Osakidetza



EMAGINA

GALDERAK

1.- Espainiako erizaintzaren kode deontologikoaren arabera, zer egin behar du erizainak paziente terminal baten aurrean?

a) Bere jarduera tratamendu sendagarrietara mugatu.
b) Bizitzaren luzapena lehenetsi sufrimenduaren gainetik.
c) Zainketa aringarriak eskaini gaitasunez eta errukiz amaieraraino.
d) Zaintza familiaren esku utzi tratamendu sendagarririk ez dagoenean.

2.- Sekretu profesionalari dagokionez, zein da erizainaren jarduera zuzena lege-arrazoiengatik haustea beharrezkoa denean?

a) Eskura dagoen informazio guztia agerian utzi erantzukizunak saihesteko.
b) Beti uko egin sekretu profesionala hausteari.
c) Beharrezkoa den informazioa bakarrik eman eta pazientea babestu.
d) Pazientearen senideei bakarrik eman informazioa.

3.- Espainiako erizaintzaren kode deontologikoaren arabera, zein da erizainaren funtzio nagusietako bat desgaitasuna edo ezintasunak dituzten pertsonei dagokienez?

a) Bere jarduera oinarrizko zainketa asistentzialera soilik mugatzea.
b) Ezintasunaren kausak identifikatzea eta prebentzioan, tratamenduan edo errehabilitazioan laguntzea.
c) Gizarte-integrazioa gizarte-langileen esku soilik uztea.
d) Gaixotasun akutua dagoenean bakarrik jardutea.

4.- Espainiako erizaintzaren kode deontologikoaren arabera, nola jardun behar du erizainak ezagutzen duen haurren abusu kasu baten aurrean?

a) Edozein kasutan sekretu profesionala mantendu.
b) Umearen familiari bakarrik jakinarazi.
c) Agintaritza eskudunei salatu.
d) Egiaztapen erabatekoa izan arte itxaron jardun aurretik.

5.- Espainiako erizaintzaren kode deontologikoaren arabera, zein da erizainaren erantzukizunetako bat haurraren garapen egokia bermatzeko?

a) Ospitale barruko arreta sanitariora mugatzea.
b) Haurrak elikadura, etxebizitza, hezkuntza eta osasun-zaintza izan ditzan laguntzea.
c) Funtzio hauek gizarte-zerbitzuen esku soilik uztea.

d) Gaixotasun larrien kasuetan bakarrik jardutea.

6.- Espainiako emaginaren kode deontologikoaren arabera, zein eskubide du emaginak bere sinesmen etiko edo moralekin gatazkan dauden jardueren aurrean?

a) Kontzientzia-eragozpenaren eskubidea erabiliz uko egin dezake, diskriminaziorik jasan gabe.
b) Beti egin behar ditu, gatazka pertsonala sortu arren.
c) Epailearen baimena badu soilik uko egin dezake.
d) Automatikoki beste profesional bati esleitu behar dizkio, jakinarazi gabe.

7.- Espainiako emaginaren kode deontologikoaren arabera, zein erantzukizun du emaginak bere ardurapean dauden prestakuntza klinikoko egoiliarrekiko?

a) Gainbegiratzerik gabe modu autonomoan jardutea onartzea.
b) Bakarrik prestakuntza-aldia amaitzerakoan ebaluatzea.
c) Haien prestakuntza erabat beste profesionalen esku uztea.
d) Aplikatu beharreko kode deontologikoa betetzen dutela zaintzea eta haien prestakuntza-maila jakinaraztea.

8.- Espainiako emaginaren kode deontologikoaren arabera, nola jokatu behar du emaginak emakume batek tratamendu bati uko egiten badio?

a) Beharrezkotzat jotzen badu, tratamendua inposatu behar du.
b) Emakumearen erabakia errespetatu behar du, salbu eta berarentzat edo bere haurrarentzat arrisku frogatua badago.
c) Erabakia baztertu behar du familia ados ez badago.
d) Beti beste profesional bati bideratu behar dio kasua.

9.- Honako jardueretatik zeinek islatzen du hobekien emaginaren ikuspegi asistentziala kode deontologikoaren arabera?

a) Zaintza integralak ematea, ebidentzia zientifikoan eta ikuspegi holistikoan oinarrituta.
b) Emakumearen alderdi biologikoei soilik arreta ematea.
c) Haurdunaldian eta erditzean bakarrik zentratzea.
d) Protokoloak lehenestea banakako beharren gainetik.

10.- 10/1995 Lege Organikoaren arabera, Zigor Kodeko 199. artikuluan, zer ondorio du profesional batek bere isilpekotasun-betebeharra urratuz beste pertsona baten sekretuak zabaltzeak?

a) Administrazio-zehapena bakarrik.
b) Urte batetik lau urtera bitarteko espetxe-zigorra, isuna eta lanbide-desgaikuntza.
c) Diru-isuna soilik, beste ondoriorik gabe.
d) Bat ere ez, informazioa egiazkoa bada.

11.- Informatzeko betebeharraren printzipioaren arabera, zein da profesional sanitarioaren jarduera zuzena?

a) Pazienteari informazioa ezkutatzea sufrimendua saihesteko.
b) Informazioa familiari bakarrik ematea, pazienteak egia jakin nahi badu ere.
c) Pazienteari gezurra esatea diagnostikoa larria bada.
d) Pazienteari eskatzen duen informazio garrantzitsua ematea, bere erabakitzeko eskubidea errespetatuz.

12.- Erabakitzeko gai diren pazienteei dagokienez, zer paper du bizi-kalitateak erabakiak hartzean?

a) Ez da inola ere kontuan hartu behar.
b) Osasun-profesionalak bakarrik baloratzen du.
c) Gehienezko garrantzia izan dezake pazientearen beraren balorazioaren arabera.
d) Gaixotasun terminaletan bakarrik hartzen da kontuan.

13.- Sortzetiko malformazio larriak dituzten haurren kasuan, zein irizpide aplikatu ohi da erabakiak hartzerakoan?

a) Beti aplikatzen dira eskuragarri dauden tratamendu guztiak.
b) Erabakia soilik irizpide medikoen arabera hartzen da.
c) Gurasoen erabakia errespetatzeko joera dago, nahiz eta eztabaida egon.
d) Malformazioaren larritasuna baztertzen da.

14.- NANDA-II taxonomia 13. edizioa (2024-2026) honela antolatuta dago:

a) 10 domeinu eta 30 klase, 5 ardatzekin.
b) 13 domeinu eta 47 klase, 6 ardatzekin.
c) 12 domeinu eta 36 klase, 8 ardatzekin.
d) 12 domeinu eta 36 klase, 7 ardatzekin.

15.- Ohean dagoen paziente batek aldi berean honakoak ditu: mugikortasun fisikoaren narriadura, erorketen arriskua, azalaren osotasunaren narriadura eta idorreria. Arrisku-faktoreak eta esku-hartze antzekoak partekatzen dituzte. NANDAren arabera, zeri honi dagokio?

a) Diagnostiko anizkoitzari.
b) Arrisku metatuaren diagnostikoari.
c) Sindrome diagnostikoari.
d) Lehentasunezko diagnostiko konplexuari.

16.- Haurdun dagoen paziente bat erizaintzako kontsultara joan eta honakoa adierazten du: "Erlaxazio teknikak eta arnasketa ariketak ikasi nahiko nituzke, erditzerako hobeto prestatzeko". Ez du konplikazio obstetrikorik. Erizainak bere ongizatea hobetzeko motibazioa baloratzen du. Zein NANDA diagnostiko mota da egokiena?

a) Osasun-sustapeneko diagnostikoa.
b) Arrisku-diagnostikoa.
c) Diagnostiko erreala edo benetakoa.
d) Sindrome diagnostikoa.

17.- Nursing Outcomes Classification (NOC) pazientearen bilakaera ebaluatzeko aukera ematen duen neurketa-sistema gisa egituratzen da. Ondorengo baieztapenetatik zein da zuzena?

a) NOCek erizaintzako esku-hartze kodetuak barne hartzen ditu, arreta-ekoizpena neurtzeko aukera ematen dutenak.
b) NOCek 5 puntuko Likert eskalak erabiltzen ditu, erizaintzako zaintzekiko sentikorrak diren 612 emaitza neurtzeko.
c) NOC diagnostiko-taxonomia bat da, eta balorazio-prozesuan NANDA ordezkatzen du.
d) NOC 614 emaitza-etiketaz osatuta dago, guztiak definizio bakarrarekin eta adierazleen beharrik gabe.

18.- Nursing Interventions Classification (NIC)-ek honela definitzen du erizaintzako esku-hartzea: "pazientearen emaitzak hobetzeko erizaintzako profesional batek epai klinikoan eta ezagutzan oinarrituta egiten duen edozein tratamendu". Zein aukerak deskribatzen du NIC taxonomiaren oinarrizko ezaugarrietako bat?

a) NICek medikuaren agindupeko esku-hartzeak bakarrik sailkatzen ditu.
b) NICeko esku-hartze bakoitzak etiketa bat, definizio bat eta jarduera espezifikoen multzo bat ditu, eta 500 baino gehiago dira.
c) NIC ospitaleetako arreta akutuan soilik aplikatzen da, ez lehen mailako edo komunitateko arretan.
d) NICek emaitza ekonomikoak lehenesten ditu pazientearen emaitza klinikoen gainetik.

19.- Nursing Outcomes Classification (NOC) hiru mailatako egitura taxonomikoan antolatuta dago (Domeinuak, Klaseak eta Emaitzak). Gainera, emaitza bakoitza adierazle multzo batekin dator. Zer erabilgarritasun praktiko dute adierazleek NOCean?

a) Adierazleak NICeko esku-hartzeen sinonimoak dira eta zaintza gauzatzeko balio dute.
b) Adierazleak NANDA diagnostiko bat baieztatzen duten sintoma nagusiak dira.
c) Adierazleak pazientearen egoera edo portaera espezifiko eta behagarriak dira, eskala batean puntuatzen direnak emaitza lortu den ala ez zehazteko.
d) Adierazleak fakturaziorako (reimbursement) soilik balio duten zenbakizko kodeak dira.

20.- NIC taxonomiaren barruan, esku-hartzeak maila desberdinetakoak izan daitezke (adibidez, 2. domeinua: Fisiologikoa: Konplexua; 3. domeinua: Konduktuala). Aireztapen mekanikoaren kudeaketa behar duen paziente bat eta erretzeari uzteko osasun-heziketa behar duen beste bat. NIC sailkapenaren arabera, esku-hartze hauek honela sailkatzen dira, hurrenez hurren:

a) Fisiologikoa: Oinarrizkoa eta Domeinu Konduktuala.
b) Fisiologikoa: Konplexua eta Familia Domeinua.
c) Fisiologikoa: Konplexua eta Domeinu Konduktuala.
d) Fisiologikoa: Oinarrizkoa eta Segurtasun Domeinua.

21.- Arazoari zuzendutako erizaintzako diagnostiko baten testuinguruan, zein da "lotutako faktoreen" funtzio nagusia NANDA-Ien II. Taxonomiaren arabera?

a) Diagnostikoaren presentzia berresten duten zeinuak eta sintomak deskribatzea.
b) Erizaintzako esku-hartzeen helburu izan behar duten arrazoiak edo faktore laguntzaileak identifikatzea.
c) Diagnostikoa domeinu eta klase espezifiko baten barruan kategorizatzea.
d) Pazienteak gertakari kaltegarri bat garatzeko duen suszeptibilitatea zehaztea.

22.- Zainketak planifikatzean, emagin batek Erizaintzako Emaitzen Sailkapena (NOC) erabiltzen badu, prozesuaren zein unetan hautatu behar da nahi den emaitza?

a) Esku-hartzeak gauzatu ondoren, horiek funtzionatu duten ikusteko.
b) Balorazio-fasean, oinarrizko egoera diagnostikoarekin alderatzeko.
c) Esku-hartzeak (NIC) aukeratu aurretik, tratamendua gidatuko duen helburua ezartzeko.
d) Alta emateko unean soilik, zainketa-planaren eraginkortasuna dokumentatzeko.

23.- Praktika klinikoan, erizainek balorazioa osatzeko tresna estandarizatuak erabiltzen dituzte. Ondorengo baieztapenetatik zein da zuzena?

a) Tresna estandarrek, ebidentzian oinarritutako praktiketan oinarrituta, datuak modu sistematikoan biltzen eta arriskuak detektatzen laguntzen dute.
b) Eskala estandarizatuek erizainaren epai klinikoa erabat ordezkatzen dute.
c) Balorazio-eskalak soilik erabilgarriak dira zainketa intentsiboen unitateetan.
d) Eskalen emaitzak ez dira historia klinikoan erregistratu behar.

24.- Nola egituratzen da hierarkikoki NANDA-Ien II. Taxonomia erizaintzako diagnostikoak antolatzeko?

a) 13 domeinutan banatzen da, eta horiek, aldi berean, klasetan antolatzen dira.
b) Alfabetikoki antolatzen da, diagnostiko-etiketaren arabera.
c) Giza gorputzeko sistemen arabera soilik taldekatzen da (digestio-aparatua, arnas aparatua, etab.).
d) Virginia Hendersonen 14 beharrizanetan oinarrituta egituratzen da esklusiboki.

25.- "Osasunaren Sustapeneko" diagnostiko bat "Arazoari zuzendutako" diagnostiko batetik bereizten da, batez ere:

a) Beti behar dituelako gaixotasun aktiboaren zeinuak eta sintomak.
b) Komunitate-eremuan soilik erabiltzen delako eta inoiz ez sailetan edo ospitaleetan.
c) Bere lehentasuna arrisku-diagnostiko batena baino handiagoa delako beti, bere prebentzio-izaeragatik.
d) Ez dituelako zertan "lotutako faktoreak" behar; horren ordez, ongizatea hobetzeko jarreran eta gogoan zentratzen da.

26.- Hiru taxonomiak (NANDA-NOC-NIC) erlazionatzean, zein elementuk egiten du "zubi" lana esku-hartzea (NIC) hasierako diagnostikoarentzat eraginkorra izan den objektiboki ebaluatzeko?

a) Diagnostikoaren lotutako faktore guztiak erabat ezabatzeak.
b) Emaitzaren (NOC) adierazleen puntuazio-aldaketak.
c) Esku-hartzean deskribatutako jarduera guztiak zorrozki egiteak.
d) Pazientea NANDA-Ien beste domeinu baten barruan berriro sailkatzeak.

27.- Ikerketa kuantitatiboari eta kualitatiboari buruzko honako baieztapenetatik zein da zuzena?

a) Ikerketa kuantitatiboa fenomenoak ikuspegi subjektibo eta naturalistatik ulertzera bideratzen da.
b) Ikerketa kualitatiboak datu numerikoak erabiltzen ditu aldagaiak deskribatzeko eta kausa-efektu harremanak aztertzeko.
c) Ikerketa kuantitatiboa paradigma positibistari dagokio eta fenomenoak kanpotik neurtzea du helburu.
d) Ikerketa kualitatiboa paradigma positibistari dagokio eta fenomenoak barrutik neurtzea du helburu.

28.- Emagin batek umetokiko fetu-heriotza izan duten emakumeen erditze-esperientzia aztertu nahi du. Horretarako, elkarrizketa sakonak egitea planifikatzen du esperientzia horren esanahia ulertzeko. Zein ikerketa kualitatibo-diseinu izango litzateke egokiena?

a) Ikerketa fenomenologikoa.
b) Ikerketa etnografikoa.
c) Teoria funtsatua (grounded theory).
d) Metodo biografikoa.

29.- Erditzean mina arintzeko bi tratamenduren eraginkortasuna alderatzen duen ikerketa batean, emakumeak ausaz esleitzen dira bi taldetara: batek analgesia epidurala jasotzen du eta besteak oxido nitrosoa. Zein ikerketa-diseinu mota erabiltzen ari da?

a) Kohorte-ikerketa.
b) Kasu eta kontrolen azterketa.
c) Ikerketa kuasi-esperimentala.
d) Ausazko entsegu klinikoa.

30.- Ondorengo aukeretatik zeinek deskribatzen du zuzen I motako eta II motako erroreen arteko desberdintasuna hipotesien kontrastean?

a) I motako errorea hipotesi nulua onartzea da faltsua denean; II motako errorea baztertzea da egiazkoa denean.
b) I motako errorea hipotesi nulua baztertzea da egiazkoa denean; II motako errorea onartzea da faltsua denean.
c) I motako errorea laginaren tamaina handituz minimizatzen da; II motako errorea segurtasuna (alfa) murriztuz minimizatzen da.
d) I motako errorearen probabilitatea beta da eta II motako errorearena alfa.

31.- Edukiari dagokionez, honako aukeretatik zein da joera zentraleko neurri bat?

a) Tartea (rango).
b) Bariazioa (varianza).
c) Desbideratze estandarra.
d) Mediana.

32.- Artikulu original baten egituran, "Materialak eta metodoak" atalak "Nola egin da azterketa?" galderari erantzun behar dio eta hainbat arlo barne hartu. Zein da aipatzen EZ den eremu horietako bat?

a) Diseinua.
b) Espero diren emaitzak.
c) Azterketa egin den populazioa.
d) Analisi estatistikoa.

33.- Emagin batek ikerketa bat egiten du amaren altueraren eta erditze eutozikoa izateko aukeraren arteko erlazioa zehazteko, inolako tratamendurik edo interbentziorik eman gabe. Sailkapenaren arabera (manipulazioaren arabera), zein motatako ikerketa da?

a) Esperimentala.
b) Sasiesperimentala.
c) Behaketa-ikerketa.
d) Esku-hartze komunitarioko ikerketa.

34.- Bi talde baino gehiagok, tarteka neurtutako aldagai batean, beren batezbestekoei dagokienez elkarren artean alde nabarmena duten aztertu nahi denean, zein da estatistika-proba parametrikorik egokiena?

a) Studenten t testa.
b) Pearsonen korrelazio-koefizientea.
c) Bariantza-analisia (norabide bakarreko ANOVA).
d) Khi karratua (x^2).

35.- Prozesu kuantitatiboan, honela definitzen da: "zehaztapen multzo batekin bat datozen kasu guztien multzoa", eta argi kokatu behar da edukiaren, lekuaren eta denboraren ezaugarrien arabera. Zer kontzepturi dagokio definizio hori?

a) Laginari.
b) Populazio edo unibertsoari.
c) Analisi-unitateari.
d) Lagin-esparruari.

36.- Emagin batek jakin nahi du erditzearekiko gogobetetasunaren (eskala ordinal batean neurtua) eta edoskitze naturaleko hilabete kopuruaren (arrazoizko aldagaia) arteko lotura-maila. Zein korrelazio-koefiziente da egokiena?

a) Pearsonen korrelazio-koefizientea (r).
b) Spearmanen rho edo Kendallen tau koefizienteak.
c) Pearsonen C kontingentzia-koefizientea.
d) Eta koefizientea.

37.- Joera zentraleko neurriak direla eta, testuak adierazten du horietako bat "bereziki erabilgarria dela banaketan muturreko balioak daudenean", "ez baita sentikorra haien aurrean". Zein neurriz ari dag?

a) Batez besteko aritmetikoa.
b) Moda.
c) Tartea (rango).
d) Mediana.

38.- Lan zientifiko kuantitatibo baten egitura metodologikoan, "Eztabaida" atalak hainbat funtzio betetzen ditu. Honako aukeretatik, adierazi zein EZ dagokion atal honen funtzio bati:

a) Emaitzak lehendik dauden ikerketekin eta literaturarekin lotzea.
b) Ikerketaren mugak zintzotasunez aitortzea.
c) Datu gordina eta analisi estatistiko deskribatzailearen emaitzak aurkeztea.
d) Etorkizunerako galdera, hipotesi edo ikerketa-ildo berriak proposatzea.

39.- Zein EZ da ikerketa baten "sinesgarritasuna" (baliozkotasun kualitatiboa) handitzeko irizpide edo tresna bat?

a) Eremuan denbora luzez egotea, ikertzailearen presentziak sortzen dituen distortsioak gutxitzeko.
b) Laginketa probabilistikoa erabiltzea, %5etik beherako lagin-errorea izanik ordezkaritza estatistikoa bermatzeko.
c) Datuen, ikertzaileen edo metodoen triangulazioa egitea interpretazio aberatsagoa lortzeko.
d) Parte-hartzaileekin egiaztatzea egitea, ikertzailearen interpretazioek haiek adierazi nahi izan zutena islatzen duten ikusteko.

40.- Talde-komunikazioko tailerrean, parte-hartzaile batek esaten badu bere familian "bakoitzak zeregin oso argiak ditu: aitak kanpoan lan egiten du, amak etxea zaintzen du eta seme-alabek ikasketez arduratu behar dute", testuan aipatutako familia-ingurunearen zein funtzio identifikatzen ari da nagusiki?

a) Afektibitatea, zereginek elkarren arteko maitasuna erakusten dutelako.
b) Kideen sozializazioa, komunitatean bizitzen irakasten dielako.
c) Gizarte-nukleoan integratzea, aitaren lanagatik.
d) Lanaren banaketa, kide bakoitzari ardura espezifikoak esleitzean.

41.- Talde-terapia saio batean, Martak, parte-hartzaile batek, dio beti sentitu duela bere antsietate-arazoak bakarrak direla eta inork ezin duela ulertu. Harritu egiten da taldeko beste kideen testigantzak entzutean eta konturatzean pertsona askok bere antzeko esperientziak eta beldurrak partekatzen dituztela. Horrek arindu handia eragiten dio eta isolamendu-sentsazioa gutxitzen du. Sadocken zein faktore terapeutiko agertzen da nagusiki egoera honetan?

a) Unibertsalizazioa.
b) Kohesioa.
c) Katarsia.
d) Imitazioa.

42.- Urrunetik lan egiten duen sormen-talde batek "ideia-zaparrada" (brainstorming) saio bat egin behar du proiektu berri baterako. Tresna bat behar dute, guztiok aldi berean ideiak modu bisual eta interaktiboan adierazi eta antolatzeko, bilera-gela batean arbelean ariko balira bezala. Emandako tresnen deskribapenen arabera, zein da behar honetarako espezializatuena eta egokiena?

a) iWork.
b) OneDrive.
c) Mindnode.
d) Stormboard.

43.- **Sentsibilizazio kanpaina bat antolatzeko talde-bilera batean, Laurak etengabe eten egiten ditu bere taldekideak ideiak azaltzen dituztenean, haien proposamenei buruz iruzkin sarkastikoak egiten ditu eta, behin, honela esaten dio haietako bati: "Ideia hori tontakeria bat da, utzi gaiari buruz dakien norbaiti hitz egiten". Bere jokabidea tentsioa eta giro desmotibatzailea sortzen ari da taldean. Rol negatiboen sailkapenaren arabera, zein rol betetzen ari da nagusiki Laura?**

a) Ez-adostua (inkonformista), besteen proposamenetan beti zerbait txarra aurkitzen duelako.
b) Dena dakiena (jakintsu agertzen dena), gaiari buruz besteek baino gehiago dakiela uste duelako.
c) Erasotzailea, beste kideak baliogabetzen dituelako eta haien autoestimua suntsitzen duelako.
d) Aitortza-bilatzailea, arreta-gune izan nahi duelako.

44.- **Laguntza-harremaneko lehen elkarrizketa batean, hasierako harreraren ondoren, profesionalak pertsonari laguntzen dio bere ideiak eta emozioak antolatzen, bere egoera hobeto ulertzeko. Zein fasetan dago?**

a) Harrera eta orientazioa.
b) Arazoaren azalpena eta argitzea.
c) Arazoaren konfrontazioa.
d) Ekintza-plana.

45.- **Paziente bat nahasmen handiko une bat bizitzen ari da: bere emozioek gainezka egiten diote, modu desantolatuan jokatzen du eta ezin du argi pentsatu gertatzen ari zaionari buruz. Krisiaren bizipenaren lau denboren arabera, zein fasetan dago?**

a) Lehen fasean: asaldura eta jarduera desordenatua.
b) Bigarren fasean: barneko tentsioa eta hondamendi-sentsazioa.
c) Hirugarren fasean: aukera berrien agerpena.
d) Laugarren fasean: krisiaren ondorioa.

46.- **Laguntza-harremanaren ezaugarrien arabera, profesionalak pertsonak bere zailtasunak bere kabuz kudeatzen ikas dezan bilatzen duenean, beragandik beti menpe egon gabe, honako printzipioa aplikatzen ari da:**

a) Laguntza zehatza eta puntuala.
b) Laguntza eraginkorra.
c) Komunikazioan laguntzea.
d) Hazkunde pertsonala eta autonomia sustatzen duen laguntza.

47.- Profesional sanitario batek paziente batekin topaketa bat egiten du, non hitza kentzen dion profesionalari, haren beharrak entzun gabe aholkuak ematen dizkion eta pazienteak elkarrizketa bere egoera benetan ulertu gabe amaitzen du. Jarduera hau laguntza-harremanaren kontzeptutik urruntzen da, honako hau bihurtu delako:

a) Harreman sozial bat.
b) Aitorpen bat (konfesioa).
c) Diskurtso bat.
d) Galdeketa bat.

48.- Ondorengo aukeren artean, zein da elkarrizketan zehar etengabe egin behar den funtsezko ekintza, eta batez ere saioaren amaieran?

a) Ohar zehatzak koaderno batean hartzea pazienteari begiratu gabe.
b) Pazientea etetea pausa egiten duenean, gaia ulertzen dugula erakusteko.
c) Elkarrizketako gaia aldatzea pazientea emozionalegi badago.
d) Pazienteari bere ustez garrantzitsuena denaren laburpena eskatzea (feedback-a).

49.- Komunikazioaren alderdiei buruz ari bagara, zein da pazientean oinarritutako arazo-konponketarako ikuspegiaren helburu nagusia?

a) Pazienteari erakustea profesionalak bere arazo guztien irtenbide egokia duela.
b) Pazientea agente pasibo bihurtzea saihestea eta elkarrizketan zehar bere parte-hartze aktiboa sustatzea.
c) Kontsultaren denbora murriztea, paziente gehiago artatu ahal izateko.
d) Pazienteak bere emozioak adieraztea saihestea, elkarrizketa ez luzatzeko.

50.- Zer jarrera izan behar du profesional sanitarioak pazientearekin elkarrizketa hasi aurretik?

a) Bere egoera fisiko eta emozionalaz kontziente izan behar du.
b) Bere egoera emozionalean ezikusia egin behar du, oztopo ez izateko.
c) Pazientearen egoeran bakarrik zentratu behar du.
d) Jarrera urruna mantendu, inplikazioa saihesteko.

51.- Elkarrizketa kliniko batean, etorkin den paziente batek zailtasunak ditu profesional sanitarioaren jarraibideak ulertzeko, eta burua mugitzen du baiezkoan, baina gero ez ditu gomendioak betetzen. Zein da profesionalaren jarduerarik egokiena?

a) Informazioa berriro ematea termino teknikoagoak erabiliz zehaztasun handiagoa lortzeko.
b) Ulertu duela ontzat ematea, burua mugitzen duelako.
c) Hizkuntza egokitzea, ulermena aztertzea eta informazioa laburbiltzeko eskatzea.
d) Elkarrizketa amaitzea, deseroso ez sentiarazteko.

52.- Erizain batek, oso estresagarria izan den lanaldi baten ondoren, elkarrizketa bat hasten du emozionalki nahastuta dagoen paziente batekin. Elkarrizketan zehar, erizainak modu automatikoan eta enpatia gutxirekin erantzuten du. Zein komunikazio terapeutikoren printzipio EZ da errespetatu?

a) Pazientearekin helburuak zehaztea.
b) Elkarrizketa hasi aurretik norberaren egoera emozionalaz kontziente izatea.
c) Pazientearen alderdi positiboak nabarmentzea.
d) Elkarrizketaren iraupena adostea.

53.- Epidemiologiari buruzko baieztapen hauetatik zein da zuzena?

a) Epidemiologia heriotza, gaixotasun eta desgaitasunaren azterketara mugatzen da, egoera sanitario positiboak kontuan hartu gabe.
b) Epidemiologia deskribatzaileak gaixotasunen banaketa zehazten duten faktoreak bilatzen ditu eta kausa-loturak identifikatzen ditu.
c) Epidemiologia analitikoak gaixotasunen banaketa aztertzen du toki, denbora eta pertsona aldagaiak erlazionatuz.
d) Epidemiologiaren helburuen artean dago komunitateko osasunarekin lotutako prebentzio, tratamendu, errehabilitazio eta antolaketa neurriak planifikatzea eta ebaluatzea.

54.- Adinekoentzako egoitza batean gripe agerraldi bat agertzen da. Immunizatu gabe dauden egoiliarrak txertatzea erabakitzen da. Kate epidemiologikoaren zein mailatan eragiten du neurri honek?

a) Agente kausala.
b) Erreserborioa/Gordailua.
c) Transmisio-mekanismoa.
d) Ostalari sentikorra.

55.- Tuberkulosi aktiboa duen paziente bat arnasketako isolamenduan sartzen da. Zein da neurri honen helburua?

a) Agentea ezabatzea.
b) Ostalariaren sentikortasuna murriztea.
c) Transmisioa etetea.
d) Egoera orokorra hobetzea.

56.- Agerraldi infekzioso batean, kasuen igoera antzematen da denbora laburrean eremu jakin batean. Zeini dagokio?

a) Epidemiologia analitikoari.
b) Epidemiologia deskribatzaileari.
c) Saiakuntza kliniko bati.
d) Hirugarren mailako prebentzioari.

57.- Honako neurrietatik zeinek hausten du kate epidemiologikoa transmisio-mekanismoan eraginez?

a) Txertaketak.
b) Pazientearen isolamenduak.
c) Nutrizio-egoera hobetzeak.
d) Tratamendu etiologikoak.

58.- Esterilizazioari dagokionez, baieztapen guztiak zuzenak dira, BAT IZAN EZIK. Zein?

a) Maila altuko desinfekzioaren baliokidea da.
b) Esporak ezabatzen ditu.
c) Bakterioak eta birusak ezabatzen ditu.
d) Bero heze bidez egin daiteke.

59.- Antiseptikoei eta desinfektatzaileei dagokienez, baieztapen guztiak zuzenak dira, BAT IZAN EZIK. Zein?

a) Desinfektatzaileak larruazal osasuntsuan aplika daitezke.
b) Desinfektatzaileak gainazaletan erabiltzen dira.
c) Antiseptikoak ehun bizietan aplikatzen dira.
d) Antiseptikoek infekzioak prebenitzen dituzte.

60.- Nola definitzen da zainketa epidemiologikoa?

a) Diagnostiko indibiduala.
b) Datu bilketa puntuala.
c) Datuen bilketa eta analisiko etengabeko prozesua.
d) Populazio tratamendua.

61.- Nahitaez Aitortu Beharreko Gaixotasunak (NABG):

a) Osasun-sistemari jakinarazi behar zaizkio.
b) Ospitaleetakoak bakarrik dira.
c) Ez dute jakinarazpenik behar.
d) Ez dute garrantzi epidemiologikorik.

62.- Hainbat ospitaletan infekzio-kasuen igoera detektatzen da. Datuak bildu, aztertu eta jardutea erabakitzen da. Nola definitzen da hori?

a) Lehen mailako prebentzioa.
b) Zaintza epidemiologikoa.
c) Diagnostiko klinikoa.
d) Errehabilitazioa.

63.- Sistema Informatiko Mikrobiologikoa (SIM):

a) Heriotza bakarrik erregistratzen du.
b) Ez da zaintza epidemiologikoaren parte.
c) Ospitaleetan bakarrik erabiltzen da.
d) Baieztatutako infekzioen datuak biltzen ditu.

64.- Profesional batek ohitura osasungarriak sustatzen ditu (dieta, ariketa) populazio osasuntsuan. Zer da hori?

a) Bigarren mailako prebentzioa.
b) Hirugarren mailako prebentzioa.
c) Diagnostikoa.
d) Osasunaren sustapena.

65.- Kausa-efektu harremanari dagokionez, zein ezaugarri du beharrezko kausa batek?

a) Beti nahikoa bere kabuz.
b) Ez du eraginik gaixotasunean.
c) Ezinbestekoa baina ez nahikoa.
d) Faktore babeslea.

66.- Honako hauetatik zein da berariaz aipatutako helburu bat haurdunaldia-erditzea-erdiondoko prozesu asistentzialaren segurtasunean?

a) Erditze osteko hemorragian neurri-multzoak (Bundles) ezartzea.
b) Prozedura desberdinetako arriskuak ezabatzeko egiaztapen-sistemak garatzea.
c) Haurdunaldi normalaren arretarako protokolo korporatibo bakar batean arreta-irizpideak bateratzea.
d) Emakumeen eta senideen parte-hartzea sustatzea haurdunaldian, erditzean eta erdiondoan segurtasun-prozesuan.

67.- Osakidetzaren eskuliburuak (2017) zenbait egoera ezartzen ditu, non derrigorrezkoa den eskularruak aldatzea erabiltzen diren bitartean. Honako adierazpenetatik zein da OKERRA eskularruak noiz aldatu behar direnari dagokionez?

a) Paziente desberdinak artatzean eskularruak aldatu behar dira.
b) Paziente berari arreta ematean, eremu kutsatuago batetik garbiago batera pasatzean eskularruak aldatu behar dira.
c) Lan-jardunaldia amaitzean eskularruak aldatu behar dira, nahiz eta apurtu ez diren edo material kutsaturik manipulatu ez den.
d) Zipriztina, apurketa edo zuloa gertatzen bada, eskularruak aldatu behar dira.

68.- Osakidetzaren eskuliburuaren (2017) arabera, zitostatikoen eta beste farmako arriskutsu batzuen aurrean eskularru sanitarioen erabilera egokiari buruz, adierazi aukera zuzena:

a) Zitostatikoak manipulatu eta administratzeko nitrilozko eskularru ez-esterilak erabiltzea gomendatzen da.
b) Farmazia-kabinako zitostatikoen prestaketan erabilitako eskularruak berrerabili daitezke, haustura ikusgarririk ez badute.
c) Zitostatikoak pazienteei emateko latexezko eskularru esterilak gomendatzen dira.
d) Pazientetik pazientera eskularruak aldatzea ez da beharrezkoa, zitostatikoak ematean; jardunaldia amaitzean soilik.

69.- Zein da Transmisioan Oinarritutako Neurrien helburu nagusia?

a) Neurri Estandarrak ordezkatzea.
b) Patogeno espezifikoen transmisioa etetea.
c) Ospitaleko kostuak murriztea.
d) Pazientearen erosotasuna hobetzea.

70.- Pazientearen Segurtasunaren Arloan Jakinarazpenak Egiteko eta Ikasteko Sistemari (SNASP) dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) Derrigorrezkoa eta zigortzailea da.
b) Kaltea eragiten duten gertakariak soilik jakinaraz daitezke.
c) Borondatezkoa da, ez-zigortzailea eta ikaskuntzara bideratua.
d) Medikuntzako langileek bakarrik erabil dezakete.

