiako sindrome genitourinarioa soilik duten emakumeetan, bagina bidez ematen diren estrogenoak eraginkorragoak dira sistemikoak baino.
c) Menopausiako hormona bidezko terapia gomendatzen da gaixotasun kardiobaskularraren prebentzio primario edo sekundario gisa.
d) Menopausiako hormona bidezko terapia ez da gomendatzen narriadura kognitiboaren prebentzio primario edo sekundario gisa.

313. Menopausiako hormona bidezko terapian (MHT):

a) Tronbosi-arriskua minimizatzeko, larruazalean zeharreko bidea gomendatzen da.
b) MHTaren konbinazio guztiak plazeboaren gainetik daude.
c) 10 urteko denbora-leiho bat dago azken hilekotik.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

314. Aukeratu erantzun OKERRA menopausiari buruz:

a) Menopausian dauden emakume gehienek izaten dituzte sintoma basomotorrak.
b) Dieta mediterraneoa, jarduera fisikoa eta gorputz-pisu egokia beroaldien aurreko babes-faktoreak dira.
c) Emakumeen % 80k baino gehiagok adierazten dute lo egiteko zailtasunak dituztela.
d) Sindrome genitourinarioaren ezaugarri dira lehortasuna, narritadura, erremina, sexu-harremanetan lubrifikaziorik eza, disuria eta gernubideetako infekzioak.

315. Aukeratu erantzun zuzena nerabezaroko kontrazepzioari dagokionez:

a) EZ dago nerabeentzako kontrazepzio-metodo idealik.
b) Espainiako legediaren eta jurdisprudentziaren arabera, adingabe helduek eskubidea dute informazioa jasotzeko, eta baimena eman dezakete.
c) Cochrane-ko 2011ko azterlan batek dio hezkuntzako esku-hartzeak eta kontrazepziokoak konbinatzeak nahi gabeko haurdunaldiak murriztu ditzakeela.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

316. Ondoko hauetako zein ez da nerabeetan ahotiko hormona-antisorgailu konbinatuak hartzearen efektu bat?

a) Pelbiseko gaixotasun inflamatorioaren intzidentzia murrizten du.
b) Bularreko gaixotasun fibrokistikoa areagotzen du.
c) Dismenorrea eta hilekoaren aurreko tentsioaren sindromea murrizten ditu.
d) Hezur-dentsitate minerala babesten du hipoestronismoa duten nerabeetan.

317. Adierazi zein den erantzun okerra giza papilomaren birusaren aurkako txertoari dagokionez:

a) Txerto tetrabalentea edo nonabalentea erabiltzea gomendatzen da arnas papilomatosi errepikatua duten pazienteentzat.
b) GIBak infektatutako pazienteen kasuan, 12 eta 26 urte bitartean GIBaren aurkako txertoa jartzea gomendatzen da.
c) 25 urtetik gorako emakumeek GPBaren aurkako txertoa har dezakete, GPB motaren batek eragindako infekziorik duten ala ez kontuan hartu gabe.
d) GPBak eragindako aurretiko infekzioak eta birus-argitzea dituzten eta txertoa hartzea erabakitzen duten emakumeek berriz infektatzearen aurkako babesa jaso dezakete, baina ez berraktibatzearen aurkakoa.

318. Ondoko antisorgailu hauetako zein da gomendagarriena duela 6 aste haur bat izan duen eta amagandiko edoskitzea soilik duen emakume batentzat?

a) Ahotiko hormona-antisorgailu konbinatuak.
b) Progestagenoak soilik.
c) Behor-jatorriko estrogenoak soilik.
d) b) eta c) zuzenak dira.

319. Hauek dira hormona-kontrazepzio konbinatua preskribatzeko ezinbesteko aurretiazko baldintzak:

a) Historia kliniko zehatza, tentsio arteriala hartzea eta zitologia.
b) Historia kliniko zehatza, pisua eta tentsio arterialaren zehaztapena.
c) Historia kliniko zehatza, tentsio arterialaren zehaztapena eta gibeleko funtzioaren analitika.
d) Historia kliniko zehatza, pisua eta tronbofilien azterketa.

320. Hormona-kontrazepzio konbinatua erabiltzea ondorio hauekin lotu izan da, batekin izan ezik:

a) Dismenorrea, hilekoaren aurreko sindromea eta odoljarioa murriztea.
b) Babes-efektua obulutegiko, endometrioko eta kolon-ondesteetako minbizien aurrean.
c) Hezur-dentsitate minerala murriztea.
d) Klimaterioko sintomak hobetzen ditu.

321. OMEren hautagarritasun-irizpideen arabera, ondoko baldintza hauetako bat EZ da kontraindikazio bat (4. kategoria) hormona-kontrazepzio konbinatua hartzeko:

a) Kirurgia handia, iraupen luzeko mugiezintasunarekin.
b) Lupus eritematoso sistemikoa P aurkako antigorputz (+) edo ezezagunekin,
c) Diabetes mellitusa % 8ko hemoglobina glikosilatuarekin, baskulopatiarik, nefropatiarik edo neuropatiarik gabe.
d) Migraina-erako buruko mina aurarekin.

322. OMEren hautagarritasun-irizpideen arabera, ondoko baldintza hauetako bat kontraindikazio erlatibo edo erabatekoa da (3. eta 4. kategoriak) hormona-kontrazepzio konbinatua hartzeko:

a) Puerperioa (21 egun baino gutxiago erditzetik), amagandiko edoskitzerik eta arrisku baskularreko bestelako faktorerik gabe.
b) Barize-zainak izatea.
c) Obesitatea, 30 kg/m2-tik gorako gorputz-masaren indizearekin.
d) Bularreko minbiziaren aurrekariak amaren aldetik.



323. OMEren hautagarritasun-irizpideen arabera, ondoko baldintza hauetako bat <u>EZ</u> da kontraindikazio erlatibo edo erabateko bat (3. eta 4. kategoriak) umetoki barneko gailua jartzeko:

a) Giza immunoeskasiaren birusak (GIB) eragindako infekzioa izateko arrisku handia.
b) Erdiondoa, edoskitzen ari den edo ez kontuan hartu gabe, erditzetik ≥ 48 ordu igaro direnetik hasi eta 4 aste baino lehenagora bitartean.
c) Zerbizitis zornetsua edo klamidiak eragindako infekzioa edo gonokozia.
d) Endometrioko minbizia.

324. Ondoko baldintza hauetako zein da ezinbestekoa kontrazepzio-metodo gisa umetoki barneko gailu bat jarri aurretik?

a) Miaketa ginekologikoa egitea.
b) Ekografia ginekologikoa egitea.
c) Zikloaren lehenengo fasean egotea.
d) Zitologia zerbikobaginala egitea.

325. Ondoko egoera hauetatik zein sartuko litzateke 4. kategoria gisa hormona-antisorgailu konbinatuak erabiltzeko hautagarritasun-irizpide medikoen arabera?

a) Gorputz-masaren indizea (GMI) > 35 izatea.
b) Kirurgiarekin loturarik ez duen mugikortasunik eza.
c) Hiperlipidemia izatea.
d) Auradun migraina izatea.

326. Adieraz ezazu zer SAIHESTUKO zenukeen ahotiko hormona-antisorgailu konbinatuak erabiltzen dituen eta mikosi bat tratatzea behar duen emakume baten kasuan:

a) Klotrimazola.
b) Ketokonazola.
c) Griseofulbina.
d) Fentikonazola.

327. Kasu hauetako zeinetan EZ dago kontraindikatuta lebonorgestrela duen UBG bat jartzea?

a) Umetoki-barrunbea deformatzen duten umetokiko sortzetiko anomaliak.
b) Diagnostikatu gabeko umetokiko odoljario anormala.
c) I motako diabetes mellitusa eta harekin lotutako arteria-hipertentsioa.
d) Bularreko minbizi aktiboa.

328. Kontrazepzioko pauta hedatua hau da:

a) Gestagenoz soilik osatutako antisorgailuak, etenik gabe.
b) Hormona-antisorgailu konbinatuak, astebeteko atsedenik gabe, 90 edo 360 egunez.

c) Hormona-antisorgailu konbinatuak, 24+4 pautarekin.
d) Hormona-antisorgailu konbinatuak, urtean hilabeteko nahitaezko atsedenik egin gabe.

329. Premiazko kontrazepzioari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena lebonorgestrelaren ekintza-mekanismoari dagokionez:

a) Ezarpenaren kontrako efektua du.
b) Ekintza-mekanismo frogatua obulazioa atzeratzea da.
c) Ekintza antagonista du progesteronaren hartzaileekiko.
d) LH hormona igotzen hasten denean hasten da haren ekintza.

330. Adieraz ezazu zer den egokia dismenorrea primarioa diagnostikatua duen eta kontrazepzioa nahi duen 15 urteko paziente batentzat:

a) Hormona-antisorgailu konbinatuak, pauta hedatuarekin.
b) Gestagenoz soilik osatutako hormona-antisorgailuak.
c) Karga txikiko lebonorgestrel-UBGa.
d) Aurrekoetako edozein.

331. Adieraz ezazu zein EZ den sartzen gaur egungo iraupen luzeko kontrazepzio-metodo itzulgarrien (LARC) sailkapenean:

a) Ahotiko antisorgailu konbinatuak, pauta hedatuarekin.
b) Gestagenoz osatutako inplante antisorgailua.
c) Gestagenoz osatutako UBGa.
d) Kobrezko UBGa.

332. Ondoko kontrazepzio-metodo hauetatik, zein gomendatuko zenioke 37 urterekin bularreko minbizia diagnostikatu eta tratatu zioten eta haurdun geratu nahi duen 40 urteko paziente bati?

a) Tronpen lotura.
b) Lebonorgestrel-UBGa.
c) Kobrezko UBGa.
d) Larruazalpeko inplante antisorgailua.

333. Hormona-kontrazepzio konbinatuari dagokionez, adierazi zein den OKERRA:

a) Ebidentziak adierazten du 2-3 urtez erabili ondoren murriztu egiten dela endometrioko minbizia izateko arriskua, eta hala mantentzen dela 10-15 urtez tratamendua eten ondoren.
b) Hilekoaren odoljarioaren bolumena murrizten dute, eta, beraz, eraginkorrak dira jatorri funtzionaleko hilekoaren odoljario ugariaren tratamenduan, anemia ferropenikoa izateko arriskua gutxitzen baitute.
c) Haurdunaldi ektopikoa izateko arriskua handitzen dute.
d) Pelbiseko gaixotasun inflamatorioaren aurkako babesa ematen dute, 12 hilabetez erabili ostean.

334. 35 urte baino gutxiago dituen eta beste antzutasun-kausarik gabe obulutegi polikistikoen sindromeari (OPKS) lotutako antzutasuna duen emakume baten eskema terapeutikoak ondoko hau proposatzen du:

a) Obesitatea edo gainpisua badu, lehenengo urratsa bizi-ohiturak aldatzea da.
b) Gonadotropina bidezko indukzioa.
c) In vitro ernalketa.
d) Obulutegiko ziztada anizkoitza edo drilling-a.

335. Obulutegi polikistikoaren sindromea duten pazienteetan, zein da erantzun okerra *in vitro* ernalketari dagokionez?

a) Tratamendu-aukera bat da obulazio-eragileek huts egiten dutenean.
b) Lehen aukerako tratamendutzat har daiteke 38 urtetik gorako emakumetan.
c) Obulutegien hiperestimulazio-tasa txikiagoa eragiten du.
d) Gonadotropinen dosia folikulu antralen eta Müller-en aurkako hormonaren zenbaketaren arabera doitu behar da.

336. In vitro ernalketaren ziklo bat jasotzen duten pazienteen % 9 - % 14k, gutxi gorabehera, erantzun txikia izaten dute. Zer irizpide bete behar ditu erantzun txikia izaten duen emakume batek?

a) 39 urte baino gehiago izatea.
b) Müller-en aurkako hormona <0,5-1 pg/ml izatea.
c) Aurretik egindako ziklo batean 4 obozito baino gutxiago berreskuratu izana.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

337. Adieraz ezazu zein den erantzun ZUZENA obulu-erreserbaren balorazioari dagokionez:

a) Zikloaren lehenengo fasean, serumeko progesteronaren zehaztapena obulu-erreserbaren adierazle bat da.
b) FSHaren eta estradiol basalaren zikloaren 21. eguneko zehaztapena obulu-erreserbaren markatzailetzat hartzen da.
c) Folikulu antralen zenbaketa (FAZ) obulutegi-erreserba zenbatesteko metodo egokitzat jotzen da.
d) Zikloaren lehenengo fasean folikuluen zenbaketa > 10 mm izatea metodo erabilgarria da obulu-erreserba baloratzeko.

338. Baldintza normaletan, ondoko ehuneko hauetako zein dator bat giza espeziearen ugalkortasun zenbatetsiarekin?

a) Hilean % 1 - % 5.
b) Hilean % 10 - % 15.
c) Hilean % 20 - % 25.
d) Hilean % 35 - % 45.

339. Obulu-erreserbaren balorazioan, adieraz ezazu zeren zehaztapena EZ den gomendatzen.

a) B inhibina.
b) FSH basala.
c) Müller-en aurkako hormona.
d) Serumeko estradiola.