71.- Zein da kontrako gertaeren kudeaketaren helburu nagusia pazientearen segurtasunaren estrategiaren barruan?

a) Inplikatutako profesionalak zigortzea.
b) Akatsak ezkutatzea erakundearen irudia babesteko.
c) Ospitaleko egonaldiaren iraupena soilik murriztea.
d) Eragina minimizatzea eta ikaskuntza sustatzea berriro gerta ez dadin.

72.- Guardiako txanda batean, emagin batek hautematen du paziente bati botikaren dosi oker bat eman zaiola, baina kalterik sortu ez dela. Ospitaleko jakinarazpen-sisteman erregistratzea erabakitzen du. Zein da jakinarazpen horren helburu nagusia?

a) Gertakaria aztertzea etorkizuneko akatsak saihesteko.
b) Kaltea duten gertaerak soilik erregistratzea.
c) Inplikatutako profesionala zigortzea.
d) Kaltetutako pazienteari soilik informazioa ematea.

73.- **Ospitale batean, azken urtean gertatutako kontrako gertaerak berrikusten dira, eta ondorioztatzen da proportzio handi bat neurri egokiekin saihestu zitekeela. Zein tartek adierazten du hobekien saihesgarritasuna?**

a) % 5–10.
b) % 43–70.
c) % 15–25.
d) % 90etik gora.

74.- **Paziente batek arreta sanitario baten ondoriozko konplikazio bat jasaten du, ospitaleko egonaldia luzatzen duena eta tratamendu osagarria behar duena. Gertaera hau zer irizpideren arabera sailkatzen da batez ere?**

a) Maiztasuna.
b) Eragina.
c) Jakinarazpena.
d) Intentzionaltasuna.

75.- **Amatasun-unitate batean, hainbat egunetan zehar infekzio puerperalen igoera izan ondoren, auditoretza bat egiten da. Detektatzen da langile sanitarioek eskularruak sistematikoki erabiltzen dituztela, baina eskuzko higienearen atxikimendua baxua dela. Gainera, profesional askok uste dute eskularruak erabiltzea nahikoa dela transmisioa prebenitzeko. Zein litzateke ezarri beharreko lehentasunezko neurria?**

a) Prozedura guztietan eskularruen erabilera indartzea.
b) Paziente guztiei kontaktuko isolamendua ezartzea.
c) Eskuzko higienearen atxikimendua hobetzea.
d) Profilaxi antibiotiko sistematikoa ematea.

76.- **Emagin batek erditze eutoziko bat artatzen du. Arretan zehar, jariakin biologikoekin kontaktuan jartzen da gorabeherarik gabe. Ondoren, beste paziente bat artatzen du eskularruak aldatu gabe, odolarekin kontaktu ikusgarririk izan ez arren. Pazientearen segurtasunaren ikuspegitik, zein da adierazpen zuzenena?**

a) Pazientetik pazientera eskularruak aldatu eta esku-higienea egin behar du.
b) Eskularruak txanda berean berrerabili daitezke.
c) Zuzena da, odol ikusgarririk ez badago.
d) Eskuak soilik garbitu behar dira kutsadura ikusgarria dagoenean.

77.- **Ospitaleko solairu batean, infekzio nosokomialeko kasu bat detektatzen da. Emaginak kasuaren berrikuspenean parte hartzen du eta neurriak proposatzen ditu. Saioan zehar, profesional batzuek neurriak infekzioa baieztatuta duten pazienteei soilik aplikatzea iradokitzen dute. Pazientearen segurtasunaren printzipioen arabera, zein izango litzateke jarduera egokiena?**

a) Neurri estandarrak aplikatzea infekzioa baieztatuta duten pazienteetan soilik.

b) Neurri estandarrak paziente guztiei aplikatzea.
c) Isolamendua aplikatzea soilik sintoma larriak badaude.
d) Prebentzio-neurriak mugatzea gainkarga asistentziala saihesteko.

78.- Honako hauetatik zein da erditzearen arlorako berariaz aipatzen den ekintza bat haurdunaldia-erditzea-erditzeondoko prozesu asistentzialeko segurtasunean?

a) Erditze-eremuetatik kanpo gertatzen diren larrialdiko erditzeen arretarako protokoloa hedatzea eta ezartzea.
b) Erditzean zabaldutako protokoloen betetze-maila aldian-aldian ebaluatzea.
c) Erditzearen prozesu asistentzialeko lantaldea sortu, sustatu eta mantentzea.
d) Emakumeak eta senideak erabakietan inplikatzea baimen informatuaren bidez.

79.- Ama-haurren arretaren barruan dagoen kontsulta prekontzeptzionalari dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) Xede-populazioa haurdun dauden emakumeak dira.
b) Bere jardueren artean dago haurdunaldian amaren edo fetuaren osasunerako arrisku izan daitezkeen faktoreak identifikatzea.
c) Bere helburu nagusia haurdunaldiaren hiruhilekoz hiruhileko kontrola eta jarraipena egitea da.
d) Aurretik patologia ezagunak dituzten emakumeei soilik zuzentzen zaie.

80.- Honako adierazpen hauetatik zein da zuzena menarkiari buruz?

a) Menarkia normalean bularren garapena hasi eta berehala agertzen da, urtebetetik beherako batez besteko tartearekin.
b) Menarkiaren ondorengo lehen urteetan ohikoa da zikloak hasieratik erregularrak eta obulatorioak izatea.
c) Zikloak finkatzen direnean, menstruazio-zikloaren iraupen normala 21 eta 35 egun artekoa da, batez beste 28 egunekoa izanik.
d) Menstruazio-galera normala egunean 8 konpresa busti baino handiagoa da.

81.- Emakumearen osasuneko talde-heziketarako planteatutako ikuspegitik, honako definizioetatik zein dagokio "taldekako ikaskuntza" kontzeptuari?

a) Hezitzaileak (ezagutza duenak) taldekideei (ez dutenei) ezagutza hierarkikoki eta noranzko bakarrean transmititzeko prozesua da.
b) Elkarlaneko eraikuntza-prozesua da, non ezagutza egoera problematikoen analisitik sortzen den, pertsona bakar baten jabetzakoa dela dioen ideia gaindituz.
c) Batez ere administrazio-eraginkortasuna bilatzen duen metodoa da, kostu sanitarioak eta kontsulta-denbora murriztuz informazioa estandarizatuz.
d) Profesionalek emakumeei portaera aldaketak inposatzeko aukera ematen dien teknika da, taldearen presioa erabiliz ohitura ez osasungarriak aldatzeko.

82.- Zein da emakumearen osasun-heziketaren helburu nagusia?

a) Informazio sanitarioa soilik transmititzea.
b) Jarreren eta bizi-ohituren aldaketak sustatzea.
c) Kostu sanitarioak murriztea.
d) Arreta klinikoa ordezkatzea.

83.- Nerabezaroan osasun-heziketari dagokionez, zein da emaginaren eginkizunik egokiena?

a) Patologia ginekologikoak tratatzera mugatzea.
b) Antisorgailuetan soilik zentratzea.
c) Osasun sexuala sustatzea eta arrisku-portaerak prebenitzea.
d) Haurdunaldia dagoenean bakarrik esku hartzea.

84.- Klimaterioan eta menopausian osasun-heziketari dagokionez, zein da esku-hartzerik egokiena?

a) Esku-hartze hezigarririk ez egitea.
b) Tratamendu farmakologikora mugatzea.
c) Zaintza espezifikoak eta informazioa ematea.
d) Beti arreta espezializatura bideratzea.

85.- Zein da emaginaren ikuspegi zuzena osasun-heziketako eragile gisa bizi-etapa desberdinetan?

a) Gaixotasunean bakarrik jardutea.
b) Hezkuntza bizi-trantsizioetara egokitzea.
c) Eduki bera adin guztietarako aplikatzea.
d) Ospitaleko esparrua soilik lehenestea.

86.- Sexu-transmisiozko gaixotasunen (STG) prebentzioari buruzko testuaren arabera, honako adierazpen hauetatik zein da zuzena sexu-transmisiozko gaixotasunen epidemiologiari buruz?

a) Pelbiseko gaixotasun inflamatorioaren (EIP) ospitaleratze-tasa handiena 15 eta 19 urte bitarteko taldean dago, jarduera sexualaren arabera doituta.
b) Talde bakoitzean sexu-arloan aktiboak diren pertsonen ehunekoa kontuan hartuta tasak kalkulatzen direnean, gonorrea, sifilia eta klamidien tasa handiena 20-24 urte bitarteko taldean dago.
c) STG kasu gehienak modu koherentean 15-19 urte bitarteko taldean agertzen dira autore guztien arabera.
d) Nerabezaroa ez da STG-etarako arrisku bereziko etapa, nerabeek bikote sexual gutxiago dituztelako.

87.- Honako aukeretatik zeinek islatzen du zuzenen osasun-heziketaren rola sexu-transmisiozko gaixotasunen lehen mailako prebentzioan?

a) Sexu-heziketa sexu-jarduera hasi ondoren hastea, arrisku-portaerak jada daudenean.
b) Sexu-heziketak harreman sexualen hasiera atzeratzen du, baina ez du antisorgailuen erabilera hobetzen.
c) Osasun-heziketa modu sistematiko eta unibertsalean egin behar da eskoletan, 15-16 urte baino lehen hasita.
d) 16 urtetik aurrera, osasun sexualean egindako edozein esku-hartze hezigarrik, lehenagoko adinetan egindakoek beste eraginkortasun du.

88.- Sexu-transmisiozko gaixotasunen prebentziorako osasun-sustapeneko kanpainei buruzko honako adierazpenetatik zein da zuzena?

a) Osasun-informazio orokorreko kanpainak oso eraginkorrak dira arrisku handiko kolektiboetan.
b) Preserbatiboaren sustapenak alderdi positiboak eskaini behar ditu, hala nola sexu-plazerraren gozamena eta lasaitasuna.
c) Beldurra tresna gisa erabiltzea oso eraginkorra da, STG-en mehatxua hurbil eta ziurtzat hartzen delako.
d) STGen prebentziorako neurri onena sexu-harreman guztietan preserbatiboa sistematikoki erabiltzea da.

89.- Gazteetan substantzia adiktiboen kontsumoa prebenitzeko programen diseinua kontuan hartuta, zein adierazpen da zuzena nerabeen eta gazteen ezaugarriei buruz?

a) Nerabeek sarri kontsultatzen dute osasun-sistema, beren osasuna ahul eta kalteberatzat jotzen dutelako.
b) Arrisku-pertzepzio baxua eta zaurgarritasun-sentimendu eza babes-faktoreak dira substantzien kontsumoaren aurrean.
c) Nerabeek eta gazteek gutxitan kontsultatzen dute osasun-sistema, beren osasuna ongi baloratzen dutelako.
d) Gazteek osasun-sistema beren ongizatea eta osasuna aktiboki sustatzen dituen eragiletzat hartzen dute.

90.- Gazteentzako bizimodu osasungarriak sustatzeko programen testuinguruan, “sexualitatea eta osasuna” arloaren helburu nagusia zein da?

a) Giza sexu-egitatearen dimentsioak ezagutzea (plazera, afektuak, sentimenduak, komunikazioa eta ugalketa).
b) Antisorgailu metodo desberdinak zuzen erabiltzen ikastea, bai maila teorikoan bai praktikoan.
c) Gazteek infekzio-arriskua hauteman dezaten eta sexu-praktika seguruak eta ez-seguruak ezagutu ditzaten.
d) Egokitzapen psikosoziala sustatzeko gaitasunak garatzea, hala nola autoestimua eta gizarte-trebetasunak.

91.- Zein EZ dago nerabe eta gazteetan arrisku-portaeren (alkoholaren edo drogen kontsumoa, besteak beste) garapenean eragina duten kausa nagusien artean?

a) Arrisku-pertzepzio handia eta zaurgarritasun-sentimendua.
b) Ezagutzarik eta trebetasunik eza.
c) Familia-laguntzaren falta.
d) Sentsazio berrien bilaketa.

92.- Emakume bat erizaintzako kontsultara joaten da buruko min kronikoengatik eta insomnioagatik. Bere egoera aztertzean, bikoteak "batzuetan umore txarra izaten duela" eta iraindu egiten duela adierazten du, baina dio "ez dela hainbesterako" eta "bikote guztiek eztabaidatzen dutela". Prochaska eta Diclementeren eredua kontuan hartuta, osasun-profesionalentzako jarduera-gida azkarrean deskribatzen denaren arabera, zein litzateke fase honetan jarduerarik egokiena?

a) Berehala gizarte-zerbitzuetara eta hurbilen dagoen harrera-etxera bideratzea.
b) Autoestimua indartzeko emakume-talde batera joatea proposatzea eta aldaketa hastea.
c) Segurtasun-plan zehatza prestatzen laguntzea eta bikotekidearengandik banatzeko oztopoak aztertzea.
d) Egoeraren onargarritasunari buruzko zalantza sustatzea, tratu txarra osasun-galerarekin lotuz eta indarkeriaren zirkulua azalduz.

93.- Erasotzailearekiko banaketa-prozesua hasi duen eta seme-alabak babesteko neurriak hartu dituen emakume bat jarraipen-kontsultara joaten da. Bakardadea, beldurra eta etorkizunarekiko ziurgabetasuna sentitzen dituela adierazten du, baina dio ez duela bere bikote ohiarekin berriro itzuli nahi. Prochaska eta Diclementeren ereduaren arabera, zein izan beharko litzateke une honetan profesional sanitarioaren helburu nagusia?

a) Hartutako erabakiak mantentzen laguntzea, berrerorketak prebenitzeko estrategiak identifikatzea eta arriskuarekiko zaintza mantentzea.
b) Emakumeari laguntzea jarraitu beharreko planik egokiena zehazten eta erabakietan presarik ez hartzen.
c) Kontzientziazioa handitzea eta ziurgabetasuna konpontzea aldaketak ezartzeko, oztopoak eta beldurrak aztertuz.
d) Prozesua kontenplazio-fasera bideratzen laguntzea, bikotekidearekin berriro itzultzea baloratuz gero porrot-sentimenduak saihesteko.

94.- Euskadin genero-indarkeriaren eta sexu-erasoen aurrean profesional sanitarioentzako jarduera-gida azkarraren arabera, zein da ondorio nagusia erizaintzako profesional batek OSANAIA programan 9. domeinuaren barruan "Genero-indarkeriaren biktima den emakumea" laukia aktibatzen duenean?

a) Automatikoki lesioen partea sortzen da eta guardiako epaitegira derrigorrezko jakinarazpena egiten da.
b) Sistemak aurrez konfiguratutako zainketa-plan bat eskaintzen du eta, RIC batekin

integratzean, Osabide Globalen gida espezifiko bat aktibatzen du.

c) Hurrengo 72 orduetan 9. domeinuko gainerako edozein datu aldatzeko aukera blokeatzen da.

d) Berehalako abisua bidaltzen zaio erreferentziazko gizarte zerbitzuen taldeari eta osasun zentroko berdintasun arduradunari.

95.- Euskadin genero-indarkeriaren eta sexu-erasoen aurrean profesional sanitarioentzako jarduera-gida azkarraren arabera, zein egoeratan eman behar da lesioen partea?

a) Emakumeak hala eskatzen edo baimentzen duenean; gertakari larri baten ondoren denboran hurbileko arrisku handia baloratzen denean; edo emakumea bere erabilgarritasunaz konbentzituta dagoenean eta errekuperazio-prozesuan dagoenean.

b) Lesio fisiko ikusgarriak identifikatzen diren guztietan, emakumeak baimena ematen ez badu ere.

c) Emakumeak berariaz eskatzen duenean soilik, arrisku-balorazioa kontuan hartu gabe.

d) Langile fakultatiboek erasotzailea kondenatua izan dadin froga nahikoa dagoela uste dutenean soilik.

96.- Lesioen partearen alderdi praktikoei dagokienez, zein jarduera da zuzena Euskadin genero-indarkeriaren eta sexu-erasoen aurrean profesional sanitarioentzako jarduera-gida azkarraren arabera?

a) Behin betiko idazketaren aurretik, partea emakumeari irakurri behar zaio eta epaitegira bidaltzeko baimena eskatu, urratsak eta ondorioak azalduz.

b) Ustezko erasotzailearekiko ahaidetasuna edo harremana zehaztea saihestu behar da, erabaki judizialean eraginik ez izateko.

c) Lesioen partea arreta eman duen langile fakultatiboak soilik bete behar du, gainerako osasun-profesionalei debekatuta geratuz.

d) Behin beteta, lesioen partea emakumearen historia klinikoan soilik artxibatzen da, ez zaio kopiarik ematen ez emakumeari ez epaitegiari.

97.- 14 urtetik gorako emakumeenganako sexu-indarkeriaren aurrean profesional sanitarioentzako jarduera-gidan, zein neurri adierazten da Larrialdi Zerbitzuetako jarduera-planean emakumearenganako inpaktu psikikoa gutxitzeko?

a) Ebaluazio ginekologikoa eta mediku forentsearena egun desberdinetan egitea.

b) Emakumea itxarongelan beste pazienteekin batera mantentzea, isolamendua saihesteko.

c) Azterketa egin aurretik emakumeari garbitzeko eta arropa aldatzeko esatea.

d) Ebaluazio ginekologikoa eta forentsea ekintza bakar batean egitea, modu koordinatuan eta aldi berean.

98.- **14 urtetik gorako emakumeenganako sexu-indarkeriaren aurrean profesional sanitarioentzako jarduera-gidaren arabera, anamnesiaren eta azterketa klinikoaren atalean, zein adierazpen da zuzena**?

a) Lagin mediku-legezkoen jasoketarako baimen informatua ahozkoa izan daiteke soilik, gainerako azterketetan bezala.
b) Emakumeak sentiberatasun handia ager dezake azterketa ginekologikoan; horregatik, poliki jardun behar da eta jarraitu daitekeen sarri galdetu.
c) Azterketa ginekologikoan azkar jardun behar da emakumearen ondoez emozionala gutxitzeko.
d) Mediku forentseak lesioen argazkiak atera ditzake emakumearen baimen informaturik gabe, ikerketarako beharrezkotzat jotzen badu.

99.- **14 urtetik gorako emakumeenganako sexu-indarkeriaren aurrean profesional sanitarioentzako jarduera-gidan, sexu-transmisiozko gaixotasunen prebentzio-tratamenduari buruzko atalari buruzko hurrengo zein adierazpen da zuzena?**

a) GIBaren aurkako profilaxia beti hasi behar da erasotik 72 ordu baino gutxiago igaro badira; haren eraginkortasuna handiena da lehen 2 orduetan, beraz ez da atzeratu behar larrialdietan.
b) GIBaren aurkako profilaxia erasotzailea ezaguna bada ezartzen da soilik eta serologia positibo baieztatua badu, esposizio-mota kontuan hartu gabe.
c) B hepatitisaren aurka behar bezala txertatuta dauden emakumeetan, HBsAc > 10 mUI/ml dutenean, beti eman behar da gammaglobulina-dosi bat lehen 24 orduetan.
d) Giza papilomaren birusaren (GPB) aurkako txertaketa argi eta garbi gomendatzen dute zientzia-elkarte guztiek sexu-erasoaren kasu guztietan.

100.- **14 urtetik gorako emakumeenganako sexu-indarkeriaren aurrean profesional sanitarioentzako jarduera-gidan, arreta sozial, psikologiko eta juridikoari buruzko atalari buruzko hurrengo zein adierazpen da zuzena?**

a) Sexu-erasoa bikote-harremanaren barruan gertatzen denean, ez da beharrezkoa emakumea bere etxera itzultzeko arriskua baloratzea, arreta lesio fisikoetan soilik zentratzen delako.
b) Erasoa jasan duen emakumeak arreta soziala jaso dezake bere udaleko oinarrizko gizarte-zerbitzuen bidez; han, aldi baterako ostatuari, laguntza psikologikoari eta aholkularitza juridikoari buruz orientatuko dute.
c) Erasoa jasan duen pertsona adingabea bada, familiari bakarrik jakinarazi behar zaio, gizarte-zerbitzuekin harremanetan jarri beharrik gabe.
d) Sexu-indarkeriaren biktimentzako 24 orduko krisi-zentroak arreta juridikoa soilik eskaintzen du, laguntza psikologikoa eta soziala baztertuz.

101.- **Euskadiko osasun-sisteman emakumeen mutilazio genitalari (EMG) buruz gomendatutako jardueren gidaren arabera, zein da zuzena?**

a) OMEk, 1995eko sailkapenean, III. mota klitoriaren eta/edo prepuzioaren erauzketa partzial edo oso gisa definitzen du, klitoridotomia izenez ezaguna.
b) 2007ko berrikuspenean, OMEk azpimarratzen du III. mota baginaren irekiera estutzera bideratzen dela, organoen ezabapena baino gehiago.

c) Emandako datuen arabera, emakumeen mutilazio genitala 5 urtetik beherako nesketan soilik praktikatzen da, eta ez da beste kasurik dokumentatu nerabeen edo haurdunaldian daudenen artean.

d) Azken ikerketek adierazten dute EMG jasaten duten nesken adina pixkanaka handitzen ari dela, komunitateen aldetik erresistentzia handiagoa dagoelako.

102.- Euskadiko Osasun Sisteman emakumeen mutilazio genitalaren (EMG) gainean gomendatutako jardunen gidaliburuaren arabera, zein da zuzena osasunarentzat dituen ondorioei buruz?

a) EMGaren ondoriozko konplikazioak epe laburrekoak dira soilik, hala nola min handia eta hemorragia, epe luzeko ondorio obstetrikorik gabe.

b) Mutilazio-mailak ez du eraginik konplikazio motan; antzekoak dira kasu guztietan, emakumea infibulatuta egon ala ez.

c) Epe ertain eta luzeko ondorioen artean daude alterazio ginekologikoak eta gernu-arazoak, fistulak, dispareunia, antzutasuna eta konplikazio obstetrikoak, hala nola erditze luzeak edo zesarea-tasa handiagoa.

d) Nazioarteko erakundeek uste dute EMGa batez ere arazo kultural bat dela, eta ez duela loturarik oinarrizko giza eskubideekin.

103.- Euskadiko Osasun Sisteman emakumeen mutilazio genitalaren (EMG) gainean gomendatutako jardunen gidaliburuko oinarri etikoaren atalari jarraikiz, zein da adierazpen zuzena?

a) EMGk kalterik ez egiteko printzipioa urratzen du, ukitutako emakumeen osasunerako ondorio larriak dituelako, eta justiziaren printzipioa ere urratzen du, sexuan oinarritutako praktika diskriminatzailea delako.

b) Italiako Bioetikako Batzorde Nazionalak EMG etikoki onargarria dela jotzen du, betiere higiene-baldintza egokietan egiten bada.

c) EMGk justiziaren printzipioa baino ez du urratzen, eta kalterik ez egiteko printzipioa errespetatzen du, praktika tradizional adostua delako.

d) Emakumearen aurkako diskriminazio mota oro ezabatzeko Hitzarmenaren ustez (1979), EMG ez da praktika diskriminatzaile bat, baizik eta kultura-kontu bat.

104.- Euskadiko Osasun Sisteman emakumeen mutilazio genitalaren (EMG) gainean gomendatutako jardunen gidaliburuko prebentzioko jardun orokorren atalari dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) EMGren prebentzio-estrategia komunitate-mailan garatu behar da soilik, banakako edo familia-mailako esku-hartzea beharrezkoa izan gabe.

b) Emakume bati EMG hautemateak ez dakar arriskurik bere alaba edo familiako beste neskatilentzat, eta, beraz, ez da alerta-neurri osagarririk behar.

c) EMGren prebentziorako hezkuntzan esku-hartzeak komunitate horietako gizonak ere modu proaktiboan barne har ditzake, eta, horretarako, Familia Arretako tresnak erabiliko dira eta haien ezaugarri kulturaletara egokituko.

d) EMG prebenitzeko eta arriskua detektatzeko jarduerak ginekologia eta obstetriziako ospitale-esparrura mugatzen dira soilik, Lehen Mailako Arretaren parte-hartzerik gabe.

105.- Obulutegiaren histologiari eta egiturari buruzko honako adierazpen hauetatik zein da zuzena?

a) Obulutegi-muina da folikulu gehienak askotariko heltze-egoeran aurkitzen diren eremua, Graaf folikuluak barne.
b) Kanpotik, obulutegia tunika albugineak estaltzen du, hau da, ehun konektibo trinko eta zuntzez osatutako geruzak, babesteko funtzioa duenak, eta haren azpian obulutegi-epitelioa dago.
c) Menopausian zehar, obulutegiak jarduera folikular konstantea mantentzen du, nahiz eta folikuluak nagusiki atresikoak izan.
d) Obulutegi-muinean, ehun konektibo fibroelastiko laxoa, hoditeria eta nerbioez gain, noizbehinka rete ovarii bezalako egiturak aurki daitezke.

106.- Falopioren tronpen eta umetokiaren odol-hornidura, inerbazioa eta egiturei dagokienez, adierazi aukera zuzena:

a) Falopioren tronpek umetokiko arteriatik soilik jasotzen dute odol-hornidura arteriala, obulutegiko arteriarekin inolako parte-hartzerik gabe.
b) Umetoki-lepoak (zerbixak) epitelio mota bera du azalera osoan: epitelio zilindriko bat, guruin ugariz hornitua, barneko zerbix-zuloaren eta kanpokoaren artean hedatzen dena.
c) Falopioren tronparen zatirik zabalena eta luzeena anpulu-zatia da; 6 zm-ra arte neur dezake, eta bere diametroa infundibulurantz handitzen da.
d) Umetoki-gorputzeko linfa-hodiek azaleko gongoil linfatiko inginaletara drainatzen dira soilik, umetokiaren lotailu biribilduaren bidez.

107.- Emakumezkoen kanpo-genitalen anatomiari dagokionez, adierazi honako zein adierazpen den zuzena:

a) Ezpain txikiak klitorian txertatzen dira bi orriren bidez: atzeko orriak klitoriaren prepuzioa eratzen du eta aurreko orriak klitoriaren frenilloa.
b) Klitoria erekzio-ehunez osatutako gorputz kabernosoek osatzen dute, eta sare baskular handiak ditu; klitoriaren glandeak, berriz, izaera konektiboa du, eta estalki mukokutaneo oso sentikorra du.
c) Bartholin-en guruinak ezpain handien oinarrian irekitzen dira, eta haien funtzio nagusia koitoan likido lubrifikatzailea jariatzea da; menopausiatik aurrera garatu egiten dira.
d) Himena septu osoa da, emakume birjinaren baginako irekidura erabat ixten duena; haren forma ohikoenak ilargierdia, eraztun-forma eta ezpain-itxura dira.

108.- **“Erizain bat hirugarren hiruhilekoan dagoen haurdun baten bular-guruinaren balorazioa egiten ari da. Anamnesian zehar, pazienteak bularretan nabaritzen ari den aldaketei buruz galdetzen dio. Erizainak bular-anatomiari buruzko ezagutzak gogorarazten dizkio.” Honako adierazpen hauetatik zein da OKERRA bular-guruinari buruz?**

a) Bular-guruina bigarren saihetsetik seigarrenera eta esternoiaren kanpo-ertzetik erdiko lerro axilarreraino hedatzen da, eta besapera doan luzapen bat du, “luzapen axilarra” deritzona.
b) Hodi galaktoforoek, titiburura iritsi aurretik, dilatazio batzuk dituzte areolaren azpian, sinus laktifero izenekoak, non pilatzen den haurrak edoskitzean xurgatu behar duen esnea.
c) Bularraren irrigazio arteriala batez ere barneko bular-arteriatik, albo-torazikotik eta atzeko interkostaletatik dator, anastomosien sare aberatsa osatuz, zeinaren bidez azaleko ebakiak nekrosi-arriskurik gabe egin ahal baitira.
d) Haurdunaldian eta edoskitzaroan, bularraren tamaina gantz-ehunaren hazkundearen ondorioz handitzen da soilik, eta guruin-ehuna aldatu gabe mantentzen da menopausiara arte.

109.- **Zein pelbis-mota jotzen da erditzerako egokiena duen morfologiagatik?**

a) Pelbis androidea.
b) Pelbis antropoidea.
c) Pelbis platipeloidea.
d) Pelbis ginekoidea.

110.- **Adierazi zein den obulazioaren abiarazle hormonal nagusia obulutegi-zikloan:**

a) Estrogenoen jaitsiera.
b) LH-ren igoera bortitza.
c) Progesteronaren igoera progresiboa.
d) FSH-ren jaitsiera.

111.- **Ondoko ezaugarrietatik, identifikatu zein dagokion endometrio-zikloko jariatze-faseari:**

a) Endometrioaren proliferazio aktiboa estrogenoen eraginez.
b) Guruin lerrozuzenen presentzia eta mitosi ugari.
c) Bakuolo azpinuklearrak eta guruin-sekrezioa agertzea progesteronaren eraginez.
d) Endometrioaren geruza funtzionalaren deskamazioa.

112.- **Zein baieztapenek deskribatzen du zuzen gametogenesiaren prozesua?**

a) Zelula haploideek mitosi bidez gameto diploideak sortzen dituzten prozesua da.
b) Zelula diploideek meiosia esperimentatzen duten prozesua da, gameto haploide



espezializatuak eratzeko.

c) Emakumeengan bakarrik gertatzen da eta pubertaroaren aurretik hasten da.

d) Ez dago FSH eta LH bezalako hormonen eraginaren mende.

113.- “Erizaintzako ikasle bat emakumezkoen eta gizonezkoen gametogenesia alderatzen ari da. Obogenesia aztertzean, hainbat desberdintasun garrantzitsu identifikatu ditu espermatogenesiaren aldean.” Zein da obogenesiari buruzko baieztapen zuzena:

a) Lehen mailako obozito bakoitzak lau obulu funtzional sortzen ditu meiosiaren ondoren.

b) Obogenesia pubertaroan hasten da obogoniak sortzean.

c) Obogenesiaren azken emaitza obulu funtzional bat eta hiru korpuskulu polar ez-funtzional dira.

d) Lehen mailako obozitoek I. meiosia jaiotza baino lehen osatzen dute.

114.- Adierazi espermatogenesiari buruzko aukera zuzena:

a) Meiosian zehar, lehen mailako espermatozito batek lau espermatida haploide sortzen ditu.

b) Espermatogenesia prozesu etenkorra da, pubertaroa baino lehen hasten da eta helduaroan gelditzen da.

c) Lehen mailako espermatozito bakoitzak espermatozoide funtzional bakarra sortzen du.

d) Espermiogenesia espermatogoniak mitosi bidez zatitzen diren fasea da.

115.- Emakumezkoen aparatu genitalaren irrigazioari eta drainatze linfatikoari dagokienez, adierazi zein den baieztapen zuzena:

a) Arteria obarikoa arteria hipogastrikoan sortzen da, eta lotailu infundibulopelbikoa zeharkatu ondoren, umetokiko arteriarekin anastomosatzen da tronparen eta umetokiaren artean eratzen den angeluan.

b) Baginak hainbat arteria-iturritatik jasotzen du irrigazioa, umetokiko arteriatik datozen adar zerbikobaginalak, arteria hipogastrikotik datozen arteria baginalak, eta barne arteria pudendoaren eta arteria hemorroidal ertainaren adarrak barne.

c) Umetoki-hondotik datozen hodi lifatikoek azaleko gongoil inguinaletara soilik drainatzen dira, umetokiaren lotailu biribilaren ibilbidea jarraituz, inoiz ere gongoil preaortiko edo albo-aortikoetara iritsi gabe.

d) Arteria kiribilak, alegia, barneko arteria erradialen adarrak, gainazaleko epiteliora soilik ziklo menstrualaren fase proliferatiboan gerturatzen dira.

116.- Emakumezkoen aparatu genitalaren inerbazioari dagokionez, honako adierazpen hauek guztiak zuzenak dira bat IZAN EZIK. Zein da OKERRA?

a) Kanpoko genitalek eta baginaren beheko herenak nerbio pudendoaren (S2–S4) inerbazio somatikoa jasotzen dute, inerbazio autonomoaz gain.

b) Umetoki-obulutegiko plexua gongoil aortikorrenal eta mesenteriko nagusian sortzen da, arteria obarikoa jarraitzen du eta obulutegia, tronpa eta umetoki-hondoa

inerbatzen ditu.

c) Umetokiaren eta baginaren zuntz parasinpatikoak pelbiseko nerbio esplanknikoetatik (S2–S4) datoz, beheko plexu hipogastrikoaren bidez.

d) De Lee-Frankenhäuser plexua umetoki-hondoaren parean kokatzen da eta soilik zuntz sinpatikoz osatuta dago.

117.- Umetoki-gorputzeko histologiari dagokionez, ondoko adierazpen hauek guztiak zuzenak dira bat IZAN EZIK. Zein da OKERRA?

a) Endometrioa umetokiaren barne-geruza da eta ziklikoki deskamatzen da hilekoan.

b) Miometrioa umetokiko geruzarik lodiena da, eta muskulu-zuntz leunez osatuta dago.

c) Peritoneoa (serosa) umetoki-gorputzaren hondoa eta atzeko aldea kanpotik estaltzen dituen geruza da.

d) Miometrioak ez du aldaketa esanguratsurik jasaten haurdunaldian, eta lodiera eta zuntz-kopuru bera mantentzen ditu.

118.- Plazenta zein egituraren bidez eratzen da eta zein da korion enbrionarioaren geruzen ordena zuzena hasierako etapetan?

a) Endometrioko deziduaren eta korionaren arteko interakzioaren bidez eratzen da; eta koriona hauekin osatzen da, barrutik kanpora: enbrioi-kanpoko mesenkima, zitotrofoblastoa eta sintzitiotrofoblasto.

b) Zaku bitelinoaren eta amniosaren fusioaren bidez eratzen da; eta geruzak, kanpotik barrura, honela ordenatzen dira: sintzitiotrofoblastoa, mesenkima eta zitotrofoblastoa.

c) Miometrioaren eta epiblastoaren arteko elkarketaren bidez eratzen da; eta korionaren geruzak, barrutik kanpora, hauek dira: sintzitiotrofoblastoa, zitotrofoblastoa eta enbrioi-kanpoko mesenkima.

d) Trofoblastoaren bidez eratzen da; eta bere barne-geruzak inplantazioaren ondoren desagertzen dira.

119.- Kotiledoi fetalen eraketa dela eta, adierazi aukera zuzena:

a) Kotiledoi fetalak zilio arteko espazioko zilio libreetatik sortzen dira zuzenean, lehen mailako zilio-enborrek parte hartu gabe, eta ohiko kopurua 2 eta 5 artean izaten da plazenta bakoitzeko.

b) Ainguratze-zilioen bidez, lehen, bigarren eta hirugarren mailako zilio-enborrak eratzen dira, eta hauek zabal-zabal adarkatzen dira zilio arteko espazioan; lehen mailako 60 eta 70 zilio-enbor artean daude, eta 10 eta 30 fetu-kotiledoi plazenta bakoitzeko.

c) Zilio-enbor primitiboak esklusiboki batzen dira hirugarren mailako zilioak eratzeko; azken horiek kotiledoi fetalak ordezkatzen dituzte, zeinak, ondorioz, azken gestazio-asteetan desagertzen baitira.

d) Lehen mailako zilio-enborren kopurua eta kotiledoi fetalen kopurua konstantea da giza plazenta guztietan, hau da, egitura bakoitzetik 20.

120.- Zein adierazpenek deskribatzen du behar bezala zilbor-hesteko hodien funtzioa?

a) Zilbor-hesteak arteria bat eta bi zain dauzka; zainek odol desoxigenatua eramaten dute plazentara.
b) Zilbor-hesteak bi arteria dauzka, odol desoxigenatua eramaten dutenak plazentara; eta zain bat, fetuari oxigeno askoko odola bueltatzen diona, hori guztia Wharton gelatinak inguratuta.
c) Zilborreko arteriek odol oxigenatua garraiatzen dute fetura, eta zilborreko zainak odol desoxigenatua eramaten du plazentara.
d) Zilbor-hesteak ez du ehun konektiborik, eta amnios-ak estalitako odol-hodi hutsez osatuta dago.

121.- Zein aukerak deskribatzen ditu zuzen plazentaren funtzio endokrinoa eta ekoizten dituen zenbait hormona?

a) Plazentak progesterona eta estradiola ekoizten ditu bakarrik, eta haurdunaldirako beharrezkoak diren gainerako hormonak fetuaren gibelak sortzen ditu.
b) Plazentak hipofisi-motako hormona proteikoak ekoizten ditu soilik, hala nola hCG eta hPL, baina ez du parte hartzen esteroideen edo hazkunde-faktoreen sintesian.
c) Plazentak guruin endokrino gisa jarduten du eta 30 hormona baino gehiago sintetizatzeko gai da; horien artean daude esteroideak (progesterona, E1, E2, E3), hipofisi-motako hormona proteikoak (hCG, hPL, hGH, hCT, ACTH) eta hipotalamo-motako hormonak (GnRH, CRH, GHRH, somatostatina), baita hazkuntza-faktoreak ere, hala nola inhibina, aktibina eta folistatina.
d) Plazentak soilik amaren zirkulaziora askatzen ditu hormonak, eta hormona fetalak, aldiz, esklusiboki guruin fetaletan ekoizten dira haurduntza osoan zehar.

122.- Zein funtsezko prozesu gertatzen da haurduntzaren hirugarren astean, enbrioiaren hiru geruza germinal ezartzen dituena?

a) Neurulazioa.
b) Ezarpena.
c) Segmentazioa.
d) Gastrulazioa.

123.- Zein egunetan ixten dira, gutxi gorabehera, neuroporo enbrionarioak garapenean zehar?

a) Neuroporo kraniala 21. egunean eta atzeko neuroporoa 24. egunean.
b) Neuroporo kraniala 25. egunean eta atzeko neuroporoa 28. egunean.
c) Neuroporo kraniala 30. egunean eta atzeko neuroporoa 32. egunean.
d) Neuroporo kraniala 28. egunean eta atzeko neuroporoa 25. egunean.

124.- Ondoko aukeretatik zein EZ da endodermotik eratorritako heste-hodiaren eraketan parte hartzen duen prozesu edo ezaugarri bat?

a) Endodermoak zaku-bitelinoaren sabaia eratzen du.

b) Tolestura zefalo-kaudalak endodermoaren zati bat enbrioian txertatzen du.
c) Hodi gastrointestinala endodermotik eratortzen da nagusiki.
d) Alboko tolesturak endodermoa enbrioira sartzea eragozten du.

125.- Fetuari buruzko zein adierazpen da OKERRA haurdunaldiko seigarren hilabeteari dagokionez (24. astea), gutxi gorabehera?

a) Azala arrosa edo gorrixka ikus daiteke, kapilarren ikusgaitasunagatik.
b) Zelula albeolarrak biriketako surfaktantea ekoizten hasten dira.
c) Lanugoa progresiboki handitzen da eta jada ez da erortzen.
d) Fetua gantza metatzen hasten da eta bernix kaseosoz estaltzen da.

126.- Ondoko ehunetako zein eratortzen da ektodermotik?

a) Muskulu-eskeletikoa.
b) Epitelio sentikorra.
c) Barea.
d) Gibela.

127.- Ondoko egituretatik zein da mesodermotik eratorria?

a) Pankrea.
b) Nerbio-sistema zentrala.
c) Kartilagoak.
d) Amigdalak.

128.- Zein egitura eratortzen da endodermotik?

a) Izerdi-guruinak.
b) Gibela.
c) Bizkarrezur-muina.
d) Hezurra.

129.- Alboko-plakaren mesodermoa honela banatzen da:

a) Parietala eta biszerala.
b) Paraxiala eta axiala.
c) Somitikoa eta esplaknikoa.
d) Tartekoa eta somatikoa.

130.- Ondoko adierazpenetatik zein EZ dagokio lehen hilabeteko enbrioi-garapenari?

a) Agertzen diren lehen gorputz-adarrak besoak dira, eta ondoren hankak.
b) Enbrioiak 1,5 zentimetro baino gutxiago neurtzen du lehen hilabetea amaitzean.
c) Bihotza 60 taupada/min. maiztasuna izaten hasten da, gutxi gorabehera.

d) Enbrioiaren odolak amaren odolarekin nahastuta zirkulatzen du.

131.- 38 urteko haurdun bat, aurrekari pertsonal esanguratsurik gabe, kontsultara dator haurdunaldiaren 12. astean. Lehen hiruhilekoko baheketa konbinatuan, trisomia 21 izateko arrisku handia agertzen du. Zein da jarduera EGOKIENA?

a) Bigarren hiruhilekoan baheketa errepikatzea.
b) Zuzenean umetoki barneko tratamendua egitea.
c) Teknika inbaditzaile bat eskaintzea diagnostikoa baieztatzeko.
d) Ezer ez egitea, maiz positibo faltsua izaten delako.

132.- Bikote bat kontsultara dator, lehen semeak/alabak gaixotasun genetiko monogeniko autosomiko errezesiboa duelako. Emakumea 10 asteko haurdunaldian dago. Zein da jarduera EGOKIENA une honetan?

a) Zuzenean kordozentesia egitea.
b) Aholkularitza genetikoa eskaintzea eta jaio aurreko diagnostikoa baloratzea.
c) Jaiotzaraino itxarotea baieztatzeko.
d) Soilik kontroleko ekografiak egitea.

133.- Jaio aurreko diagnostiko-teknikei dagokienez, adierazi aukera zuzena:

a) Teknika inbaditzaileek behin betiko diagnostikoa eskaintzen dute.
b) Teknika ez inbaditzaileek diagnostiko genetikoa baieztatzen dute.
c) Teknika inbaditzaileak soilik baheketarako erabiltzen dira.
d) Teknika ez inbaditzaileek arrisku handiagoa dute fetuarentzat.

134.- Gaixotasun genetikoei dagokienez, honako loturetatik zein da OKERRA?

a) Kromosoma-anomalia: aldakuntza kopuruan edo egituran.
b) Monogenikoa: gene bakarreko mutazioa.
c) Multifaktoriala: geneen eta ingurunearen arteko interakzioa.
d) Multifaktoriala: esklusiboki genetikoa.

135.- Honako ezaugarrietatik zein dagokio jaio aurreko screening (baheketa) programa bati?

a) Arrisku-populazioaren identifikazioa.
b) Positibo faltsurik eza.
c) Espezifikotasun diagnostiko absolutu handia.
d) Gaixotasun genetikoaren baieztapena.

136.- Honako konbinazio hauetatik zein da egokiagoa jaio aurreko kromosomopatiak diagnostikatzeko?

a) Ekografia eta markatzaile biokimikoak: behin betiko diagnostikoa.
b) Screening positiboa: baieztapena teknika inbaditzailearekin.
c) Kariotipoa: teknika ez inbaditzailea.
d) Biologia molekularra: baheketa-teknika.

137.- Teknika inbaditzaileei dagokienez, honako baieztapenetatik zein da FALTSUA?

a) Azterketa kromosomiko fetala egiteko aukera ematen dute.
b) Amniozentesia eta kordozentesia barne hartzen dituzte.
c) Ez dute arriskurik fetuarentzat.
d) Biologia molekularraren bidezko diagnostikoa egiteko aukera ematen dute.

138.- Anomalia genetikoei dagokienez, adierazi aukera zuzena:

a) Gaixotasun multifaktorialak gene bakar baten menpe daude.
b) Anomalia kromosomikoek kromosomen egiturari edo kopuruari eragiten diote.
c) Gaixotasun monogenikoak hilgarriak dira beti.
d) Kromosomopatiak ezin dira jaio aurretik detektatu.

139.- Aholkularitza genetikoaren helburu nagusia da:

a) Gaixotasun genetikoak diagnostikatzea.
b) Gaixotasun hereditarioak sendatzea.
c) Jaio aurreko diagnostikoa ordezkatzea.
d) Bikoteari arrisku genetikoei buruz informatu eta aholkatzea.

140.- Honako metodo hauetatik zein da jaio aurreko screening (baheketa) teknika bat?

a) Markatzaile biokimikoak.
b) Biopsia-koriala.
c) Fetuaren kariotipoa.
d) Amniozentesia.

141.- Jaio aurreko diagnostikoaren testuinguruan, zein da baheketa-estrategia bat aplikatu ondoren diagnostikoa baieztatzeko konbinazio zuzena?

a) Ekografia eta Apgar testa.
b) Biopsia koriala eta Screening biokimikoa.
c) Amniozentesia eta ekografia.
d) Markatzaile biokimikoak eta kariotipo fetala.

142.- Honako elementuetatik zein da jaio aurreko oinarrizko azterketa genetikoaren parte?

a) Elektrokardiograma fetala.
b) Kariotipoa ezartzea.
c) Apgar testa.
d) Umetokiaren monitorizazioa.

143.- Honako faktore hauetatik zein lotzen da sortzetiko akatsen agerpenarekin eta jaio aurreko diagnostikoan ebaluatzen da?

a) Haurdunaldian zehar infekzioak izatea.
b) Amaren odol-taldea.
c) Aitaren adina esklusiboki.
d) Fetuaren sexua.

144.- Sorkuntza aurreko kontsultan ohiko gaixotasun kroniko ohikoenei buruzko gomendioak emateari dagokienez, ondorengo adierazpen guztiak zuzenak dira bat IZAN EZIK:

a) Diabetes mellitusa detektatzeko, baheketa egitea gomendatzen zaie 25 baino gehiagoko gorputz-masa indizea duten eta diabetes mellitusa izateko arrisku-faktore bat edo gehiago duten emakume guztiei.
b) Sintomak dituzten emakume guztiei hipotiroidismoa bahetzea gomendatzen da.
c) Tronbofilia detektatzeko, baheketa egitea gomendatzen da arrisku-aurrekari pertsonalak eta/edo familiarrak dituzten emakume guztiei.
d) Tratamentu antikonbultsibatzailea duten paziente emakume epileptikoei 4 mg azido foliko hartzea gomendatzen zaie, haurdunaldia baino gutxienez 3 hilabete lehenagotik eta haurdunaldi osoan zehar.

145.- Jaio aurreko infekzioek fetuaren garapenaren gainean izan ditzaketen ondorioek eta haien prebalentziak sorkuntza aurreko kontsultan infekzio batzuen baheketa egitea justifikatzen dute. Infekzio horien artean, baheketa hau nabarmendu behar da:

a) Emakume guztiei sifilis-baheketa egitea gomendatzen da, proba espezifiko treponemiko baten bidez (TPHA, MHA-TP edo FTA-ABS).
b) Prebentzio-neurriak hartu ezean, GIBaren transmisio bertikala % 40-50ekoa da; hala ere, haurdunaldian neurri egokiak hartzen badira, transmisio bertikala % 1etik beherakoa da.
c) Errubeolaren aurkako immunitatea ikertu behar zaie sorkuntza aurreko kontsultara doazen emakumeei, baldin eta inoiz ez badiete serologia-probarik egin edo txertoa jaso ote duten ez badute gogoratzen.
d) Listeria bidezko infekzioa ikertzea gomendatzen da, fetuaren malformazioak prebenitzeko.

146.- Sorkuntza aurreko kontsulta honako prebentzio mota bat da:

a) Lehen mailako prebentzioa.
b) Bigarren mailako prebentzioa.
c) Hirugarren mailako prebentzioa.
d) Laugarren mailako prebentzioa.

147.- 15 urtetik beherako edo 40 urtetik gorako emakume gehienek normaltasunarekin garatzen diren haurdunaldiak izaten dituzte, baina adin-tarte horietan haurdunaldi-konplikazioak izateko aukera handitu egiten da. Horri dagokionez, adierazpen hauetatik bat FALTSUA da:

a) 15 eta 19 urte bitarteko haurdunen kasuan, pisu gutxiko haurrak eta goiztiarrak maizago izaten dituzte, eta haurren heriotza-tasa handiagoa izaten da.
b) 35 urtetik gorako haurdunek kromosomopatia arrisku handiagoa dute, antzutasun arrisku handiagoa eta gaixotasun kroniko gehiago izaten dituzte.
c) 35 urtetik gorako haurdunek haurdunaldian eta erditzean konplikazioak izateko arrisku handiagoa izaten dute, hala nola haurdunaldiko diabetesa, hipertentsioa edo plazentaren asaldurak.
d) 35 urtetik gorako haurdunek erditzean konplikazioak maizago izaten dituzte, esaterako: erregistro kardiotokografikoko alterazioak, hirugarren faseko alterazioak eta jaioberrien bizkortze tasa handiagoak.

148.- Diabetes mellitusari eta haurdunaldiari dagokionez, honako hau egia da:

a) Diabetesa duten haurdunek diabetesa ez duten haurdunek baino 4-5 aldiz arrisku handiagoa dute konplikazioak izateko, hala nola berezko abortua, sortzetiko alterazioak (hezur-malformazioak, alterazio kardiobaskularrak, hodi neuraleko akatsak eta alterazio genito-urinarioak), preeklanpsia edo erditze goiztiarra.
b) Sorkuntza aurreko kontsultan, helburuetako bat haurdun geratu aurretik hemoglobina glikosilatuaren maila normalenetik ahalik eta gertuena lortzea da (≤ batezbestekoa + 4 DE).
c) Ez da gomendatzen diabetesa duten emakumeek haurdun geratzea, hemoglobina glikosilatuaren maila batezbestekoa + 7 DE baino handiagoa denean.
d) Ez da gomendatzen haurdun geratzea nefropatia larria dagoenean (kreatinina plasmatikoa >4 mg/dl, edo proteinuria >3 g/24 ordu eta/edo kontrolatzeko zaila den hipertentsio arteriala).

149.- Hipertentsioa duten emakumeen kasuan, gaixotasunak okerrera egin dezake haurdunaldian zehar. Hau ere egia da:

a) Hipertentsio arterial kronikoa duten emakume pazienteen egoera orokorra aztertu behar da, bai eta haurdunaldiaren arriskuei buruz informatu ere; baina ez da une egokia medikazioan aldaketak egiteko.
b) Lehen neurri gisa, dieta eta atsedena gomendatuko dira.
c) Aukerako tratamendu gisa, angiotentsinaren entzima bihurtzailearen inhibitzaileak (ECAk) gomendatzen dira.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

150.- Sorkuntza aurreko kontsultan, etorkizuneko gurasoei galdetu behar zaie familiako kideen artean gaixotasun hereditarioen aurrekaririk ote dagoen. Ondorengo familia-aurrekariei buruz galdetu behar zaie:

a) Muskulu-distrofia, hemoglobinopatiak eta kromosoma-anomaliak, besteak beste.
b) Hemofilia, kromosoma-anomaliak eta hipotiroidismoa, besteak beste.
c) Muskulu-distrofia, hemoglobinopatiak eta guruin suprarrenalaren alterazioak, besteak beste.
d) Hemofilia, hipotalamo-hipofisi ardatzaren asaldurak eta muskulu-distrofia, besteak beste.

151.- Prekontzepzio kontsultako proba osagarrien artean honako hauek nabarmentzen dira:

a) Emakume guztiei hemoglobinaren eta hematokritoaren analisia, odol-taldea eta Rh faktorea, eta GPBaren (Giza Papiloma Birusa) testa egitea gomendatuko zaie.
b) Emakume guztiei GIBaren eta Chlamydia trachomatis-aren baheketa eskainiko zaie TPHA probaren bidez.
c) B hepatitisaren gainazaleko antigenoa (HBsAg) eskatuko da arrisku-faktoreak dituzten emakumeetan.
d) Prekontzepzio-aldian sintomarik gabeko bakteriuriaren detekzio eta tratamenduaren garrantziari buruzko ebidentzia dago.

152.- Ugalketa-adineko emakumeetan folatoen egoera hobetzeko hiru estrategia erabil daitezke. Honako hauetako bat OKERRA da:

a) Azido folikoaren eta bitamina liposolubleen prestakin farmazeutikoak kontsumitzea.
b) Elikadurari buruzko aholkularitza eta heziketa ematea.
c) Elikadura azido folikoarekin osatzea.
d) Azido folikoaren eta folato deribatuen prestakin farmazeutikoak kontsumitzea.

153.- Iodoarekin osagarri farmazeutikoa emateari dagokionez, honakoa egia da:

a) Haurdunaldian iodo gabeziak ama heriotza, abortu espontaneoa eta fetuaren heriotza goiztiarraren probabilitatea handitzen du.
b) Haurdunaldian iodo gabezia da garun-lesio eta ikasteko zailtasun itzulgarrien kausa nagusia.
c) Osasunaren Mundu Erakundeak kalkulatzen du munduko populazioaren % 50 arriskuan dagoela iodo gabetasuna izateko.
d) Haurdunaldian gomendatutako dietako iodo-kontsumoa 430 µg/egun da, eta edoskitzaroan 490 µg/egun.

154.- Prekontzepzio-kontsultan kariotipoa eskatzeko indikazioak honako hauek dira:

a) Kromosoma gaixotasunen bat duten haurren gurasoak.

b) Klinefelter-en sindromea.
c) Turner-en sindromea.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

155.- Osasun sustapenerako ekintzak oso eraginkorrak izan daitezke kontzepzio aurreko arreta garaian, emakumea eta haren ingurunea motibatuago daudelako. Honako ekintza hauek gomendatzen dira ebidentzia maila honekin, SALBU bat:

a) Elikagai-ingesta orekatu bat gomendatzea: IV.
b) Gorputz-masaren indizea 30 kg/m²-tik gorakoa bada, pisu-galera baloratzea: Ib.
c) Kafeinaren kontsumo moderatua aholkatzea: IV.
d) Bizitza sexual osasuntsu bat sustatzea: IV.

156.- Haurdunaldian funtsezkoa da dieta orekatu bat izatea eta bitamina eta oligoelementuen ekarpena egokia izatea. Gomendatzen dira:

a) 1500 mg kaltzio egunero.
b) A bitamina 20.000 UI beherako ekarpena eguneko.
c) 30 mg burdin egunero.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

157.- Haurdunaldian, emakumearen anatomian eta fisiologian aldaketak gertatzen dira, fetuaren garapen egokia, erditzerako prestaketa eta edoskitzea ahalbidetzeko etengabeko egokitzapena dakartenak. Lehen aldaketen artean, genitaletan gertatzen direnak nabarmentzen dira. Ondoren azaltzen diren guztiak genitaletako aldaketak dira, bat SALBU:

a) Bulbak kolore urdinxka, purpura edo gorri bizia hartzen du, bertako baskularizazio igoeraren eta perineoko azala eta muskuluen hiperemiaren ondorioz. Horri Jaquemier-Chadwick-en zeinua deitzen zaio.
b) Umetokiak bere tamaina handitzen du modu progresiboan fetuaren hazkundera egokitzeko. Bere forma ere pixkanaka aldatzen da: hasieran madari-itxurakoa da, gero esfera-itxurara pasatzen da, eta azkenik oboide bihurtzen da. Aldaketa honi Noble-Budin-en zeinua deritzo.
c) Baginako jariaketa handitu egiten da, batez ere haurdunaldiaren amaieran, eta horrek baginaren azidotasuna handitzea eragiten du, pHa 3,7 eta 6 artean mantenduz. Horrek baginako infekzioak ekiditen ditu, salbu *Candida albicans*, zeinak ingurune azidoan ugaltzea gustuko duen.
d) Haurdunaldi osoan zehar umetokiak jarduera uzkurtzaile bat mantentzen du, baina ez da zerbixaren dilataziorik sortzen, intentsitatea ez delako 10–20 mmHg-tik pasatzen. 24. astetik aurrera Braxton-Hicks izeneko uzkurdurak senti daitezke: laburrak, noizbehinkakoak eta minik gabekoak.

158.- Haurdunaldia aurrera doan heinean, haurdunak bihotzeko eta sistema kardiobaskularreko aldaketak jasaten ditu. Honako hauek nabarmentzen dira. Horietako bakarra da zuzena:

a) Tentsio arteriala beherantz doa lehen eta bigarren hiruhilekoan, 28. aste inguruan balio minimoetara iritsiz. Erresistentzia baskular periferikoak murriztu direlako gertatzen da hori. Hirugarren hiruhilekoan tentsio arteriala pixkanaka igotzen da, normalizatu arte.
b) Haurdunaldian bihotzak bere tamaina % 20-30 handitzen du bihotz-muskuluaren hipertrofiaren ondorioz (kardiomegalia). Abdomen bolumena handitzean, diafragmak gora egiten du eta bihotza gora eta ezkerrera desplazatzen du; hori elektrokardiograman ezkerreko ardatz elektrikorako desbiderapen gisa ikusten da.
c) Bihotz gastua bihotz-maiztasunaren eta bolumen sistolikoaren arteko biderkaduratzat definitzen da. Haurdunaldian, bihotz gastuak % 20-30 egiten du gora, haurdun ez dauden emakumeekin alderatuta.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

159.- Odol-bolumena haurdunaldiko bigarren eta hirugarren hilabeteen artean handitzen da. Bolumen horren igoera honen kontura gertatzen da:

a) Plasma-bolumena (% 75) eta masa eritrozitarioa (% 25).
b) Plasma-bolumena (% 50) eta masa eritrozitarioa (% 50).
c) Plasma-bolumena (% 25) eta masa eritrozitarioa (% 75).
d) Odol-bolumena plasma-bolumenaren kontura baino ez da handitzen.

160.- Haurdunaldian anemiatzat hartzen da hemoglobinaren kontzentrazioa honakoa denean:

a) 11 g/dl-tik beherakoa lehen eta hirugarren hiruhilekoan, edo 10,5 g/dl-tik beherakoa bigarren hiruhilekoan.
b) 10,5 g/dl-tik beherakoa lehen eta hirugarren hiruhilekoan, edo 11 g/dl-tik beherakoa bigarren hiruhilekoan.
c) 11 g/dl-tik beherakoa lehen eta bigarren hiruhilekoan, edo 10,5 g/dl-tik beherakoa hirugarren hiruhilekoan.
d) Odol-bolumena plasma-bolumenaren kontura baino ez da handitzen.

161.- Haurdunaldian torax kaxaren aldaketa anatomikoek biriken bolumen eta gaitasunen aldaketak dakartzate. Aldaketak haurdunaldiko hasieran hasten dira eta 5.- 6. hilabetean gehienera iristen dira, haurdunaldiaren amaieran berriro jaisten direlarik. Biriken bolumen eta gaitasunetako aldaketa nagusiak honako hauek dira, bat SALBU:

a) Erreserba espiratorioaren bolumena % 20 inguru jaisten da.
b) Gaitasun inspiratorioa % 10 inguru handitzen da.
c) Gaitasun bitala ez da aldatzen.
d) Gaitasun erresidual funtzionala % 20 inguru handitzen da.

162.- Plazenta funtsezko organotzat jotzen da haurdunaldi osoan zehar kontrol hormonalaren paperean. Giza plazenta bai hormona plazentario proteikoak, bai hormona esteroideak sintetizatzeaz arduratzen da. Ondorengo adierazpen hauetatik bat FALTSUA da:

a) Plazentako giza gonadotropina korionikoa (HCG) hormona proteikoa enbrioiaren inplantazioaren ondoren detektatzen da amaren odolean (hirugarren astetik aurrera, gutxi gorabehera) eta gernuan bosgarren astetik aurrera. Hormona honen mailak 48 orduro hirukoiztu egiten dira, 10. astearen inguruan gehieneko mailara iritsi arte.
b) Estrogenoen sekrezioa plazentan hasten da, obulutegiko ekoizpena amaitzen denean. Plazentak amaren aurrekariak (estriola nagusia) eta, batez ere, fetuaren aurrekariak behar ditu estrogenoak ekoizteko.
c) Haurdunaldi hasieran progesterona ekoizteaz arduratzen dena gorputz luteoa da, eta 10. astetik aurrera plazentak hartzen du haren ekoizpena.
d) Giza Laktogeno Plazentarioa (HPL) hormona proteikoa amaren odolean detektatzen da hirugarren astetik aurrera.

163.- Haurdunaldia egoera fisiologiko bat da, eta haren diagnostikoak garapen desberdinak izan ditu historian zehar, antzinatetik oso markatuak. Antzinatean erabilitako proba diagnostikoetako bat honako hauetako bat izan zen:

a) K.a. 1750. urtearen inguruan, haurdunaldiaren diagnostikoa gari aleak ama odolarekin bustiz egiten zen. Aleek ernetzen bazuten, haurdunaldia zegoen.
b) Kos-eko Hipokratesek teknika bat erabiltzen zuen, eztiz eta uraz egindako jarabe bat oheratu aurretik edatean oinarritua. Emakumea haurdun bazegoen, edabeak kolikoak eragiten zituen; bestela, atseden atsegina.
c) Brugsch-eko Papiroak, Berlingo Papiroa ere deitua (K.a. 1350), diagnostiko proba bat jasotzen du: emakume batek anana-zukua eta erditu berri baten odolaren nahasketa edan behar zuen; oka egiten bazuen, haurdun zegoen.
d) Aipatutako guztiak antzinatean erabilitako diagnostiko probak izan ziren.

164.- Gaur egun, haurdunaldiaren diagnostikoak ez du zailtasun handirik izaten, azken hamarkadetan egin diren proba osagarrien aurrerapenei esker. Horiei esker, haurdunaldia oso goiz detektatzea posible da, eta sentikortasuna eta espezifikotasuna ia % 100ekosk dira, erratzeko tarte oso txikiarekin. Ondorengo adierazpen hauetatik zein da FALTSUA:

a) HCG amaren odolean agertzen da obulazioaren ondorengo 8-9 egunetan, baina gernuan ezin da detektatu 500 mUI/ml-ko mailara iritsi arte, hau da, hileko-atzerapenaren 4.-5. egunera arte.
b) HCG ehun trofoblastiko normalak (haurdunaldian) eta patologikoak (mola hidatiformea eta koriokartzinoma) sintetizatzen dute. Haurdunaldi normalaren baitan, haren funtzioa gorputz luteoaren esteroideogenesia mantentzea da, plazentak bere garapen egokia lortu eta funtzio hori bere gain hartu arte.
c) Glukoproteina bat da, bi azpiunitatek osatua: alfa azpiunitatea, luteinizatzailearen (LH), folikulu-estimulatzailearen (FSH) eta tiropropinaren (TSH) berdina dena; eta beta azpiunitatea, HCG-rentzat espezifikoa dena.
d) HCG plazentan sortzen da, zitotrofoblastoaren bidez, eta haurdunaldiaren lehen 6 asteetan progesteronaren iturri nagusia da, plazentak bere ekoizpena bere gain hartu

arte.

165.- Baginazko ekografia da haurdunaldiaren diagnostiko goiztiarrerako aukerako metodoa. Honako hau baieztatu dezakegu:

a) Amenorrea 4 astetik aurrera, edo ernalketaren ondorengo 18-20 egunetan, 2-3 mm-ko diametroa duen haurdunaldi poltsa ikus daiteke.
b) 4 eta 6 asteen artean besikula bitelinoa agertzen da. Une horretan, 2-5 mm neurtzen duen enbrioia ikus daiteke eta fetuaren bizi seinalea detekta daiteke bihotz taupadaren bidez.
c) 7 astetik aurrera, enbrioiaren alde zefalikoa, gorputz-atalak eta amnio-poltsa bereiz ditzakegu; enbrioiak 25-27 mm inguru neurtzen ditu.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

166.- Haurdunaldiaren diagnostikorako proba immunologikoen artean, nabarmentzekoa da immunokromatografia, honako hau dena:

a) Proba immunologiko kuantitatibo bat da, eta etxean egiten diren haurdunaldiko testak oinarritzen diren diagnostiko metodoa da.
b) Bi mintz porotsuz osatuta dago, antigorputz monoklonalak dituztenak.
c) Proba immunologiko kualitatibo bat da, eta etxean egiten diren haurdunaldiko testak oinarritzen diren diagnostiko-metodoa da.
d) Bi mintz porotsuz osatuta dago, antigorputz poliklonalak dituztenak.

167.- Haurdunaldian hipofisiak jasaten dituen aldaketa funtzionalen artean honako hauek daude. Hauetako bakarra da zuzena:

a) Hazkunde-hormona inhibitu egiten da laktogeno plazentarioaren eraginez.
b) Hormona atidiuretikoaren edo basopresinaren (ADH) mailak handitu egiten dira.
c) Prolaktina hormonaren (PRL) mailak jaisten dira haurdunaldiaren hasieratik.
d) Hormona luteinizatzailearen (LH) mailak handitu egiten dira erretroalimentazio-positibo mekanismoaren ondorioz.

168.- Haurdunaldian aldaketa endokrino hauek gertatzen dira, bat SALBU:

a) Tiroxina (T4) eta Triyodotironina (T3) mailak progresiboki handitzen dira haurdunaldian zehar, 20. astera iritsi arte.
b) T3/T4 erlazioa ez da aldatu behar haurdunaldi normal batean zehar.
c) Aldosterona hasieratik handituta egoten da haurdunaldian.
d) Kortisol librearen eta proteina garraiatzaileei lotutako kortisolaren murrizketa gertatzen da.

169.- Lokomozio-aparatuan gertatzen diren aldaketak dira haurdunaldian agertzen diren sintoma askoren erantzule, eta, zenbait kasutan, patologia batzuk ere eragin ditzakete. Ondorengo adierazpen hauetatik bat da zuzena:

a) Haurdunaldiak aurrera egin ahala, hiperzifosia gertatzen da, fetuaren eta haren

eranskin fetalen pisuak eragindako grabitate-zentroaren desplazamendua konpentsatzeko.

b) Estrogenoek eta relaxinak eragin handia dute pelbiseko artikulazioetan; hormona hauek artikulazio sakroiliakoen, sakrokoxigeoen eta pubikoen laxotasuna handitzen dute.

c) Haurdunak "ahate-ibilera" edo ibilera kontoneantea hartzen du. Ibilera berezi horrek haurdunak denbora luzez zutik egon ezin izatea eragin dezake.

d) Abdomeneko giharrak (oblikuak) erdialdeko marraretik bereiz daitezke, gihar zuzenen diastasira eramanez.

170.- Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioaren "Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren" arabera, jaiotza aurreko bisita programatuak honako profesionalek koordinatu behar dituzte:

a) Emaginek.
b) Emaginek eta familia medikuek.
c) Emaginek eta ginekologoek.
d) Emaginek, ginekologoek eta familia medikuek.

171.- Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioaren "Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren" arabera, bisita kopuruari eta amaren eta fetuaren osasunari buruzko ebidentzia honakoa da:

a) Estatistikoki esanguratsuak diren aldeak ikusi dira bisita murriztuko (4-9 bisita) jaio aurreko arretako programen eta arreta estandarizatuaren (13-14 bisita) artean, emakumearekin edo jaioberriarekin lotutako emaitzei dagokienez.

b) Aztertutako ikerketetan, emakumeak pozago agertu ziren bisita eskema murriztuarekin eta programa honen kostuak txikiagoak izan ziren; hala ere, jaioberrien ospitaleratze egonaldien iraupenarekin lotutako kostuak handitu ziren, eta horrek baldintzatu zuen gomendioaren indarra.

c) Gomendio-indar ahularekin, 6 eta 9 bisita arteko jarraipen programa bat proposatzen da arrisku txikiko emakumeetan, haurdunaldian edo erditzean konplikazioak izateko probabilitate txikia dutenetan.

d) Aurreko erantzunetako bat ere ez da zuzena.

172.- Gorputz-masaren indizearen (GMI) azterketa errutinaz egitearen, pisu-kontrolaren eta tentsio arteriala neurtzearen erabilgarritasunari dagokionez, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioaren "Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidak" honakoa ondorioztatzen du, bat IZAN EZIK:

a) Haurdunaldia baino lehen GMI patologikoa izatea eta haurdunaldian pisu gutxi edo gehiegi irabaztea hainbat konplikaziorekin lotuta dago, hala nola hauekin: garai aurreko erditzea, abortua, heriotza perinatala, haurdunaldiko diabetesa, zesarea bidez erditzea, hipertentsio gestazionala, edo haurra adin gestazionalerako txikia edo handia izatea.

b) Haurdunetan proteinuria identifikatzea preeklanpsia garatzearekin lotuta dago.

c) Tentsio arterial sistoliko eta diastoliko altuak haurdunaldian preeklanpsia agertzeko arrisku handiagoarekin lotu dira.

d) Ebaluatutako azterketa gehienak behaketazkoak zirenez, gomendatzen da GMIa kalkulatzea jaiotza aurreko lehenengo bisitan, baina gomendio-indar ahularekin.

173.- “Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren” arabera, adierazi jaiotza aurreko bisitan egiten diren miaketen eta prozeduren erabilgarritasunari buruzko aukera OKERRA:

a) Ez da frogatu haurdunaldiko bular-azterketak onurarik dakarrenik edoskitzea sustatzeko, ezta bularreko minbiziaren baheketa-metodo gisa ere.

b) X izpien bidezko pelbimetriak zesarea egiteko arriskua handitzen du, eta ez du onura gehigarririk ematen ez amarentzat ez jaioberriarentzat.

c) Garai aurreko (37-40 asteetan) mintz-bereizketa errutinaz egin behar da erditze-lanaren hasiera errazteko.

d) Zerbixeko zitologia ez da haurdunaldian modu erregularrean egin behar emakumeak aurreko zitologiak negatiboak baditu; erditzetik 6-8 astera arte atzeratzea gomendatzen da, salbuespen kasuetan izan ezik.

174.- Konplikaziorik gabeko haurdunaldia duten emakumeetan, urearen, kreatininaren eta azido urikoaren determinazioaren erabilgarritasunari dagokionez, “Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren” arabera, adierazi aukera zuzena:

a) Urearen determinazio erregularra gomendatzen da haurdunaldian, kalitate handiko hainbat ikerketak erakutsi baitute urea maila altuen eta preeklanpsia izateko arriskuaren arteko lotura argia, bereziki balioak 20 mg/100 mL baino handiagoak direnean haurdunaldiaren 20. astea baino lehen.

b) Nahiz eta atzera begirako ikerketa batzuek erakutsi duten haurdunaldiaren lehen 20 asteetan kreatinina altua izateak ondoren preeklanpsia garatzearekin lotura izan lezakeela, ebidentzia ez da sendoa eta muga metodologikoak dituzten ikerlanetatik dator; beraz, ez da gomendatzen errutinaz determinatzea arrisku txikiko haurdunetan.

c) Azido urikoaren determinazioak preeklanpsia aurreikusteko gaitasun handia du 11-14 asteen artean neurtzen denean; beraz, gida klinikoaren arabera, baheketa unibertsalerako gomendatutako biomarkatzaile nagusietako bat da.

d) Azido urikoaren igoera ez da ohikoa haurdunaldi normal batean; horregatik, edozein igoera beti interpretatu behar da patologikotzat, eta horrenbestez, jaio aurreko bisita guztietan neurtzea gomendatzen da.