340. Ondoko patroi hauetatik, zein joko zenuke endometrioaren harmenaren aldeko patroitzat lagundutako ugalketako tratamendu batean?

a) 7,5 mm-ko patroi isoekogenikoa izatea.
b) 7,5 mm-ko hiru geruzako patroia izatea.
c) 7,5 mm-ko patroi hiperekogenikoa izatea.
d) Konglutinazioa erakusten duen patroia izatea.

341. Enbrioi-transferentzia batean umetoki-lepoko bideratzea egiteko arazoak dituen paziente baten kasuan, adieraz ezazu zein izango litzatekeen aukerarik onena:

a) Transferentzia anestesiarekin egiteko programatzea.
b) Umetoki-lepoaren eta umetokiaren histeroskopia bat programatzea.
c) Kanula zurrun bat erabiltzea programatzea.
d) Ondestetik misoprostola erabiltzeko aukera aztertzea.

342. Obulutegi polikistikoen diagnostikoa duen paziente batek haurdun geratzea lortu du duela 2 aste lagundutako ugalketako tratamendua egin ondoren. Larrialdi-zerbitzura joan da sabeleko ondoezarekin, eta obulutegiak handituak ditu, aszitis neurritsua eta zain-tronbosiaren susmoa dago. Susmo hau izango zenuke:

a) Obulutegiaren hiperestimulazio sindrome moderatua.
b) B mailako obulutegiaren hiperestimulazio sindrome larria.
c) C mailako obulutegiaren hiperestimulazio sindrome larria.
d) Apendizitisa.

343. Bikote batek haurdun geratzeko arazoak ditu, eta, 3 abortu errepikaturen ostean, 46, XX+22 kariotipoa detektatu zen azken abortuaren hondarren azterketan. Hurrengo tratamendua planifikatzeko, ondoko hau iradokiko zenuke:

a) Obuluen donazioa.
b) Ezarpen aurreko aneuploidien azterketa (PGT-A).
c) Azterketa immunologikoa.
d) Heparinarekin tratamendua egitea.

344. Haurdunaldi anizkoitza ugalketa-tekniken konplikaziotzat hartzen da. Adierazi zein den esaldi OKERRA:

a) Azken 20 urteetan, gero eta gehiagotan egiten da enbrioi bakarraren transferentzia.
b) Estres handiagoa eragiten du familietan, baita gastu soziosanitario handiagoa ere.
c) Umetoki-lepoa laburra deneko bikien haurdunaldietan, erditze goiztiarraren tasa % 55ekoa da.
d) Berezko haurdunaldien % 1,6k fetu bat baino gehiago du.

345. Ziztada folikularrari dagokionez, adierazi zein den esaldi OKERRA:

a) Obozitoen berreskuratzea hCG-a edo GnRH-a baino 39 ordu geroago egiten da.
b) Konplikazioak % 1etik behera izaten dira.
c) Obozito berreskuratu asko izatea konplikazioak izateko arrisku-faktore bat da.
d) Infekzioa eta odoljarioa dira konplikaziorik ohikoenak.

346. Adierazi zein den erantzun OKERRA obulutegien hiperestimulazio-sindromeari dagokionez:

a) Iragazkortasun baskularra handitzen da, endoteliotik eratorritako hazkunde baskularraren faktorea (VEGF) areagotzearen ondorioz.
b) GnRH-aren antagonistak erabiltzeak hura agertzea errazten du.
c) Gaur egun, haren maiztasunak nabarmen egin du behera, prebentzio-estrategien ondorioz: hCG-aren erabilera saihestuz eta enbrioiak izoztuz.
d) Litekeena da amenorrea hipotalamikoa duten emakumeetan agertzea.

347. Adieraz ezazu zein den erantzun ZUZENA ugalkortasunari eta bizimoduari dagokionez:

a) Gizonezko osasuntsuetan egindako azterketek erakutsi dute % 50eko arriskua dagoela obesitatea duten gizonezkoek ugalkortasun txikiagoa izan dezaten.
b) Intentsitate handiko ariketak ez du ondorio kaltegarririk.
c) Tabakoaren kontsumoa da ugalkortasunean eragin negatibo handiena duen ohituretako bat.
d) Frogatuta dago kafeina kontsumitzea arrisku-faktore izan daitekeela abortu errepikatuak izateko.

348. Adierazi zein den erantzun ZUZENA obulutegi polikistikoaren sindromeari (OPKS) dagokionez:

a) OPKS duten emakume guztiek obulazioaren nahasmenduak izaten dituzte.
b) OPKS duten emakumeen % 50 - % 60k obesitatea izango du.
c) OPKSan obulazioa induzitzea erraza da.
d) Klasikoki, LH/FSH zatidura 1 baino handiagoa izatea OPKSaren irizpide diagnostikotzat hartu izan da.

349. Adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA erditzearen hirugarren fasearen maneiuari dagokionez:

a) Gomendatzen da erditzearen hirugarren fasean oxitozina ohiko prozedura gisa erabiltzea.
b) Gomendatzen da haurlaguna botatzeko prozesua modu aktiboan maneiatzea.
c) Erditzearen hirugarren etaparen iraupena luzetzat jotzen da haurra jaio osteko 30 minutuetan haurlaguna berez botatzen ez bada.
d) Haurlaguna botatzean izandako erditze osteko odoljarioa da munduan amen heriotzen laurdenaren eragile.

350. Adierazi zein den erantzun zuzena tumore-markatzaileei dagokienez:

a) Anexuetako kisteak dauden diagnostiko ekografiko orotan eskatu behar da.
b) Erabilgarriak dira obulutegiko kartzinoma epiteliala duten pazienteen jarraipena egiteko.
c) Eraginkorrak dira obulutegiko minbiziaren diagnostikoan.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

351. Bulbako kartzinoma basaloideari dagokionez, ondoko erantzun hauen artean zein da okerra?

a) GPB 16arekin lotzen da.
b) 70 urtetik gorako emakumeei eragiten die normalean.
c) EZ da kartzinoma basozelular bat.
d) Haren intzidentzia handitzen ari da.

352. Bulbako minbizian, ondoko aukera hauetako zein da baztertzailea gongoil zelatariaren azterketa egiteko?

a) 4 cm baino txikiagoko tumorea izatea.
b) Foku bakarreko lesioa izatea.
c) Iztaiko gongoilak erasanak daudelako susmo klinikoa edo ekografia bidez ikustea.
d) Kartzinoma ezkatatsua.

353. Ahal den orotan, kirurgiak izan behar du lehen aukerako tratamendua bulbako minbizian. Gaur egun, lesioa erradikaltasun-irizpideekin erauz daiteke, baldin eta marjina kirurgiko makroskopikoek gutxieneko NEURRI hau badute:

a) 5 mm.
b) 10 mm.
c) 15 mm.
d) 20 mm.

354. Eskuineko ezpain handian odola darion bulbako 3 cm-ko lesio exofitikoarekin etorri den pazientea. Alde bereko iztaiko eta izterreko gongoil finkoak erasanak eta ultzeratuak daude. Ziztada egin ondoren, APk adierazten du G3 kartzinoma ezkatatsu bat dela. Zein da estadioa?

a) IIIA.
b) IIIB.
c) IVA.
d) IVB

355. Bulbako Paget-en gaixotasuna zenbait kokapenetako minbiziarekin lotzen da. Adieraz ezazu hauetako zein <u>EZ</u> den lotzen bulbako Paget-en gaixotasunarekin:

a) Bularrekoa.
b) Tiroidekoa.
c) Urdail-hesteetakoa.
d) Genitourinarioa.

356. Adieraz ezazu zein den tratamendu egokia bulbako epitelio barneko neoplasia (VIN) arruntarentzat:

a) 5- fluoruraziloa
b) Imikimoda.
c) Eszisioa.
d) Aurreko guztiak.

357. Adieraz ezazu zein den bulbako minbiziaren faktore iragarle nagusia:

a) Gongoil-erasana (gongoil-kopurua eta tamaina)
b) Lesioaren tamaina
c) VIN II-III motekin lotuta egotea.
d) Linfa- eta odol-hodien espazioa erasana egotea.

358. Bulbako kartzinoma ezkatatsuan, gongoil zelataria gero eta gehiagotan erabiltzen da. Adieraz ezazu zein den erantzun <u>OKERRA</u>:

a) Blue dye koloratzailearekin batera erradiokoloidea erabiltzeak detekzio-tasa handitzen du.
b) Gongoil zelataritzat hartuko da ohi baino 5 aldiz erradioaktibitate handiagoa duen nodulua.
c) Ez dago mugarik bulbako lesioaren tamainan hura erabiltzeko.
d) Gongoilen miaketa kliniko-erradiologikoak negatiboa izan behar du.

359. Adieraz ezazu ondoko ezaugarri hauetako zein den erradioterapia adjubanterako indikazioa IB-II estadioan dagoen bulbako minbizian:

a) 3 cm-ko tamaina izatea.
b) Estroma hartua ez izatea.

c) < 8 mm-ko marjina pieza histologikoan.
d) Linfa- eta odol-hodien espazioa hartuta ez egotea.

360. 80 urteko paziente batek 4 cm-ko minbizia du bulban, zeinak ez baitie eragiten perineoko egiturei, eta iztaiko gongoil positibo bat du (6 mm), kapsulaz kanpo hedatzen ez dena. Adieraz ezazu zer estadiotan dagoen tumorea:

a) II. estadioa.
b) IIIA estadioa.
c) IIIB estadioa.
d) IIIC estadioa.

361. Zein da bulbako minbizi-motarik ohikoena?

a) Zelula ezkatatsuetako kartzinoma.
b) Sarkoma.
c) Melanoma.
d) Zelula basaletako kartzinoma.

362. Bulbako minbizian, tratamendu kirurgikoaren oinarria lesioa erradikaltasun-irizpideekin erauztea da; horretarako, adieraz ezazu zer lortu behar den kirurgian:

a) Tumorerik gabeko 5 mm-ko marjina makroskopikoa.
b) Tumorerik gabeko ≥ 10 mm-ko marjina makroskopikoa.
c) Tumorerik gabeko 5 mm-ko marjina anatomopatologikoa.
d) Kolostomia jartzea, uzkia erasana dagoelako beharrezkoa bada.

363. HSIL (VaIN) lesioari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Minbizi aurreko lesio izateko ahalmenik gabeko entitatea da.
b) GPBak eragindako infekzioak kausalki parte hartzen du kasuen % 90en.
c) Zelulen seneszentziak eragindako nahasmenduekin lotzen da nagusiki.
d) Ohikoagoa da umetoki-lepoko minbizi aurreko lesioak baino.

364. Bagina-hondoari eragiten dion HSIL (VaIN) lesioa duten eta HSIL (CIN) lesioaren ondoriozko histerektomiaren aurrekariak dituzten pazienteetan, adieraz ezazu zein den lehen aukerako tratamendua:

a) Kontrol zorrotza 6 hilabetez behin.
b) Brakiterapia baginala lehen aukera gisa.
c) Kolpektomia partziala.
d) Hasierako tratamendu topikoa.

365. 28 urteko pazientea. Umetoki-lepoko baheketa egin ondoren, ASC-US zelulak ditu. GPBaren proba egin zaio eta emaitza negatiboa da. Zein da jokabiderik egokiena?

a) Kontroleko GPB-proba urtebetera.
b) Kotesta urtebetera.
c) Kolposkopia.
d) Kotesta 3 urtera.

366. 36 urteko pazientea. Konizazioa egin zaio, umetoki-lepoko lesio baten ondorioz. Marjinak negatiboak dira. Zer jarraipen egin behar da?

a) Kotesta 6 hilabetera.
b) Kotesta 12 hilabetera.
c) Kolposkopia urtebetera.
d) Kotesta 24 hilabetera.

367. Umetoki-lepoko minbizi ezkatatsuan, zein da kirurgia aurreko pronostiko txarraren faktore esanguratsuena?

a) Tumorearen tamaina > 4 cm izatea.
b) Linfa- eta odol-hodien espazioa inbaditzea.
c) Umetoki-lepoko estromaren inbasio-sakonera.
d) Gongoilak erasanak egotea.

368. Umetoki-lepoko minbiziaren FIGO sailkapenaren arabera, zer estadiotan dago pelbiseko paretari eragiten dion eta hidronefrosia eragiten duen tumore primario bat, non giltzurrunek funtzionatzen baitute?

a) IIA.
b) IIB
c) IIIA.
d) IIIB.

369. 23 urteko pazientea, HSIL zitologiagatik etorri dena. Kolposkopia bat egin zaio, zeina egokia baita eta ez baitu lesio exozerbikalen ebidentziarik erakusten. Zein da jarrerarik gomendagarriena?

a) Zitologia eta kolposkopia 6 hilabetera.
b) Konizazioa.
c) Legratu endozerbikala.
d) Ohiko baheketa.