175.- Osasun Ministerioaren “Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren” arabera, adierazi aukera zuzena haurdunaldian hepatitis birikoen baheketa egiteari dagokionez:

a) Gidak gomendatzen du B hepatitisaren baheketa unibertsala egitea arrisku faktoreak dituzten emakumeetan soilik, hala nola, transfusioen aurrekariak, droga

parenteralen erabilera edo arrisku praktikak dituztenetan, haurdunetan baheketa unibertsala egitearen onurak ez direlako frogatu.

b) Gidak gomendatzen du C hepatitisaren baheketa unibertsala ez egitea haurdunetan, populazio orokorrean prebalentzia baxua delako eta ez dagoelako ebidentzia argirik haren detekzioak transmisio bertikala murrizten laguntzen duela frogatzen duenik; hala ere, arrisku faktore espezifikoak dituzten emakumeengan baheketa zuzendua egitea gomendatzen da.

c) B hepatitisaren gainazaleko antigenoaren (HBsAg) detekzioa, haurdunetan, infekzio aktiboaren susmo klinikoak daudenean soilik egin behar da, sintomarik gabeko eramaileak identifikatzeak ez duelako ondoriorik kudeaketa perinatalean.

d) C hepatitisa duten haurdunen kasuan, gidak gomendatzen du hirugarren hiruhilekoan serologia sistematikoki errepikatzea, haurdunaldian serokonbertsio arriskua populazio orokorrean baino nabarmen handiagoa delako.

176.- “Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren” arabera, adierazi aukera zuzena giza immunoeskasiaren birusaren (GIB) baheketa haurdunetan egiteari dagokionez:

a) GIBaren baheketa soilik arrisku faktore ezagunak dituzten emakumeentzat erreserbatu behar da, baheketa unibertsalaren onura ez baita frogatu.

b) Gomendatzen da GIBaren baheketa errepikatzea emakume guztietan hirugarren hiruhilekoan, arrisku maila edozein dela ere, haurdunaldian serokonbertsio arrisku handia dagoelako.

c) Gidak gomendatzen du jaiotza aurreko lehenengo bisitan GIBaren baheketa unibertsala eskaintzea, eta infekzio edo serokonbertsio arriskua duten haurdunetan soilik errepikatzea.

d) GIBaren baheketa bigarren hiruhilekora arte atzeratu behar da, proba goiz egiteak negatibo faltsuak izateko arriskua handitzen duelako.

177.- Osasun Ministerioaren “Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren” arabera, adierazi aukera zuzena toxoplasmosiaren, errubeolaren eta sifilisaren baheketari eta maneiuari buruz:

a) Gidak gomendatzen du toxoplasmosiaren baheketa unibertsala egitea haurdun guztietan, hasierako serologia eta hileroko kontrolak egitea seronegatiboetan, haurdunaldian infekzio primarioa izateko arrisku handia dagoelako.

b) Errubeolaren baheketa soilik egin behar da arrisku-faktoreak dituzten edo txerto erregistrorik ez duten emakumeetan; ez da beharrezkoa haurdunak haurtzaroan gaixotasuna izan duela adierazten badu.

c) Gidak gomendatzen du sifilisaren baheketa unibertsala eskaintzea haurdunaldiko lehen bisitan, eta emaitza positiboen kasuan, proba espezifikoekin berretsi behar da, positibo faltsuak egoteko arriskuagatik.

d) Gidak gomendatzen du hirugarren hiruhilekoan toxoplasmosiaren, sifilisaren eta errubeolaren baheketa sistematikoa egitea, nahiz eta lehen hiruhilekoko probak negatiboak izan, serokonbertsioen jarraipen egokia bermatzeko.

178.- “Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren” arabera, adierazi aukera zuzena haurdunaldiko alkohol-kontsumoari dagokionez:

a) Alkohol-kontsumo moderatua (egunean 1-2 unitate) ez da fetuaren kalteekin lotu, eta, beraz, segurutzat har daiteke.
b) Emakumeei jakinarazi behar zaie alkohol kontsumo handia behin bakarrik egiten bada ere fetuarentzat arriskutsua izan daitekeela.
c) Gidak gomendatzen du bigarren hiruhilekotik aurrera noizbehinka edari hartzituak (ardoa edo garagardoa) kontsumitzea baimentzea.
d) Alkohol-kontsumoak arriskua dakar soilik arrisku handiko haurdunaldietan, baina ez konplikaziorik gabekoetan.

179.- “Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren” arabera, haurdunaldiko alkohol-kontsumoari buruzko gomendioei dagokienez, adierazi aukera OKERRA:

a) Gidak alkoholaren abstinentzia osoa gomendatzen du haurdunaldian zehar eta baita prekontzepzioko etapan ere, ez baita kontsumo maila segururik frogatu.
b) Emakumeei jakinarazi behar zaie alkohol-kontsumo akutuko episodioek (“betekadak”), hau da, kontsumo-aldi berean bost edari estandar edo 7,5 unitate baino gehiago hartzeak, fetuarentzat arrisku esanguratsua dakartela.
c) Aholku profesionala jasota ere emakumeak haurdunaldian alkohola kontsumitzea erabakitzen badu, gidak adierazten du egunean unitate bakarra dela segurtasunezko muga, eta hori gainditzen duten kantitateak modu tinkoan lotu direla sortzetiko akats larriak izateko arriskuarekin.
d) Gidak kontsumo arriskutsua detektatzen den emakumeetan kontsumoa murrizteko esku hartzeak egitea gomendatzen du, bereziki kontsumo errepikatu edo intentsiboko patroi bat dagoenean.

180.- “Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidaren” arabera, adierazi aukera zuzena haurdunaldiko tabakismoaren maneiuari dagokionez:

a) Gidak adierazten du nikotinaren ordezko terapiak (NRT) seguruak direla haurdun dauden emakume guztientzat eta lehen aukera gisa erabili behar direla edozein haurdun erretzailetan.
b) Haurdunaldian erretzeari uzteko nahirik ez duten eta esku-hartze ez farmakologikoak baztertzen dituzten emakumeei nikotinaren ordezko terapiari buruzko arrisku eta onuren berri eman behar zaie, aukera hori aintzat hartu aurretik.
c) Nikotinazko partxeak erabiltzea gomendatzen da lehen aukera gisa, baita aurretik esku-hartze psikologikoekin edo portaerazkoekin saiatu ez diren emakumeetan ere.
d) Gidak adierazten du haurdunaldian ez dela eskaini behar erretzeari uzteko aholkularitza, esku-hartze horren eraginkortasunaren ebidentzia mugatua delako eta ez duelako haurdun erretzaileen kopurua modu esanguratsuan murrizten.

181.- “Haurdunaldiko eta erditu osteko arretaren praktika klinikoko gidan” jasotako ebidentziaren arabera, adierazi aukera zuzena konplikaziorik gabeko emakumeetan haurdunaldiko ariketa fisiko erregularra egitearen eraginari buruz:

a) Haurdunaldiko ariketa fisiko aerobiko erregularrak modu koherentean murrizten du preeklanpsiaren intzidentzia, zesareen portzentaia jaisten du eta erditze-uneko adin gestazionala handitzen du; ebidentzia hori kalitate ertainekoa dela jotzen da.

b) Haurdunaldiko ariketa fisiko erregularrak erditze goiztiarraren arriskua handitzen du, batez ere astean hiru aldiz baino gehiagotan egiten denean; horregatik, gidak gomendatzen du praktika mugatzea aurrez sedentarioak diren emakumeetan.

c) Kramer-ek eta beste hainbat ikertzailek egindako berrikuspen sistematikoaren arabera, ariketa fisiko erregularrak ez du eragin esanguratsurik amaren pisu-irabazian, preeklanpsiaren intzidentzian, erditze goiztiarrean, zesarea tasetan, erditzearen adin gestazionalean edo jaioberriaren pisuan, eskuragarri dagoen ebidentziaren kalitatea oso baxua delako.

d) Haurdunaldian ariketa aerobikoa egiteak jaiotzako pisua nabarmen handitzen du eta 5 minutura egiten den Apgar-en testaren emaitza hobetzen du; horregatik, gidak modu espezifikoan gomendatzen du jaioberritako emaitzak hobetzeko estrategia gisa.

182.- Fetuaren estatika 28. astetik aurrera aztertu behar da. Miaketa haztapen bidez egingo da, Leopold-en lau maniobrak erabiliz. Ondorengo adierazpen hauetatik bat da OKERRA:

a) Leopold-en bigarren maniobra emakumea ahoz gora etzanda dagoela egiten da; miatzailea haurdunaren eskuinaldean kokatzen da, haren aurpegira begira. Aztertzaileak eskuak umetokiaren alde banatan jarriko ditu; esku batek umetokia finkatuko du desplazamendua saihesteko, eta besteak fetuaren haztapena egingo du. Maniobra honen bidez fetuaren posizioa diagnostikatzen da (eskuinekoa edo ezkerrekoa) eta baita fetuaren egoera ere.

b) Leopold-en hirugarren maniobran, miatzailea bigarren maniobrako posizio berean jarriko da, esku irekia «C» formaren antzera jartzen du, erpurua gainerako hatzei kontrajarrita, pubisaren sinfisiaren gainetik, fetuaren aurkezpena eta posizioa diagnostikatzeko.

c) Laugarren maniobra emakumea ahoz gora etzanda etzanda dagoela egiten da, eta miatzailea haren eskuinean kokatzen da, haurdunaren oinetara begira. Maniobra honen bidez fetuaren aurkezpena, posizioa, jarrera eta aurkezpenaren eta pelbisaren arteko erlazioa diagnostikatzen dira.

d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

183.- Fetuaren ongizatearen balorazio klinikoko metodoei dagokienez, adierazi aukera zuzena:

a) Fetuaren mugimenduen zenbaketak ez du erabilgarritasun klinikorik, % 70etik gorako positibo faltsuko tasa duelako.

b) Umetoki-altueraren neurketa ez da fetuaren ongizate klinikoaren balorazioaren parte, fetuaren hazkundearekin korrelaziorik ez duelako.

c) Amak fetuaren mugimenduak zenbatzea metodo sinple, erabilgarri eta gomendatua da fetuaren ongizate klinikoaren oinarrizko balorazio gisa.

d) Amak fetuaren mugimenduak sentitzea 32. astetik aurrera soilik hartu behar da kontuan.

184.- Fetuaren ongizatearen monitorizazio biofisikoko metodo gisa test basala edo test ez-estresatzailea (NST) erabiltzeari dagokionez, adierazi aukera OKERRA:

a) Umetoki-uzkurdurarik ez dagoenean fetuaren bihotz-maiztasunaren erantzuna ebaluatzen du.
b) Eredu erreaktibo baten ezaugarria da fetuaren bihotz-maiztasunaren azelerazio egokia.
c) Fetuaren ongizatearen monitorizazioan funtsezko metodo bat dela kontsideratzen da.
d) Test basala kontraindikatuta dago arrisku txikiko haurdunaldietan, uzkurdurak induzitu ditzakeelako.

185.- Fetuaren ongizatearen monitorizazio biofisikoan erabiltzen den test basalari (edo test ez-estresatzaileari) dagokionez, adierazi aukera OKERRA:

a) Test basalak fetuaren bihotz-maiztasunaren erantzuna ebaluatzen du umetoki uzkurdurarik ez dagoenean, eta haurduna ezkerreko alboan etzanda egon behar da amaren hipotentsioa saihesteko.
b) Fetuaren taupadetan minutuko 5 taupadatik beherako aldakortasuna badago eta 40 minutuz mantentzen bada, hipoxia fetalarekin lotu daiteke eta test basalean eredu patologiko potentzialtzat hartzen da.
c) 32 astetik beherako haurdunaldietan, erreaktibotzat hartzen diren azelerazioak ≥10 taupada/minutu izan behar dira, gutxienez 10 segundoko iraupenarekin; adin gestazional horretatik aurrera, ordea, 15×15 irizpidea eskatzen da.
d) Test basal ez-erreaktibo batean azeleraziorik ez egotea beti da azidosi fetalaren seinale, eta, beraz, haurdunaldia berehala amaitu behar da.

186.- 34 asteko haurdun baten monitorizazioan test basal kardiotokografiko bat lortu da. Oinarrizko lerroa minutuko 140 taupadakoa (lpm) da. Aldakortasuna 5 lpm-tik beherakoa da 55 minutuz, eta ez da aldaketarik ikusten estimulu bibroakustikoa aplikatu ondoren. Ez da azeleraziorik behatzen eta 60 segundotik beherako bi desazelerazio aldakor tipiko agertzen dira. Haurdunak fetuaren mugimenduak nabaritzen ditu erregistroan zehar. Aurreko kontroletan fetuaren lo zikloak dokumentatu dira. Erditu aurreko monitorizazio fetalaren interpretazio-irizpideen arabera, adierazi aukera zuzena:

a) Erregistroa normala dela kontsideratu behar da, amak fetuaren mugimenduak nabaritu dituelako eta desazelerazio aldakor tipikoak ez direlako hipoxiarekin lotzen.
b) Aldakortasuna <5 lpm bada 55 minutuz, erregistroa ez-lasaigarri gisa sailkatzen da; beraz, balorazioa profil biofisiko edo Doppler bidez osatu behar da.
c) Azeleraziorik ez egoteak eta desazelerazio aldakorren presentziak azidosi fetala adierazten dute, eta, beraz, haurdunaldia berehala amaitu behar da.
d) Aldakortasuna <5 lpm izatea fetuaren lo-ziklo luzatu batekin bateragarria da; beraz,

test basala 24-48 ordu geroago errepikatu behar da.

187.- Non ekoizten da hasiera batean oxitozina bere forma inaktiboan haurdunaldian zehar?

a) Hipofisiaren atzeko lobuluan.
b) Hipotalamoaren nukleo supraoptiko eta parabentrikularretan.
c) Plazentako sintzitiotrofoblastoan.
d) Mintz fetaletan.

188.- Erditze-uzkurduren hasiera honi zor zaio batez ere:

a) Zirkulazioan dagoen oxitozinaren mailen igoera bortitz eta iraunkorrari.
b) Miometrioaren oxitozinarekiko sentikortasun handiagoari, hartzaileen eta gap junction-en ugaritzearen ondorioz.
c) Haurdunaldian zehar basopresina progresiboki igotzeari.
d) Haurdunaldiaren amaierako plazenta-oxitozinasaren inhibizioari.

189.- Erditze-lanaren hasieran eta mantentzean fisiologikoena jotzen den prostaglandina hau da:

a) PGF2α.
b) PGE1.
c) PGI2 (prostaziklina).
d) TXA2 (tronboxanoa).

190.- Ondoko faktore hauetatik zeinek aurreratu dezake erditzearen hasiera estimulazio mekanikoaren eta umetoki distentsioaren bidez?

a) Umetokiko mioma txikiek.
b) Gantz azido esentzialen kontsumo handiak.
c) Hidramniosak, haurdunaldi anizkoitzek edo makrosomiak.
d) Haurdunaldiaren aramera katekolaminen beherakada izateak.

191.- Goiko estugune pelbikoko diametro hauetatik zein da fetuaren jaitsieran gehien erabiltzen dena?

a) Zeharkako diametro maximoa (≈13,5 cm).
b) Konjugatu anatomikoa (11-11,5 cm).
c) Diametro oblikuoa (≈12 cm).
d) Diametro konjugatu diagonala.

192.- Zein da beheko estugunearen aurretik atzerako diametroa erditzean, kokxisa atzerantz mugitzen denean?

a) 9-10 cm.
b) 11 cm.

c) 13 cm.
d) 12 cm.

193.- Ondoko faktore hauetatik zein da beheko estugunearen zabalera modu esanguratsuan murriztu eta fetua irtetea zaildu dezakeena?

a) Iskiopubis adarren arteko loturak sinfisi pubikoan angelu zorrotz bat eratzen duenean.
b) Goiko estugunearen benetako zeharkako diametroa 13 zentimetrokoa izatea.
c) Gutxi irtendako promontorioa.
d) Arantza ziatiko ez oso markatuak.

194.- Zein da fetuaren diametro subokzipitobregmatikoari dagokion zirkunferentzia?

a) 32 cm.
b) 33 cm.
c) 34 cm.
d) 35 cm.

195.- Zein neurrirekin lotzen da zirkunferentzia okzipitomentonianoa gutxi gorabehera?

a) 33 cm.
b) 35 cm.
c) 27 cm.
d) 32 cm.

196.- Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) 2018. urtean gomendio batzuk egin zituen erditzean zehar arreta emateari buruz, esperientzia positiboa izateko helburuarekin. Erditze prozesuan eta jaiotzan zehar emandako gomendioen artean, amatasunaren arreta errespetuzkoari buruzko jarraibide batzuk gomendatzen ditu. Nabarmentzekoa da ondorengoa:

a) Irakaskuntza-egoeretan, konfidentzialtasuna malgutu daiteke baimen espresurik gabe, betiere ez bada izen-abizen osoen edo harremanetarako datuen berri ematen.
b) Gomendatzen da amatasunaren arreta errespetuzkoa izatea; horrek esan nahi du emakume guztiei antolatutako eta proportzionatutako arreta ematea, euren duintasuna, pribatutasuna eta konfidentzialtasuna zainduz, osotasun fisikoa eta tratu egokia bermatuz, eta erditze lanetan zehar eta erditzean informazioan oinarritutako erabakiak hartzeko eta etengabeko laguntza jasotzeko aukera emanez.
c) OMEk segurtasun klinikoa lehenesten du mugikortasunaren eta erosotasunaren gainetik; horregatik, arrisku txikiko haurdunetan kardiotokografia bidezko monitorizazio jarraitua gomendatzen du, nahiz eta horrek libre ibiltzeko aukera mugatu.
d) Errespetuzko arretak ‘baimen inplizitua’ onartzen du konplexutasun txikiko erditze-prozeduretan, baldin eta emakumeak ospitalera iristean informazio orokorra jaso

badu.

197.- Zein aukera EZ dagokie errespetuzko amatasunaren arreta bermatzeko beharrezko baliabideei, OMEk erditzean zehar arreta jasotzeko esperientzia positibo baterako egindako gomendioen arabera?

a) Tratu txarrak emateari edo arauak ez betetzeari lotuta, kexa-mekanismo irisgarriak eta kontu emateko prozedura formalak ezartzea.
b) Erditze unitateetan pribatutasun nahikoa, argiztapen egokia eta energia hornidura jarraitua bermatzen dituen ingurune fisikoa ziurtatzea.
c) Kanpoko ikuskaritza klinikoko batzordeak txertatzea, edozein prozedura obstetriko egin aurretik horiek baimentzeaz arduratzen direnak.
d) Hezkuntza-material irisgarriak, baimen informaturako formulario estandarizatuak eta funtsezko medikamentuak une oro eskuragarri izatea bermatzea.

198.- Zein adierazpenek EZ du bat egiten OMEk (Osasunaren Mundu Erakundea) "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuan emandako dilatazio aldiko faseen definizioarekin?

a) Fase latentea: umetoki-uzkurdura mingarriak daude, zerbixean aldaketa aldakorrak agertzen dira, eta dilatazioaren progresioa motelago doa 5 zentimetrora arte.
b) Fase aktiboa: 5 zentimetrotik aurrera hasten da, uzkurdura erregular eta mingarriekin, ezabatze nabarmenarekin eta dilatazio azkarragoarekin.
c) Fase aktiboa "fase ezarri" gisa ere identifika daiteke eta OMEk izendapen hori protokolo klinikoetan ordeztea gomendatzen du.
d) Fase latentea "hasierako fase" edo "fase pasibo" gisa deskriba daiteke, baina OMEk "fase latentea" izendapen klasikoa mantentzea hobesten du.

199.- Ondorengo zein elementuk EZ du osatzen OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuaren arabera, dilatazio-aldiaren fase latente eta aktiboaren definizio berriak hartzeko beharrezko baliabideen zerrenda?

a) Prestakuntza-eskuliburu eguneratuak, emakumeentzako material didaktikoak eta fase aktiboaren hasiera adierazten duen erditzegrama eraldatua edukitzea.
b) 5 zentimetrora iritsi aurretik emakumeei laguntza-arreta eskaintzeko nahikoa ohe ematea.
c) Fase aktiboaren definizio berriaren aplikazioaren ebaluazioa egiteko ikuskaritza erregularrak eta jarraipen-mekanismoak ezartzea.
d) Fase latentean erditze lanaren progresioa bizkortzeko erabaki kliniko aurreratuetan zentratutako prestakuntza programak ezartzea.

200.- Ondorengo adierazpenetatik zein EZ dator bat OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuak dilatazio-aldiaren faseen iraupenari buruz dioenarekin?

a) Fase latenteak ez du iraupen estandar finkorik, zaila delako zehaztea benetan noiz hasten den.

b) Fase aktiboak (5 zentimetrotik dilatazio osoa lortu arte) ≤12 ordu irauten du normalean lehenerdietan eta ≤10 ordu multiparoetan.
c) Dilatazioa luzatzen ari dela dirudienean esku hartzeko erabakia igarotako denboran soilik oinarritu behar dela.
d) Erditze-lanaren iraupena oso aldakorra da, eta faktore indibidualen eta haurdunaldiaren araberakoa da.

201.- Ondorengo zein adierazpenek EZ du bat egiten OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuak fase aktiboaren 1 zentimetro orduko atalaseari buruz dioenarekin?

a) 1 zentimetro orduko atalasea ez da zehatza emaitza kaltegarrien arriskua identifikatzeko, eta ez da haren erabilera gomendatzen.
b) Alerta lerroaren aplikazio zorrotzak behar ez diren esku-hartzeak eragin ditu, aurrerapen geldoa modu okerrean interpretatzeagatik.
c) OMEk 1 zentimetro orduko aurrerapena erreferentzia unibertsal gisa mantentzea gomendatzen du praktika klinikoaren aldakortasuna murrizteko.
d) Eskuragarri dagoen ebidentzia ez da nahikoa partogramako alerta-lerroa diagnostiko irizpide gisa justifikatzeko.

202.- Zein da OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" gidaren arabera, 5 zentimetrotan fase aktiboa hasten dela kontuan hartuta, dilatazio-aldiaren fase aktiboaren batez besteko iraupena?

a) 6 ordu lehenerdietan eta 4 ordu multiparoetan.
b) 4 ordu lehenerdietan eta 3 ordu multiparoetan.
c) 3 ordu lehenerdietan eta 2 ordu multiparoetan.
d) 12 ordu lehenerdietan eta 10 ordu multiparoetan.

203.- Zein da OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" gidaren arabera, erditze-lanaren aurrerapenean presuntziozko geldoaldia dagoenean egin beharreko jarduera egokia?

a) Oxitozinarekin automatikoki azelerazioa hastea, erditzea ez luzatzeko.
b) Emakumeari arreta handiz ebaluazioa egitea, konplikazioak baztertzeko eta haren behar emozionalak, psikologikoak eta fisikoak berrikusteko.
c) Partogramako 4 orduko jarduera lerroa modu sistematikoan aplikatzea.
d) Orduro ukipenak errepikatzea geldoaldia baieztatzeko eta berehalako esku-hartzea erabakitzeko.

204.- Zer dio OMEk bere "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" gidetan umetoki-lepoaren dilatazioko 1 zentimetro orduko atalaseari buruz?

a) Ez dela irizpide zehatza eta bere erabilera ez dela gomendatzen.
b) Erreferentzia unibertsala izan behar duela.
c) Beti konplikazioak aurreikusten dituela.

d) Multiparoetan bakarrik aplikatzen dela.

205.- Zein da OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" gidaren arabera, umetoki-lepoaren dilatazioa 5 zentimetrotara iritsi aurretik erditze lanaren azelerazioari dagokionez?

a) Beti oxitozina hastea gomendatzen da 5 zentimetrotara iritsi aurretik, aurrerapen geldoa saihesteko.
b) Zesarea goiztiarra adierazita dago 5 zentimetrotara iritsi aurretik 1 cm/ordu-ko progresioa lortzen ez bada.
c) Ez dira gomendatzen erditzea azkartzeko esku hartze medikoak 5 zentimetrotara iritsi aurretik, ama eta fetua baldintza egokietan badaude.
d) Fase latente hasieran erditze-estimulazioa sistematikoki egin behar da.

206.- OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuak erditze aurreko gelan sartzea atzeratzeko politika bat gomendatzen du erditze lan espontaneoa duten haurdun osasuntsuentzat, dilatazioko fase aktibora arte:

a) Faltsua. OMEk ez du gomendatzen ingresua dilatazioko fase aktiboaren hasierara arte atzeratzea.
b) Egia. OMEk gomendatzen du ingresua dilatazioko fase aktiboaren hasierara arte atzeratzea, baina soilik ikerketa zehatzen testuinguruan.
c) Egia. OMEk ingresua fase aktiboaren hasierara arte atzeratzea gomendatzen du.
d) Egia. OMEk gomendatzen du ingresua fase aktiboaren hasierara arte atzeratzea, baina ziurtasun-maila oso baxuarekin.

207.- Zein da OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" gidaren arabera, erditzeko lan espontaneoa duten emakume osasuntsuen ingresuan fetuaren ongizatea ebaluatzeko metodo egokia?

a) Sarreretan kardiotokografia (KTG) errutinaz egitea.
b) Doppler bidezko auskultazioa edo Pinard estetoskopioarekin auskultazioa.
c) Fetuaren odol-laginak sistematikoki hartzea.
d) Lehen bi orduetan fetuaren monitorizazio jarraitua egitea.

208.- Ondorengo adierazpenetatik zeinek EZ du bat egiten OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuak ingresuko kardiotokografiaren (KTG) erabilerari buruz dioenarekin?

a) Sarrerako KTG-ak zesarea arriskua handitu dezake, emaitza perinatalak hobetu gabe.
b) Sarrerako KTG-ak behar ez diren esku hartze gehigarriak eragin ditzake, hala nola KTG jarraitua edo fetu-odolaren laginak hartzea.
c) OMEk sarrerako KTG-aren erabilera errutinarioa babesten du.
d) Historia kliniko on batek eta auskultazioaren erregistro argi batek KTG errutinarioa baino babes handiagoa eman diezaioke profesionalari eskaeren aurrean.

209.- Ondorengo zein adierazpenek EZ du bat egiten OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuko baginako azterketari buruzko gomendioekin?

a) Emakume bera hainbat profesionalek aztertzea saihestu behar da infekzio-arriskua murrizteko.
b) Baginako azterketen maiztasuna egokitu daiteke, baldintza maternal edo fetalak hala eskatzen badu.
c) Infekzioak prebenitzeko baginako azterketen maiztasun optimoa zehazten duen ebidentzia sendoa dago.
d) Azterketa kopurua mugatu behar da, bereziki infekzio-arriskuko faktoreak badaude.

210.- Zein da OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuaren arabera, erditze-lanean dauden emakume osasuntsuetan fetuaren maiztasun kardiakoa (FMK) ebaluatzeko gomendatutako teknika?

a) Ingresutik egozpen-faseraino kardiotokografia jarraitua.
b) Doppler bidezko edo Pinard estetoskopio bidezko auskultazio intermitentea.
c) Orduro fetu odolaren laginak sistematikoki hartzea.
d) Fase aktiboan soilik erregistro elektroniko jarraitua.

211.- Ondorengo zein adierazpenek EZ du bat egiten OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuan jasotako auskultazio intermitentearen protokoloko gomendioekin?

a) Fase aktiboan 15-30 minuturo auskultatzea eta egozpen-fasean 5 minuturo.
b) Hasierako Fetuaren Maiztasun Kardiakoa (FMK) erregistratzea eta azelerazio edo dezelerazioen presentzia jasotzea.
c) Uzkurduran zehar auskultatzea eta 30 segundoz jarraitzea ondoren.
d) Auskultazio bakoitza 10 segundoz egitea.

212.- Zein da OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuaren arabera arrisku txikiko emakumeetan erditze-lanaren garaian ahotiko ingestari buruzko jarduera egokia?

a) Likidoak eta elikagaiak mugatzea, anestesia-konplikazioak saihesteko.
b) Likido gardenak soilik baimentzea eta elikagai solidoak debekatzea.
c) Emakumearen nahien arabera likidoen eta elikagaien ingesta baimentzea.
d) Ahozko-ingesta oro etetea fase aktiboaren hasieratik.

213.- Zein teknika gomendatzen du OMEk "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuaren arabera, egozpen-fasean perineoko traumatismoa murrizteko?

a) Ritgen maniobra.
b) Masaje perineala.

c) Fetuaren kokotsa trakzionatzea askatzea azkartzeko.
d) Umetoki hondoan presioa egitea.

214.- Ondorengo zein adierazpen EZ da zuzena OMEren "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuan berrikusitako ebidentzian arabera?

a) Konpresa epelek hirugarren eta laugarren graduko perineoko urradurak murrizten dituzte.
b) Masaje perinealak perineoa osorik mantentzeko aukera handitu dezake.
c) Ritgen maniobrak ebidentzia sendoa du eta haren ohizko erabilera gomendatzen da.
d) Perineoaren babes aktiboak lehen mailako urratzeak murriztu ditzake.

215.- Ondorengo zein ezaugarriek osatzen dute OMEk (1996) emandako erditze normalaren definizioa?

a) Farmako bidezko indukzioz hasten da eta instrumentaziorik gabe amaitzen da.
b) Era espontaneoan hasten da eta jaioberria buruz beherako posizioan jaio da 37 eta 42 astearen artean.
c) Beti arrisku txikiko prozesutzat hartzen da, erditze lanaren bilakaera edozein dela ere.
d) Jaioberriak 3.500 gramo baino gehiago pisatu behar du eta 40 aste baino lehen jaio behar da.

216.- Zein adierazpenek deskribatzen du zehaztasun handienarekin erditze planaren helburua eta funtzionamendua egungo gomendioen arabera?

a) Dokumentu bat da, non osasun-langileentzako jarraibide itxiak ezartzen diren, arrisku bizia izan ezean zorrotz bete behar direnak.
b) Emakumeak erditzearen garapena xehetasunez planifikatzeko aukera ematen du, fase bakoitzean aplikatu beharreko esku-hartzeen sekuentzia barne.
c) Emakumearen lehentasunak eta espektatibak jasotzen dituen gida malgu gisa funtzionatzen du, prozesuan zehar alda daitezkeenak, eta bere aplikazioa erditzearen bilakaeraren eta talde profesionalaren jarraibideen arabera egokitzen da.
d) 36. astetik aurrera egitea gomendatzen da soilik, haurdunaldiaren azken bilakaera zehatzago ezagutzen denean.

217.- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)-en gomendioen arabera, zein adierazpenek deskribatzen du zuzen arrisku txikiko emakumeen eta arrisku handikoen fetuaren monitorizazioa erditzeko lanaren garaian?

a) Arrisku txikiko emakumeetan monitorizazio jarraitua gomendatzen da erditzeko lanaren hasieratik, eta arrisku handikoetan 30 minuturo auskultazio intermitentea nahikoa da bi aldietan.
b) Arrisku txikiko haurdunetan, fetuaren monitorizazio intermitentea 30 minuturo egin behar da lehen estadioan eta 15 minuturo bigarrenean; arrisku handikoetan, berriz, kardiotokografia egitea gomendatzen da ingresuan eta erditze lan osoan zehar.
c) Arrisku txikiko emakumeetan auskultazio intermitentea bigarren aldian egin behar

da bakarrik, lehenengoan onurarik frogatu ez delako.

d) Arrisku txikiko emakumeentzat, ACOGek fetuaren monitorizazio intermitentearen ordez eskuzko auskultazioa egiteko aukera ematen du 60 minuturo bi aldietan, fetuaren arriskua handitzen ez delako.

218.- Ondorengo zein adierazpenek islatzen du zehaztasun handienarekin partogramaren erabilgarritasunari buruz dagoen ebidentzia erditzeko lanaren kudeaketan?

a) Bere erabilerak zesarea-tasaren eta erditze instrumentalen murrizketa esanguratsua dakar, nahiz eta ez duen eraginik erditzearen iraupenean.

b) Nahiz eta ez den frogatu oxitozina edo zesareak bezalako esku hartzeak murrizten dituenik, bere erabilera gomendatzen da, asistentziaren estandarizazioa errazten duelako, erditzearen bilakaera ikusarazten duelako eta emaitzen konparazioa errazten duelako.

c) Bere onura nagusi frogatua 5 minututan Apgar puntuazioak hobetzea da, batez ere alerta lerro anitzeko partograma-ereduak erabiltzen direnean.

d) Adostasun argia dago zein den partogramaren diseinu eraginkorrena, eta horregatik bere inplementazioa homogeneoa da osasun-sistema gehienetan.

219.- Ondorengo zein adierazpenek islatzen dute zehaztasun handienarekin zilbor hestea berandu matxardatzeari buruzko egungo ebidentzia?

a) Matxardatzearen atzerapenak ikterizia neonatalaren intzidentzia murrizten du eta dohaintzarako eskuragarri dagoen odol bolumena handitzen du; horregatik, ferritina baxua duten ametan bereziki gomendatzen da.

b) Jaioberri goiztiarretan, matxardatze berantiarra egonkortasun hemodinamiko handiagoari lotzen zaio, baina bentrikulu barneko hemorragia izateko arriskua areagotzen du; beraz, arrisku txikiko haurdunaldietara mugatzea gomendatzen da.

c) Garaiko jaioberrietan abantaila nagusietako bat da lehen hilabeteetan burdin erreserbak handitzen direla, nahiz eta horrek ikteriziaren intzidentzia pixka bat igotzea ekar dezakeen eta hortaz fototerapia behar izatea.

d) Haurdunaldi monokorialetan, jaioberri goiztiarretan eta hazkunde intrauterinoaren atzerapena duten kasuetan kontraindikatuta dago, polizitemia eta desoreka hemodinamikoaren arrisku handia dela eta.

220.- Ondorengo zein multzoek deskribatzen dituzte zuzen erditzearen hirugarren aldian plazenta bereiztea adierazten duten zeinu klasikoak?

a) Umetokiaren atzerapena, zilbor hestearen laburtzea eta baginako odoljarioaren gutxitzea.

b) Zilbor hestearen luzatzea, odol irteera handiagoa eta umetokiaren formaren aldaketa diskoidetik globularrera.

c) Umetoki-tonuaren handitzea, hestea barnerantz atzeratzea eta kanporatutako odol bolumenaren gutxitzea.

d) Umetoki altueraren jaitsiera, odoljariorik eza eta amaren sabeleko presioa handitzea.