370. Umetoki-lepoko patologiari buruzko Espainiako Elkartearen gidaren arabera (2022), adieraz ezazu zer kasutan litzatekeen egokia jarraipena urtebetera egitea:

a) LSIL eta GPB 16/18
b) LSIL, 16 edo 18 ez den GPBarekin
c) Zitologia normala eta GPB 16 edo 18

d) ASC-US zitologia eta GPB negatiboa

371. 39 urteko pazientea. Ez du haurdun geratzeko nahirik, eta zitologia batean umetoki-lepoko in situ adenokartzinoma diagnostikatu zaio. Adieraz ezazu zen den erantzun OKERRA:

a) Kolposkopia egin behar da, eta, gero, legratu endozerbikala.
b) Kolposkopiak eta legratu endozerbikalak diagnostikoa berresten badute, tratamendua histerektomia da, konizazioa egiteko beharrik gabe.
c) Kolposkopia eta legratu endozerbikala egin ondoren, konizazioa egin behar da.
d) Konizazioan marjina erasanak badaude, beste konizazio bat egin behar da.

372. 42 urteko pazientea, HSIL/CIN2aren diagnostikoa egin zaiona konizazio-piezan, marjina libreekin. Adieraz ezazu zein den paziente horrentzako jarraipen egokia:

a) Kotesta urtebetera, eta, negatiboa bada, ohiko baheketa-programa 15 urtez.
b) Kotesta 6 hilabetera, eta, negatiboa bada, kotesta urtebetera ohiko baheketa-programa 15 urtez.
c) Kotesta 6 hilabetera, eta, negatiboa bada, kotesta urtero bi urtez, eta ohiko baheketa-programa 20 urtez.
d) Kotesta 6 hilabetera, eta, negatiboa bada, kotesta urtero bi urtez, eta ohiko baheketa-programa gutxienez 25 urtez.

373. 39 urteko pazientea. HSIL/CIN3aren diagnostikoa du eta konizazio bat egin zaio. Adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Ez da gomendatzen txertoa ematea egin den tipatzea bat badator txertoaren serotipoekin.
b) Tratamendua amaitzean txertatzea gomendatzen da, dosi bakarrarekin.
c) Ahal bezain laster txertatzea gomendatzen da, 3 dosiko pautarekin (0, 1-2 eta 6 hilabete).
d) Tratamendua amaitzean txertatzea gomendatzen da, bi dosirekin (0 eta 6 hilabete).

374. Adieraz ezazu zer serotipo hartzen dituen GPBaren aurkako txerto nonabalenteak:

a) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 eta 58
b) 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 eta 59
c) 6, 11, 18, 31, 33, 45, 52, 58 eta 66
d) 6, 11, 16, 31, 33, 45, 52, 58 eta 68

375. Adieraz ezazu zer motatako azterketa den umetoki-lepoko 3x3 cm-ko kartzinoma ezkatatsu bat, gongoilei eragiten ez diena eta parametrioetara eta baginara hedatua ez dagoena:

a) IB1
b) IB2

c) IB3
d) IIA1

376. Adieraz ezazu ondoko baldintza hauetako zeinek gomendatzen duen aldebiko ooforektomia bat egitea umetoki-lepoko IA-IIA1 minbiziaren kirurgian, umetoki-lepoko minbiziari buruzko SEGOren onkogidaren arabera:

a) 40 urte izatea.
b) Umetokiaren gorputza edo istmoa hartuta egotea.
c) Estroma hartua ez izatea.
d) Linfa- eta odol-hodiak hartu gabe egotea.

377. Umetoki-lepoko minbiziaren baheketaren kontzeptuari dagokionez, ondoko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Haren helburua umetoki-lepoko minbiziaren intzidentzia eta hilkortasuna murriztea da.
b) Praktikan duen eraginkortasuna neurtzeko modurik onena CIN3aren detekzio-tasaren bidez da.
c) Ez dago minbizia izateko hondar-arriskurik baheketa-itzuli baten ostean.
d) Haren muga nagusia da biztanleriaren atal batek zailtasunak dituela baheketa egiteko.

378. Umetoki-lepoko minbiziaren baheketa egiteko erabiltzen diren GPBaren (giza papilomaren birusa) detekzio-probei dagokienez, adieraz ezazu zein den erantzun OKERRA:

a) Zitologiak baino sentikortasun handiagoa dute lesio ezkatatsuak detektatzeko.
b) Haien aurresate-balio negatiboa ia % 99koa da 30 urtetik gorako emakumeen artean.
c) Kartzinoma ezkatatsua detektatzeko oso sentikorrak diren arren, zitologiak baino detekzio-tasa txikiagoa dute umetoki-lepoko adenokartzinomarentzat.
d) Ez da komeni proba horiek erabiltzea 30 urtetik beherako emakumeen baheketan.

379. Umetoki-lepoko patologiari eta kolposkopiari buruzko Espainiako Elkartearen gida klinikoen arabera, noiz komeni da umetoki-lepoko minbiziaren baheketa hastea?

a) 20 urtera.
b) 25 urtera.
c) Sexu-harremanak izaten hasi eta hiru urtera.
d) 35 urterekin, GPBaren aurkako txertoa hartua dutenetan.

380. Linfa- eta odol-hodien espazioa inbaditzen duen umetoki-lepoko T1a1 estadioko (FIGO IA1) tumore inbaditzaile baten diagnostikoaren aurrean, jarrera terapeutiko hauetako zein da zuzena?

a) Umetoki-lepoko konizazioa.
b) Histerektomia sinplea.
c) Gongoilen azterketa, tratamendua hasi aurretik.
d) Trakelektomia bakuna.

381. Umetoki-lepoko minbiziaren kirurgiaren erradikaltasun-maila, Querleu-Morrow-ren sailkapenaren arabera, ureterra alborantz mugitzea eta bere tunelaren mailan alboko parametrioaren erresekzioa egitea bada, maskuriaren eta umetokiaren arteko lotailuaren zatiketa partzialarekin eta uzkiaren eta baginaren arteko trenkadaren eta lotailu uterosakroaren erresekzio partzialarekin, honi buruz ari gara (adierazi zein den erantzun zuzena):

a) A motako errotiko histerektomia.
b) B1 motako errotiko histerektomia.
c) C1 motako errotiko histerektomia.
d) C2 motako errotiko histerektomia.

382. Umetoki-lepoko minbiziaren FIGO 2018 sailkapenaren arabera, adieraz ezazu zein den erantzun zuzena:

a) Mikroskopioz soilik diagnostikatutako kartzinoma inbaditzailea bada, estroma hartua duena, ≥ 3 mm eta < 5 mm arteko sakonerarekin, IA1 estadioa da.
b) Tumoreak baginaren goiko 2/3 hartzen baditu, parametrioak hartu gabe, eta haren gehieneko neurria < 4 cm bada, IIA2 estadioa da.
c) Tumoreak maskuriko edo ondesteko mukosa hartzen badu (biopsia berretsiarekin) edota benetako pelbisetik harago hedatuta badago eta ondoko pelbis-organoak erasanak badaude, IVB estadioa da.
d) Tumoreak gongoil linfatiko paraaortikoak inbaditzen baditu, edozein direla ere tumorearen tamaina eta hedadura, IIIC2 estadioa da.

383. Umetoki-lepoko minbiziaren diagnostiko kliniko-erradiologikoari dagokionez, ondoko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Pelbiseko azterketa eta biopsia ± kolposkopia ez dira nahitaezkoak umetoki-lepoko minbizia diagnostikatzeko.
b) Ez da gomendatzen zistoskopia edo proktoskopia errutinaz egitea.
c) Pelbiseko erresonantzia magnetiko nuklearra (EMN) nahitaez egin behar da pelbiseko tumorearen hedapenaren hasierako ebaluazioa egiteko eta tratamendu-aukerak aztertzeko.
d) Bagina barneko / ondestean zeharreko ekografia aukera bat da behar bezala gaitutako ekografiagile batek egiten badu.

384. 32 urteko haurduna. 12 asteko haurdunaldia du, eta CIN IIIaren diagnostikoa, umetoki-lepoko biopsia bidez. Zein da aukerarik egokiena?

a) Ez du esku-hartzerik behar haurdunaldia amaitu arte, eta konizazioa egin behar zaio erditu ostean.
b) Legratu endozerbikala.
c) Zitologia eta kolposkopia 3-4 hilean behin eta erditu eta 6-8 astera.
d) Zitologia eta kolposkopia 3-4 hilean behin eta konizazioa erditu eta 6-8 astera.



385. GPBaren aurkako txertoa hartu ez duten edo 15 urte bete ondoren hartu duten emakumeen kasuan, AEPCC 2025 gidak ondoko hau gomendatzen du:

a) Zitologia 3 urtez behin 25-29 urte bitartean, eta GPBaren proba genotipatuarekin 30 urtetik aurrera, 5 urtez behin.
b) GPBaren proba 20 urtetik aurrera, 2 urtez behin.
c) Kotesta urtero, 25 urtetik aurrera.
d) Zitologia urtero, 65 urtera bitartean.

386. GPBaren aurkako txertoaren dosi bat, gutxienez, 15 urte bete baino lehen hartu duten emakumeetan, adieraz ezazu noiz gomendatzen duen AEPCC 2025 gidak baheketa hastea:

a) 25 urterekin, eta zitologia 3 urtez behin egitea.
b) 30 urterekin, eta GPBaren proba 5 urtez behin egitea.
c) 35 urterekin, eta kotesta 5 urtez behin egitea.
b) 40 urterekin, eta sintomarik izanez gero egitea GPBaren proba.

387. HSIL/CIN2+aren edo AISaren aurrekaririk ez duen eta azken 10 urteetan baheketa negatibo egokia izan duen 65 urteko emakume batentzat, AEPCC 2025 gidak ondoko hau gomendatzen du:

a) Baheketa amaitzea, beste probarik egin gabe.
b) GPBaren proba bat egitea, eta, negatiboa bada, baheketa amaitzea.
c) Hiru urtez behin zitologia egiten jarraitzea 70 urte bete arte.
d) 3 urtez behin kotesta egitea sexu-harremanak izateari utzi arte.

388. Patologia onbera baten ondorioz erabateko histerektomia bat egin ondoren, non ez baitago HSIL/CIN2+aren edo AISaren aurrekaririk edo aurkikuntzarik, AEPCC 2025 ondoko hau ezartzen du:

a) Baginako baheketa egiten jarraitu behar da hiru urtez behin 65 urte bete arte.
b) Baheketa egiten jarraitu behar da 5 urtez behin 70 urte bete arte.
c) Baheketa amaitu daiteke, adina edozein dela ere.
d) Kotesta egin behar da hiru urtez behin, gutxienez 10 urtez.

389. Umetoki-lepoko minbiziaren baheketan GPBa detektatzeko baginako laginak norberak hartzeari dagokionez, adierazi zein den baieztapen zuzena:

a) Onargarritasun txikiagoa du osasun-profesionalek egiten dutenak baino, eta, beraz, ez du hobetzen baheketa-programetako parte-hartzea.
b) Ez da baliozko aukera bat populazioaren baheketa-programetan, sentikortasun diagnostiko txikia duelako.
c) Baheketarako sarbidea errazten du oztopo kulturalak, pertsonalak edo geografikoak murrizten dituelako, eta baliozko aukera bat da klinikoki baliozkotutako GPBaren probak erabiltzen direnean.
d) Emaitza positiboa bada, ez du berrespenik behar proba gehigarriekin.



390. Adieraz ezazu zein den gomendio egokiena emakume heldu baten zitologiaren emaitza HSIL bada:

a) Behaketa egitea, urtero zitologia eginda.
b) Kolposkopia egitera bidaltzea; zuzeneko eszisio-terapia egoera jakin batzuetan soilik onar daiteke.
c) Histerektomia sinplea egiteko aukera aztertzea.
d) GPBaren proba eskatzea erabakiak hartzeko irizpide bakar gisa.

391. SIL/CINaren tratamendua jaso duten pazienteetan, AEPCC 2022 gidak ondoko hau gomendatzen du GPBaren kontrako txertoari dagokionez:

a) Txertorik ez jartzea, tratamenduaren osteko GPBaren probaren emaitza positiboa bada.
b) 3 dosiko pautarekin jartzea txertoa, diagnostikoa egin ostean ahal bezain laster eta, ahal dela, tratamenduari ekin aurretik.
c) 35 urtetik beherakoei soilik jartzea txertoa.
d) Birusa argitu arte itxarotea txertoari buruzko erabakiak hartzeko.

392. Menopausia osteko metrorragiarekin kontsultara etorri den pazientea. Endometrioko biopsia egin ostean, endometrioko adenokartzinoma serosoa diagnostikatu da. Ondoko hauetako zein ez da tumore-mota horren ezaugarri bat?

a) Barreiadura-ahalmen handia du.
b) Alterazio molekularrik ohikoena PTEN da.
c) Tumorearen gradua altua izan ohi da.
d) Miometrioko inbasio sakona gertatzen da.

393. Zein da endometrio-lodieraren ebaketa-puntua biopsia bat egiteko, ohiz kanpoko odoljario genitala eta patologia neoplasikoaren susmoa dituen menopausia osteko paziente bati baginako ekografia bat egin ondoren?

a) 2 mm.
b) 3 mm.
c) 4 mm.
d) 5 mm.