221.- Ondorengo zein adierazpenek deskribatzen dituzte zehaztasun handienarekin erditze ondoko hemorragia (EOH) diagnostikatzeko irizpideak eta arrisku-faktoreak?

a) Erditze ondoko odoljarioa 1.000 ml-tik gorako galera da erditze baten ondoren, eta arrisku-faktore nagusiak ama gaztea, Gorputz Masa Indize (GMI) baxua eta erditzeko lan laburra dira.
b) EOH larria diagnostikatzen da odol galera 500 ml-tik gorakoa denean.
c) Ohikotzat jotzen da 1.000 ml-tik beherako odol galera, baldin eta ez badago egonkortasun hemodinamikoaren zeinu klinikorik.
d) EOH 500 ml-tik gorako galera da baginako erditze baten ondoren, eta arrisku handiagoa dago umetokiko gaindistentsioa, GMI > 35, multiparitate handia eta EOHren aurrekariak daudenean.

222.- Ondorengo zein adierazpenek integratzen dituzte zehaztasun handienarekin erditze ondoko hemorragia (EOH) diagnostikatzeko irizpideak eta arrisku-faktore garrantzitsuenak, ebidentziaren arabera?

a) EOH ≥ 500 ml-koa da erditze baginaletan, baina galerak ≥ 1.000 ml-koak badira, larritzat jotzen dira soilik egonkortasun hemodinamikoaren alterazioa badago. Arrisku faktore nagusien artean nabarmentzen dira nuliparitatea eta ama adina < 20 urte.
b) "Oso larria" den hemorragia 2.500 mililitrotik gorako galerarekin hasten da, eta normalean polihidramniosarekin, erditze azkarrekin, multiparitate handiarekin eta EOHren aurrekariak izatearekin lotzen da. Hala ere, erditzearen indukzioa ez da arrisku faktore ezarritzat jotzen.
c) Odol galera fisiologikoa < 500 ml-koa izaten da. EOH larria ≥ 1.000 ml da, eta oso larria ≥ 2.500 ml. Arrisku-faktoreen artean daude GMI > 35, umetokiaren gaindistentsioa, erditze indukzioa eta erditze prezipitatuekin lotutako egoerak.
d) HPP odol-galeraren estimazio bisualaren bidez soilik diagnostikatzen da. Baliozkotutako arrisku-faktoreek plazentarekin lotutakoak baino ez dituzte barne hartzen (akretismoa, plazentario-atxikipena), eta GMIk edo multiparitateak, berriz, ez dute lotura esanguratsurik erakutsi.

223.- Ondorengo zein adierazpenek islatzen dute zehaztasun handienarekin erditze minaren dimentsio anitzeko konplexutasuna, ebidentziaren arabera?

a) Erditzean emakumeak jasaten duen mina, funtsean, amaren fisiologiaren faktoreen araberakoa da, eta eragin psikologiko edo soziokulturalek ia ez dute eraginik haren modulazioan.
b) Erditze mina handia izan daitekeen arren, ez du ondoriorik sortzen emakumearen osasun fisiko edo mentalean, salbu obstetrizia konplikazio larriak daudenean.
c) Erditze-mina sindrome somatiko-emozionala da, faktore fisiko, psikologiko eta soziokulturalek eraginda; eta tratamendurik ezak lotura izan dezake erditu osteko depresioarekin, estres postraumatikoarekin eta narriadura kognitiboarekin.
d) Minaren pertzepzioa homogeneoa da lehenbiziko haurdunetan, eta aipatzen diren desberdintasunak (min handia edo jasanezina) fetuaren tamainaren eta fetu-pelbis erlazioaren aldaketen ondorio dira batez ere.

224.- Ondorengo zein adierazpenek deskribatzen dute zehaztasun handienarekin obstetrizian erabiltzen diren opiazeoen farmakologia eta sailkapena?

a) Forma dextrógirako (D) opiazeoek dute analgesia potentziarik handiena, eta agonista partzialek (buprenorfinak, esaterako) azetilkolina eta P substantzia bezalako neurotransmisore presinaptikoen askapena handituz jarduten dute.

b) Opiazeoen eragin analgesikoa opioide hartzaileetan duten ekintzaren bidez azaltzen da; adenilato-ziklasa inhibitzen dute eta neurotransmisoreen askapena murrizten dute. Agonista puruen artean daude fentaniloa, morfina eta remifentaniloa.

c) Antagonista puruak (nalorfina eta pentazozina, esaterako) dira obstetrizian gehien erabiltzen diren farmakoak, hartzaile opioideak erabat blokeatzen dituztelako eta amaren arnas-depresioaren arriskua saihesten dutelako.

d) Opiazeoek ez dira erabilgarriak analgesia erregionalean (epidurala edo intraduralean), eta horregatik opiazeoak soilik zain barneko edo gihar barneko bideen bidez ematen dira obstetrizian.

225.- Ondorengo zein adierazpenek deskribatzen dituzte zehaztasun handienarekin obstetrizian erabiltzen diren opiazeoen ezaugarri farmakologikoak, kontrako ondorioak eta erabileraren mugak?

a) Liposolubilitate aldakortasunak azaltzen ditu opiazeoen arteko batez besteko bizitzaren desberdintasunak; gainera, arnas-depresioa (amarena eta jaioberriarena), torax zurruntasuna, bradikardia eta histamina askapena eragin ditzakete, eta bereziki arriskutsuak izan daitezke monoaminooxidasa inhibitzaileekin batera ematen direnean.

b) Opiatuek antzeko erdi bizitza dute, guztiek liposolubilitate parekoa dutelako; arrisku nagusia hipotesio larria da, eta ez dute plazenta-irteera esanguratsurik, beraz jaioberriarentzat seguruak direla jotzen dira.

c) Opiazeoen deuseztapena batez ere hepatikoa da, eta giltzurrunak parte-hartze txikia du; NSZ-aren depresioa ez da handitzen beste depresore zentral batzuekin batera ematean, eta ez dago monoaminooxidasa inhibitzaileekin inolako kontraindikaziorik.

d) Obstetrizian, ez da gomendagarria adur barnetik ematea, pruritu eta gernu-atxikipen tasa altua dutelako; horregatik, erabilera nagusia bigarren faseko erditzean zain barneko analgesian mugatzen da.

226.- Ondorengo zein adierazpenek deskribatzen dituzte zehaztasun handienarekin tramadolaren ezaugarri farmakologikoak eta gomendio klinikoak?

a) Tramadola μ hartzailearen agonista selektiboa da eta ez du neurotransmisoreen birxurgapenean eraginik; horrek azaltzen du arnas-depresio arrisku txikia eta erditzean erabiltzeko gomendioa.

b) Tramadolak, beste opiazeoek baino arnasketa depresio potentzial txikiagoa izan arren, opioide hartzaileen agonista puru ez selektibo gisa jarduten du eta noradrenalinaren birxurgapena ere inhibitzen du; horregatik, ez da gomendatzen erditu aurretik edo erditzean administratzea.

c) Tramadolaren analgesia efektua serotoninaren askapenaren indartzeak soilik eragiten du, eta horregatik hartzen da lehentasunezko aukera gisa edoskitzaroan.

d) Tramadolak ez du amaren esnea zeharkatzen, beraz, erditu ondoren aukeratzen den

analgesikoa da, baita edoskitzaroan dauden emakumeetan ere.

227.- Ondorengo zein adierazpen dira zuzenak epidural bidez erabiltzen diren ester eta amida motako anestesiko lokalen inguruan?

a) Ester motako anestesikoek, gibelean metabolizatzen direnez, bizitza luzeagoa dute, baina beroaren bidezko esterilizazioa onartzen dute; horregatik, haien gehienezko dosia amidena baino handiagoa izan ohi da, tetrakainaren eta bupibakainaren kasuan bezala.
b) Amida loturaren egonkortasun anestesikoak (lidokaina eta mepibakaina esaterako) bero esterilizazioa onartzea ahalbidetzen du, baina plasmako pseudokolinoesterasaren bidezko metabolismoa behar dutenez, gehienezko dosiak esterrenak baino baxuagoak izaten dira, klorprokainaren kasuan bezala.
c) Ester motako anestesikoek plasmako pseudokolinoesterasak azkar hidrolizatzen dituenez, bizitza laburra dute eta segurtasun marjina handiagoa eskaintzen dute; adibidez, klorprokainaren gehienezko dosia (8 mg/kg) amida motakoenak baino handiagoa da, bupibakainaren 2 mg/kg dosiarekin alderatuta.
d) Amida motako anestesikoak ezin dira adrenalinaarekin konbinatu, lotura kimikoa pH-aren aldaketen aurrean ezegonkorra delako; horrek azaltzen du ropibakainaren gehienezko dosia ester motakoenak (prokaina esaterako) baino baxuagoa izatea.

228.- Ondorengo zein adierazpenek EZ dute deskribatzen modu egokian erditze laneko peridural-blokeoa?

a) Nahiz eta peridural blokeoak amaren hipotentsio eragin dezakeen blokeo sinpatikoaren ondorioz, konplikazio hau minimiza daiteke likidoen aurrekargarekin eta basopresoreen administrazioarekin.
b) Peridural blokeoak erditze dinamika alda dezake hasierako ezarpenean, amaren katokolamina jaitsiera iragankorraren ondorioz; hala ere, behin ezarrita dagoenean ez ditu kontrakzioak aldatzen.
c) Ziztada-osteko zefaleak likido zefalorrakideoaren presio jaitsieragatik sortzen dira duramaterra zulatu ondoren, eta batzuetan odol-adabaki epidurala behar izaten da konpontzeko.
d) Tokiko infekzio fokuarekin baina sistemikoki kontrolatutako infekzio baten presentziak ez du kontraindikatu egiten peridurala jartzea.

229.- Ondorengo zein adierazpen da FALTSUA peridural-blokeoari buruz?

a) Peridural-blokeoak ez du erditze dinamika aldatzen behin ezarrita dagoenean, eta zerbixaren dilatazioa errazten du.
b) Teknikak ez du aldatzen fetuak umetokiz kanpoko bizitzara egokitzeko gaitasuna.
c) Erditzean dardarak eta hotzikarak peridurala jarri ondoren espazio periduraleko infekzioaren adierazle dira.
d) Konplikazioen artean daude hipotentsioa blokeo sinpatikoagatik, duramaterraren ustekabeko zulaketa zefalearekin, nerbio erroetako lesioak eta hodi barneko injekzioak edo injekzio-intratekalak.

230.- Obstetriziako analgesia neuroaxialaren indikazioari buruzko baieztapen hauetatik, zein da OKERRA?

a) Analgesia neuroaxiala irmoki gomendatzen da ipurdizko jaiotzetan eta bikien erditzeetan.
b) Gizentasun morbidoa duten pazienteetan, analgesia neuroaxiala oso baliagarria izan daiteke, anestesia orokorraren beharra murrizten baitu.
c) Erditze goiztiarrean, analgesia neuroaxiala teknika onuragarritzat jotzen da.
d) Blokeo epiduralak lehenago zesarea izan duten pazienteetan umetoki hausturarekin lotutako minaren identifikazio klinikoa errazten du.

231.- Ondorengo zein adierazpen da OKERRA erditze mina arintzeko eskuzko teknikak erabiltzeari buruz, Osasunaren Mundu Erakundearen "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuaren arabera?

a) Hainbat ikerlan kualitatibok adierazten dute masajeak mina murriztu eta erditze esperientzia hobetu dezakeela.
b) Konpresa epelak kaltegarriak izan daitezke emakume batzuentzat, eta, horregatik, aplikatu aurretik balorazio indibidualizatua behar dute.
c) Erditzearen arduradun profesionalaren esperientziak eragina izan dezake mina arintzeko tekniken premian eta hautuan.
d) Eskuzko tekniken onuren ebidentziak dauden arren, haien eraginaren gaineko ziurtasuna oso txikia da.

232.- Ondorengo zein adierazpen EZ dator bat Osasunaren Mundu Erakundearen "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuak jasotzen duenarekin?

a) Mina arintzeko aukera ez farmakologikoak desberdinak izan daitezke erditzea artatzen den testuinguruaren eta ingurune baldintzen arabera.
b) Hipnoerditzea edo akupuntura bezalako tekniken eraginkortasunari buruzko ebidentzia kuantitatiboa sendoa da, erditze minaren murrizketa frogatzen duena.
c) Profesionalek informazioa eman behar diete emakumeei beren zentroan eskuragarri dauden mina arintzeko aukerei buruz, eta jaiotza aurreko arretaren abantailak eta desabantailak eztabaidatu.
d) Mina arintzeko eskuzko tekniken onura potentzialei buruzko ebidentziaren ziurtasuna oso txikia da.

233.- Ondorengo zein adierazpen EZ dator bat Osasunaren Mundu Erakundearen "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuak erditze-laneko erlaxazio-tekniken erabilerari buruz jasotakoarekin?

a) Dauden ebidentzia kualitatiboek adierazten dute erlaxazio-teknikek mina arindu, ondoeza murriztu eta erditze esperientzia hobetu dezaketela.
b) Arreta ematen den testuinguruak eta osasun profesionalaren tipologiak eragina izan dezakete mina arintzeko beharrean eta emakumeek hartzen dituzten erabakietan.
c) Hipnoerditze eta akupuntura teknikak OMEk haurdun osasuntsuentzat ematen duen

gomendio nagusian sartzen diren erlaxazio teknikatzat hartzen dira.

d) Emakumearen lehentasunek gidatu behar dute erlaxazio tekniken hautaketa, betiere seguruak badira eta arreta ingurunean eskuragarri badaude.

234.- Ondorengo zein adierazpen EZ dator bat Osasunaren Mundu Erakundearen "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuak erditze laneko mina arintzerako opioideen erabilerari buruz jasotakoarekin?

a) Opioide parenteralak (fentaniloa, diamorfina, petidina) aukera gomendatuak dira mina arintzea eskatzen duten emakume haurdun osasuntsuentzat, emakumearen lehentasunen arabera.

b) Petidina ez da opioiderik hobetsiena, ekintza laburreko opioideek bigarren mailako efektu gutxiago izaten dituztelako.

c) Opioideak eman aurretik, profesionalek bigarren mailako efektuen berri eman behar dute (amaren logura, goragalea, gorakoa, jaioberrian arnasketa depresiorako arriskua...).

d) Opioideen mendekotasunaren aurrekaria edo unean bertan mendekotasuna duten emakumeetan, iraupen luzeko opioideak lehenestea gomendatzen da erditzean abstinentzia sindromea saihesteko.

235.- Erditze ondoko aldian (puerperioan), elikadurari dagokionez, zein gomendio da zuzena?

a) Bularra ematen duen emakumeak haurdunaldian baino 300 kcal gutxiago hartu behar ditu.

b) Bularra ematen ez duen emakumeak haurdunaldian zuen kaloria-ekarpena mantendu behar du.

c) Edoskitzaroan ez da beharrezkoa likido-ingesta aldatzea.

d) Bularra ematen duen emakumeak haurdunaldiaren aurretik baino 500 kcal inguru gehiago behar ditu.

236.- Rubinek puerperioan gertatzen diren aldaketa fisiologikoei buruz deskribatutako etapetan, zein ezaugarri dagokio onarpen-etapari?

a) Emakumeak erabateko independentzia erakusten du eta bere gain hartzen du guztiz ama-rola.

b) Ama pasiboa eta besteen mendekoa da, eta erditzearen esperientzia behin eta berriro kontatzen du.

c) Emakumeak erabaki irmoak hartzen ditu eta ez du kanpoko laguntzarik behar.

d) Jaioberriarekin afektu-lotura behin betikoa ezartzen da.

237.- Erditze ondoko tristurari edo *maternity blues*-ari dagokionez, adierazi erantzun zuzena:

a) Nahasmendu larria da, erdiberriaroan emakumeen % 5ek baino gutxiagok jasaten dutena.

b) Erditu eta berehala agertzen da eta hainbat hilabete irauten du.

c) Prozesu arina eta iragankorra da, normalean hirugarren egunean agertzen dena eta 7-10 egunetan desagertzen dena.
d) Kasu guztietan tratamendu farmakologikoa behar du.

238.- Puerperioko egokitzapen psikosozialari buruz, adierazi zein adierazpen den zuzena:

a) Haurraren jaiotzaren ondoren gertatzen diren aldaketa psikosozialak oso urriak dira eta normalean egokitzapen-arazo baten adierazle izaten dira, berehalako esku-hartze psikologikoa behar dutenak.
b) Jaiotzaren esperientzia berriro bizitzeak, besteei kontakizun bidez azaltzean, gurasoei bizitakoa integratzen eta aurretik zituzten itxaropenekin alderatzen laguntzen die.
c) Aita, normalean, erabat prestatuta egoten da jaiotzaren esperientziarako, eta erraz ulertzen ditu bikotekideak jasaten dituen aldaketa fisiko eta psikosozial guztiak.
d) Erditzearen ondoren erantzun emozional garrantzitsu bakarra amarena da; aitarena eta anai-arrebena ez dira garrantzitsuak egokitzapen psikosozialerako.

239.- Erditze ondoko berehalako aldiko (lehen bi orduak) zaintzei eta konplikazioen prebentzioari dagokienez, adierazi erantzun zuzena:

a) Erditu ondoren egun batzuk igarota oxitozina muskulu-barnetik sistematikoki erabiltzea da emakume normaletan odol-galera murrizteko neurririk eraginkorrena.
b) Maskuriaren egoeraren balorazioa 15 minutuz behin egin behar da lehen bi orduetan, gernu-atxikipen eta hemorragia arriskua saihesteko.
c) Arrisku-faktoreek, hala nola erditze luzeak edo lehenerditasunak, bizi-konstanteen kontrola 15 minutuz behin egin behar izatetik salbuesten dute.
d) Umetokiaren sendotasuna eta odol-galeraren kantitatea soilik egiaztatu behar dira emakumeak aurreko erditzeetako hemorragia-aurrekariak baditu.

240.- Zein mekanismo fisiologikok azaltzen du erditu ondoko lehen 4–5 egunetan diuresia handitzea (eguneko gutxi gorabehera 3 litro)?

a) Maskuriaren eta esfinter uretralaren tonu muskularra berehala berreskuratzen da.
b) Hondar-proteinuriaren eta bakteriuriaren presentzia, traumatizatutako maskuri batean.
c) Filtrazio glomerular handia mantentzen da eta, aldi berean, odol zirkulatzailearen bolumena handiagoa da.
d) Ureterren eta giltzurrun-pelbisen normalizazio anatomikoa lehen 48 orduetan.

241.- Puerperioan gertatzen diren aldaketa fisiologikoei dagokienez, bereziki umetoki-inboluzioari eta endometrioaren birsorkuntzari buruz, adierazi erantzun zuzena:

a) Umetokiaren pisua 1.000 g-tik 300 g ingurura jaisten da lehen astearen amaieran, miometrioko zelulen kopurua murrizten delako.
b) Entuertoak uzkurdura mingarriak dira, eta normalean sendoagoak izaten dira



emakume lehenerdietan, umetokiak etengabeko uzkurdura-maila mantentzen duelako.

c) Endometrioaren birsorkuntza deziduaren geruza sakonetik abiatzen da, eta umetoki-barrunbe osoa 1 eta 2 aste bitartean estaltzen du.

d) Bularra ematen ez duten emakumeetan, lehen hilekoa normalean erditu eta 15 egunera agertzen da, eta izaera bifasikoa (obulatorioa) du.

242.- Ondoko baieztapenetatik, zeinek deskribatzen ditu behar bezala puerperio hurbileko aldaketa hematologikoak eta bihotzekoak?

a) Leukozitosia granulozitoen igoerarekin, tronbozitosi posiblearekin eta bihotz-gastuaren igoera iragankorrarekin ikusten da, eta egun edo aste batzuk igarota normalizatzen da.

b) Leukopenia agertzen da linfozitosiarekin, eta bihotz-gastua etengabe jaisten da.

c) Anemia konstantea gertatzen da, plaketak murrizten dira eta bihotz-gastuaren murrizketa hainbat hilabetez mantentzen da.

d) Bolemia luzaroan egoten da murriztuta, eta bradikardia iraunkorra izaten da.

243.- Emakume erdiberriaren zaintzan, erditu ondoko lehen 2 orduak igaro ondoren, adierazi erantzun zuzena:

a) Sukar puerperala da neurketa bakarreko 37,5 °C-tik gorako edozein tenperatura.

b) Ibiltzea zenbait egunez atzeratu behar da konplikazio tronboebolikoak saihesteko.

c) Gernu-atxikipena oso ezohikoa da eta ez du zaintza berezirik behar puerperioan.

d) Odoljario baginal handiak daudenean, hainbat kausa baztertu behar dira: urradurak, plazenta-hondarrak edo umetokiaren atonia.

244.- Emakume erdiberriari alta ematean, zein da honako gomendio hauetatik zuzena?

a) Egunero bainatzea gomendatzen da, dutxaren ordez, higienea hobetzeko.

b) Oro har, 2 aste igarotzen direnetik aurrera sexu-harremanak berriro hastea plantea daiteke, berreskurapena egokia bada.

c) Odol-galerak lehen 24 orduetan guztiz desagertu behar dira.

d) Ariketa fisikoa gutxienez 2 hilabetez saihestu behar da kasu guztietan.

245.- Zein da berehalako puerperioko arretaren helburu nagusietako bat?

a) Erditzearen ondoren aldaketa fisiologiko guztiak erabat saihestea.

b) Haurdunaldiak eragindako aldaketen inboluzioa erraztea eta balizko konplikazioak goiz detektatzea.

c) Amaren eta jaioberriaren arteko kontaktua mugatzea lehen orduetan.

d) Tratamendu farmakologikoa modu sistematikoan ematea.

246.- Puerperioaren lehen 2 orduetan, honako parametro hauetatik zein kontrolatu behar da modu sistematikoan?

a) Gorputz-tenperatura soilik, 24 orduan behin.
b) Bizi-konstanteak 15-20 minutuan behin, odol-jario genitala eta umetoki-uzkurdura.
c) Amaren elikadura soilik.
d) Amaren egoera emozionala bakarrik.

247.- Puerperio berehalakoan, emakume batek kanpoko odol-jario baginal urria du, umetokia handituta dago eta sabeleko palpazioan ondo uzkurtu gabe. Adierazi erantzun zuzena:

a) Aurkikuntza normala da, umetoki-inboluzio fisiologikoaren ondorioa.
b) Odola umetokian pilatzen duen barne-hemorragia baten seinale izan daiteke.
c) Umetokiaren uzkurdura egokia eta bilakaera ona iradokitzen ditu.
d) Infekzio puerperal goiztiarraren seinale da.

248.- Zein da erditze osteko alta eman ondoren amari eta jaioberriari etxeko bisita egiteari buruzko gomendioa?

a) Amak berariaz eskatzen badu soilik egin behar da, eta inoiz ez bizitzako bigarren astearen aurretik.
b) Jardunbide egokitzat jotzen da bizitzako lehen astean egitea, Lehen Mailako Arretako zentroan artatu aurretik, jaioberrien eta erdiberriaroaren inguruko trebakuntza duen emagin edo erizain batek.
c) Arazo sozioekonomiko larriak daudenean edo jaioberriak jaiotze-pisu baxua duenean bakarrik dago adierazita.
d) Pediatrak soilik egin behar du, bizitzako lehen hilabetean, eta helburu nagusia jaioberriari txertoak ematea da.

249.- Zein da OMEk (Osasunaren Mundu Erakundeak) gomendatzen duen erditze ondoko ohiko ebaluazioen maiztasuna?

a) Bisita integral bakarra egitea jaiotzatik 12 astera.
b) Erditu ondoko 3. astean bisita bat egitea eta 12. astean beste bat.
c) Erditu ondoren 3 egunetara, 1-2 astera eta 6 astera ebaluazioak egitea.
d) Lehen astean eguneroko kontaktua, eta ondoren 4. eta 8. asteetan.

250.- Zein jarduera gomendatzen dira berariaz erditze ondoko balorazio integraleko bisitan?

a) Bularren eta kanpoko genitalen azterketa soilik egitea.
b) Zoru pelbikoaren ebaluazioa, Edinburgoko eskala erabiltzea erditze ondoko depresioaren detekzio unibertsala egiteko, eta antisorgailu-gomendio pertsonalizatua.
c) Paziente guztiei mamografia eskatzea eta familia barruko indarkeria baztertzea aurrekariak badaude soilik.
d) Azterketa abdomenera mugatzea eta edoskitzearen eta osasun mentalaren gaiak

ondorengo bisita baterako uztea.

251.- Puerperioan etxez etxeko arretari buruzko gomendioen arabera, adierazi erantzun zuzena:

a) Lehen Mailako Arretako emaginarekin lehen kontaktua ospitaleko alta baino lehen egin behar da, eta jaioberriaren bizitzako zazpigarren edo zortzigarren egunerako programatu.
b) Gomendatzen da gutxienez bi kontsulta eskaintzea altaren ondorengo lehen 40 egunetan: lehenengoa alta eta 24-48 ordu bitartean, eta bigarrena berrogeialdiaren amaieran.
c) Etxeko bisitak derrigorrezkoak dira emakume guztientzat; ez dago aukerarik osasun-zentroan edo ospitalean egiteko.
d) Emakumearen egoera emozionalaren balorazioa soilik egitea iradokitzen da berak edo bere familiak aldarte-aldaketaren bat berariaz adierazten badute.

252.- 32 urteko emakume batek, lehen aldiz haurdun, duela 6 aste erditu du eta zoru pelbikoaren errehabilitazioko kontsultara joaten da etorkizuneko gernu-inkontinentzia prebenitzeko. Ebaluazioan zehar, zoru pelbikoko uzkurdura selektiboko ariketak erakusten zaizkio. Adierazi erantzun zuzena ariketa horien praktikaren inguruan:

a) Uzkurdura selektiboko ariketa behar bezala egiten dela ziurtatzeko, entrenamendua hasi aurretik muskulu-ukipen baginala egitea gomendatzen da; posible ez bada, nahikoa da nukleo fibroso zentralaren balorazioa egitea.
b) Zoru pelbikoko muskuluen uzkurdura selektiboa 8-10 segundoz mantendu behar da, eta ondoren 4-5 segundoz erlaxatu.
c) Uzkurdura perineal eta abdominaleko ariketetan, inspirazio luzea egin behar da eta ondoren espirazioa egin, uzkurdura 10 segundoz mantenduz.
d) Pelbisaren eta haren mugikortasunaren ezagutza maketa baten bidez soilik egiten da, haurdunaren beraren pelbisa esploratu gabe.

253.- 28 urteko emakume bat, lehenengo aldiz haurdun, jaiotzarako prestaketa-ikastaro batera joaten da. Zoru pelbikoa entrenatzeko saioan, emaginak ariketa zuzenak nola hasi eta arriskuak nola saihestu azaltzen dizkio. Jaiotzarako prestaketako protokoloa kontuan hartuta, adierazi erantzun zuzena:

a) Uzkurdura selektiboan, funtsezkoa da apnea egitea (arnasari eustea) ariketaren indarra maximizatzeko.
b) Nukleo fibroso zentralaren balorazioa beharrezkoa da “alderantzizko uzkurdura” detektatzeko, honek zoru pelbikoan eragin negatiboa izan baitezake.
c) Uzkurdura selektiboaren eraginkortasuna ziurtatzeko, emakumeak ipurmasailak eta sabeleko muskuluak aldi berean uzkurtu behar ditu.
d) Uzkurdura perineal eta abdominaleko ariketak arnasa sakon hartzea eskatzen du, uzkurdura 3 segundoz mantenduz.

254.- Zein da ariketa fisikoak erditze ostean duen onura nagusietako bat?

a) Amaren esne-ekoizpena gutxitzea.
b) Zoru pelbikoko disfuntzioak eta arazo muskuloeskeletikoak prebenitzea.
c) Amaren nekea erabat saihestea.
d) Atsedenaren beharra ordezkatzea.

255.- Ondorengoetako zein da erditze osteko ariketa-programaren funtsezko helburua?

a) Zoru pelbikoa berreskuratzea eta muskulu abdominal eta dortsala indartzea.
b) Lehen asteetan edozein mugimendu saihestea.
c) Goiko gorputz-adarretako muskulu-masa soilik handitzea.
d) Ariketa biziaren bidez kaloria-ingesta murriztea.

256.- Erditze ondoko Kegel ariketei dagokienez, adierazi erantzun zuzena:

a) Gorputz-itxura hobetzeko bakarrik balio dute.
b) Erabat kontraindikatuta daude erditu ondoren emakume guztientzat.
c) Astean behin egitea nahikoa da eraginkorrak izateko.
d) Muskulu pubokoxigeoa uzkurtu eta erlaxatzean oinarritzen dira, zoru pelbikoa sendotzeko.

257.- Zer zailtasun nagusik egiten du zoru pelbikoaren errehabilitazioa bereziki konplexua gorputzeko beste muskulu batzuekin alderatuta?

a) Muskulu perinealaren uzkurdura ezin dela ikusmen bidez hauteman, barne-muskulua delako.
b) Perineoko muskuluak oso azkar nekatzen direla, ariketa-saio luzeak eragotziz.
c) Kirurgia bidez soilik berreskura daitekeela, ariketak ez direlako eraginkorrak eremu honetan.
d) Kegel ariketak erditze ondoko emakume gehienengan kontraindikatuta daudela.

258.- Ondoko egoeretatik edo faktoreetatik zein EZ da aipatzen zoru pelbikoaren ahultasunaren edo kaltearen kausa gisa?

a) Haurdunaldia, umetokiaren pisu handiagoagatik eta relaxina bezalako hormonen eraginagatik.
b) Menopausia ondoko estrogeno-gabezia, muskuluen biguntasuna eta ahultasuna eragiten dituena.
c) Erditze ondoren Kegel ariketak goiz egitea, presio abdominala handitzen dutelako.
d) Arropa estua erabiltzea, idorreria eta tabakismoa (eztul kronikoaren ondorioz).

259.- Zoru pelbikoaren errehabilitazio-metodoei buruzko honako adierazpen hauetatik zein da zuzena?

a) Estres erako gernu-inkontinentzia tratatzeko elektroestimulazioa 10 Hz-ko

maiztasunarekin eta pazienteak onar dezakeen intentsitate maximoarekin aplikatu behar da.

b) *Stop test*-a gernu-kanporaketan zehar mikzioa etetean datza; ondoren, uzkurdura hori hogeita hamar aldiz errepikatzen da gernua amaitu ondoren; pazienteek egin dezaketen biofeedback errazentzat jotzen da.

c) Eskuzko esplorazioan, muskulu-tentsioa baloratzeko, hatz lodia eta erakuslea baginan sartzen dira, 5 cm-ko distantzian bananduta, muskulu pubokoxigeoan bermatuta.

d) Zoru pelbikorako arrisku txikieneko kiroltzat jotzen direnak gimnasia, aerobika, saskibaloia eta ekitazioa dira.

260.- Zein da gaur egungo gomendioa erditze normal baten ondorengo ospitaleko egonaldiari buruz?

a) Erditu berri denaren irizpide esklusiboaren araberakoa da beti, inolako mugarik gabe.

b) Episiotomia egin den ala ez bakarrik hartzen da kontuan.

c) Gutxienez 72 ordukoa izan behar du segurtasuna bermatzeko.

d) Ez du 48 ordu baino gehiago iraun behar, SEGOren eta SENen arabera.

261.- Ondorengo zein adierazpenek EZ dute bat egiten Osasunaren Mundu Erakundearen "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuan jaioberriaren azala azalaren kontrako kontaktuari (AAK) buruz jasotzen duenarekin?

a) Berehalako azala azalaren kontrako kontaktuak hipotermia prebenitzen laguntzen du konplikaziorik gabeko jaioberrietan.

b) Berehalako azala azalaren kontrako kontaktuak amaren esne-ematearen hasiera errazten du.

c) Gidak gomendatzen du konplikaziorik gabeko jaioberria AAK egoeran mantentzea amarengandik jaio ondorengo lehen ordubetean.

d) Gidak ezartzen du azal azalaren kontrako kontaktuaren iraupen gomendatua lehen ordutik harago luzatu behar dela konplikaziorik gabeko jaioberrietan.

262.- Ondorengo zein gomendio da zuzena jaioberriaren bainuari buruz, Osasunaren Mundu Erakundearen "Erditzeko zainketetarako gida, erditze-esperientzia positiborako" dokumentuaren arabera?

a) Bainua jaiotzaren ondorengo 24 ordura arte atzeratu behar da. Hori arrazoi kulturalengatik posible ez bada, bainua gutxienez sei orduz atzeratu behar da.

b) Bainua jaiotzaren ondorengo 24 ordura arte atzeratu behar da. Hori arrazoi kulturalengatik posible ez bada, bainua gutxienez zortzi orduz atzeratu behar da.

c) Bainua jaiotzaren ondorengo 24 ordura arte atzeratu behar da. Hori arrazoi kulturalengatik posible ez bada, bainua gutxienez lau orduz atzeratu behar da.

d) Bainua jaiotzaren ondorengo 24 ordura arte atzeratu behar da. Hori arrazoi kulturalengatik posible ez bada, bainua gutxienez hamabi orduz atzeratu behar da.

263.- Ondorengo zein adierazpenek EZ dute bat egiten jaioberriaren trantsizio-aldiko zainketa klinikoekin?

a) Trantsizio-aldian, biriken erresistentzia baskularra jaisten da eta biriketara doan odol-fluxua nabarmen handitzen da
b) Trantsizio-aldiko alterazio nagusien artean daude arnas zailtasuna, perfusio eskasa eta oxigeno osagarriaren beharra.
c) Jaioberria 30-60 minuturik behin baloratu behar da, bihotz-maiztasuna, arnas maiztasuna, tenperatura, kolorea eta tonu muskularra ebaluatuz.
d) Trantsizio-aldiko alterazioaren susmoa duen jaioberri oro berehala zaintza maila handiagoko unitate batera eraman behar da.

264.- Ondorengo zein adierazpenek EZ dute bat egiten jaioberriaren pultsu femoralak haztatzeko jarraibideekin?

a) Pultsu femoralak ahulak izan daitezke bizitzako lehen bi egunetan, eta horregatik jaioberria lasai dagoenean haztatzea gomendatzen da.
b) Haztapena errazteko, miaketa egiten duenak jaioberriaren beheko gorputz-atalak leunki luzatu behar ditu, ohean lau egon daitezen.
c) Pultsu femoralen haztapenari buruz zalantzarik izanez gero, miaketa hainbat aldiz errepikatu behar da edozein proba osagarri egin aurretik.
d) Pultsu femoralei buruz zalantza egiten jarraituz gero, goiko eta beheko gorputz-adarren arteria-presioa neurtu behar da aortaren koartazioa baztertzeko.

265.- Ondorengo zein adierazpenek EZ dute bat egiten jaioberrien klabikulen miaketari eta maneiuari buruz dakigunarekin?

a) Jaioberrien klabikulako hausturek tratamendu espezifikoak behar izaten dituzte maiz, epe luzeko ondorioak uzten dituztelako.
b) Klabikulako haustura batzuk ez dira berehala agerian geratzen jaiotzaren ondoren eta egun batzuk igaro ostean errazago hazta daitezke.
c) Kontsolidatutako klabikulako haustura bat gogortutako hantura modura detektatu daiteke gerora egiten diren azterketetan.
d) Klabikulako haustura asko oharkabean pasatzen dira jaioberri-aldian eta ez dute beste esku-hartzerik behar, molestiarik ez sortzeko kontuz manipulatzea baino.

266.- Ondorengo zein adierazpenek EZ dute bat egiten jaioberriak izan ditzakeen edema moten ezaugarriekin?

a) Kaputak (caput succedaneum) jostura-lerroak gurutzatu ditzake eta 1-2 egunetan desagertu ohi da.
b) Zefalohematoma hemorragia subperiostikoa da —ez ditu josturak gurutzatzen— eta asteak edo hilabeteak behar izan ditzake konpontzeko.
c) Hemorragia subgalealak tumefakzio oso biguna sortzen du, eta aponeurosiaren azpiko hemorragia dela eta, garondotik bekokiraino heda daiteke
d) Zefalohematoma normalean tumefakzio bigun eta malgu gisa agertzen da, planoen artean libreki higitzen dena, eta erraz desplazatu daitekeena buru-azaletik urrunago dauden eremuetara.

267.- Ondorengo zein adierazpen da zuzena jaioberriaren burezurraren hezurren miaketari buruz?

a) Kraniotabesak azterketa osagarriak egin beharra eskatzen du, normalean berez konpontzen ez den hezur patologia baten seinale izaten delako.
b) Garezurreko jostura sagital, koronal, lanboide edo metopikoaren mugikortasunik eza ohikoa da jaioberriaren bizitzako lehen egunetan.
c) Hasierako miaketan ikusitako burezurraren hezurren moldeaketa berez konpontzen da jaiotzaren ondorengo egunetan.
d) Josturen mugikortasunak kraneosinostosia egon litekeela adierazten du eta irudi-azterketak eginda ikertu behar da.

268.- Ondorengo zein adierazpen da zuzena?

a) Anestesia erregionalarekin 37. eta 39. asteen artean zesarea egiteak jaioberriaren intubazio arriskua handitzen du.
b) Garaiko erditze baginalak intubazio endotrakealaren beharra handitzen du zesarearekin alderatuta.
c) Jaio aurreko bestelako arrisku-faktorerik ez badago, anestesia erregionalarekin 37. eta 39. asteen artean zesarea egiteak ez du eraginik jaioberriak intubazio endotrakeala behar izateko probabilitatean.
d) Anestesia orokorrarekin 37. eta 39. asteen artean zesarea egiteak jaioberrien intubazio beharra murrizten du.

269.- Ondorengo zein SpO_2 preduktal tarte da egokia jaioberriaren bizitzako lehen minutuan?

a) % 70–% 75.
b) % 60-% 65.
c) % 80-% 85.
d) % 85-% 95.

270.- Jaioberriaren bizitzako 3. minutuan, saturazio preduktal ideala hauxe da:

a) % 70-% 75.
b) % 75-% 80.
c) % 65-% 70.
d) % 85-% 95.

271.- Zein minututan egon behar du SpO_2 preduktal idealak % 80 eta % 85 artean?

a) 2. minutuan.
b) 4. minutuan.
c) 5. minutuan.
d) 10. minutuan.

272.- Garaian jaiotako jaioberrien zein ehuneko inguruk du bizitzako lehen minutuetan arnas espontaneoa, minutuko >100 taupadako bihotz-maiztasuna eta kolorazio arrosa?

a) % 50.
b) % 70.
c) % 80.
d) % 90.

273.- Zein da jaioberrien entzumen-baheketa unibertsalari eta proba gainditzen ez duten haurren jarraipenari buruzko gomendioa?

a) Baheketa arrisku-faktoreak dituzten jaioberrietan soilik egin behar da, eta proba gainditzen ez dutenak urtebete baino lehen ebaluatuko dira.
b) Aukerako proba otoemisioak dira, espezifikotasun handiagoa dutelako, eta baheketa 6 hilabete bete baino lehen osatu behar da.
c) Jaioberri guztiei entzumen-baheketa egin behar zaie bizitzako lehen hilabetean, eta proba gainditzen ez dutenek ebaluazio audiologikoa jaso behar dute bizitzako lehen 3 hilabeteetan.
d) Baheketa unibertsala soilik dago indikatuta detektatutako kasu bakoitzeko kostua hipotiroidismoarena baino txikiagoa bada, eta proba gainditzen ez duten haurrak urtebetera berriro ebaluatzen dira.

274.- Jaioberri osasuntsu bat amarekin batera dago amatasun-unitatean. Zentroko protokoloaren arabera, hipoakusiaren jaioberri-baheketa egiten zaio egonaldian zehar, otoemisio akustikoen eta entzumen-potentzial ebokatu automatizatuen bidez. Emaginak amari proba honen garrantzia azaltzen dio. Jaioberrien hipoakusiaren baheketa kontuan hartuta, honako adierazpen hauek guztiak zuzenak dira, bat SALBU:

a) Entzumen-potentzial automatizatuek % 97-100eko sentikortasuna eta % 86-96ko espezifikotasuna dute.
b) Entzumen-potentzialek entzumen-bidearen jarduera ebaluatzen dute, entzumen-nerbiotik (mutur distala) mesentzefalora arte.
c) Hipoakusiaren prebalentzia jaioberriengan bizirik jaiotako 1.000 jaioberriko 1,5 eta 10 kasu artekoa dela kalkulatzen da, afektazio-mailaren arabera.
d) Arrisku-faktoreak dituzten haurrengan, hipoakusia larrien intzidentzia % 9raino igo daiteke.

275.- Zein da bizitzako lehen 24 orduetan alta goiztiarra jasotzen duten jaioberrien baheketa metabolikorako lagin-hartzeari buruzko gomendioa?

a) Bizitzako 15. egunean lagina hartu behar zaie, elikadura erregularra ezarri dutenean.
b) Lagina alta hartzear dagoela hartzen da, eta ondoren ez dago bigarren lagin bat hartu beharrik.
c) Lagina alta hartzear dagoela hartzen da, eta baheketa metabolikoa egin behar zaie.
d) Jaioberri hauek ez dute baheketa metabolikorik behar, alta goiztiarrak ez duelako proben emaitzetan eraginik.

276.- Zer gomendatzen da berariaz baheketa metabolikorako orpo-ziztada egiten zaien jaioberrien mina arintzeko?

a) Beti antiseptiko iododuna ematea ziztada egin aurretik, tokiko sentikortasuna murrizteko.
b) Ukimen-estimulatze sentsoriala soilik erabiltzea; ez dago baimenduta bularra edo sakarosa ematea.
c) Amak bularra ematea mina arintzeko; ezin bada, sakarosa % 20an ahotik ematea ziztada baino 2 minutu lehenago.
d) Zain barnetik sakarosa % 10ean ematea, 2-5 ml-ko dosian, ziztada egin eta berehala.

277.- Garaian jaiotako jaioberri batek 35,5 °C-ko tenperatura du erditu ondoren. Kausa hauetatik, zein da probabilitate HANDIENEKOA?

a) Lurrunketaren ondoriozko bero-galera jaiotzaren ondoren.
b) Hipotalamoko zentro termoerregulatzailearen heldutasunik eza.
c) Metabolismo basalaren gutxitzea.
d) Gantz zuriaren gabezia.

278.- Jaioberriaren arnasketari dagokionez, zein aurkikuntzaren ondorioz egon daiteke patologia baten susmoa?

a) Minutuko 50 arnasketako arnasketa-maiztasuna.
b) Arnasketa irregularra, 10 segundo baino gutxiagoko etenaldiekin.
c) Arnasketa abdominal nagusia.
d) Saihets-arteko tiradura iraunkorra.

279.- Jaioberri bat amaren bularra hartzen hasten da. Zein da elikadura egokiaren seinalerik FIDAGARRIENA?

a) Hartu ondorengo negarra.
b) Hartualdiaren iraupena 10 minututik gorakoa izatea.
c) Pisua progresiboki handitzea eta diuresi egokia izatea.
d) Maiz xurgatzea.

280.- Jaioberriaren kanporaketari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) 24 ordutan mekoniorik ez agertzea beti da arrazoi fisiologiko baten ondorioz.
b) Mekonioa lehen astearen ondoren agertzen da.
c) Mekonioaren kanporaketa berantiarrak patologia adieraz dezake.
d) Gernua hirugarren egunetik aurrera agertzen da.

281.- Haurren bat-bateko heriotzaren sindromea (HBHS) prebenitzeko, zein da neurririk ERAGINKORRENA?

a) Lo egiten gorako eta etzanerako jarreran ipintzea.

b) Manta termikoak erabiltzea.
c) Alboko etzaneran lo egitea.
d) Gauean amaren bularra hartzea saihestea.

282.- Jaioberriaren loari eta segurtasunari buruz, adierazi OKERRA:

a) Loa irregularra eta zatitua da.
b) Lo egiteko gorako eta etzanerako jarreran ipini behar da.
c) Elkarrekin lo egiteak (koletxoa) arriskuak handitu ditzake behar bezala egiten ez bada.
d) Burkoak erabiltzea gomendagarria da erosotasunerako.

283.- Jaioberriaren arnasketari dagokionez, adierazi OKERRA:

a) Tiradura agertzea seinale normala da.
b) Arnasketa-etenaldi laburrak fisiologikoak dira.
c) Arnasketa irregularra izan daiteke.
d) Arnasketa-maiztasuna altua izaten da.

284.- Jaioberriaren termoerregulazioari buruz, adierazi OKERRA:

a) Gantz arreak bero-ekoizpenean parte hartzen du.
b) Hipotermiak oxigeno-kontsumoa handitu dezake.
c) Jaioberriak beroa batez ere dardara bidez sortzen du.
d) Lurrunketa bero-galera mekanismo garrantzitsua da.

285.- Zein da lotura afektibo egoki baten funtzio nagusia haurraren garapenean?

a) Haurrak autonomia garatzea saihestea.
b) Segurtasun afektiboa ematea eta garapen emozional eta soziala sustatzea.
c) Interakzioa mugatzea beste pertsonekin.
d) Zaintzaileekiko mendekotasun absolutua sortzea.

286.- Familiaren barruan lotura afektiboa sortzeari dagokionez, honako adierazpen hauetatik zein da zuzena?

a) Jaiotzaren ondoren berehala sortzen da eta ez dago mantendu beharrik.
b) Berez sortzen da, baina denbora, dedikazioa eta zaintza behar dira finkatzeko.
c) Faktore biologikoen araberakoa da soilik.
d) Ez du eraginik haurraren nortasunean ezta autoestimuan ere.

287.- Amaren eta jaioberriaren arteko azala azalaren kontrako kontaktu goiztiarrari (AAK) dagokionez, honako adierazpen hauetatik zein da zuzena?

a) Jaioberriaren egokitzapena errazten du, estresa murrizten du eta amaren oxitozinaren askapena estimulatzen du.

b) Amaren oxitozinaren jariaketa gutxitzen du eta kalostroaren irteera atzeratzen du.
c) Jaioberriaren kortisol-mailak handitzen ditu, haren estresarekiko egokitzapena erraztuz.
d) Ez du eraginik ez edoskitzeean ezta amaren eta haurraren arteko lotura afektiboan ere.

288.- Honako aukeretatik zein sartzen da Kanguru-amaren Zaintza Metodoaren (MMC) definizio zabalenean?

a) Inkubagailu gardenak erabiltzea jaioberriaren ikusmen-estimulazio hobetzeko.
b) Azala azalaren kontrako kontaktua amarekin soilik, lehen 24 orduetan.
c) Amaren esnearen edoskitze esklusiboa edo ia esklusiboa eta ospitaleko alta goiztiarra lortzeko saiakera.
d) Jaioberria gela indibidual batean bereiztea infekzioak saihesteko.

289.- Zein da Kanguru-amaren Metodoaren (MMC) onura bat jaioberri goiztiarrentzat?

a) Infekzio nosokomialen maiztasuna handitzen du, baina larritasuna murrizten du.
b) Amaren esne-ekoizpena gutxitzen du, jaioberri goiztiarrean gainkarga saihesteko.
c) Lo-aldia laburtzen du, estimulazio sentsorial goiztiarra sustatzeko.
d) Estimulu mingarrien aurrean mina murrizten du, PIPP eskalan 2 puntuko aldearekin orpo-ziztada egin eta 90 segundora.

290.- Zein da jaioberri-unitateetan Kanguru-amaren edo aitaren Metodoa (MMC) protokolizatu eta egituratu gabe uztearen ondorioetako bat?

a) Gurasoek berez luzatzen dute azala azalaren kontrako kontaktuan emandako denbora, arauen faltari aurre egiteko.
b) Amek modu espontaneoan denbora gutxiago ematen dute kanguru moduan.
c) Jaioberriek bizi-konstanteen egonkortasun handiagoa erakusten dute manipulaziorik ez dagoelako.
d) Europako unitateen arteko aldeak murrizten dira, kanguru metodoan zein haur egon daitekeen zehazteari dagokionez.

291.- Honako adierazpen hauetatik, zein da zuzena Kanguru-amaren Metodoan (MMC) azala azalaren kontrako kontaktuaren jarrerari eta gutxieneko denborari dagokienez?

a) Haurra gorako eta etzanerako jarreran ipini behar da amaren sabelaren gainean, digestioa errazteko.
b) Azala azaleren kontrako kontaktua egunero ez litzateke 30 minututik beherakoa izan behar, transferentziaren ondoriozko estresa saihesteko.
c) MMC saio bakoitza gutxienez 20 minutukoa da; nahikoa da transferentziaren ondoriozko estresa konpentsatzeko.
d) Haurra posizio bertikalean jartzen da amaren bularren artean edo aitaren toraxaren gainean, ahuspez (igel-posizioan), burua alde batera biratuta.

292.- Zein da kanguru-zaintzari buruzko gomendioa jaioberriari mina eragin diezaioketen prozedurekin lotuta?

a) Jaioberriari mina eragin diezaiokeen edozein prozeduratan eten egin behar da.
b) Ahal denean, prozedura mingarriak kanguru-metodoan egitea gomendatzen da.
c) Prozedura mingarrietarako soilik gomendatzen da, jaioberriak 37 astetik gora baditu.
d) Prozedura mingarrietan kontraindikatuta dago, jaioberriaren estresa handitzen duelako.

293.- Zer esaten da ospitaleko alta ondorengo kanguru-zaintzari buruz?

a) Neonatologia-unitatean soilik egin daiteke, ingresuan, inoiz ez etxean.
b) Haurra ez bada oraindik garaikoa izateko epera iritsi, etxean kanguru-zaintza mantendu daiteke laguntza egokiarekin.
c) Garaian jaiotako jaioberri konplikaziorik gabekoentzat soilik dago indikatuta.
d) Ez da inolaz ere gomendatzen jaioberriari alta eman ondoren.

294.- Honako onura hauetatik, zein frogatu da garaian jaiotako jaioberri osasuntsuetan azala azalaren kontrako kontaktu goiztiarra praktikatzen denean?

a) Negar-denbora luzatzea eta glukosa-mailak jaistea.
b) Amagandiko edoskitzearen maiztasun eta iraupen handiagoa.
c) Egonkortasun kardiorrespiratorioa gutxitzea eta amaren antsietatea igotzea.
d) Amaren bularrerako heltze egokia kasuen % 20,5ean soilik gertatzen da.

295.- Zer esaten da amak osasun-arazoengatik azala azalaren kontrako kontaktua egin ezin duenean?

a) Ama suspertu arte atzeratu behar da, beste aukerarik gabe.
b) Jaioberriak inkubagailuan egon behar du amak kontaktua egin ahal izan arte.
c) Haurra aitaren bular biluziaren gainean jartzeak edoskitzeean lagunduko dio eta negar-denbora laburtuko du.
d) Kontaktua aitarekin egitea soilik onartzen da haurrak 30 minutu baino gehiago negar egin badu.

296.- Zein da azala azalaren kontrako etenik gabeko kontaktuaren iraupenaren eta jaioberriak modu espontaneoan hartualdia egiteko probabilitatearen arteko erlazioa?

a) 50 minututik gorako eta gehienez 110 minuturainoko kontaktuarekin, hartualdi espontaneoa egiteko probabilitatea 8 aldiz handiagoa da 50 minututik beherakoa denean baino.
b) 30 minututik beherako kontaktuarekin, hartualdi espontaneoa egiteko probabilitatea 8 aldiz handiagoa da 60 minututik gorakoa baino.
c) Hartualdi espontaneoa egiteko probabilitatea ez da kontaktuaren iraupenaren

arabera aldatzen, amaren usainaren arabera baizik.

d) Gutxienez 120 minutuko kontaktua behar da hartualdi espontaneoa egiteko probabilitatea 50 minutukoa halako bi izan dadin.

297.- OMEk 1977an emandako definizioaren arabera, zeren arabera jotzen da produktu gestazionalaren kanporatzea edo erauzketa abortutzat?

a) 22 astetik beherako gestazio-adina.
b) Enbrioiaren edo fetuaren pisua 500 gramo edo gutxiago izatea.
c) Jaiotzaren ondoren bizi-zeinurik ez egotea.
d) Luzera kranio-kaudala 25 zentimetrotik beherakoa izatea.

298.- Zein da abortu klinikoki hautemangarriaren intzidentzia estimatua populazio orokorrean?

a) Gestazio guztien % 5 eta % 15 artean.
b) Gestazio guztien % 10 eta % 30 artean.
c) Gestazio guztien % 30 eta % 50 artean.
d) Gestazio guztien % 50etik gora.

299.- Haurdunaldi goiztiarreko baginako odoljarioari dagokionez, zein adierazpen egokitzen da hobekien?

a) Baginako odoljarioa haurdunaldian oso ohikoa (<% 10) ez den arren, gertatzen denean, kasuen % 50ean baino gehiagotan berehalako haurdunaldi-galeraren arriskua adierazten du.
b) Konplikaziorik gabeko baginako odoljarioa egonkortasun hemodinamiko faltarekin batera gertatzen da, eta horrek abortu arriskua handitzen du emakume gehienetan.
c) Larritasun seinale bat izan arren, odoljarioa duten haurdun gehienek (% 20–25) bilakaera ona izaten dute, eta % 90 eta % 96 artean haurdunaldia mantentzen dute.
d) Lehen hiruhilekoan odoljarioa izatea hilkortasun perinatalaren aurreikuspen handiko markatzailetzat hartzen da; horregatik, halakoa izaten duten haurdunaldi gehienek emaitza txarra izaten dute.

300.- Abortuaren forma kliniko desberdinei dagokienez, zein adierazpen da zuzena?

a) Abortua abian dagoenean, fase hasi berria eta abortu saihetsezina bereizteko sailkapen klasikoak klinikoki erabilgarria izaten jarraitzen du; izan ere, zerbixaren dilatazioa erraz objektibatzen da, baita multiparoetan ere.
b) Abortu osatugabea eta abortu osoa bereizten dira, batez ere, min iraunkorraren presentziagatik; abortu osatugabean mina desagertu ohi da haurdunaldi ehunaren kanporatze partzialaren ondoren.
c) Abortu atzeratua odoljariorik eta minik gabe ager daiteke, izan ere, haurdunaldia eteteak ez du beti enbrioi ehunaren kanporatzea eragiten, eta izan liteke enbrioia ez ikustea, baita haurdunaldi hasiberri bat ez denean ere.
d) Abortu osoan beti irauten du baginako hemorragiak, haurdunaldi-edukiaren atxikipen partzialagatik; horregatik, abortu atzeratua baztertu behar da ekografiak erabiliz.

301.- Abortu espontaneo posiblearen balorazioan egiten den azterketa fisikoari dagokionez, hautatu aukera zuzena:

a) Espekulu bidezko azterketak zerbixaren dilatazioa zehaztasun handiagoz ebaluatzea ahalbidetzen du bagina-haztapenak baino; horregatik, prozesu abortiboaren alderantzigarritasuna estimatzeko aukera nagusitzat hartzen da.
b) Hilekoaren antzeko edo handiagoko odoljarioaren presentzia haurdunaldia jarraitzeko pronostiko desegokiarekin lotu ohi da, nahiz eta kanpoko zulo zerbikalaren bidez obulu hondarrak erauzteak ez duen mina aldatzen.
c) Bagina-haztapenak aukera ematen du, zerbixaren dilatazioaz gain, umetokiaren tamaina eta formak kalkulatutako haurdunaldi adinarekin bat datozen ala ez ebaluatzeko; hala ere, balorazio hori zaila izan daiteke miomak, umetoki malformazioak edo obesitatea dituzten emakumeetan.
d) Bere fidagarritasun handia dela eta, anamnesia eta azterketa fisikoa nahikoak izaten dira diagnostiko ziurra egiteko, eta ekografia hemodinamikoki ezegonkor dauden kasuetarako edo geldiezinak diren odoljarioetarako soilik uzten da.

302.- Abortu espontaneoaren tratamendu mediko anbulatorioari dagokionez, hautatu aukera zuzena:

a) Mifepristona eta misoprostolaren konbinazioak % 75eko arrakasta tasa eskaintzen du 13 astetik beherako haurdunaldietan, eta misoprostola bakarrik erabiltzeak % 90 inguruko tasak lortzen ditu, bereziki bide baginaletik.
b) Mifepristonak prostaglandina E1-en analogo gisa jokatzen du, umetoki-uzkurdurak erraztuz eta ehun obularra kanporatzen lagunduz, misoprostolarekiko miometrioaren sentikortasuna handitzen duelako.
c) Bigarren hiruhilekoko haurdunaldietan, protokoloa ezberdina da lehen hiruhilekoarekin alderatuz, misoprostolaren administrazioa errepikatzen baita ebakuazio osoa gertatu arte; zilegi da mifepristona ez erabiltzea eta horrek ez du prozedura kontraindikatzen, ez badago eskuragarri.
d) Tratamendu mediko anbulatorioaren kontraindikazioen artean daude baginako odoljario ugaria, abortu osatugabeak eta estenosi mitrala; giltzurrun-gutxiegitasunak, ordea, ez du tratamendua hastea eragozten.

303.- Azken urteetan haurdunaldi ektopikoaren (HE) intzidentzian izandako igoera zein aukerak azaltzen du hobekien?

a) Pelbiseko hanturazko gaixotasunaren prebalentziaren jaitsiera eta laguntza bidezko ugalketa-teknikak gutxiago erabiltzea.
b) Antisorgailuen erabileraren, tronpa-kirurgia konpontzailearen eta laguntza bidezko ugalketa-tekniken areagotzea, baita diagnostiko goiztiarraren hobekuntza ere.
c) Antisorgailuen erabilera gutxitzea eta diagnostiko goiztiarraren maiztasun baxua.
d) HE goiz detektatzeko irudi-tekniketan aurrerapenik ez egotea.

304.- Laguntza bidezko ugalketa-tekniken bidez egindako tratamenduetan, haurdunaldi ektopikoen kokapen hauetatik zeinetan igo da maiztasuna modu nabarmenean, ziklo naturalekin alderatuta?

a) Istmo-haurdunaldia.
b) Tronpa-anpulako haurdunaldia.
c) Haurdunaldi interstiziala.
d) Finbria-haurdunaldia.

305.- Haurdunaldi ektopikoaren (HE) klinikari dagokionez, aukeratu erantzun zuzena:

a) Metrorragia ugaria izan ohi da, progesteronaren jaitsierak nekrosi dezidual masiboa eragiten duelako, eta ohikoa da koagulu handiak kanporatzea.
b) Abdomeneko mina amenorrea baino ohikoagoa da, eta hipogastriora irradiatu daiteke tronparen haustura gertatzen denean.
c) Shock hipobolemikoak aurkezpen modu nahiko arrunta izaten jarraitzen du, tronparen haustura HEaren fase oso goiztiarretan gertatzen delako β-hCG-ren defizit larriaren ondorioz.
d) HEaren klinikan alde bakarreko mina, metrorragia urria eta amenorrea luzatua daude, askotan diagnostikoa egin aurretik 12 aste baino gehiago irauten duelarik.

306.- Plazenta prebioaren agerpen klinikoei dagokienez, hautatu aukera zuzena:

a) Hemorragia mingarria izan ohi da, beheko segmentuaren distentsio akutua dela eta, eta esfortzu fisikoarekin lotu ohi da.
b) Mintzen hausturarekin lotutako odoljarioa ilunagoa, urriagoa eta tipikoki mingarria izaten da.
c) Plazenta prebioa da erditu ondorengo histerektomiaren kausa ohikoena, eta umetoki-atoniaren aurretik dago transfusioaren lehen kausa gisa.
d) Plazenta prebioaren metrorragia tipikoki kolore gorri bizikoa, minik gabekoa eta errepikakorra da, eta koitoak edo beheko segmentuaren distentsioak eragin dezake.

307.- Plazenta normal txertatuaren askatze goiztiarraren (DPPNI) arrisku-faktoreei dagokienez, hautatu aukera zuzena:

a) Umetoki-miomak eta amaren adin aurreratua ongi ezarritako arrisku-faktoreak dira, bi kasuetan arrisku igoera antzekoa dutelarik, eta antzeko odds ratioekin.
b) Mintzen haustura goiztiarrak DPPNIren arriskua handitzen du, likido amniotikoaren galeraren ondoriozko hipertentsio maternalaren ondorioz, eta horrek miometrioko basokonstrikzio larria eragiten du.
c) Aurretiko DPPNI baten aurrekaria deskribatutako arrisku-faktorerik garrantzitsuena da, beste faktore batzuena baino askoz handiagoa den odds ratioarekin; gainera, horren errepikapena ondorengo haurdunaldietan lehenago agertzen da.
d) Kokaina eta tabakoa ongi ezarritako arrisku-faktoreak dira, froga sendoak baitaude; izan ere, haien mekanismo hipertentsibo eta basokonstriktoreak DPPNIren intzidentzia nabarmen handitzen duela frogatu da.

308.- Plazenta normal txertatuaren askatze goiztiarraren (DPPNI) klinikari dagokionez, aukeratu OKER dagoena:

a) Kanpoko hemorragia ilunagoa eta intentsitate txikikoa izan ohi da, eta kasuen % 80 inguruan ikusten da.
b) Abdomeneko mina kasuen bi herenetan agertzen da eta oharkabean pasa daiteke edo umetoki-dinamikarekin nahas daiteke.
c) Baginako hemorragia da amaren larritasunaren adierazle klinikorik onena, abdomeneko mina baino baliagarriagoa.
d) Kanpoko hemorragia kopuruaren eta haurdunaren egoera hemodinamikoaren artean diskordantzia handia egon daiteke.

309.- National High Blood Pressure Education Program Working Group-ek gomendatutako terminologiaren arabera, preeklanpsiaren eta preeklanpsia larriaren diagnostiko-irizpideei dagokienez, aukeratu OKER dagoen erantzuna:

a) Preeklanpsia larria diagnostikatzeko, ezinbestekoa da 24 orduko ≥ 2 g-ko proteinuria edo tira erreaktiboan ≥ 3+ egiaztatzea; izan ere, ikusmen-sintomek, epigastrioko minak edo fetuaren hazkunde-murrizketak ez daukate balio diagnostikorik proteinuria larririk gabe.
b) Preeklanpsia honela definitzen da: 20. astetik urrera aurrez normotentsioa zuen emakume batean ≥ 140/90 mmHg-ko presio arterialeko balioak, ≥ 300 mg/24 orduko proteinuriarekin lotuta.
c) ≥ 160/110 mmHg-ko presio arteriala preeklanpsia larriaren irizpide bat da, proteinuria 300 mg/24 h baino handiagoa ez bada ere.
d) < 500 ml/24 h-ko oliguria, ≥ 70 U/l-ko transaminasen igoera edo < 100.000/mm³-ko tronbozitopenia larritasun irizpideak dira, tentsio balioetatik independenteak.

310.- Preeklanpsia larriaren maneiuari buruzko adierazpenen artean, zein da OKERRA?

a) Preeklanpsia larrian bolumen gainkargak saihestu behar dira, zain barruko infusioa 75 ml/ordu inguruan mantenduz eta 100-125 ml/ordu ez gaindituz, biriketako edemaren arriskua murrizteko.
b) Magnesio sulfatoa kargako 4 gramo eman behar dira 5-10 minututan, eta ondoren 1-2 gramo orduko perfusioa jarraitua; horrez gain, erreflexu tendinoso sakonak, diuresia eta arnas maiztasuna monitorizatu behar dira.
c) Tentsio arterial sistolikoa ≥ 160 mmHg edo diastolikoa ≥ 110 mmHg bada eta 15 minutu baino gehiagoz mantentzen bada, tratamendu antihipertentsiboa hasi behar da; hidralazina edo labetalola erabil daitezke gomendatutako dosietan.
d) 34 astetik beherako haurdunaldietan, kortikoideak bakarrik eman behar dira larritasun irizpide maternorik ez badago; hipertentsio larria edo eskuineko hipokondrioko mina dagoenean, hobe da haien erabilera saihestea haurdunaldia ebaztea atzeratu ez dadin.

311.- Diabetesak haurdunaldian duen eraginari dagokionez, aukeratu erantzun zuzena:

a) Hipertentsioa ohiko konplikazioa da emakume diabetiko haurdunengan; kasuen % 10-20tan agertzen da, eta preeklanpsiaren probabilitate handiagoarekin lotzen da, bereziki kontrol gluzemikoa txarra denean edo nefropatia dagoenean.

b) 1. motako diabetesa duten eta nefropatiarik ez duten emakumeengan preeklanpsiaren intzidentzia txikia da, eta ez da gomendatzen azido azetilsaliziliko bidezko profilaxia emakume diabetikoengan.

c) Polihidramniosa ez da ohikoa emakume diabetikoengan, eta agertzen denean, normalean, adin gestazionalerako txikiak diren fetuak izaten dira placenta-gutxiegitasunaren ondorioz.

d) Haurdunaldi diabetiko ongi kontrolatuetan, garai aurreko erditzearen arriskua populazio orokorrekoaren antzekoa da; beraz, ez da arrisku handitutzat jotzen talde honetan.

312.- Haurdunaldiko diabetesaren patogenesiari dagokionez, aukeratu erantzun zuzena:

a) Haurdunaldiko diabetesean intsulinarekiko erresistentzia batez ere plazentako hormonak (hala nola giza laktogeno plazentarioa eta kortisola) gutxitzeagatik sortzen da; horrek β zelulek konpentsatu beharra murrizten du.

b) Haurdunaldiko diabetesean intsulinarekiko erresistentzia periferikoa handitu egiten da, eta hori ez da azaltzen hartzaileen kopurua gutxitzeagatik, baizik eta hartzaile osteko alterazioengatik, tartean intsulinaren hartzailearen fosforilazio akatsak eta IRS-1 bezalako zelula barneko proteinen alterazioak.

c) Haurdunaldiko diabetesaren eta 2 motako diabetesaren arteko desberdintasun fisiopatologiko nagusia da haurdunaldiko diabetesean ez dela β zelulen alteraziorik izaten, baizik eta haurdunaldiak eragindako intsulinarekiko erresistentzia periferiko hutsa.

d) Haurdunaldiko intsulinarekiko erresistentzia mekanismo sinple eta faktore bakarrekoa dela uste da, plazentako hormona bakar baten ekintzaren ondoriozkoa; ez dute parte hartzen TNF-α bezalako zitokinek edo leptina bezalako hormonek.

313.- Haurdunaldian burdinaren profilaxi eta xurgapenari dagokionez, aukeratu erantzun zuzena:

a) Ez-hemo burdinak, lekaleetan, barazkietan eta zerealetan dagoena, hesteetako xurgapen txarra du eta dietako faktoreek oztopa dezakete; horren xurgapena C bitaminarekin hobetzen da eta esnekiek, azido fitikoak eta polifenolek okertzen dute.

b) Hemo burdinak, jatorri begetalekoa, hesteetan xurgapen txikia du (% 5 baino gutxiago) eta neurri handi batean dietaren konposizioaren araberakoa da; horregatik, normalean haurdunaldiaren hasieratik suplementazio gehigarria behar izaten da.

c) Anemia ferropenikoaren profilaxian, egunean 90 mg burdin elemental hartu behar da lehen hiruhilekotik aurrera emakume haurdun guztietan, hasierako burdin erreserbak edozein izanik ere.

d) Burdin gehigarria hobeto xurgatzen da otorduekin hartzen denean; beraz, ez da gomendatzen hutsik hartzea, hesteetako xurgapenean eragin ditzakeen

interferentziak saihesteko.

314.- Amaren arrisku kardiobaskularrerako OMEk egindako sailkapen aldatuaren arabera, zein baldintza sailkatzen da OME III arriskutzat?

a) Konplikaziorik gabeko birika-estenosia.
b) Konpondu den Fallot-en tetralogia.
c) Septoko akats ez konponduak.
d) Balbula mekanikoa.

315.- Haurdunaldiko tronbosi benoso sakonari (TVP) buruzko zein baieztapen da zuzena?

a) Haurdunaldiko TVP gehienak popliteo mailan kokatzen dira.
b) Zangosagarraren perimetroan 2 cm edo gehiagoko aldeak ez du balio diagnostikorik haurdunaldian.
c) Haurdun dauden emakumeetan TVPen % 70 kokapen iliofemoralekoa da.
d) Haurdunaldian TVPa eskuineko hankan agertzen da maizago umetokiaren konpresioagatik.

316.- Hiperemesi grabidikoaren diagnostiko berretsia duen eta deshidratazio esanguratsua, hasierako alterazio elektrolitikoak eta pisu galera progresiboa direla-eta ingresua behar duen haurdun baten ikuspegi kliniko, terapeutiko eta antolakuntzari dagokionez, zein aukerak deskribatzen du modu zehatz eta osoan eta ohiko gomendio klinikoekin bat etorrita zein den egin beharreko hasierako jarduera egokia pazientea egonkortzeko, kontuan hartuta ama-fetuaren homeostasia mantentzeko beharra, bai eta Wernicke-ren entzefalopatia bezalako konplikazio metaboliko larriak saihestea, nutrizio-narriadura arriskua gutxitzea eta egoera orokorraren leheneratze progresiboa bermatzea ere?

a) Ingresua ezartzea, ahal bada gela indibidual batean, goragalea eragiten duten estimuluak murrizteko bisitak mugatuz; hastea zain barneko hidratazioa glukosa disoluzioak eta Ringer laktatoa txandakatuz 24 ordutan 3.000 mL-raino, oreka hidroelektrolitikoa ionogramaren arabera zuzenduz, eta zain barneko tiamina sartzea 100 mg/egun 2-3 egunez, botaka jarraitzen duenean, Wernicke-ren entzefalopatia prebenitzeko antiemetikoen kudeaketarekin jarraitu aurretik.
b) Tratamendu antiemetikoa berehala hastea, ondansetrona lehen aukera gisa erabiliz botaka egiteko erreflexua kontrolatzeko, eta lehen 24 orduetan zain barneko terapien erabilera saihestuz, egoeraren bilakaera espontaneoa baloratzeko; izan ere, errehidratazio agresiboak sintoma digestiboak okertu eta deskonpentsazio metabolikoa sor dezake.
c) Lehentasuna ematea nutrizio parenteral osoa goiz sartzeko zain zentraleko kateterraren bidez, ingresuko lehen orduetan, hasieratik kaloria ekarpen osoa bermatzeko; zain barneko hidratazio konbentzionala fase berantiarragoetarako utziz, egoera nutrizionala hobetzen ez bada.
d) Hasieran esku-hartzea mugatzea laguntza psikologikora eta serum fisiologikoaren administrazio esklusibora (abiadura baxuetan), eta metoklopramida soilik indikatzea 72 ordu baino gehiagoz botaka jarraitzen badu, kontuan hartuta desoreka

metabolikoaren eta bitamina-desorekaren zuzenketa ez dela beharrezkoa, normalean, tratamenduaren lehen faseetan.