394. 63 urteko pazientea. Endometrioko adenokartzinoma du, eta histerektomia, aldebiko salpingo-oforektomia laparoskopikoa eta gongoil zelatariaren aldebiko disekzioa eginak ditu. AParen emaitza gehienez 25 mm-ko G2 adenokartzinoma endometrioidea da, miometriorako < % 50eko infiltrazioarekin eta gongoil zelatari negatiboekin. Zein da tratamendu adjubanteari buruzko gomendioa?

a) Behaketa medikoa.
b) Baginako gangako brakiterapia.
c) Kanpoko erradioterapia.
d) Brakiterapia + Kanpoko erradioterapia.

395. Adierazi zein den erantzun zuzena endometrioko minbizian pelbiseko erradioterapiari dagokionez:

a) Biziraupen orokorra areagotzen du.
b) EZ du eraginik gaixotasunik gabeko aldian.
c) EZ du funtziorik betetzen endometrioko minbizian.
d) Pelbiseko errezidiba-arriskua murrizten du,

396. Endometrioko minbiziaren FIGO 2023 sailkapenaren arabera, zer estadiori dagozkio pelbiseko gongoiletako edota gongoil paraaortikoetako metastasiak?

a) IIIA.
b) IIIB.
c) IIIC.
d) IVA.

397. Umetokiko sarkomei dagokienez, zein da erantzun okerra?

a) Umetokiko sarkomak umetokiko minbizi guztien % 7 - % 8 dira.
b) Jotzen da histerektomia edo miomektomia egina duten 1:350 emakumek umetokiko sarkoma ezkutua izango dutela.
c) Zatikatzea kontraindikatuta dago tumorea gaiztoa delako susmoa edo berrespena dagoenean.
d) Umetoki-zatikatzea ezin da inoiz erabili modu seguru eta eraginkorrean kirurgia ginekologikoetan.

398. Adieraz ezazu zein den pronostiko onena duen endometrioko minbizi histologiko mota:

a) Zelula argietako kartzinoma.
b) Endometrioko adenokartzinoma.
c) Kartzinosarkoma.
d) Kartzinoma serosoa.

399. The Cancer Genoma Atlas-en sailkapen molekularrean, adieraz ezazu zerekin lotzen den POLE genea (ultramutatua) duen endometrioko minbizia:

a) Zelula argietako kartzinoma.
b) Endometrioko adenokartzinoma.
c) Kartzinosarkoma.
d) Kartzinoma serosoa.

400. Adieraz ezazu noiz gomendatzen den pelbiseko linfadenektomia egitea endometrioko minbizian, SEGOren onkogidaren arabera:

a) IA G1 estadioko endometrioko adenokartzinoman.
b) IA G2 estadioko endometrioko adenokartzinoman.
c) IB G1 estadioko endometrioko adenokartzinoman.

d) Aurrekoetako bakar batean ere ez.

401. Endometrioko minbiziaren sailkapen molekularraren arabera, azpimultzo hauetako zeinek du pronostiko bikaina?

a) P53 genearen mutazioa duen azpimultzo molekularra.
b) POLE genearen mutazioa duen azpimultzo molekularra.
c) Mikrosateliteen ezegonkortasuna duen azpitalde molekularra.
d) Gene-kopien kopuruan aldakortasun txikia duten tumoreen azpitaldea.

402. Hormona-tratamendu hauetatik zein gomendatzen da gehien endometrioko kartzinomaren tratamendu kontserbatzailean?

a) Karga handiko lebonorgestrel-UBGa.
b) Letrozola.
c) Tamoxifenoa.
d) Triptorelina.

403. Endometrioko minbiziaren lesio aitzindariei dagokienez, ondoko erantzun hauetako zein da zuzena?

a) Atipiarik gabeko hiperplasiak ez du areagotzen endometrioko minbizia izateko arriskua.
b) Hiperplasia atipikoa epitelio barneko neoplasia endometrioide izenez ere ezagutzen da.
c) Biopsia batean hiperplasia atipikoaren diagnostikoa duten pazienteen % 30ek endometrioko kartzinomaren fokuak izaten dituzte histerektomiako piezan.
d) b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

404. Endometrioko minbiziaren berrespen-diagnostikoari dagokionez, ondoko erantzun hauetako zein da zuzena?

a) Susmo klinikoa eta ekografikoa izanez gero, endometrioko biopsia egitea gomendatzen da.
b) Endometrioko biopsia ez bada egokia edo negatiboa bada eta klinikak bere horretan jarraitzen badu, histeroskopia diagnostikoa eta umetokiko legratua edo biopsia egitea gomendatzen da.
c) Gaur egun, biomarkatzaileen gene-adierazpenaren analisia dago. Analisi horiek xurgatze-biopsiaren sentikortasuna hobetzen dute eta histeroskopiarenak baino emaitza zertxobait hobeak dituzte.
d) Aurreko hiru erantzunak zuzenak dira.

405. Endometrioko minbiziaren susmoa pizten duen sintoma nagusia ondoko hau da:

a) Pelbiseko min kronikoa.
b) Genitaletako ohiz kanpoko odoljarioa, bereziki menopausia ostean.
c) Leukorrea zornetsua.
d) Pelbisean masa bat dagoelako sentsazioa.

406. Menopausia osteko paziente sintomatiko batean, adieraz ezazu zer endometrio-lodiera gomendatzen den endometrioko biopsia agintzeko ebaki-puntu ekografiko gisa:

a) > 2 mm.
b) > 3 mm.
c) > 5 mm.
d) > 8 mm.

407. Endometrioko minbiziaren hasierako prozesu diagnostikoari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Histeroskopia diagnostikoa da lehenengo aukerako metodoa.
b) Cornier erako kanula bidez egiten den endometrioko biopsia da hasierako gomendioa.
c) Inoiz ez da biopsiarik egin behar susmoa txikia bada.
d) Azterketa histologikoa ez da ezinbesteko baldintza tratamendua hasteko.

408. Adieraz ezazu noiz gomendatzen duen SEGO 2023 onkogidak endometrioko minbiziaren karakterizazio molekularra egitea:

a) Kirurgiaren ostean soilik.
b) Diagnostikoa egiten den unetik, baldin eta lagina egokia bada.
c) Gradu altuko tumoreetan soilik.
d) Tratamendu adjubantea behar badu soilik.

409. Endometrioko minbiziaren mota histologiko ohikoena kartzinoma endometrioidea da, eta gutxi gorabehera kasuen ehuneko hau izaten da:

a) Kasuen % 20.
b) Kasuen % 40.
c) Kasuen % 60.
d) Kasuen % 80.

410. Hiperplasia atipikoa / epitelio barneko neoplasia endometrioidea (EIN) histerektomia-piezan endometrioko kartzinomaren fokuak izatearekin lotzen da, pazienteen ehuneko honetaraino:

a) % 5.
b) % 10.
c) % 30.
d) % 60.

411. Endometrioko minbiziaren sailkapen molekularrean, adieraz ezazu zein den pronostiko onena duen azpitaldea:

a) p53abn.
b) NSMP.
c) MSI/MMRd.
d) POLEmut.

412. Ebakuntza aurreko hasierako estadioan dagoen endometrioko minbizian, hau da lehen aukerako heltze-bidea:

a) Kirurgia ireki laparotomikoa.
b) Baginatik, V-notes bidetik.
c) Oso inbaditzailea ez den bidea (laparoskopikoa edo robotikoa).
d) Histeroskopia kirurgikoa.

413. Adieraz ezazu zer estadio den obulutegiko minbizian iztaiko gongoil linfatikoak erasanak izatea:

a) IIIA.
b) IIIB.
c) IVA.
d) IVB.

414. 54 urteko pazientea. Abdomeneko mina duelako etorri da kontsultara, eta miaketan pelbiseko tumore bat aurkitu da. Ekografia bat egin da eta anexuetako tumore bat objektibatu da. Ondoko hauetako zein ez da, IOTAren arabera, gaiztotasunaren irizpide ekografiko bat anexuetako tumoreentzat?

a) Ertz irregularrak dituen tumore solidoa.
b) Baskularizazio irregularra.
c) Itzal akustikoa.
d) Aszitisa.

415. 35 urteko pazientea, nuligesta. Anexuetako eskuineko tumore bat du, gaiztotasun-susmoa eragiten duena. Pazienteak ugalkortasuna mantendu nahi du, ahal dela. Erantzun hauetatik zein da zuzena?

a) Peritoneoko biopsia anizkoitzak egin behar dira.
b) EZ da ezinbestekoa histerektomia eta kontrako aldeko anexektomia egitea.
c) EZ da beharrezkoa gongoilen estadioa zehaztea geroko tratamendua egokitzeko.
d) Erantzun guztiak dira zuzenak.

416. Endometriosia gaiztotzeko arriskua ez da batere ohikoa. Endometriosia duten pazienteetan, ondoko hau da maizen aurkitzen den obulutegiko minbiziaren azpimota histologikoa:

a) Gradu txikiko kartzinoma serosoa.
b) Zelula argietako kartzinoma.
c) Kartzinoma muzinosoa.
d) Gradu handiko kartzinoma serosoa.

417. Adieraz ezazu ondoko kasu hauetatik zeinetan ez den segurua ugalkortasuna mantentzea obulutegiko minbizian:

a) IA G3
b) IB G1
c) IB G2
d) IA G2

418. Adieraz ezazu obulutegiko minbiziaren kasu hauetatik zeinetan den egokia kimioterapia adjubantea:

a) Zelula argietakoa, IA estadioa.
b) Gradu txikiko serosoa, IA estadioa.
c) Muzinosoa (azpimota hedakorra), IA estadioa.
d) Muzinosoa (azpimota hedakorra), IB estadioa.

419. Adieraz ezazu zer estadio den obulutegiko minbizian gongoil paraaortikoak erasanak izatea peritoneoko erasanik gabe:

a) MI
b) IIA
c) IIB
d) IIIA1

420. Obulutegiko tumore hauetatik zeinek ekoizten ditu estrogenoak?

a) Fibrotekoma.
b) Granulosako zelulen tumorea.
c) Struma ovarii
d) Teratoma kistiko onbera.

421. Gaiztoa delako susmoa pizten duen tumore baten aurrean egin behar diren prozedurei dagokienez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Ez da beharrezkoa pelbis-garbiketa egitea likido aszitikorik ez badago.
b) Komeni da tumorea erauztea perineo barruan hautsi gabe, teknikoki hala egin badaiteke.
c) Abdomen-barrunbea zorrotz berrikusi behar ez denez, Pfannenstiel-en ebakia baliagarria da emakume gazteen kasuan.
d) a) eta b) erantzunak zuzenak dira.

422. Obulutegiko minbizian erabiltzen diren agente kimioterapiko hauetatik zein da bereziki egokia BRCA mutatua duten pazienteentzat, lehen lerroko kimioterapiaren aurrean erantzun partzial edo osoa izan ondoren?

a) Platinoa.
b) Taxola.
c) Bebazizumaba.
d) Olapariba.

423. Ondoko aurkikuntza hauetako zeinek pentsaraz diezaguke masa bat gaiztoa dela kirurgian obulutegiko masa bat ebaluatzean?

a) Obulutegiak gainazal leuna izatea.
b) Atxikidurarik ez egotea.
c) Kiste barneko edo kanpoko eskreszentzia papilarra eta multilokulazioa.
d) Aurreko erantzunetako aurkikuntza guztiek pentsarazten dute masa bat gaiztoa dela.

424. Obulutegiko minbizi aurreratuaren kirurgiari dagokionez, ondoko baieztapen hauetatik zein da zuzena?

a) Kirurgia zitorreduktorea tumorea ahalik eta gehiena erauzteko behar diren prozedura guztiak barne hartzen dituena da.
b) Ez da beharrezkoa izaten gehieneko ahalegin kirurgikoa egitea kirurgia osoa lortzeko.
c) Obulutegiko minbizian, erabateko kirurgiaren indizeak oso altuak dira.
d) Aurreko baieztapen guztiak zuzenak dira.

425. Ondoko erantzun hauetatik zein da okerra erdiondokoak ez diren mastitisei dagokienez?

a) Ohikoagoak dira erdiondoko mastitisak baino, eta emakume gazteagoetan agertzen dira.
b) Kroniko bihurtzeko joera dute, eta motarik ohikoena areola azpiko errepikazko infekzioa da.
c) Prozesua konpondu ondoren, komeni da irudi bidezko azterketa egitea mamografia eta ekografia bidez, azpiko patologiak baztertzeko.
d) Immunoezabatze-egoerak, kortikoideekin egiten diren tratamenduak, diabetesa eta tabakoaren kontsumoa faktore hartaratzaileak dira.

426. Bularreko minbizian, kimioterapia neoadjubantea tratamendu estandartzat hartzen da, eta honako baldintza hauek betetzen ditu, bat izan ezik:

a) Tokian bertan aurreratuak dauden T3 eta T4, N2 eta N3 tumoreetan erabiltzen da, baina inoiz ez hasieran ebakuntza egiteko modukoak direnetan.
b) Tumoreen tamaina murrizten du eta operatu ezin den tumore bat kirurgiarako hautagai bihurtzen du.
c) Tumorearen in vivo kimiosentikortasuna zehazteko aukera ematen du.
d) Pronostiko oneko faktore bat da erantzun patologiko osoa lortzen bada.