317.- Haurdunaldian goragalea, gorakoak eta pirosia tratatzeko eskuragarri dagoen ebidentziaren interpretazio integratuari dagokionez (kontuan hartuta azterlanen kalitate metodologikoa, antiazidoekin lotutako arrisku esanguratsurik ez egotea, antiazido sinpleen eta erranitidinarekin konbinatutakoen arteko baliokidetasuna pirosiak eragindako minaren arintzean, eta aintzat harturik dietan eta bizimoduan esku-hartzeak gomendatzen direla, oso kalitate baxuko ebidentzian oinarrituta), adierazpen hauetatik zeinek islatzen du modu egokien eta zehatzenean eskuragarri dagoen ebidentziaren laburpenetik eta gomendio klinikoetatik atera daitekeen ondorioa?

a) Ebidentziak, gehienbat kalitate baxu edo oso baxukoa izan arren, iradokitzen du antiazidoak aukera terapeutiko arrazoizko eta segurua direla pirosia arintzeko haurdunengan, plazeboarekin alderatuta hobekuntza partzial edo osoak ematen baititu, bai eta albo-ondorioen intzidentzia txikia ere, eta desberdintasun esanguratsurik ez, erranitidinarekin konbinatzean. Ikuspegi hori bizimoduan eragiteko neurri batzuekin osatu behar da, hala nola ohe burua altxatzea eta dieta aldaketak egitea. Goragalea eta gorakoak tratatzeko, piridoxina lehen aukera gisa gomendatzen da, eta antihistaminikoak, jengibrea edo akupresioa kontuan har daitezke, fenotiazina taldekoak azken baliabide gisa gordez.

b) Antiazidoak saihestu egin beharko lirateke haurdunaldiko pirosiaren hasierako tratamendu gisa, haien eraginkortasun eta segurtasunari buruzko ziurgabetasun handia dela-eta; horren ordez, hobe da protoi-ponparen inhibitzaileak hastea. Gainera, kafeina murriztea edo otorduak zatitzea bezalako neurriak ez dute inolako ebidentziarik, eta beraz ez lirateke gomendatu behar.

c) Erranitidinak modu koherentean frogatu du antiazidoak baino eraginkorragoa dela pirosiak eragindako mina epe labur eta luzera murrizteko; beraz, tratamendu aukeratua H2 antagonisten erabileran oinarritu behar da pirosia duten haurdun guztietan, sintomen larritasuna edozein dela ere. Antiazidoak kasu erresistenteetarako baino ez lirateke erabili beharko, eta medikamentuen lagungarri gisa soilik.

d) Bizimodu- eta dieta-aldaketek —hala nola kafeina, gantzak edo otorduen tamaina murrizteak— osatzen dute gomendatutako tratamendu bakarra, ebidentzia sendo eta kalitate handikoa baitago bai pirosia bai goragalea eta gorakoak ebazteko; beraz, ez da beharrezkoa aukerako tratamendu farmakologikoak kontuan hartzea salbuespenezko kasu oso berezietan izan ezik.

318.- Haurdunaldian bularreko minbiziaren diagnostikoari dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) Mamografiak bere ohiko sentikortasuna mantentzen du haurdunaldian eta bularra aztertzeko aukeratutako teknika da; ekografia, berriz, besapeko adenopatiak baloratzeko edo mamografia zehaztugabea den kasuetarako gordetzen da.

b) Mamografia haurdunaldian egin daitekeen arren eta fetuarentzat oso arrisku txikia dakarren arren, bere sentikortasuna nabarmen jaisten da bular-ehunaren dentsitate fisiologiko handituagatik (% 63-78); horregatik, irudi teknika hobetsia bularraren ekografia da, lesio solidoak eta kistikoak bereizteko eta besapea ebaluatzeko aukera

ematen duelako eta erradiaziorik ez duelako erabiltzen. Hala ere, behin betiko diagnostikoa orratz lodiko biopsia edo tru-cut bidez egin behar da, eta bakarrik jotzen da kirurgikoki kentzera biopsiak ez badu emaitza argigarririk ematen eta susmo kliniko handia badago.

c) Edozein erradiazio kantitatek kontraindikatzen du mamografiak egitea haurdunaldian; beraz, diagnostikorako teknika egoki bakarra ekografia da, eta zalantzarik izanez gero, lesio guztiak kirurgikoki kentzea gomendatzen da diagnostiko-atzerapenak ekiditeko.

d) Bularreko ekografiak errendimendu oso mugatua du haurdunaldian guruin ehunaren distortsioagatik; horregatik, diagnostikorako metodo fidagarriena mamografia da, eta sintomatologia duten haurdun guztiei egin behar zaie; gehienetan, kontrastearekin egindako erresonantzia magnetikoarekin osatuz.

319.- Minbizia gainditu ondoren (konkretuki, bularreko minbizia) haurdun geratzeari buruz, zein adierazpen da zuzena?

a) Bularreko minbizia izan ondoren haurdun geratzeak errepikatzeko arriskua nabarmen handitzen du; horregatik, kontraindikazio formaltzat hartzen da normalean.

b) Bularreko minbizia igaro ondorengo haurdunaldiak ez du pronostikoa ezta biziraupena ere okertzen, ezta BRCA1 edo BRCA2 mutazioak dituzten emakumeen kasuan ere.

c) Bularreko minbiziaren tratamenduaren ondoren haurdun geratzen diren emakumeek heriotza-tasa nabarmen handiagoa dute haurdun geratzen ez diren emakumeek baino.

d) Haurdunaldiko estrogeno maila altuak direla-eta, gomendatzen da bularreko minbizia izan ondoren haurdunaldia guztiz saihestea, bereziki hasierako estadioetan.

320.- Rh(D) isoimmunizazioaren profilaxiari dagokionez, Rh(D) negatiboak eta ez-sentsibilizatuak diren haurdunengan, zein adierazpen da zuzena?

a) 150 µg-ko anti-D immunoglobulina dosi estandar bat nahikoa da amaren edo fetuaren edozein hemorragia neutralizatzeko; beraz, ez dira beharrezkoak dosi gehigarriak ezta odol fetalaren bolumenaren araberako egokitzapenak ere.

b) 28. astean 500 µg jaio aurretik administratzea indikatuta dago aurrez amaren edo fetuaren hemorragia bat dokumentatu bada, izan ere, erditu aurreko anti-D profilaxi sistematikoak ez du frogatu sentsibilizazio arriskua murrizten duenik.

c) Kleihauer testaren bidez kuantifikatutako amaren edo fetuaren hemorragia esanguratsu baten ondoren, anti-D immunoglobulinaren dosia handitu behar da dosi estandarrak estaltzen duen kantitatea gainditzen duen odol fetaleko ml bakoitzeko 20 µg gehituz, behar den guztizko dosia horrela doituz.

d) Coombs zeharkako testa berehala egin behar da 100 µg anti-D eman ondoren, endogenoak diren anti-D antigorputzak agertu direla baieztatzeko, eta horrek profilaxia eraginkorra dela adierazten du.

321.- Haurdunaldiaren hasieratik fetuaren hazkuntza erregulatzen duten mekanismoei dagokienez, zein adierazpen da zuzena?

a) Amaren erregulatzaile hormonalak dira fetuaren hazkuntzaren estimulatzaile nagusia, eta jaiotzako pisuaren aldakortasunaren % 50 baino gehiago egotzi behar zaie.
b) Aitaren ekarpen genetikoa da jaiotzako pisuaren baldintzatzaile nagusia, eta *imprinting* fenomenotik independenteki jokatzen du.
c) Fetuaren ingurumen erregulatzaileak izaera murriztailea du eta amaren erregulatzaile genetiko eta hormonalen efektua mugatzen du.
d) Jaiotzako pisuaren aldakortasunaren % 35–40 faktore genetikoei egozten zaie gutxi gorabehera, eta amaren genotipoaren eragina da nagusi.

322.- Umetoki barruko hazkuntza mugatuaren (CIR) tratamenduari dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) Amaren atsedenaldia da gehien gomendatutako esku-hartzeetako bat, uteroplazenta-fluxua hobetzen baitu eta fetuaren hazkundea handitzen duela eta pronostiko perinatala hobetzen duela frogatu da.
b) Glukosa disoluzio hipertonikoen administrazioa gomendatzen da fetuaren energia eskuragarritasuna hobetzeko estrategia gisa, haurdunaldi diabetikoen efektua erreproduzitzen duelako eta fetuaren hazkundean igoera esanguratsua eragiten duelako.
c) Azido azetilsalizilikoak dosi baxuetan (75–125 mg), 16. astearen aurretik hasita, preeklanpsiaren eta CIR goiztiarraren intzidentzia murrizten du, eta uteroplazenta-funtzioan onura argia duen esku-hartze farmakologiko bakarra da.
d) Umetokiko basodilatatzaileek, plasmaren bolumena handitzen duten makromolekulek eta hazkunde hormonen erabilerak eraginkortasun klinikoa erakutsi dute plazenta-fluxua hobetzen, eta horregatik CIRren ohiko tratamenduaren parte dira.

323.- Garai aurreko erditze espontaneoaren (PP) etiologiari dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) PP espontaneoa normalean amaren alterazio metabolikoengatik izaten da batez ere, eta infekzio intraamniotikoa salbuespeneko kausa da, erditze-lanaren mekanismo fisiopatologikoekin lotura txikia duena.
b) Infekzio intraamniotikoa da PP espontaneoaren kausa isolatu ohikoena, eta sindrome kliniko hori eragin dezaketen prozesu patologikoen barruan sartzen da.
c) PP espontaneo gehienak zerbixaren inkonpetentzia isolatuaren ondorioz gertatzen dira; baldintza horrek deskribatutako kasuen % 80 baino gehiago eragiten ditu.
d) PP espontaneoa gertakari bakar eta homogeneotzat hartzen da, oro har mekanismo fisiopatologiko bakar eta argi identifikagarri bati egozten zaiona.

324.- Adin handiko amek garai aurreko erditzea (PP) izateko arriskuari dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) 35 urte baino gehiagoko emakumeek garai aurreko erditzea izateko arrisku oso altua dute, bai espontaneoa bai iatrogenikoa; emakume gazteek halako bi.

b) 35 urtetik gorako haurdunek garai aurreko erditzea izateko arriskua baxua da; emakume gazteekin alderatuta, pixka bat handiagoa besterik ez.
c) Adin handiko ama izatea soilik lotzen da garai aurreko erditze iatrogenikoa izateko aukera handiagoarekin; ez du eraginik garai aurreko erditze espontaneoan.
d) 35 urte baino gehiago izatea PP espontaneorako arrisku-faktore nagusietako bat da, eta sindromearen baldintzatzaile garrantzitsuenetakoa.

325.- Garai aurreko erditzea prebenitzeko progesterona erabiltzeari dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) Bakarrik frogatu da progesterona baginalaren eraginkortasuna umetoki-dinamika eta zerbix normala duten emakume sintomatikoetan, eta, oro har, 30. astetik aurrera hasten da ematen.
b) Progesterona tratamendua modu unibertsalean gomendatzen da arrisku obstetrikoko faktoreak dituzten haurdun guztien kasuan, kontuan hartu gabe zerbixaren luzera edo PParen aurrekariak.
c) Progesteronak onurak erakutsi ditu aurretik PP izan duten emakumeengan eta zerbix laburra duten (< 20 mm) emakume asintomatikoengan; normalean, 200 mg/24 orduko baginako konprimatuetan ematen da 20. astetik gutxi gorabehera 34-37 astera arte.
d) Progesterona ahotik ematea da gomendatutako aukera zerbix laburra duten emakumeengan, eraginkortasun prebentibo handiagoa eskaintzen duelako formulazio baginalarekin alderatuta.

326.- Fetuaren birika-heldutasunerako jaio aurretik ematen diren glukokortikoideen erabilerari dagokionez, zein adierazpen da OKERRA?

a) Betametasonak eta dexametasonak eraginkortasun klinikoan alde argiak erakutsi dituzte; betametasona dago nabarmen gorago, aztertutako administrazio-erregimenetan.
b) Betametasonaren pauta gomendatua 12,5 mg-ko 2 dosi muskulu barnetik ematea da, 24 orduko tartearekin.
c) Lehenengo kortikoide dosia eman egin behar da zikloa osatu ahalko den zalantzazkoa izanik ere, onura neonatala 24 ordu igaro aurretik hasi baitaiteke.
d) Kortikoideen eraginkortasunik gorena eman ondorengo 1. eta 7. egunaren artean dago, eta horregatik funtsezkoa da tratamenduaren unea optimizatzea.

327.- Garai aurreko erditze imminentea izateko arriskuan dauden haurdunaldietan fetuaren neurobabeserako estrategia gisa magnesio sulfatoa erabiltzeari dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) Magnesio sulfatoa emateak ez du onurarik erakutsi garai aurreko jaioberrietan garuneko paralisia murrizteari dagokionez, eta horregatik ez da gomendatzen errutinaz erabiltzea erditu aurretik.
b) Frogatu da magnesio sulfatoak garuneko paralisiaren intzidentzia eta larritasuna murrizten dituela garai aurreko haurrengan; horregatik gomendatzen da ematea haurdunaldi bakarretan edo anizkoitzetan 24+0 astetik 29+6–33+6 astera arte, erditze imminentea izateko arriskuan daudenean.
c) Magnesio sulfatoaren erabilera luzatu egin behar da, erditzetik hurbil egon zein ez,

dosi handiagoak eta erregimen luzeak seguruagoak eta eraginkorragoak direla frogatu delako.

d) 4 g-ko hasierako boloa bakarrik eman behar da fetuaren arrisku neurologiko espezifikoko faktoreak aurrez berretsi badira, mantentze-tratamendurik gabe ez baitu inolako onura klinikorik ematen.

328.- Garai aurreko jaioberrien zilbor-hestean gomendatutako esku-hartzeei dagokienez, zein aukera dator bat gaur egungo ebidentziarekin?

a) Jaioberria egonkor badago, gomendatzen da gutxienez 30 segundo itxarotea klanpatzea egin aurretik, tarte horrek alta aurreko heriotza-tasaren murrizketarekin lotura duelako.

b) Garai aurrekoetan, hobe da zilbor-hestea berehala klanpatzea konplikazioak saihesteko, klanpatze berantiarrak ez duelako inolako onurarik erakutsi.

c) Zilbor-hestearen *milking*aren praktika errutinaz gomendatzen da garai aurrekoetan, plazenta-transfusio eraginkorra ematen duelako arriskuak handitu gabe.

d) Klanpatze berantiarra eta *milking*a berdin-berdin erabil daitezke, bi teknikek segurtasun profil antzekoa baitute adin gestazional guztietako garai aurrekoetan.

329.- Arrisku txikiko haurdunaldietan, haurdunaldi luzatuaren kudeaketari dagokionez, zein adierazpen da OKERRA?

a) Erabaki aurretik indukziora edo itxaroteko estrategiara joko den, ezinbestekoa da haurdunaldiaren dataketa zuzena dela egiaztatzea, data oker finkatzeak esku-hartze desegokiak ekar baititzake.

b) Elkarte zientifikoek gomendatzen dute haurdunei eskaintzea bai indukzioa 41. astetik aurrera, bai itxarotea eta fetuaren jarraipena egitea 42. astera arte, haurdunari arriskuak eta onurak azalduz eta erabaki partekatua hartuz.

c) 41. astetik aurrera erditzea induzitzearen helburua da morbimortalitate fetala murriztea, jaioberriak ingresatu beharra ez izatea eta umetoki barneko heriotza arriskua gutxitzea, prozeduraren ondoriozko konplikazioak handitu gabe.

d) Adostasuna dago 41 astetik aurrera haurdun guztiei indukzio sistematikoa eskaintzearekin, itxarotea baino hobea dela iritzita, eta egungo gida klinikoek gomendatutako estrategiatzat jotzen da.

330.- Fetuaren profil biofisikoan ebaluatzen diren aldagai biofisikoen artean, zein parametro sartzen dira?

a) Fetuaren arnasketa, gorputz-mugimenduak, tonu fetala, likido amniotikoa eta test ez-estresagarria.

b) Bihotz-maiztasun basala, azelerazioak, dezelerazioak, garun-plazenta indizea eta fetuaren pisu zenbatetsia.

c) Plazentaren heldutasuna, zilbor-arteriaren dopplerra, garun erdiko arteria-dopplerra, mugimendu fetalak eta fetuaren pH-a.

d) Amak adierazitako eguneroko mugimendu fetala, likido amniotikoaren indizea, laktato profila eta epe laburreko aldakortasun konputarizatua.

331.- Haurdunaldi luzatuetan itxaroteko estrategiako jarraipena egiten denean test ez-estresagarria (NST) erabiltzeari dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) Balio prediktibo positibo oso handia du; beraz, emaitza ez-erreaktibo batek hipoxia fetala fidagarritasun handiz iragartzen du.
b) Epe laburreko aldakortasunaren analisi automatizatuak zehaztasun diagnostikoa hobetzen du, NST konbentzionalarekin alderatuta jaiotza inguruko heriotza-tasa murriztuz.
c) Oligoamniosa agertzen bada soilik errepikatu behar da, bere horretan ez baitu laguntzen ongizate fetalaren ebaluazioan.
d) Horren erabilera sistematikoak erakutsi du eskuragarri dauden gainerako proba guztiak baino hobea dela haurdunaldi luzatuetan fetuaren jarraipena egiteko.

332.- Oxitozinarekin egindako test estresagarriari (Pose testa) dagokionez, zein adierazpen da zuzena?

a) Erditu aurreko fetuaren monitorizazioan lehen lerroko proba gisa erabiltzen da, positibo faltsuen tasa baxua duelako.
b) Oxitozinaren bidez 10 minutuan hiru uzkurdura eragitean datza, eta test ez-estresagarri zalantzagarrien kasuetarako gordetzen da.
c) Balio prediktibo negatibo mugatua du; beraz, ez da erabilgarria fetuaren konpromisoa baztertzeko.
d) Haurdunaldi luzatuetan errutinaz erabiltzea gomendatzen da, test ez-estresagarriak baino arrisku txikiagoa duelako fetuarentzat.

333.- 34 urteko haurdun bat, G3P2, aurretik bi zesarea izan dituena, hirugarren hiruhilekoko kontrol ekografikora etortzen da. Ekografiak eta erresonantzia magnetikoak erakusten dute plazentaren inbasioa dagoela, eta miometrioa zeharkatzen duela eta umetokiaren serosara heltzen dela, maskuriaren edo beste pelbis-organoen inbasiorik gabe.
Ginekologia eta Obstetriziaren Nazioarteko Federazioaren (FIGO) plazentaren akretismo espektroaren (PAS) 2020ko sailkapenaren arabera, zein graduri dagokio aurkikuntza hau?

a) 1. gradua.
b) 2. gradua.
c) 3a gradua.
d) 3b gradua.

334.- Korioamnionitisari eta haren intzidentziari buruz, hurrengo adierazpenetatik zein da zuzena?

a) Korioamnionitis klinikoa korioamnionitis histologikoa baino ohikoagoa da garai aurreko erditzeetan.
b) Korioamnionitisaren intzidentzia globala haurdunaldi guztietan % 10 ingurukoa dela kalkulatzen da.
c) Mintzen garai aurreko haustura goiztiarra duten haurdunetan, korioamnionitisaren intzidentzia % 70era irits daiteke.
d) Korioamnionitisaren intzidentzia handitu egiten da haurdunaldiko adina handitu

ahala, 34. astean 20-24 astean baino handiagoa izanik.

335.- Honako aukeren artean, zein hartzen da korioamnionitisa garatzeko arrisku-faktoretzat?

a) Erditze-lanean bertan ekografia transbaginala egitea.
b) Erditzean fetuaren barneko monitorizazioa erabiltzea eta ukitu baginal kopuru handiagoa egitea.
c) Amaren adin gaztea (nerabezaroa).
d) Erditze-lanean bertan anestesia epidurala ematea.

336.- Oligohidramniotzat jotzen da honako kasu hauetan:

a) Likido amniotikoaren indizea (ILA edo Phelan indizea) 8 cm-tik beherakoa izatea.
b) Poltsa handiena 3 cm-tik beherakoa izatea.
c) Phelan indizea 5 cm-tik goragokoa izatea eta poltsa handiena 2 cm-tik goragokoa izatea.
d) Phelan indizea 5 cm-tik beherakoa izatea edo poltsa handiena 2 cm-tik beherakoa izatea.

337.- Polihidramnioari dagokionez, aukera zuzena adierazi:

a) Phelan indizea ≥ 20 cm denean edo kolumna maximoa ≥ 6 cm denean polihidramniotzat hartzen da.
b) Polihidramnios moderatua definitzen da Phelan indizea 30,1 eta 35 cm bitartekoa denean.
c) Polihidramnios larria definitzen da Phelan indizea 25 eta 30 cm artean dagoenean.
d) Likido amniotikoaren kolumna maximoa ≥ 8 cm izatea polihidramniosen diagnostiko-irizpidea da.

338.- Polihidramnioaren kausak eta loturak direla eta, aukera OKERRA adierazi:

a) Fetuen alterazio gastrointestinalak polihidramnioaren kausa arraroa dira.
b) Polihidramnioen % 50-60 idiopatikoak dira.
c) Polihidramnioen % 30 inguru fetu-anomaliekin lotuta daude.
d) Polihidramnio larrien kasuan, fetu-anomalien arriskua % 80ra irits daiteke.

339.- Haurdunaldi anizkoitzaren intzidentziari eta arrisku-faktoreei dagokienez, adierazi OKERRA den aukera:

a) Haurdunaldi anizkoitz espontaneoaren intzidentzia gutxi gorabehera % 1ekoa da.
b) 1/90 erregela klasikoak maila handiagoko haurdunaldiak izateko intzidentzia kalkulatzeko aukera ematen du.
c) Espainian, haurdunaldi anizkoitzaren intzidentzia % 1 ingurukoa da eta, oro har, beste herrialde europar batzuena baino txikiagoa izan ohi da.
d) Ugalketa lagundua da haurdunaldi anizkoitza izateko ezagutzen den arrisku-faktore nagusia.

340.- Bikien erditze batean, erditze barruko kudeaketari dagokionez, aukera zuzena adierazi:

a) Bikien erditzea arrisku handikoa da eta, idealena, esperientziadun obstetra eta emagin talde batek gidatzea da.
b) Periduralaren bidezko anestesia ez da gomendatzen bikien erditzeetan, erditze-lanaren progresioa zailtzen duelako.
c) Fetuaren monitorizazio intermitentea modu seguruan erabil daiteke bikien erditze gehienetan.
d) Prostaglandinen erabilera kontraindikatuta dago bikien haurdunaldian.

341.- Bikien haurdunaldi batean, lehenengo fetua zefalikoan eta bigarrena ez-zefalikoan dagoenean, aukera zuzena adierazi:

a) Bigarren bikiak 1.500 g baino gutxiago pisatzen duenean, onargarria da erditze baginala oin-ateratzearekin.
b) Bigarren bikia 1.500 g-tik gorakoa denean, egile gehienek uste dute zesarea sistematikoak emaitza perinatal hobeak eskaintzen dituela.
c) Bi bikiak tamainaz desberdinak izateak oso gutxitan baldintzatzen du erditze-bidea aukeratzea.
d) Barne-bertsioa eta erauzketa handia bigarren bikia transbertsalki dagoenean modu seguruan egin daiteke esperientzia minimoa duten obstetrek.

342.- Plazenta nagusitik urrun kokatutako eta tamaina txikiko plazenta-lobulu gehigarriak (kotiledoi aberranteak) dituena, harekin lotura baskularrak mantenduz, honela deitzen da:

a) Plazenta succenturiata.
b) Plazenta bilobulatua.
c) Plazenta fenestrata.
d) Plazenta estrakoriala.

343.- Arrisku handiko haurdunaldia duten emakumeengan ikus daitekeen ondoeza psikologikoari dagokionez, aukera zuzena adierazi:

a) Mota mistoko ondoez psikologikoak kasuen % 22 inguru dira.
b) 2005ean, arrisku handiko haurdunaldietan ondoeza psikologikoaren maiztasun globala % 41,6koa izan zen.
c) Nagusiki antsietate-joerakoa den ondoez psikologikoa % 1etik beherakoa da arrisku handiko haurdunaldietan.
d) Nagusiki disforikoak diren ondoez psikologikoak kasuen % 18,7 inguru dira.

344.- Davidson-ek (1979) moldatutako Bowlby-Parkes ereduaren arabera, adierazi dolu perinatalaren faseak ordena egokian aurkezten dituen aukera:

a) Desantolaketa fasea → Nostalgia eta bilaketa fasea → Talkaren fasea → Berrantolaketa.

b) Nostalgia eta bilaketa → Berrantolaketa → Desantolaketa → Talka.
c) Talka → Nostalgia eta bilaketa → Desantolaketa → Berrantolaketa.
d) Berrantolaketa → Talka → Nostalgia eta bilaketa → Desantolaketa.

345.- Dolu perinataleko nostalgia eta bilaketa fasearekin modu espezifikoan lotzen den ezaugarria zein da?

a) Parte-hartze sozial handiagoa izatea eta etorkizunaren plangintza.
b) Hutsune eta nahaste sentimenduak, eta galera onartzeko zailtasuna.
c) Tristura agerikoa, autoestimuaren beherakada eta bizitza soziala modu jarraituan saihestea hilabeteetan zehar.
d) Ia haluzinazio moduko pentsamendu eta irudiak, haurraren bila egiteko saio inkontzienteak, negarra eta sumindura.

346.- Thoms-en pelbisaren mota anatomiko-morfologikoei buruzko sailkapenaren arabera, aukera zuzena adierazi:

a) Pelbis brakipelikoan, diametro transbertsala konjugatu obstetrikoa baino 3 cm baino handiagoa da.
b) Pelbis dolikopelikoan, goiko estuguneko diametro transbertsala konjugatu obstetrikoa baino txikiagoa da.
c) Pelbis platipelikoan, diametro transbertsala konjugatu obstetrikoaren berdina edo handiagoa da, 1 cm-era artekoa.
d) Pelbis mesatipelikoan, goiko estuguneko diametro transbertsala 1 eta 3 cm artean handiagoa da konjugatu obstetrikoa baino.

347.- Gibbs-en sorbaldaren distozia-sailkapenaren arabera, aukera zuzena adierazi:

a) Alde bakarreko distozia batean, bi sorbaldak pelbis txikian gelditzen dira blokeatuta.
b) Engatillamendua fetu handiarekin lotzen da, errotazio-mekanismorik ez dagoenean, eta maiz maniobra konplexuak behar izaten dira.
c) Engatillamenduan, atzeko sorbalda pubisaren kontra inpaktatzen da, baina aurrekoak normaltasunez jaisten jarraitzen du.
d) Alde biko distoziaren ezaugarri nagusia da bi sorbaldak pelbis txikian gelditzea; egoera arraroa da.

348.- Sorbalden distozian erabiltzen den Woods-en maniobrari (Woodsen torlojua) buruzko adierazpen hauetatik, zein da zuzena?

a) Atzeko sorbaldaren aurreko aldean presioa egiten da errotazioa eragiteko, aurreko sorbalda izan dadin.
b) Maniobraren helburu nagusia diametro biakromiala murriztea da aurreko sorbaldaren adukzio bidez.
c) Kasu guztietan erloju-orratzen kontrako norabidean indarra aplikatuz egiten da, inpaktatutako sorbalda askatzeko.
d) Atzeko sorbalda desinpaktatzeko soilik erabiltzen den teknika da, haren orientazioa

aldatu gabe.

349.- Sorbaldaren distozia baten testuinguruan, McRoberts-en maniobrak, presio suprapubikoak eta Woods-en torlojuak huts egin dutenean, honako hauetatik zein dago ongi indikatuta?

a) Emakumea “lau hankatan” jartzea, atzeko sorbalda desinpaktatzea errazteko.
b) Trakzio zefaliko intentsoa errepikatzea, aurreko sorbalda askatzeko.
c) Rubin-en maniobra erabiltzea lehenengo esku-hartze gisa, laguntza eskatu aurretik.
d) Berehala episiotomia zabal bat egitea, distozia atal bigunen arazoa delako.

350.- Ipurdiz aurrerako aurkezpenei dagokienez, adierazi OKERRA den aukera:

a) Ipurdiz aurrerako aurkezpen puruan, oinak sorbalden parean egoten dira, hankak sabelaldera flexionatuta daudelako.
b) Ipurdiz aurrerako aurkezpen osoak aurkezpenaren diametroak handitzen ditu, beheko gorputz-atalek ere parte hartzen dutelako.
c) Ipurdiz aurrerako aurkezpen ez osoa lotuta dago oinen edo belaunen prolapsoaren arrisku handiagoarekin mintzak osorik daudenean.
d) Ipurdiz aurrerako aurkezpen purua da ohikoena, % 65-70eko intzidentzia baitu.

351.- Honako egoera klinikoetatik zein da ipurdizko aurkezpen ez-osoaren iradokizunik argiena?

a) Poltsa haustea eta baginan oin fetal bat agertzea.
b) Fetua eserita egotea, belaunak eta aldakak flexionatuta.
c) Fetuak beheko gorputz atalak luzatuta izatea, oinak sorbalden parean kokatuta.
d) Aurkezpena soilik fetuaren pelbisak osatzea.

352.- Ipurdizko aurkezpenen maiztasunei dagokienez, zein konbinazio da zuzena?

a) Ipurdizko aurkezpen puruak % 65–70; ipurdizko aurkezpen osoak % 5; eta ipurdizko aurkezpen ez-osoak % 25–30.
b) Ipurdizko aurkezpen puruak % 25–30; ipurdizko aurkezpen osoak % 65–70; eta ipurdizko aurkezpen ez-osoak % 5.
c) Ipurdizko aurkezpen puruak % 5; ipurdizko aurkezpen osoak % 25–30; eta ipurdizko aurkezpen ez-osoak % 65–70.
d) Ipurdizko aurkezpen puruak % 25–30, ipurdizko aurkezpen osoak %5, eta ipurdizko aurkezpen ez-osoak % 65–70.

353.- Shockaren kontrako jantzi ez-pneumatikoari (TANN) eta horrek erditze osteko hipobolemia-shockaren maneiuan duen eginkizunari dagokionez, aukera zuzena adierazi:

a) Gehien bat, TANNak erresistentzia baskular sistemikoa handitzen du, basokonstrikzio farmakologikoaren bidez; horregatik, bere erabilera konplexutasun handiko zentroetara mugatu beharko litzateke.

b) Gorputz-atalen eta pelbisaren konpresio zirkunferentziala egiten duenez, TANNak itzulera benosoa, aurrekarga eta bihotz-gastua handitzen ditu; gainera, beheranzko aortaren gaineko konpresio zuzena ere eragiten du.
c) Lehen Mailako Arretan erabiltzeko, nahitaezkoa da 1000 mL-tik gorako odol-galerak eta 90 mmHg-tik beherako PASa izatea.
d) TANNa kontraindikatuta dago garraio sanitarioan, hipobolemia larria dagoenean organo bizien perfusioa oker dezakeelako.

354.- Hipobolemia shockaren susmoa dugun paziente baten hasierako maneiuari (ABC) dagokionez, adierazi OKERRA den aukera:

a) Heltzean, “A” eta “B” urratsetan, arnasbidea ebaluatzen da, eta oxigenoa ematen has daiteke erreserboriodun maskararen bidez, 10–15 L/min.ko fluxuarekin.
b) “C” pausuan, pazientea hankak 30°-tan altxatuta edo litotomia-posizioan jar daiteke pelbisa baloratzeko.
c) Monitorizazio jarraituak presio arteriala, bihotz-maiztasuna, oxigenoaren saturazioa eta gernu-gastuaren balorazioa barne hartzen ditu, gutxienez orduan behin.
d) Hasierako laginketak hemograma, hemosailkapena, PT, PTT, fibrinogenoa, kreatinina, laktatoa eta elektrolitoak jasotzen ditu; ez da beharrezkoa berehala jartzea bi zainbide periferiko.

355.- Haurdunaren monitore-desfibriladore bidezko monitorizazioari dagokionez, zein da palen kokapen zuzena?

a) Pala bat eskualde infraklabikularraren eskuinaldean, bestea bihotz-puntaren eremuan, gel eroalea erabiliz.
b) Bi palak eskualde infraklabikularrean, umetokiarekin interferentziak saihesteko.
c) Pala bat bularrezurraren eskualdean, bestea ezkerreko eskualde lunbarrean.
d) Pala bat eskuineko hemitoraxean, bestea toraxaren atzeko aldean bestea (posizio anteroposteriorra), gel eroalerik erabili beharrik gabe.

356.- Garaiko hardunaren geldialdi kardiorrespiratorioan egiten den erreskate-zesareari buruz, zein adierazpen da zuzena?

a) Erreskate-zesareak fetuaren biziraupena soilik hobetzen du, eta ez dago amaren onurarik frogatzen duen ebidentziarik.
b) Fetua kanporatzeak toraxeko konpresioen eraginkortasuna hobetzen du, zain-kaba gaineko konpresioa ezabatzen duelako eta uteroplazenta-zirkulazioaren eskaria murrizten duelako.
c) Garaiko haurdunetan, anoxia motelago gertatzen da, hondar-edukiera funtzionala handituta baitago.
d) Erreskate-zesarea egin aurretik, ezinbestekoa da fetuaren bihotz-taupadak auskultazio bidez egiaztatzea.

357.- Zein da hipoxia intrauterinoagatiko eta jaiotze-asfixiagatiko heriotz perinatalarekin gehien lotzen den amaren egoera?

a) Plazentako gutxiegitasuna.
b) Zilbor-hestearen prolapsoa.
c) Amaren hipertentsio-nahasmenduak.
d) Abruptio placentae.

358.- Amen munduko heriotza-tasari dagokionez, adierazpen hauetatik zeinek deskribatzen du modu egokian egungo egoera?

a) Urtero gertatzen diren ama-heriotzen zati handi bat saihestu daitezke, bi heren baino gehiago arrazoi prebenigarrien ondorioz gertatzen direlako.
b) Ama-heriotzen gehienak saihestezinak dira eta ezin dira prebenitu gaur egun eskuragarri dauden esku-hartzeekin.
c) Urteko ama-heriotzen proportzio oso txiki bat soilik gertatzen da arrazoi prebenigarriengatik.
d) Ama-heriotzak, batez ere, haurdunaldiarekin lotura ez duten gaixotasun kronikoek eragiten dituzte, eta horrek prebentzio-aukerak murrizten ditu.