427. Adieraz ezazu zein den erantzun zuzena bularreko in situ kartzinoma duktaleko gongoil zelatariari buruz:

a) Ez da inoiz proposatu behar, maneiu klinikoan ez baitu baliorik.
b) Paget-en gaixotasunean soilik egin behar da.
c) In situ kartzinoma duten paziente guztiei egin behar zaie.
d) Infiltraziorako arrisku-faktoreak dituzten pazienteak hautatuta egin behar da.

428. Bularreko biopsian emaitza hau izan duen pazientea: bularreko minbizia, estrogenoen errezeptore positiboak, progesterona-errezeptoreak % 20, HER2NEU negatiboa eta KI 67 baxua. Zer motatakoa da?

a) Luminal A-like.
b) Luminal B-like.
c) Basal-like.
d) Her2Neu gainadierazia.

429. Ondoko hauetako zein da hormona bidezko terapiarekiko erantzunaren faktore iragarle bat bularreko minbizian?

a) Gradu histologiko txikia.
b) Hormona-errezeptoreen adierazpen handia.
c) Tumoreen ugaritze-maila baxua; Ki 67 < % 20 - % 30.
d) Aurreko guztiak faktore iragarleak dira.

430. Adieraz ezazu zer estadiori dagokion T3N1M0 bularreko kartzinoma bat:

a) IIB.
b) IIIA
c) IIIB.
d) IIIC.

431. Adieraz ezazu zer proba osagarri agintzen diren 1. estadioko (T1N0) hasierako bularreko minbizia duten pazienteen kasuan:

a) Analitika (hemograma, koagulazio-probak, biokimika).
b) Hezur-gammagrafia.
c) Toraxeko edo abdomeneko OTA.
d) Aurreko guztiak.

432. Adieraz ezazu zein den bularreko minbizian gongoil zelatariaren biopsia selektiboa egiteko kontraindikazio bat, SEGOren onkogidaren arabera:

a) Bularreko kartzinoma inflamatorioa.
b) Foku edo zentro anitzeko tumoreak.
c) Bularreko kirurgia plastikoko aurrekariak.
d) Aurreko guztiak.

433. Adieraz ezazu zer ezaugarri molekular dituen basal like motako bularreko tumore batek:

a) Estrogeno-errezeptore positiboak, progesterona-errezeptore positiboak, HER 2 positiboa
b) Estrogeno-errezeptore negatiboak, progesterona-errezeptore negatiboak, HER 2 negatiboa
c) Estrogeno-errezeptore positiboak, progesterona-errezeptore negatiboak, HER 2 positiboa
d) Estrogeno-errezeptore negatiboak, progesterona-errezeptore positiboak, HER 2 positiboa

434. Ondoko erantzun hauetatik zein da OKERRA erdiondokoak ez diren mastitisei dagokienez?

e) Tabakismoa eta diabetesa faktore hartaratzaileak dira.
f) Kroniko bihurtzeko joera dute, eta motarik ohikoena areola azpiko errepikazko infekzioa da.
g) Ohikoagoak dira erdiondoko mastitisak baino, eta emakume gazteagoetan agertzen dira.
h) Prozesua konpondu ondoren, komeni da irudi bidezko azterketa egitea mamografia eta ekografia bidez, azpiko patologiak baztertzeko.

435. 52 urteko emakumea. Mamografian eta ekografian 3,5 cm-ko lesio espikulatu bat ikusten da eskuineko bularraren goiko kanpoko koadrantean. Galtzarbeko ekografian ez da galtzarbeko adenopatia susmagarririk hauteman. Larruazalean zeharreko bularreko biopsia egin da. Diagnostiko anatomopatologikoa kartzinoma duktal inbaditzailea da, GIII, estrogeno-errezeptore eta progesterona-errezeptore negatiboekin. Ki-67 + % 40 Her 2 +++. Zer gomendatuko zenioke pazienteari lehenengo urrats terapeutiko gisa?

a) Plataforma genetiko bat (Oncotype / Mamaprint) egitea gomendatuko nioke, kimioterapia ematea beharrezkoa den jakiteko eta horren arabera jokatzeko.
b) Koadrantektomia + Galtzarbeko linfadenektomia (galtzarbean negatibotasuna berresten bada, ez du KMT behar).
c) Mastektomia + Gongoil zelatariaren biopsia selektiboa, eta, gero, KMT adjubantea.
d) Kimioterapia neoadjubantea trastuzumab/pertuzumabarekin.

436. Bularreko minbizian olapariba erabiltzeari buruzko baieztapen hauetatik, zein da zuzena?

a) Olapariba FDAk onartua dago tratamendu adjubante gisa arrisku handiko Her 2 negatiboa eta BRCA 1 edo BRCA 2 mutazio germinala duen bularreko kartzinoma goiztiarra duten pazienteentzat, KMT neoadjubantea edo adjubantea eman ondoren.
b) Olapariba BCRA 1-2 mutazio germinala eta Her 2 positiboa duen bularreko minbizi metastasikoan soilik da egokia.
c) Olapariba kontraindikatuta dago BRCA 1-2 mutazio germinala duten pazienteentzat.
d) Olapariba immunoterapiarekin konbinatuta soilik erabiltzen da bularreko minbizian.

437. Ondoko ezaugarri histopatologiko hauetatik zein da ohikoena bularreko lobulu-kartzinoma inbaditzailean?

a) Tumuluak eratzea eta patroi kohesiboa.
b) Her2 positiboa maiz agertzea.
c) Erdiko nekrosia izatea eta lobulu-minbizia agertzea.
d) E-cadherinaren adierazpena galtzea eta zelulek “lerroko” patroia izatea.

438. 38 urteko emakume baten bularreko lesio espikulatu baten larruazalean zeharreko ekografia bidez gidatutako biopsiaren txosten anatomopatologikoa jaso duzu. Txostena: Basal-like kartzinoma duktal inbaditzailea. Pazientea itxarongelan dago, kontsultara sartzeko zain. Zer esango diozu?

a) Tratamendua trastuzumabarekin eta kimioterapiarekin egingo dela.
b) Bularreko eta obulutegiko minbiziaren familia-aurrekariei buruzko informazioa eskatuko diozu.
c) Kirurgia kontserbatzailea baztertuko duzu eta mastektomia gomendatuko diozu (eta pazienteak nahi badu, berehala berregitea).
d) Pazienteari esango diozu gongoil zelatariak lesio metastasikorik ez badu tratamendu sistemikoa hormona bidezko terapian oinarrituko dela eta ziurrenik kimioterapia baztertuko dela.

439. Bularreko hodien barneko kartzinoman, adieraz ezazu zer kasutan egin behar dugun gongoil zelatariaren biopsia selektiboa:

a) Paziente guztietan, litekeena baita larruazalean zeharreko biopsia bidez behar beste paziente ez diagnostikatzea.
b) Areola eta titiburua erasanak dauden kasuetan soilik (Paget-en gaixotasuna).
c) Mastektomia-kasuetan ez da egokia, tratamendu erradioterapikoa saihesten baita.
d) Infiltraziorako arrisku-faktoreak dituzten paziente hautatuetan.

440. Ondoko erantzun hauetako bat OKERRA da bularreko minbiziari dagokionez:

a) Galtzarbeko gongoilak erasanak egotea kontraindikazio bat da kirurgia kontserbatzailea egiteko, edozein dela ere tumorearen tamaina.
b) Basal-like azpimota molekularra BRCA 1 ildo germinaleko mutazioekin lotzen da.
c) Azpimota luminalak dira ohikoenak.
d) Tumore-zeluletan estrogenoen hartzaileak egotea gaixotasunaren faktore iragarlea eta prediktiboa da.

441. 40 urteko emakumea. Duela hilabetetik eskuineko bularreko goiko kanpoko koadrantean konkor bat nabari duelako etorri da kontsultara. BIRADS 3 lesio bat deskribatzen duen mamografia-txosten bat ekarri du. Zer jokabide izan behar da?

a) Lasaitu egin behar da; izan ere, irudi bidezko proba bat egin da eta gaiztotasuna baztertu da.
b) Sailkapen horrek kirurgia soilik barne hartzen du ziurrenik, minbizia izateko probabilitatea % 10etik gorakoa baita. Azaldu diozu, eta Bularreko Unitatera bideratu duzu lehentasunez.
c) Ziurrenik aurkikuntza onbera da, minbizia izateko probabilitatea %2tik beherakoa baita. Azaldu diozu jarraipena egin behar dela 6-12 hilabetez behin 24 hilabetera bitartean edo biopsia bat egin bitartean.
d) Aurkikuntza horrek minbizi-susmo txikia dakar (% 2 eta % 10 artekoa), baina biopsia bat egin behar da.

442. Ondoko sindrome heredofamiliar hauetako zeinetan izaten dira sarkomak, hezurretako tumoreak eta tumore adrenokortikalak bularreko minbiziaz gainera?

a) Lynch-en sindromea.
b) Cowden-en sindromea.
c) Li-Fraumeni-ren sindromea.
d) Peutz-Jeghers-en sindromea.

443. Haurdunaldiko bularreko minbiziaren diagnostikoaren aurrean, ondoko erantzun hauetako zein da zuzena?

a) Haurdunaldian haztatzeko moduko lesio berri bat agertzen den orotan, ekografia da egin behar den lehenengo miaketa osagarria.
b) Orratz lodiko biopsia (OLB) egin daiteke lesio solidoetan.
c) Haurdunaldia eteteak ez du aldatzen minbiziaren pronostikoa.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

444. Ondoko baieztapen hauetatik, zein dira zuzenak kimioterapiak eta erradioterapiak ugalkortasunean dituzten eraginei dagokienez?

a) Ugalkortasuna erasana egon daiteke aldi baterako.
b) Ugalkortasuna erasana egon daiteke modu iraunkorrean.
c) Obulutegiko akats goiztiarra kimioterapiaren eta erradioterapiaren epe laburreko ohiko ondorioa da.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

445. Adieraz ezazu zein den erantzun zuzena menopausia ostean dagoen emakume bati baginan zeharreko ekografia bidez baloratutako endometrioaren lodierari dagokionez, endometrioko minbizia izateko arriskuaren adierazle den aldetik:

a) Endometrioaren lodierak ez du loturarik minbizi-arriskuarekin menopausia osteko emakumeetan.
b) Ekografian endometrio-lerro loditu bat aurkitzeak areagotu egiten du endometrioko minbizia izateko arriskua; lodiera handieneko eremuan 5 mm baino gehiagoko lodiera

izateak azterketa diagnostiko gehigarriak egitea eskatzen du.
c) Endometrio-lodiera susmagarritzat jotzeko ebakitze-puntua > 15 mm da beti.
d) Baginan zeharreko ekografiak ez du aukerarik ematen endometrioaren lodiera aztertzeko odol-isuria duten emakumeetan.

446. Adierazi zein den erantzun zuzena obulutegietako tumoreen azterketan koloretako Dopplerra erabiltzeari dagokionez:

a) Tumore gaiztoek erresistentzia handiko baskularizazioa dute.
b) Koloretako Dopplerrak ez du informaziorik ematen anexuetako masak onberak edo gaiztoak diren jakiteko.
c) Tumore gaiztoek erresistentzia txikiko baskularizazioa izan ohi dute, ohiz kanpoko neoangiogenesiaren ondorioz.
d) Tumore barneko arteriaren pultsatilitate-indizea 2,5 baino handiagoa izan ohi da tumore gaiztoetan.

447. Adierazi zein den erantzun zuzena ginekologian irudi bidez gidatutako prozedura inbaditzaileei dagokienez:

a) Histeroskopiak aukera ematen du barrunbe abdominalean migratutako UBGak aurkitzeko.
b) Anexuetako kisteen xurgapena abdomenetik egin behar da beti, inoiz ez baginan zehar.
c) Pelbiseko irudiak irudi bidez gidatutako bidetik drainatzea formalki kontraindikatuta dago.
d) Ekografiak aukera ematen du helburu diagnostiko edo terapeutikoarekin abdomen barneko tumore kistikoen edo metaketa kistikoen ziztada gidatzeko.

448. Adierazi zein den erantzun zuzena irudi bidez gidatutako bularreko larruazalean zeharreko biopsia-teknikei dagokienez:

a) Orratz fin batekin egindako ziztada/xurgapenak aukera ematen du orratz lodiko biopsian (OLB) adinako segurtasun diagnostikoarekin zehazteko in situ lesio bat edo lesio inbaditzailea den.
b) Orratz lodiko biopsia (OLB) haztatzeko moduko lesioetan soilik erabil daiteke, eta ezin da erabili ekografia edo mamografia bidez soilik hauteman diren lesioetan.
c) Huts bidez lagundutako bularreko biopsiak (BIMAV/Mamotomo/Vacu Flash) lesioaren lagin gehiago lortzeko aukera ematen du erradiazio-dosi txikiagoarekin, baita prozedurak iraupen laburragoa izan dezan ere, eta haztatzeko modukoak ez diren lesioetan erabiltzen da, estereotaxiaz edo ekografiaz gidatuta.
d) Kokapen erradiologikoa duen eszisio bidezko biopsia (arpoiarekin) ABBI (Advanced Breast Biopsy Instrumentation) proba baino fidagarriagoa da beti.

449. Adieraz ezazu noiz ematen duen haurdunaldia borondatez eteteko legeak 23. astetik haurdunaldia amaitu bitartean haurdunaldia eteteko aukera:

a) Inoiz ez.
b) Amaren bizia arriskuan dagoenean soilik.
c) Fetuan gaixotasun oso larri eta sendaezin bat detektatzen denean diagnostikoaren unean, eta batzorde klinikoak hala berresten duenean.
d) Fetuan bizitzarekin bateraezinak diren fetu-anomaliak detektatzen direnean, hala jasota dagoenean aldez aurretik mediku espezialista batek emandako irizpen batean (mediku espezialista hori ez da izango ebakuntza egiten duen mediku bera), eta hala baieztatzen duenean batzorde kliniko batek.

450. Adieraz ezazu noiz ez dagoen gomendatuta haurdunaldia eteteko tratamendu farmakologikoa:

a) Kortikoideekin iraupen luzeko tratamendua egiten denean.
b) Amagandiko edoskitzean.
c) Haurduntza bikoitza denean.
d) Tiroideko alterazioetan.

KASU KLINIKOAK

1. KASU KLINIKOA GALDERAK 451-452

Bigarren haurdunaldia duen 35 urteko emakumea. Preeklanpsia larria izan zuen aurreko haurdunaldian, eta haurdunaldiko 12. astean etorri da haurdunaldiko kontsultara.

451. Haurdunaldi honi dagokionez, zer jarrera da egokiena lehenengo hiruhilekoko bisitan beste preeklanpsia bat detektatzeko?

a) Baheketa konbinatua, umetokiko arterien Dopplerra eta PAPP-A proteinaren balioa erabilita.
b) Baheketa konbinatua, tentsio arteriala, umetokiko arterien Dopplerra eta PIGF proteinaren balioa erabilita.
c) Baheketa konbinatua, umetokiko arterien Dopplerra, PIGF proteinaren balioa eta PAPP-A proteinaren balioa erabilita.
d) Aspirina preskribatzea, duen aurrekariagatik soilik.

452. Preeklanpsia-arriskua detektatu ondoren, zein da jarrerarik egokiena?

a) 100 mg azido azetilsaliziliko preskribatzea lehenengo hiruhilekotik erditzera bitartean.
b) 150 mg azido azetilsaliziliko preskribatzea lehenengo hiruhilekotik 36. astera bitartean.
c) 75 mg azido azetilsaliziliko preskribatzea lehenengo hiruhilekotik 34. astera bitartean.
d) 100 mg azido azetilsaliziliko preskribatzea 34. astera bitartean, baina 16. astera arte ez hastea, lehenengo hiruhilekoan hartzeak duen arriskuagatik.

2. KASU KLINIKOA GALDERAK 453-454

37 urteko haurduna. Haurdunaldiko 25. astean dago, eta ez du aurrekari pertsonal edo familia-aurrekari interesgarririk. Bigarren hiruhilekoko analitika egin da, eta O' Sullivan-en testaren emaitza 160 mg/dL izan da. 100 g-ko glukosaren ahotiko gainkarga (GAG) eskatu da, eta emaitza hau izan da: gluzemia basala, 85 mg/dL; lehenengo ordukoa 198 mg/dL; bigarren ordukoa 175 mg/dL; hirugarren ordukoa 110 mg/dL.

453. Haurdunari emaitzaren eta emaitza horrek izan ditzakeen ondorioen berri ematen diogunean, ondoko hau esan dezakegu, <u>BAT IZAN EZIK</u>:

a) Pazientearen gorputz-masaren indizea (GMI) 29koa denez eta haur bakarreko haurduntza denez, 6-11 kg artean hartzea gomendatzea da.
b) Erditu ondoren pazientearen metabolismo hidrokarbonatua berriz ebaluatu beharko da. Horretarako, hemoglobina glikosilatuaren zehaztapena egin beharko da, erditu ondoko 6. eta 8. astearen artean.
c) Haurdunaldiko diabetesaren diagnostikoa dela eta, dietari buruzko gomendioetako bat izango da karbohidratoek eguneko kaloria guztien % 40 eta % 50 artean izan behar dutela.
d) Haurdunak jan aurretik eta ondoren neurtu beharko du gluzemia. Ez da egokia kontrol metabolikorako hemoglobina glikosilatuaren neurketa seriatua erabiltzea.

454. Haurdunaren bizi-ohiturak aldatuta ez badugu lortzen gluzemia behar bezala kontrolatzea, neurri farmakologikoak hartu beharko dira. Tratamenduari dagokionez, adierazi zein <u>EZ</u> den zuzena:

a) Ikerketa batzuen arabera, glibenklamidak jaioberrien hipogluzemia eta makrosomia areagotzen ditu, intsulinarekin edo metforminarekin alderatuta.
b) Metforminaren erabilera haurdunaldiak eragindako hipertentsioaren intzidentzia txikiagoarekin lotzen da, intsulinaren erabilerarekin alderatuta.
c) Komeni da NPH giza intsulina, detemir intsulina edo degludec intsulina erabiltzea.
d) Intsulina basalaren hasierako dosia 0,1-0,2 UI/Kg/egun da.

3. KASU KLINIKOA GALDERAK 455-456

35 urteko pazientea, familia-aurrekari interesgarririk gabea. Anemia moderatuaren aurrekari pertsonala du; haurdun geratu nahi luke epe ertainera. Adierazi du lehen mioma bat diagnostikatu ziotela, baina ez daki haren mota edo kokapena zehazten. Hilekoetan odoljario ugaria duelako etorri da kontsultara, zeinak anemia eragiten baitio; gaur egun azido transexamikoarekin tratamenduan dago anemiarentzat, baina ez du hobekuntzarik nabari.

455. Ondoko proba diagnostiko hauetatik zein <u>EZ</u> da lehen aukerakoa paziente horretan mioma baten susmo klinikoa izanez gero?

a) Endometrioko biopsia.
b) Baginan zeharreko eta abdomeneko ekografia.
c) Dopplerra.
d) EMNa.

456. Egindako ekografiak FIGOren arabera 1. motako mioma bat erakusten du, 5 cm-koa. Pazienteak informazioa eskatu du egin litekeen tratamenduari eta miomak izan litzakeen ondorioei dagokienez, baita etorkizuneko ugalkortasuna babesteko egin litezkeen tratamenduei eta haurdunaldiaren bilakaerari dagokienez ere. Adieraz ezazu zein den esaldi <u>OKERRA</u>:

a) Oso inbaditzaileak ez diren teknika berriak aplikatzeak, hala nola miomak irrati-maiztasun bidez erazteak edo EMN ultrasoinuen (MRgFUS) edo EKOGRAFIAREN (US-gFUS) bidez gidatutako intentsitate fokalizatu handiko ultrasoinu bidezko tratamenduak, emaitza esperantzagarriak erakutsi dituzte miomak dituzten eta haurdun geratu nahi duten pazienteengan, nahiz eta azterketa gehiago behar diren haien segurtasuna eta eraginkortasuna erabat zehazteko.
b) Pazienteak haurdun geratzeko ahaleginari ekin aurretik lebonorgestrela askatzen duen umetoki barneko gailu bat jartzea aukera seguru eta eraginkorra da kasu honetan. Ahal dela, haurdun geratzeko ahaleginari ekin baino hilabete lehenago kendu beharko da, iodoa eta azido folikoa hartzen hasteko.
c) Miomektomia kirurgikoa da lehen aukerako tratamendua haurdun geratu nahi duten paziente sintomatikoen kasuan, baina konplikazioak ditu, hala nola hurrengo haurdunaldi batean umetokia hausteko arriskua, ebakuntza ostean odol-transfusioa behar izatea edo, kasu bakan batzuetan, histerektomia egin behar izateko arriskua.
d) Oraindik ez dago zehaztuta umetokiko arterien enbolizazioa egin ondoren haurdun geratzea segurua den ala ez; horregatik, haurdun geratzeko nahia asea duten emakumeei soilik egiten zaie prozedura hori.

4. KASU KLINIKOA GALDERAK 457-458

42 urteko pazientea. Haurdunaldiko 10. astean dago, eta metrorragia urria duelako etorri da kontsultara. Adierazi du, halaber, askotan egin duela botaka azken asteetan, eta metoklopramida hartu duela horretarako. Miaketan, baginako odoljario urria eta umetokia haurdunaldiko 15. astean balego bezala handituta ikusten dira. Ekografian ez da enbrioirik ikusten, haurduntza-zakua deformatuta dago eta plazentak itxura kistikoa du. Haurduntza molarraren susmoa duzunez, hcG hormonaren zehaztapena eskatu duzu, eta 100.000 UI da.

457. Zein izango litzateke zure jarrera?

a) Xurgapen bidezko legratu bat egingo nuke, kontrol ekografikoarekin.
b) Prostaglandinak emango nituzke, ahal bezain laster legratu obstetriko bat egiteko.
c) Xurgapen bidez biopsia bat hartuko nuke, diagnostiko anatomopatologikoa ahal bezain laster egiteko.
d) Toraxeko OT bat edo erradiografia bat egingo nuke, biriketako metastasiak baztertzeko.

458. Pazientearen tratamendua egin ondoren, bHCG hormonaren zehaztapena eskatu da berriz, eta ikusi da emaitzak 100.000 U-ko balioetatik gora jarraitzen duela. Pazienteak adierazi du odoljarioarekin jarraitzen duela, eta ebaluazio ekografikoan badirudi hondar-ehun molarra ikusten dela oraindik ere. Egoera horretan, adieraz ezazu zein den erantzun <u>OKERRA</u>:

a) Bigarren legratu bat agindu genezake, baina ez da gomendatzen hirugarrena egitea, umetokiko sinekiak gertatzeko arriskuagatik.
b) Bigarren legratuan haurdunaldiko gaixotasun trofoblastikoa izateak areagotu egiten du kimioterapia behar izateko aukera.
c) Haurdunaldiko neoplasia trofoblastikoa berretsiko balitz, hedapen-diagnostiko bat egin beharko genuke, proba hauen bidez: toraxeko, abdomeneko eta pelbiseko OT kontrasteduna; garuneko EMa biriketako metastasiak badaude; pelbiseko EMa; eta PET-OT, zalantzarik izanez gero.
d) Ugalkortasuna mantendu nahi ez duten emakumeetan histerektomia egiteko aukera kontuan har daiteke, aldebiko anexektomia eginez, bereziki kiste tekaluteinikoak baditu.

5. KASU KLINIKOA GALDERAK 459-460

22 urteko emakumea. Hurrengo eguneko pilula eskatzera joan da larrialdi-zerbitzura. Babesik gabeko sexu-harreman bat izan du duela 76 ordu. Ez du aurrekari interesgarririk eta ez da inoiz haurdun egon.

459. Adieraz ezazu kontrazepziorako zer aukera gomendatuko zenituzkeen haurdunaldia prebenitzeko:

a) Ulipristal azetatoa aukera bakar gisa.
b) Estrogenoak eta gestagenoak dosi handitan (Yuzpe metodoa).
c) Lebonorgestrela.
d) Ulipristal azetatoa edo kobrezko UBGa.

460. Geroago, ginekologiako kontsultara joan da kontrazepziorako aholku eske, eta adierazi du nahiago duela baginako eraztuna erabili. Anamnesian, adierazi du aitak tronbosi bat izan zuela 35 urte zituenean. Zenbait galdera egin ondoren, adierazi du ez dakiela tronbofilia ote duen, ez baitu harekin harremanik. Adieraz ezazu zein izango litzatekeen jarrerarik egokiena:

a) Oinarrizko koagulazio-azterketa bat eskatuko nuke.
b) Tronbofilia-azterketa bat eskatuko nuke.
c) Baginako eraztuna gomendatuko nuke, ez baitago aurrekari pertsonal interesgarririk.
d) Hormona-antisorgailu konbinatuak hartzea kontraindikatuko nuke beti.

6. KASU KLINIKOA GALDERAK 461-462

34 urteko pazientea. Bularrean 2 cm-ko nodulu bat nabari duelako etorri da kontsultara. Miaketan, 2 cm-ko tumore finko bat nabari da, gutxi mugitzen dena, eskuineko bularreko goiko kanpoko koadrantean, gaiztoa izan daitekeen susmoa pizten duena. Familia-aurrekariei dagokienez, pazientearen amari bularreko minbizia diagnostikatu zioten 50 urterekin, eta ahizpa batek obulutegiko minbizia du 40 urterekin.

461. Adieraz ezazu zer proba egin behar den:

a) Biopsia
b) Bularreko ekografia
c) Mamografia eta bularreko/galtzarbeko ekografia
d) Erresonantzia magnetikoa

462. Eskatutako probaren ondoren, azterketa histologikoak jakinarazi du eskuineko bularrean kartzinoma inbaditzaile B luminala dagoela. Bularreko tumorektomia bat agindu da, gongoil zelataria kentzeaz gainera. Adieraz ezazu noiz litzatekeen egokia kasu horretan alde bereko galtzarbeko linfadenektomia egitea:

a) Gongoil zentinelak mikrometastasia duenean.
b) Bi gongoil zelatari metastasiko daudenean.
c) Hiru gongoil zelatari metastasiko daudenean.
d) Aurreko guztiak.

7. KASU KLINIKOA GALDERAK 463-464

75 urteko pazientea. Duela 30 egunetik metrorragia menopausikoa duelako etorri da kontsultara. Miaketa ginekologikoa eta bagina bidezko ekografia egin zaizkio. Gero, endometrioko biopsia egin zaio kanularekin, eta emaitza endometrioko adenokartzinoma serosoa izan da.

463. Zer proba eskatuko zenuke?

a) Umetokiko erresonantzia magnetikoa.
b) Abdomen eta pelbiseko OTA.
c) PET-OTA.
d) Abdomeneko ekografia.

464. Erabateko histerektomia egin zaio salpingo-ooforektomia bikoitzarekin, pelbiseko linfadenektomia eta paraaortikoa, eta omentektomia. Emaitza histologikoak adierazten du endometrioko kartzinoma serosoa duela, miometrioaren % 50 baino gehiago hartzen duena, baina gongoilak, tronpak/obulutegiak eta epiploia ez daudela erasanak. Adieraz ezazu zein izango litzatekeen jarrerarik egokiena:

a) Jarraipena
b) Brakiterapia eta kanpoko erradioterapia
c) Kimioterapia
d) Kimioterapia eta brakiterapia kanpoko erradioterapiarekin

8. KASU KLINIKOA GALDERAK 465-466

57 urteko emakumea. Obesitatea du eta erretzailea da, baina ez du beste patologia interesgarririk. Menopausia 53 urterekin iritsi zitzaion. Baheketa-programan egin den zitologian, emaitza hau izan da: ASC-US GPB positiboarekin (16/18). Kolposkopia egin da biopsiarekin, eta emaitza LSIL/CIN1 (exozerbikala) izan da.

465. Zer jokabide izan behar litzateke?

a) Txertoa jartzea eta jarraipena egitea.
b) Kotesta egitea urtebetera.
c) Eszisio-tratamendua egitea.
d) Baheketa normala egitea.

466. Hurrengo azterketan beste zitologia bat eta GPBaren testa egin zaizkio, eta emaitza LSIL eta GPB negatiboa izan da. Zer gomendio egin behar litzateke?

a) Baheketa normala egitea.
b) Kolposkopia egitea.
c) Kotesta egitea urtebetera.
d) Eszisio-tratamendua egitea.

9. KASU KLINIKOA GALDERAK 467-468

32 urteko pazientea. Pelbiseko minagatik joan da larrialdi-zerbitzura. Ekografia bat egitean, ikusi da obulutegian tumore susmagarri bat duela eta litekeena dela tortsioa ere izatea. Kirurgia agindu da, eta, haren bidez, tortsioa konpondu da eta kistektomia egin da. Biopsiaren emaitzak adierazi du obulutegiko borderline tumore muzinoso bat dela.

467. Zer jokabide izan behar litzateke?

a) Jarraipen estua egitea.
b) Erabateko histerektomia egitea, anexektomia bikoitzarekin eta omentektomiarekin.
c) Aldebiko anexektomia egitea.
d) Erasandako obulutegiaren anexektomia egitea.

468. Zein izango litzateke paziente horientzat gomendatzen den jarraipena?

a)Ez du jarraipenik behar.
b) Sei hilean behingo kontrola 2 urtez, eta urterokoa, 5 urtera bitartean.
c)Jarraipena urtean behin hamar urtez.
d) Jarraipena urtean behin, eta histerektomia egitea geratzen den obulutegiaren anexektomiarekin, 40 urterekin.

10. KASU KLINIKOA GALDERAK 469-472

26 urteko emakumea, lehenengo aldiz haurdun dagoena, familia-aurrekari interesgarririk gabea. Lehenengo hiruhilekoko baheketa konbinatuak adierazi zuen kromosomopatiak izateko arrisku txikia zuela. Haurdunaldiko 20. astean, bere osasun-zentroaren protokoloari jarraikiz, fetuaren ekografia morfologiko bat egiteaz gainera, baginan zeharreko ekografia bat egin zitzaion, eta ikusi zen umetoki-lepoaren luzera 20 mm-koa zela. Haurdunaldiko 30. astean, haurduna larrialdi-zerbitzura joan zen umetokiko uzkurdura mingarriak zituelako, likidorik galdu gabe eta bestelako klinikarik gabe. Baginako ukipenean, umetoki-lepoa bigun zegoen, posizio ertainean, % 80 laburtuta eta bi hatz sartzeko moduan; mintzak osorik zeuden, eta haurrak buruzko aurkezpena zuen. Erregistro kardiotokografikoan 4 uzkurdura jaso ziren 30 minutuan. Gainera, baginan zeharreko ekografian, umetoki-lepoaren luzera 9 mm-koa zela ikusi zen.

469. Zer agindu zitekeen haurdunaldiko 20. astean garai aurreko erditzearen bigarren mailako prebentzio gisa?

a) Umetoki-lepoko zerklajea egitea.
b) Bagina bidez progesterona natural mikronizatua ematea.
c) Haurdunari erabateko atsedena hartzeko gomendatzea.
d) Ahotiko burdin osagarriak hartzea modu profilaktikoan.

470. Adierazi zein den erantzun OKERRA haurdunaldiko 30. astean deskribatzen den gertakariari dagokionez:

a) Komeni da kortikoideak ematea (bi dosi betametasona muskulu barnetik edo lau dosi dexametasona zain barnetik).
b) Komeni da tratamendu tokolitikoa egitea 48 orduz.
c) Komeni da antibioterapia profilaktikoa egitea.
d) Komeni da magnesio sulfatoa ematea neurobabeserako.

471. Jaio aurretik kortikoideak ematea ondoko hauekin guztiekin lotzen da, BATEKIN IZAN EZIK:

a) Jaioberriko arnas distresa murriztea.
b) Enterokolitis nekrosatzailea izateko arriskua handitzea.
c) Bentrikulu barneko odoljarioa izateko arriskua murriztea.
d) Jaioberriko aireztapen mekanikoaren beharra murriztea.

472. Tratamendu tokolitikoari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Helburua da erditzea 48 ordu atzeratzea, kortikoideak eta magnesio sulfatoa eman ahal izateko.
b) Beta-blokeatzaileek (erritodrina) atosibanaren eta nifedipinoaren antzeko segurtasun-profila dute.
c) Ebidentziak adierazten du atosibanak eta nifedipinoak jaiotza inguruko emaitzak hobetzen dituztela.
d) Indometazina 32. astetik gorako haurdunaldietan da batez ere egokia.

11. KASU KLINIKOA GALDERAK 473-476

36 urteko emakumea. Lehenengo aldiz dago haurdun, haurdunaldiko 26. astean dago, eta egunean 15 zigarro erretzen ditu. Ohiko kontrolean, ikusi da umetokiaren altuera legokiokeena baino txikiagoa dela, hatz bat zeharka zilborretik behera (gutxi gorabehera 20 cm-ko umetoki-altuera), eta mugimendu egokiak nabari dira.

473. Zer jarrera da egokiena?

a) Ohiko kontrola kontsultan 28. astean, fetua mugitzen delako.
b) Ekografia egitea, DBPa eta femurra soilik neurtzeko.
c) Bi aste barrurako ekografia eskatzea.
d) Ekografia egitea fetuaren pisua zenbatesteko.

474. Ekografia bat egin da, eta zenbatetsi da fetuaren pisua 8. pertzentilean dagoela. Ondoko Doppler-neurketa hauetatik zein da ezinbestekoa?

a) Zain-duktusaren pultsatilitate-indizea.
b) Umetokiko arteriak patologikoak badira, garuneko erdiko arteriaren (GEA) pultsatilitate-indizea.
c) Zilbor-arteriaren pultsatilitate-indizea.
d) Umetokiko arterien erresistentzia-indizea.

475. Aurreko egoeran egindako Doppler-neurketa guztiak normalak dira. Nola sailkatuko zenuke fetu hori?

a) Adin gestazionalerako pisu gutxi duena.
b) UBHM, I. estadioa.
c) UBHM, II. estadioa.
d) UBHM, III. estadioa.

476. Haurdunaldi horren jarraipen ekografikoan, ikusi da zilbor-arterian ez dagoela fluxu diastolikorik (zikloen % 50en baino gehiagoan) eta aorta-istmoa alderantzikatua dagoela 30. astean. Noiz amaituko zenuke haurdunaldia?

a) Berehala.
b) 32. astean.
c) 34. astean.
d) 36. astean.

12. KASU KLINIKOA GALDERAK 477-480

38 urteko pazientea, nuligesta. Dismenorrea sekundarioagatik egin du kontsulta; ez du aurrekari interesgarririk. Kontrazepziorako bagina-eraztuna erabili du 26 urte zituenetik, eta tolerantzia ona izan du. Duela 6 hilabete, familia-medikuak esan zion bere adina zela-eta eraztuna kendu behar zuela, eta ez zion kontrazepziorako beste aukerarik gomendatu, preserbatiboaz harago.

477. Adierazi zein den erantzun zuzena hormona-kontrazepzio konbinatuari dagokionez:

a) Edozein kasutan, 35 urterekin eten behar da.
b) 35 urtetik aurrera mantendu daiteke erretzaileak ez direnetan.
c) Ez da 10 urte baino gehiagoan izan behar.
d) Bularreko minbizia izateko arriskua areagotzen du 40 urtetik aurrera.

478. Anamnesian, pazienteak adierazi du bere hilekoak ohi baino ugariagoak direla. Esan du egunean 4-6 konpresa erabiltzen dituela eta lehen bat baino ez zuela erabiltzen, eta ez duela koagulurik botatzen. Adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Hilekoak eragindako odoljario ugariaren arrazoiak aztertu behar ditugu.
b) Esan behar diogu ez duela garrantzirik; izan ere, normala da hilekoak urriagoak izatea bagina-eraztuna erabiltzen denean.
c) Hilekoak eragindako odoljario ugariaren diagnostikoa pazientearen pertzepzioa oinarri hartuta egiten da.
d) a) eta c) zuzenak dira.

479. Ekografia bat egin dugu, eta ikusi dugu umetokiak atzeranzko flexioa duela, endometrioak 12 mm dituela eta ondo mugatuta dagoela, miometrioa heterogeneoa dela eta aurreko pareta asimetrikoki loditua duela, eta obulutegiek itxura normala dutela eta elkarri atxikiak daudela Douglas-en zakuan. Maskuria eta ondestea ondo lerratzen dira. Adierazi zein den gure susmo-diagnostikoa:

a) Adenomiosia.
b) Obulutegiko endometriosia.
c) Endometrioko hiperplasia bakuna.
d) a) eta b) zuzenak dira.

480. Diagnostiko horrekin, eta jakinik pazienteak gaur egun ez duela haurdun geratzeko asmorik, ondoko hau gomendatuko diogu:

a) Gestagenoz osatutako UBGa jartzea.
b) Bagina-eraztun antisorgailua jartzea berriz.
c) Laparoskopia diagnostiko bat egitea.
d) a) eta b) eskain ditzakegu.

13. KASU KLINIKOA GALDERAK 481-484

15 urteko pazientea. Kontsultara etorri da duela bi hilabetetik abdomeneko distentsioa eta okupazio-sentsazioa dituelako, hipogastrioko minarekin batera.

Miaketan, zilborrera iristen den tumore bat haztatu da, eta ekografiak erakutsi du obulutegian tumore bat dagoela, eduki hiperekogenikoarekin, baita 15 zentimetro inguruko eremu anekogenikoren bat ere.

Tumore-markatzaileetan (TM), ikusi zen CA 125 normala zela, βHCG negatiboa zela eta ondoko hauek areagotuta zeudela: alfafetoproteina (AFP), laktatodeshidrogenasa (LDH), estradiola (E2) eta dehidroepiandrostenodiona (DHEA).

Tratamendua kirurgikoa izan zen, eta txosten histopatologikoak adierazi zuen hiru geruza germinaletako zelulak eta ehun heldugabea zeudela, neurona-bereizketako eremuekin, eta horrek pentsarazten du obulutegiko tumore germinal gaiztoa (OTGG) dela.

481. Aurreko informazioa kontuan hartuta, zein izango litzateke lehenengo aukera diagnostikoa?

a) Disgerminoma.
b) Sinu endodermikoko tumorea.
c) Teratoma heldugabea.
d) Endekapen gaiztoko teratoma heldua.

482. Paziente gazte eta nerabeen OTGGen maneiu kirurgikoari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Itxuraz obulutegira mugatuta dagoen tumore germinal gaiztoaren ebakuntza osteko diagnostikoa eginez gero, beharrezkoa da beste ebakuntza bat egitea estadioa osorik zehazteko kirurgikoki, gongoil-estadioa barne dela.
b) Aldebiko lesioa izanez gero, aldebiko anexektomia ez da batere gomendagarria, eta gutxienez obulutegi osasuntsu bat edo haren zati bat mantentzea gomendatzen da.
c) Zer bide kirurgikotatik heldu erabakitzeko orduan, kirurgian haustura bat gertatzeko arriskua minimizatu behar da.
d) Analisi genetikoak gonaden disgenesia erakusten duen eta tumore germinal gaiztoa duten pazienteetan, aldebiko anexektomia egitea da gomendatzen den kirurgia.

483. OTGGei dagokienez, hautatu erantzun OKERRA:

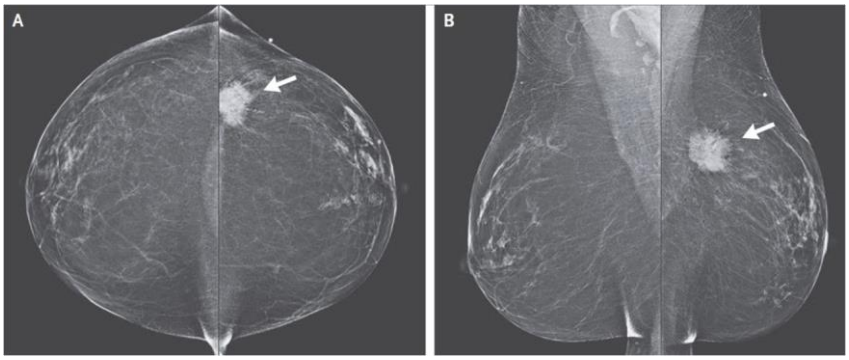
a) Tumore horietarako estadioa zehazteko erabiltzen den sistema obulutegiko minbizi epitelial gaiztoarentzat erabiltzen den FIGO sailkapenaren berdina da.
b) Gehienak hasierako estadioetan diagnostikatzen direnez eta kimiosentikorrak direnez, biziraupen orokorra bikaina izaten da.
c) Tumore horientzat erabiltzen den kimioterapia estandarra bleomizina, etoposidoa eta platinoa da.
d) Obulutegiko minbizi epitelialeko Ca 125ean ez bezala, diagnostikoa egitean tumore-markatzaile serikoak areagotuta badaude, ez dira erabiltzen tratamenduarekiko erantzunaren monitorizazioan, ezta jarraipenean ere.

484. Gazteen eta nerabeen obulutegiko tumore germinal gaiztoei (OTGG) dagokienez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Ugalkortasuna mantentzeko kirurgia da gomendatzen den kirurgia, baita gaixotasuna aurreratua dagoen kasuetan ere (III. eta IV. estadioak).
b) PET-OTA egiteko indikazioa dago, aurresate-balio negatibo handia duelako.
c) Paziente horiek onko-ugalkortasuneko unitate batera bideratu behar dira beti, aholkua eman diezaieten.
d) Paziente honen kasuan, enbrioi-ehun heldugabea izateak adierazten du gaiztoa izateko ahalmena, eta diferentziazio-mailak garrantzia du pronostikoan.

14. KASU KLINIKOA GALDERAK 485-488

62 urteko emakumea. Duela 15 bat egunetik ezkerreko bularrean konkor bat nabari duelako etorri da kontsultara. Familia-aurrekariak: interes klinikorik gabe. Aurrekari pertsonalak: Menarkia: 12, 4/28 mota, Menopausia: 54. Erdigabea. Duela 15 urte bularreko biopsia bat egin zioten fibroadenoma baten ondorioz. Azken mamografia duela 7 urte.
Miaketa: 3 cm-ko tumorea. Galtzarbean negatiboa. Egin zaion mamografiak irudi hau erakusten du:



485. Egin beharreko jarduketa hauetatik zein iruditzen zaizu zuzenena?

a) Kontroleko mamografia 6 hilabete barru, ertz espikulatu gabeak dituen tumore irregularra baita, gaiztoa denik iradokitzen ez duena.
b) EMNa egitea.
c) Orratz lodiko biopsia egitea, ekografiaz gidatuta.
d) Mastektomia.

486. 2. graduko eta 1,6 cm-ko kartzinoma duktal inbaditzaile bati buruzko txosten anatomopatologikoa jasoz gero, tratamendua planifikatu ahal izateko, patologoari eskatuko zenioke ondoko hau sar dezala txostenean:

a) Mintz basalaren egoera.
b) Guruin-egiturarik badagoen.
c) Infiltrazio lausorik badagoen.
d) Azterketa immunohistokimikoa.

487. Zer maneiu-aukera iruditzen zaizu egokiena kasu honetan?

a) Tumorektomia eta erradioterapia.
b) Tumorektomia, gongoil zelataria eta erradioterapia.
c) Mastektomia.
d) Kimioterapia neoadjubantea eta, gero, mastektomia.

488. Adieraz ezazu zer iradokiko lukeen T2N0 estadioa, 2. gradua, hormona-hartzaile positiboak eta HER2 negatiboa berresteak:

a) Hormona bidezko terapia.
b) Kimioterapia.
c) Immunoterapia
d) Terapia pertsonalizatua.

15. KASU KLINIKOA GALDERAK 489-492

37 urteko pazientea. Haurdun dago, 7 asteko amenorrearekin, eta larrialdi-zerbitzura joan da duela 4 ordu bat-batean sabeleko mina hasi zaiolako.
Aurrekari pertsonal gisa, adierazi du eskuineko salpingektomia egin ziotela haurdunaldi ektopikoagatik duela 5 urte eta abortu goiztiar bat izan zuela duela 3 hilabete. Ez du seme-alabarik.
Miaketan, mina du beheko hemiabdomenean, defentsa positiboarekin. Ez du genitaletako odoljariorik.
Ekografian umetokia tarteko posizioan bistaratzen da, 7 mm-ko endometrioarekin, eta ez da haurduntza-zakurik ikusten. Eskuineko obulutegiak 24x30 mm-ko diametroa du eta umetokiaren ertzari itsatsita dago. Ezkerreko obulutegia 25x35 mm-koa, alboko formazio biribilduarekin, zeina heterogeneoa baita, gehieneko diametroa 28 mm-koa duena, eraztun-eran baskularizatua, tronpako haurdunaldi ektopikoa iradokitzen duena.
Odoleko B-HCG hormonaren zehaztapena egin da, eta 3.000 UI/L-tik gorako balioa du.

489. Metotrexatoarekin tratamendu kontserbatzailea egitea erabakitzen badugu, B-HCG hormonaren zer mailarentzat da egokia?

a) B-HCG hormonaren 1.000 UI/L-tik gorako edozein baliorentzat, hemoperitoneorik ez badago.
b) 5.000 UI/L-tik beherako balioentzat.
c) 10.000 UI/L-tik beherako balioentzat.
d) 5.000 eta 10.000 UI/L arteko balioentzat, hemoperitoneorik eta enbrioiaren bihotz-aktibitaterik ez badago.

490. Metotrexatoarekin tratamenduari ekin ondoren, pazienteak sabeleko minez jarraitzen du. Ondoko farmako hauetako zein erabiliko dugu, metotrexatoarekin batera, tratamendu analgesiko gisa?

a) Ibuprofenoa.
b) Parazetamola.
c) Dexketoprofenoa.
d) Aurrekoetako edozein.

491. Metotrexatoa eman eta 48 ordura, pazientea egonkor dago hemodinamikaren aldetik, baina min arin/ertaina izaten jarraitzen du, analgesiarekin kontrolatua. Hemograman, Hb-a 12 gr/dl da, formula normala, giltzurrun- eta gibel-funtzioaren probak normalak, eta odoleko B-HCG hormonaren mailak % 10 igo dira hasierako balioekin alderatuta. Ondoko hau da jokabide zuzena:

a) Tratamendu kirurgikoa egitea.
b) Zain barneko metotrexato-dosia errepikatzea.
c) Zaku barneko injekzioa potasio kloruroarekin.
d) Itxarote-jarrera izatea eta analitika orokorra eta B-HCG hormonarena errepikatzea 48 ordu barru.

492. Paziente horren kasuan, aurreko haurdunaldi ektopikoaren tratamendua kontserbatzailea izan balitz kirurgikoa izan ordez, egokia litzateke berriz metotrexatoarekin tratamendua egitea?

a) Ez, aurrez metotrexatoarekin tratatua zegoelako.
b) Bai, aurreko haurdunaldi ektopikoa kontrako aldeko tronpan izan zelako.
c) Banaka aztertu behar da, bikoteak haurdun geratzeko duen nahiaren arabera.
d) Aurreko haurdunaldi ektopikoaren aurrekariak ez du eraginik izan behar gaur egungo jokabidean.

16. KASU KLINIKOA GALDERAK 493-496

38 urteko pazientea. Azkura bulbobaginala, leukorrea eta dispareunia dituelako etorri da kontsultara. Aurrekari pertsonalak: berriki diagnostikatutako II. motako diabetes mellitusa, dietarekin tratatzen ari dena. Ez du ebakuntza kirurgikorik. Hilekoaren ziklo erregularrak. Ez du erditzerik izan. Adierazi du sexu-bikotekide egonkorra duela.
Espekuloskopian, ikusten da bagina eta umetoki-lepoa eritematosoak direla, puntu gorrixkekin, eta leukorrea berdexka ugaria dela, burbuilekin.

493. Zure ustez, zer agente patogeno izango da ziurrenik?

a) Gardnerella vaginalis.
b) Trichomonas vaginalis.
c) Candida albicans.
d) *Neisseria gonorrhoeae*.

494. Zer esperoko zenuke aurkitzea freskoan aztertzeko hartzen den lagin batean?

a) Gako zelulak (“clue cells”) egotea.
b) Zelula obalatuak, mugikorrak, flagelatuak eta mintz uhindua dutenak izatea.
c) Hifak edo esporak egotea.
d) “Arrain”-usain bereizgarria % 10eko KOH (potasio hidroxidoa) gehitu ondoren.

495. Zer pauta iruditzen zaizu eraginkorrena paziente horren tratamendurako?

a) Baginako tratamendu topikoa egunean 600 mg fentikonazolekin, 3 egunez.
b) Bagina bidezko dekualinio kloruroa.
c) 2 gramo metronidazol ahotik, dosi bakarrean.
d) 250 mg zeftriaxona muskulu barnetik, dosi bakarrean.

496. Paziente horri egingo zenizkiokeen gomendioei dagokienez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Tratamendu topikoak ahotik hartzen den tratamendua bezain eraginkorrak dira.
b) Tratamendua egin bitartean alkoholik ez hartzea gomendatzen da.
c) Sexu-bikotekideak ere tratamendua egitea gomendatzen da.
d) Xaboi azidoarekin garbitzea onuragarria izan daiteke.

17. KASU KLINIKOA GALDERAK 497-500

40 urteko pazientea. Antzutasuna, duela 3 urtetik. FA: amak 42 urterekin izan zuen menopausia. AP: apendizektomia. AG: M 13. Hileko-mota: 2-4 hilean behin. Laparoskopia, obulutegiko endometriosiaren ondorioz: ezkerreko obulutegiko kistektomia (8 cm) eta ezkerreko salpingektomia, hidrosalpinxaren ondorioz. 1 haurdunaldi in vitro ernalketaren ondoren PGT-Arekin, enbrioi bakarra; abortua gertatu zen 2. hiruhilekoan. Pazientea larrialdi-zerbitzura joan zen haurdunaldiko 18. astean, "arraro" sentitzen zelako, baina ez zen uzkurdurarik ikusi. Baginako miaketan, baginan zorroa ikusi zen. 6 ordura, zorroa hautsi zuen eta haurduntza galdu zuen. Pazienteak berriz haurdun geratu nahi du eta AMHaren maila 0,2 da. Gizonezkoaren seminograman % 30eko astenozaospermia dago.

497. Zer tratamendu proposatuko zenuke haurdunaldia lortzeko ahalik eta aukerarik handiena izateko?

a) Obozitoak pilatzea eta PGT-A berria.
b) Obozitoen donazioa bikotekidearen semenarekin.
c) Ezer ez egitea eta haurdun ez geratzeko gomendatzea, pronostikoa txarra baita.
d) Obozitoen donazioa, emaile baten semenarekin.

498. Bikoteak haurdun geratzea lortu zuen eta haurdunaldiko 1. bisitara etorri da. Ondoko faktore hauetatik, adierazi zein EZ litzatekeen arrisku-faktore bat izango garai aurreko erditzearen baheketan:

a) 1. hiruhilekoko abortua.
b) Umetoki-lepoko kirurgia (konizazioa, trakelektomia).
c) Umetokiko sortzetiko anomalia.
d) Haurduntza anizkoitza.

499. Pazienteak informazioa eskatu du eta umetoki-lepoko zerklajea egiteko eskatu du. Adierazi zein izango litzatekeen baieztapen ZUZENA:

a) Umetoki-lepoko zerklajea egitea abdomenetik.
b) Umetoki-lepoko zerklajea egitea 14. astean.
c) Larrialdiko zerklaje bat egitea berriz koadro bera errepikatzen bada.
d) Ahotiko burdin osagarriak hartzea modu profilaktikoan.

500. Pazientea 30. astean erditu da mutiko batez, zeinak, zorionez, konplikaziorik gabe egin baitu aurrera. Urtebete geroago, gizona semena izoztera joan da, IV. estadioko garuneko tumore bat baitu. Bikoteari enbrioi bat geratzen zaio izoztuta. Adieraz ezazu zer gomendatuko genukeen:

a) Semena ez izoztea, dagoeneko badute enbrioi bat eta.
b) Ezer ez egitea, eta gizona hiltzen denean transferentzia egitea, hil ondoren 2 urtera.
c) Semena eta enbrioia zertarako erabiliko diren jakinarazteko testamentua egin dezaten gomendatzea.
d) Enbrioia suntsitzea.

Osakidetza