359.- Erditze prematuroaren fetu-asfixiari buruzko baieztapen hauetatik, zein da zuzena?

a) Garaiko fetuak hipoxiarekiko zaurgarritasun neurologiko handiagoa du, garuneko autorregulazio mekanismoen heldugabetasuna dela-eta.
b) Fetu-asfixiaren prebalentzia antzekoa da erditze prematuroetan eta garaiko erditzeetan.
c) Fetu prematuroak asfixia-aldi luzeagoak biziraun ditzakeen arren, paradoxikoki, biziraupen hori garun-lesioa izateko arrisku handiagoarekin lotzen da, hipotentsio eta hipoperfusio luzatuak direla-eta.
d) Garaiko fetuarekin alderatuta, fetu prematuroak zaurgarritasun txikiagoa du hipoxiaren kontrako efektuekiko, haren eskari metabolikoa txikiagoa baita.

360.- Egungo ebidentziaren arabera, erditze prematuroaren asistentzian zilbor-hestea klanpatzeko uneari dagokionez, zer gomendatzen da?

a) Jaio eta berehala klanpatu behar da, 10 segundo pasa baino lehen.
b) Konplikazioak saihesteko, 20 segundo pasa baino lehen klanpatu behar da.
c) Jaioberria egonkor badago, 30 segundo pasa baino lehen klanpatzea saihestu behar da.
d) Kasu guztietan klanpajea gutxienez 2 minutuz atzeratu behar da, derrigor.

361.- Erditze prematuroaren lanaren diagnostiko-irizpideei dagokienez, zein da aukera OKERRA?

a) 20 minutuan 4 uzkurdura edo ordubetean 8 uzkurdura egotea diagnostiko-irizpideen parte da.
b) Uzkurdura isolatuak egoteak, nahiz eta aldaketa zerbikalik ez egon, erditze prematuroaren lanaren diagnostikoa berresten du.
c) Zerbixaren ≥ 2 cm-ko dilatazioa eta ≥ % 80ko laburpena bateragarriak dira erditze prematuroaren lanarekin.
d) ≥ 6ko Bishop puntuazioa izatea erditze prematuroaren lanaren diagnostikoaren barruan sartzen den irizpidetzat hartzen da.

362.- Heriotza perinatalaren ondoren familiei laguntzeko *Guía Umamanita* gidaren gomendioen arabera, zein da aukera OKERRA?

a) Norberaren burua aurkeztea, entzute aktiboa egitea eta lasaitasuna mantentzea oinarrizko gomendioen parte dira.
b) Garrantzitsua da gurasoei laguntzea, euren aukerak azalduz eta erabakiak hartzeko orduan lagunduz.
c) Egokia da gurasoei gogoraraztea etorkizunean beste seme-alabarik izan ahal izango dutela, haiek kontsolatzeko.
d) Haurraren izena erabiltzea eta bi gurasoekin modu ekitatiboan hitz egitea gomendatzen da.

363.- Dolu perinatalaren arretan parte hartzen duten profesionalen elkarrekiko laguntzari dagokionez, zein da aukera OKERRA?

a) Gomendagarria da lankideen elkarrekiko laguntza-taldeak sortzea eta gaia saio klinikoetan lantzea.
b) Profesional berak bai jaiotzak, bai heriotzak artatzeak egoera normalizatzen laguntzen du, eta desgaste emozionala murrizten du.
c) Galera bat artatzeak gatazka pertsonala sortzen badu, arduradunari jakinarazi behar zaio taldea berrantolatzeko aukera baloratzeko.
d) Garrantzitsua da lankideen lana aitortzea, elkarri babesa eskaintzea eta intentsitate emozional handiko kasuen artean atseden tarteak bermatzea.

364.- 29 urteko emakume bat, lehenengo haurdunaldian, larrialdietara joan da erditze baginal eutozikoa izan eta 48 ordura. Ondoez orokorra, hotzikarak eta hipogastrioko mina ditu. Edoskitzen ari da eta ez du medikamentuen aurkako alergiarik. Hasierako balorazioan, 112/68 mmHg-ko tentsio arteriala du, 108 t/m-ko bihotz-maiztasuna, 20 a/m-ko arnasketa maiztasuna eta % 97ko oxigeno saturazioa. Lehen tenperatura-neurketan 38,2 ºC du eta, sei orduren buruan, 38,1 ºC. Nekatuta eta ahul dago, baina orientatuta, shock seinalerik gabe. Azterketa abdominalean, umetoki mingarria eta subinboluzionatuta ikus daiteke; lokioak usain txarrekoak dira, eremu perinealak ez du infekzio seinalerik, bularretan ez dago mastitis adierazpenik, ez dago maskuriko globorik, eta zauri obstetrikoa behar den moduan sendatzen ari da. Aukera hauetako zein da zuzena?

a) Ez du sukar puerperalaren irizpideak betetzen, erditzearen osteko lehen 24 orduetan tenperatura 38,5 ºC-tik gorakoa izan beharko litzatekeelako.
b) Sukar puerperalaren irizpideak betetzen ditu, erditze osteko 24 ordu eta 6 aste bitarteko epean 38 ºC-tik gorako bi neurketa izan dituelako horien arteko 6 orduko tartearekin.
c) Ez ditu sukar puerperalaren irizpideak betetzen, diagnostikoa erditu osteko lehen astera mugatuta dagoelako erabat.
d) Ez ditu sukar puerperalaren irizpideak betetzen, sukarra soilik erditu osteko lehen astetik aurrera agertu behar delako.

365.- Emakumearen erditze osteko esplorazio sistematikoari dagokionez, elementu hauetatik zein da sistemakako balorazio egokiaren parte?

a) Umetokiaren inboluzioa eta lokio kantitatea soilik baloratzea, erditze ondoko parametro nagusiak direlako.
b) Ebaluatzea azalaren kolorazioa, zurbiltasun konjuntibala, bularren miaketa, genitalen berrikuspena eta beheko gorputz adarren balorazioa.
c) Zauri kirurgikoan eta infekzio sistemikoaren zantzuetan zentratzea, gainerako balorazioa ondorengo kontsultetarako utzita.
d) Emakumearen egoera emozionala soilik baloratzea eta depresio-sintomak baztertzea lehen esplorazio honetan.

366.- Infekzio puerperalari dagokionez, adierazpen hauetatik zein da zuzena?

a) Infekzio puerperala entitate arraroa da eta, garapen bidean dauden herrialdeetan, amen heriotzen % 1 baino gutxiago eragiten du.
b) Infekzio puerperalaren kausa nagusia mastitisa da.
c) Infekzio puerperala erditze ondoko sukarraren arrazoi nagusia da eta, garapen-bidean dauden herrialdeetan, amen heriotzen % 15 ere eragin dezake.
d) Infekzio puerperala arina da eta oso gutxitan hedatzen da uterotik harago.

367.- Erditze ondoko hemorragiaren tratamendu farmakologikoari dagokionez, zein da aukera zuzena?

a) Ondesteko misoprostola lehenetsitako lehen aukera da, beste uterotonikoek baino eraginkortasun handiagoa eta albo ondorio gutxiago dituelako.
b) Metilergometrina lehenetsitako bigarren aukera da, baina hipertentsioa duten emakumeetan saihestu behar da.
c) Karboprosta zain-barneko bidetik ematen da 15 minuturo; gehienez, 8 dosi.
d) Azido tranexamikoa hemorragia hasi osteko lehenengo 3 ordutan ematen bada soilik da eraginkorra.

368.- Utero-inbertsio akutua maneiatzeari dagokionez, zein da aukera zuzena?

a) Lehenetsitako tratamendua baginaren bidezko eskuzko murrizketa azkarra da, hau da, utero-hondoari bultzatuz bere posizio normalera itzulita.
b) Uteroko erlaxatzaileak kontraindikatuta daude, eskuzko murrizketaren maniobra oztopatzen dutelako.

c) Inbertsioa murriztu ondoren, uterotonikoak erabiltzea saihestu behar da uteroko min-arriskua gutxitzeko.
d) Hasierako tratamendua uterotonikoak berehala ematea izan behar da, uteroaren uzkurdura eta birkokapena errazteko.

369.- Pubiseko sinfisiaren diastasiari dagokionez, zein sintoma EZ da patologia honen bereizgarria?

a) Min bizia pubiseko sinfisiaren gainean presioa egitean.
b) Mina trokanterrak aduzitzean.
c) Edematizazioa eta ibiltzeko zailtasuna.
d) Aldaka flexionatzeko zailtasuna, hankak luzatzean.

370.- Episiorrafiaren erditze ondoko konplikazioei dagokienez, zein baieztapen da zuzena?

a) Erditze ondoko hematomak normalean berez desagertzen dira, eta ez dute behar jostura berriz irekitzea.
b) Normalean, erditze ondoko hematomarekin lotutako mina analgesia konbentzionalarekin hobetzen da.
c) Orbainaren infekzioa tratatzeko, jostura ireki eta berehala berriz josi behar da.
d) Erditze ondoko hematomek pelbiseko ehun-geruzak askatu ditzakete; hortaz, jostura ireki eta ahalik eta azkarren hustu behar da bildutakoa.

371.- Nazioarteko Gaixotasun Sailkapenaren arabera, hauetatik zein EZ da erditze ondoko depresioaren sintoma tipiko bat?

a) Jarduera psikomotorraren areagotze nabarmena eta lo-behar murriztua.
b) Antsietatea, urduritasuna eta negarra.
c) Lo-nahasmenduak eta apetitu-galera.
d) Erruduntasun-ideiak eta ezgauza izatearenak, baita episodio arinetan ere.

372.- Edinburgoko Erditze Ondoko Depresioaren Galdeketari (EPDS) buruzko adierazpen hauetatik zein da OKERRA?

a) Antsietatea, tristura eta erruduntasuna bezalako sintoma emozionalak aztertzen ditu.
b) Emakumea azken 7 egunetan nola sentitu den ebaluatzen du.
c) Barne hartzen ditu jangura-galeraren, loaren eta sintoma somatikoen inguruko galderak.
d) Erditze ondoko depresio-arriskua detektatzeko baheketa-tresna da.

373.- EPDS galdetegiaren item hauetatik, zeinek ebaluatzen du zuzenean erditze ondoko ideiagintza autolesiboa?

a) “Zoritxar hain handia sentitu dut, non lo egiteko zailtasunak izan ditudan.”
b) “Neure buruari min egitea pentsatu dut.”

c) “Arduratuta eta urduri egon naiz arrazoirik gabe.”
d) “Gauzek estutu edo larritu egiten naute.”

374.- Beck-en Depresio-Inbentarioari (BDI) buruzko adierazpen hauetatik zein da zuzena?

a) 15 item ditu, bakoitza 0tik 4ra puntuatuta.
b) 21 item ditu, 0tik 3ra puntuatutako txikitik handirako intentsitatea duten erantzunekin.
c) Erditze ondoko depresiora zuzendutako galdetegi espezifikoa da.
d) Ez du erruduntasunarekin edo autokritikarekin lotutako itemik.

375.- Psikosi puerperalari dagokionez, zein da baieztapen zuzena?

a) DSM-IVek espezifikoki erditze ondoko nahasmen afektibo gisa sailkatzen du.
b) Kasu gehienek esklusiboki erditze ondoko kausa hormonalekin dute lotura.
c) Haren prebalentzia gutxi gorabehera 10.000 erditze bakoitzeko 1–2 kasukoa da.
d) Episodioek bat-bateko hasiera eta sintomen fluktuazio azkarra erakutsi ohi dute.

376.- Neuroliptikoekin tratatutako psikosi puerperala duten amen edoskitzeari dagokionez, zein adierazpen da OKERRA?

a) SEGOk (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), kasu horietan, edoskitzearen etetea indikatzen du bere protokoloan.
b) Beste erakunde batzuk ez dute gomendatzen etete sistematikoa; esneko kontzentrazioa amaren plasmaren araberakoa dela adierazten dute, eta aurreikusten dute haurrak amaren dosiaren % 3 hartzen duela (kg/egun).
c) Edoskitzea mantentzeak ama-haur lotura susta dezake eta agerraldi akutu batean baino ez da saihestu behar; baliteke aldi baterako banatu behar izatea.
d) Neuroliptikoak hartzen hasten diren unean, gomendatutako jokabide orokorra edoskitzea berehala etetea da kasu guztietan.

377.- Virchowen triadako zein elementu areagotzen da haurdunaldian, utero haurdunak beheko kaba zaina eta zain iliakoak zanpatzen dituelako?

a) Hiperkoagulagarritasuna.
b) Endotelio-lesioa.
c) Benako estasia.
d) Fibrinolisiaren aktibazioa.

378.- Zain sakonetako tronbosiaren (TVP) esplorazioko zeinu klinikoei dagokienez, zein adierazpen da zuzena?

a) Homans zeinua oinaren flexio plantar pasiboak eragiten du, eta mina eragiten du bernan.
b) Deneck zeinua zokogune popliteoan kokatzen da, eta eremu hori konprimatzean gertatzen da.

c) Tschmark zeinua oinaren barnealdean identifikatzen da, presio leuna aplikatzean.
d) Homans zeinuak mina eragiten du bernan eta zokogune popliteoan, oinaren dortsiflexio pasiboa gertatzen denean.

379.- Miaketa-zeinu hauetatik, zeinek iradokitzen du TVPa zokogune popliteoaren eremua zanpatzean, min lokalizatua eraginda?

a) Deneck zeinuak.
b) Tschmark zeinuak.
c) Homans zeinuak.
d) Trendelenburg zeinuak.

380.- Duela 2 urte TVPa izan zuen eta arrisku ertaineko tronbofilia hereditarioaren eramailea den 10 asteko haurdun bat kontsultara dator. Une honetan ez du episodiorik. Aukera hauetatik, haurdunaldian tronboenbolia-arriskua murrizteko, zer estrategia da zentzuzkoena?

a) Profilaxirik ez egitea, azken episodiotik haurdun geratu arte urtebete baino gehiagoko epea pasa delako.
b) Haurdunaldi osoan zehar, HBPM erabiltzea dosi ertainetan (adibidez: tintzaparina, 75 UI/kg/egun), baina antikoagulazioa etetea erditze ondoko berehalako aldian.
c) HBPM erabiltzea dosi profilaktikoetan, puerperioan soilik.
d) Haurdunaldi eta puerperio osoan zehar HBPM bidezko tratamendua mantentzea dosi ertainetan, errekurrentzia-arriskua altua baita.

381.- Kontrol-kontsulta batean, emagin batek tronboenbolismo benosoaren arrisku ertaina duen haurdun bat ebaluatzen du. Haurdunaren Kartillan aurkikuntzak behar bezala erregistratzeaz gain, ondoko jardueretako zein da emaginaren berariazko esku-hartze gako bat konplikazio tronboenbolikoen prebentzioan?

a) Premiazko dimero D bat egiteko indikatzea eta eko-Doppler benoso bat eskatzea.
b) Preskribatutako tratamenduen betetzea monitorizatzea, alarma-seinale goiztiarren zantzuak detektatzea eta, konplikazio baten susmoa agertuz gero, azkar deribatzea.
c) Pisu molekular baxuko heparinaren dosia doitzea, haurdunaldiaren bilakaeraren arabera.
d) II. mailako konpresio-mediak preskribatzea eta bi astetik behingo berrikuspenak programatzea Hematologiarekin.

382.- Toxoplasmosi kongenitoaren adierazpenei dagokienez, normalean zein aukera EZ da lotzen infekzio goiztiarrekin (20 aste bete baino lehen eskuratutakoak)?

a) Hidrozefalia.
b) Garezur-barneko kaltzifikazioak.
c) Koriorretinitisa.
d) Hepatoesplenomegalia sukarrarekin eta meningoentzefalitisarekin.

383.- Jaioberriaren mintz hialinoaren sinfromeari (SDR) dagokionez, adierazi aukera OKERRA:

a) Bizitzako lehen orduetan agertu ohi da, polipnea, tiradura, kexu eta zianoziarekin aire giroan, surfaktante-defizitak eragindako kolapso albeolarraren ondorioz.
b) Intzidentzia nabarmen handitzen da 32 astetik beherako haurdunaldietan, eta %50era irits daiteke 28 astetik beherako jaioberrietan.
c) Garaiko jaioberrietan ere ikus daiteke, bereziki hautapenezko zesarea bidez jaio direnetan edo kontrol metaboliko txarreko ama diabetikoen seme-alabetan.
d) Kanpoko surfaktantea erabilgarria da, baina ez du murrizten ez aireztapen mekanikoaren beharra, ez koadroari lotutako heriotza-tasa.

384.- Hurrengo baieztapenetatik zeinek deskribatzen du modu egokian prematuroen erretinopatiaren (ROP) hasierako mekanismoa?

a) Prematuroen jaiotzak erretinako angiogenesiaren berehalako handitzea eragiten du, utero-barneko ingurune hiperoxikoaren ondorioz.
b) Utero-barneko ingurune hipoxikoa eteteak erretinako odol-hodien hazkunde normala eteten du, eta horrek hazkunde anomaloa sustatzen du ondorengo faseetan.
c) Erretinako angiogenesia 30. astea baino lehen osatzen da, beraz, muturreko prematuroek gutxitan garatzen dute ROP.
d) Plazentako faktoreek erretinako odol-hodiak eratzea inhibitzen dute, beraz, prematuroa izateak ROP arriskua murrizten du.

385.- Amaren Kanguro-metodoaren prozedura egokiei dagokienez, zein adierazpen da egiazkoa?

a) Jaioberria zuzenean amaren toraxaren gainean kokatu behar da, horizontalean eta azalak azala ukituz; arropa arina lehenetsiko da, fluktuazio termikoak saihesteko.
b) Metodoa erabili bitartean, monitorizazio kardiorrespiratorioa derrigorrezkoa da jaioberri guztietan, egonkortasun klinikoa edo adin gestazionala edozein dela ere.
c) Metodoa erabili bitartean, gomendatutako inguruneko tenperatura 23–25 ºC artekoa da, kontrol termikoa bermatuta prozeduraren aurretik, bitartean eta ondoren.
d) Amaren kotoizko bularretakoa erabiltzea gomendatzen da, jaioberria hobeto eusteko eta toraxeko gehiegizko mugimenduak saihesteko.

386.- 72 orduko jaioberri batean, belaunetatik orkatiletaraino iristen den ikterizia antzematen da bi hanketan, eta ez dago datu analitiko eskuragarririk. Progresio zefalo-kaudalaren (Kramerren eremuak) ikteriziaren balorazio klinikoaren arabera, zein da iradokizun probableena?

a) Bilirrubina seriko estimatua: 4 eta 7 mg/dl artean.
b) Bilirrubina seriko estimatua: 5 eta 8,5 mg/dl artean.
c) Bilirrubina seriko estimatua: 6 eta 11,5 mg/dl artean.
d) Bilirrubina seriko estimatua: 9 eta 17 mg/dl artean.

387.- Mekonioko aspirazioa prebenitzeari dagokionez, ondoko baieztapenetatik zein da zuzena?

a) Mekonioko likidoa duten jaioberri guztien ahoko eta sudurreko aspirazio sistematikoa gomendatzen da, haien egoera klinikoa edozein dela ere.
b) Amnioinfusioa argi ezarritako eta gomendatutako neurria da erditze-barneko mekonio-kontzentrazioa murrizteko.
c) Jaiotzean jaioberria kementsua eta erantzunkorra bada, eta arnas eraginkorra badu, ez da ohiko aspirazio maniobra egin behar.
d) Beti saihestu behar da maskara bidezko bentilazioa, trakea-aspirazio selektiborako ekipamendurik ez dagoenean ere.

388.- Hurrengo baieztapenetatik zeinek deskribatzen du modu zuzenean jaioberriaren tonu muskularraren bilakaera adin gestazionalaren arabera?

a) 28. astean, prematuroak flexio-tonu osoa erakusten du lau gorputz-adarretan, nahiz eta oraindik ahula izan.
b) 32. astean, flexio-tonua agerikoa bihurtzen hasten da aldaka eta orkatiletan, mielinizazio azpikortikalaren igoerarekin bat etorriz.
c) Goiko gorputz adarretako flexio-tonua goiztiarra da, haurdunaldiaren 28.–30. asteen inguruan.
d) Garaiko jaioberriak tonu hedatzaile handiagoa erakusten du, sistema piramidalaren heldutasun osoaren ondorioz.

389.- Hurrengo baieztapenetatik, zeinek deskribatzen du modu egokian hipotermia terapeutikoaren aplikazioa entzefalopatia hipoxiko-iskemikoa (EHI) duen jaioberrian?

a) Hipotermia ahalik eta azkarren hasi behar da, idealki bizitzako lehen 6 orduen barruan, eta 72 orduz mantendu, garuneko tenperatura 3–4 ºC jaitsiz.
b) Baldin eta erditze-barneko hipoxiaren ebidentzia klinikoa badago, segurtasunez has daiteke hoztea edozein adin gestazionaleko jaioberritan.
c) Hipotermiaren helburu nagusia gibelaren metabolismoa murriztea da, azidosi metabolikoa prebenitzeko.
d) Lehenetsitako aukerako teknika buruko hozte selektiboa da, gorputz osoko hozteak eraginkortasun txikiagoa erakutsi duelako.

390.- Entzefalopatia hipoxiko-iskemikoaren (EHI) susmoa duten jaioberrietan, irizpide hauetatik zeinek EZ du ahalbidetzen hipotermia terapeutiko bidezko tratamendua modu egokian aplikatzea?

a) Erditze-barneko hipoxia-episodio baten ostean entzefalopatia arina duen jaioberria izateak.
b) ≥35 asteko jaioberria izateak, hipoxia-iskemiaren ebidentzia klinikoa eta entzefalopatia moderatua dituena.
c) Duela 5 ordu hozte pasiboa jasotzen hasi zen jaioberria izateak, ospitalera iristean guztira 7 orduz bizirik egon dena.
d) Egitura-malformaziorik eta utero-barneko organo anitzeko disfuntzio larririk ez duen jaioberria izateak.

391.- Aurkikuntza hauetatik, zeinek adierazten du modu zehatzagoan mutil jaioberri batek atzeko ondesteko uretra-balbulak izan ditzakeela?

a) Bizitzako lehen 24 orduetan gernu-egiterik ez egoteak.
b) Gernu-jario ahula edo tantako-txorrota izateak pixa egitean.
c) Bizitzako lehen orduetan gernu-maiztasunaren handitze moderatua egoteak.
d) Abdomeneko distentsioarekin loturiko eginkari mekonial berantiarrak egoteak.

392.- Faktore hauetatik, zeintzuk dute lotura argiagoa jaioberriaren gernubide-infekzioaren arrisku handiagoa izatearekin?

a) Emakumezkoa izateak eta garaiko haurdunaldia izateak, familia-aurrekaririk gabe.
b) Amaren GTI aurrekariek, prematuritateak eta malformazio nefrourologikoen jaioaurreko aurkikuntzak.
c) Konplikaziorik gabeko erditze eutozikoa eta likido amniotiko garbia izateak.
d) Gernua biltzeko poltsa esterila erabiltzeak jaioberrien baheketa-prozesuan.

393.- Lehen haurdunaldia izan duen ama berri bat kontsultara joan da erditu eta 72 ordura, edoskitzean min handia duelako bi titiburuetan. Adierazten du jaioberriak maiz hartzen duela bularra, baina sumingarri ikusten zaiola eta ez dirudiela asetzen denik. Miaketan, pitzadurak ikusten dira titiburuetan. Zein da jarduera egokiena?

a) Aldi baterako etetea amagandiko edoskitzea.
b) Tratamendu antibiotiko enpirikoa hastea.
c) Heltze-teknika baloratzea eta jarrera zuzentzea.
d) Berehala ematea formulazko osagarriak.

394.- 4 eguneko jaioberri osasuntsua, esklusiboki amagandiko edoskitzearekin elikatua. Jaio zenetik, %9ko pisu-galera izan du. Amak adierazten du sarri ematen diola bularra, baina zalantzan jartzen du esne nahikoa sortzen duen. Zein da jarrera egokiena?

a) Sistematikoki formulazko osagarriak hastea.
b) Amagandiko edoskitzea etetea eta edoskitze artifizialera pasatzea.
c) Egoera fisiologikotzat jotzea, esku-hartzerik egin gabe.
d) Amagandiko edoskitzea baloratzea eta laguntza eta zuzenketa eskaintzea.

395.- Amagandiko edoskitzea hastea eta mantentzea errazten duten praktikei dagokienez, adierazi aukera zuzena:

a) Gomendatzen da gaueko hartualdiak mugatzea, amaren atsedena hobetzeko.
b) Txupetearen erabilera goiztiarrak edoskitzea ezartzen errazten du.
c) Elkarrekin lo egitea (colecho) kontraindikatuta dago kasu guztietan.
d) Amagandiko edoskitzea eskaeraren araberakoa izan behar da, gaueko aldia barne.

396.- Amagandiko edoskitzeko hartualdi eraginkor baten balorazioari dagokionez, zein aurkikuntzak adierazten du arazo bat?

a) Ahoa ondo irekita egoteak, ezpainak kanporantz biratuak..
b) Irenste ikusgarria edo entzungarria egoteak.
c) Titiburuan min iraunkorra izateak hartualdian zehar.
d) Haurrak bere kasa askatzeak bularra.

397.- Ezpain-leporinoa eta ahosabai-arraila duten haurren amagandiko edoskitzeari dagokionez, adierazpen hauetatik zein da zuzena?

a) Edoskitzearen arrakasta defektuaren tamainaren eta kokalekuaren araberakoa da, eta baliteke alternatibak behar izatea, hala nola esnea atera behar izatea.
b) Amagandiko edoskitzea ezinezkoa da ahosabai-arraila dagoen kasu guztietan.
c) Ezpain-leporino isolatuak beti galarazten du amagandiko edoskitzea.
d) Xurgapena beti da eraginkorra haur hauen kasuan.

398.- Kalostroari buruz adierazi erantzun zuzena:

a) Kalostroa erditze ondoko lehen egunetik edoskitzearen bukaerara arte jariatzen da.
b) Kalostroak esne helduak baino laktosa eta gantz gehiago ditu.
c) Kalostroa kolore hori iluneko likidoa da, proteinen eta mineralen proportzio handiagoa duena, baita antigorputzak eta A immunoglobulinak (IgA) ere.
d) Kalostroa erditze ondoko bosgarren eta zazpigarren egun artean agertzen da, esne helduaren ondoren.

399.- Amaren esnea eskuz ateratzeari eta ateratze-metodoei buruzko baieztapen hauetatik, zein da zuzena?

a) Eskuz ateratzea beti da esne-ateragailuekin ateratzea baino hobeagoa, bereziki banatze luzeetan, hala nola prematuroen edo lan egiten duten amen kasuetan.
b) Bi bularretako esnea ateratzeko gailu elektrikoei esker, esnea bi bularretatik ateratzeko behar den denbora erdira murriztu daiteke.
c) Esnea eskuz atera baino lehen, ez da beharrezkoa eskuak garbitzea, gizakiaren esneak bakterioen hazkuntza atzeratzen baitu.
d) Esnea eskuz ateratzeko gailurik hoberenak haurraren xurgatze-efektua imitatzeko bi eskuak erabiltzea eskatzen dutenak dira.

400.- Substantzia edo osagai hauetako zein aurkitzen da gizakiaren esnean, eta zer funtzio edo ezaugarri egozten zaio?

a) Gizakien esnean, K bitaminaren kontzentrazioa oso handia da, haurraren hemorragia prebenitzeko.
b) Esnean interleukina 6ko kontzentrazio oso handia dago, A immunoglobulinaren (IgA) presentziarekin lotura duena.
c) Gizakien esnean, burdinaren kontzentrazioa oso handia da, anemia ferropenikoa prebenitzeko.

d) Hazkuntza-epidermikoaren faktoreak lotura du giza immunoeskasiaren birusaren kontrako babesarekin.

401.- Zein prozesu gertatzen da haurdunaldiaren 20. astetik aurrera ugatz-guruinean?

a) Albeoloetako epitelioaren gehieneko ugalketa eta hodi berrien sorrera.
b) Albeolo-ugalketaren amaiera eta zelula epitelialen gaitasun sekretorearen hasiera.
c) Oxitozinak eragindako zelula mioepitelialen uzkurduraren bidezko esne-eiekzioa.
d) Hodi nagusien enbrioi-garapena plazentako estrogenoen eraginez.

402.- Zer eragin du progesteronak haurdunaldiko esne-ekoizpenean, eta zer gertatzen da erditu ondoren laktogenesia hasteko?

a) Progesteronak laktosaren ekoizpena estimulatzen du, laktosa-sintetasaren aktibazio zuzenaren bidez, eta erditu ondoren, gora egiten duenez bat-batean, esne-jarioa hasten da.
b) Progesteronak alfa-laktoalbuminaren ekoizpena inhibitzen du, eta erditu ondoren, bat-batean jaisten denean, prolaktinak laktosa-sintetasa eta laktosaren ekoizpena estimulatzen ditu.
c) Progesteronak laktogeno plazentarioarekin lehiatzen da errezeptore bera lortzeko, eta erditze ondorengo jaitsierak lagundu egiten dio laktogenoari lotura bular-guruinera lotzen.
d) Progesteronak hipotalamoko dopaminaren askapena handitzen du, prolaktina inhibituz, eta erditu ondoren, xurgapenak tokian tokiko efektu inhibitzaile hori deuseztatzen du.

403.- Adierazi erantzun zuzena esne-eiekziori buruz:

a) Esnea berez isurtzen da albeoloetatik hodietara grabitatearen eta haurraren xurgatze jarraituaren ondorioz.
b) Oxitozina hipofisiaren aurreko lobulutik askatzen da xurgatzearen ondorioz, eta horri esker, esne-hodiak erlaxatu eta jariatzen hasten dira.
c) Esne-eiekzioa erreflexu lokala da, estimulatzen den bularrean soilik gertatzen dena, hormona-sistemak edo nerbio-sistema zentralak parte hartu gabe.
d) Esne-eiekzioren erreflexua estresak, minak edo adrenalinak inhibitu dezake, eta normalean xurgatzen hasi eta minutu batera gertatzen da, gutxi gorabehera.

404.- Zein da gaur egun edoskitzea inhibitzeko gomendatutako farmakoa, eta zein egoeratan erabiltzen da 1,0 mg-ko dosi bakarra?

a) Bromokriptina, 5 mg/egun 2 astez, soilik edoskitzea hasia badago.
b) Kabergolina, 1,0 mg-ko dosi bakarrean, emakumeak edoskitzea hasi ez badu oraindik.
c) Estradiol bentzoatoa muskulu-barnean, 5 mg/egun 3-4 egunez, progestagenoekin batera.
d) Benda konpresiboa izotzarekin eta analgesikoekin, tratamendu farmakologikoki lehen lerro gisa.

405.- Zilbor-hesteko Odolari buruzko (ZHO) 2020-2025eko Plan Nazionalaren arabera, zein da dokumentuan jasotako helburu estrategikoetako bat?

a) Kalitate-programa komunak garatzea, bilketen baldintza teknikoak berrikustea, bankuetako irizpide komunak eta auditoretzen ezarpena barnean hartzen dituztenak.
b) 100.000 ZHO unitateko inbentarioa lortzea, 10 × 10^8 CNT baino zelularitate handiagoa duena, eta aurreko unitate guztiak kentzea.
c) ZHOaren erabilera esklusiboki sustatzea transplante hematopoietikorako, garapeneko edo etorkizuneko erabilerak baztertuta.
d) Profesionalen eta osasun-agintarien prestakuntza instituzio bakar batean zentralizatzea, autonomia-erkidegoen eta ONTren parte-hartzerik gabe.

406.- Zilbor-hesteko odolaren dohaintza sustatzeko programei dagokienez, adierazi aukera zuzena emaileei eman beharreko informazioari buruz:

a) Zilbor-hesteko odolaren (ZHO) dohaintzari buruzko informazioa Lehen Mailako Arretako medikuek soilik eman behar dute, erizainen edo emaginen esku-hartzerik gabe.
b) Dohaintzari buruzko informazioa erditze-unean soilik eman behar zaio emaileari, erabakia eguneratua eta borondatezkoa izan dadin.
c) Informazio-puntuek informazio unibertsala bermatu behar dute, emaileak erditu aurretik libreki erabaki dezan. Horrez gain, dohaintza baino lehen, hausnartzeko eta baimena ezeztatzeko aski denbora izan beharko du.
d) Emaileak erditzeko prestaketa-ikastaroan baimen informatua sinatu ostean, ezingo du atzera egin inola ere.

407.- Zilbor-hesteko odolaren dohaintzarako baimen informatuari dagokionez, deskribatutako araudiaren arabera, zein da zuzena. honako erantzun hauetatik?

a) Pazienteak aldez aurretik informazio egokia jasoko du, eta askatasunez onartu edo uko egin ahalko dio; hori guztia bere historia klinikoan jasota geratuko da.
b) Baimena beti ahozkoa izan behar da, prozedura edozein dela ere.
c) Baimena edozein unetan lor daiteke, pazienteari aurretik informaziorik eman ez bazaio ere.
d) Osasun-profesionalek soilik dituzte legezko betebeharrak, eta ez da eskatzen pazienteak emandako datuak egiazkoak izatea.

408.- Zilbor-hesteko odolaren (ZHO) dohaintzarako baimen informatua lortzeko protokoloaren arabera, honako erantzun hauetatik, zein da zuzena?

a) Hobe da baimen informatua erditze-lanetan bertan jasotzea, berehala hartutako erabakia dela ziurtatzeko.
b) Aurretiko informazioa idatzizkoa izan behar da soilik, profesionek ahoz azaldu beharrik gabe.
c) Baimen informatua haurdunaldian zehar eman behar zaio amari, baldintza egokietan dagoenean; inoiz ez erditzean.

d) Dohaintzaren erabakia nahitaez hartu behar da osasun-profesional batekin izandako elkarrizketa kliniko baten ondoren.

409.- Zilbor-hesteko odol (ZHO) emaileen hautaketa-irizpideei dagokienez, aukeratu erantzun zuzena:

a) Ospitale baimendu batean erditzen badira, emakume guztiak izan daitezke emaile, beren osasun-egoera edozein dela ere.
b) Hautaketa-irizpide nagusia erditze-mota da (baginala edo zesarea), laginaren kalitatea bermatzeko.
c) Gaixotasun genetikoko familia-aurrekariek ez dute eraginik hautaketan, analitikoki baieztatuta ez badaude.
d) Haurdunek osasuntsu egon behar dute, eta ezin dute gaixotasun infekziosorik edo genetikorik eduki. Gainera, erditu aurretik baimen informatua sinatuta izan behar dute.

410.- Egoera hauetatik, zein da bazterketa-irizpide obstetriko bat zilbor-hesteko odol (ZHO) emaile izateko?

a) Haurdunaldiaren 34. astea baino lehen erditzea.
b) 38 eta 40 aste inguruko garaiko erditzea eta pisu fetal egokia.
c) Konplikaziorik gabeko erditze baginala.
d) 650 gramotik gorako pisua duen plazenta.

411.- Bazterketa-irizpide demografiko eta mediko-sozialei dagokienez, aukeratu erantzun zuzena:

a) 18 urtetik beherako emakumeak emaile izan daitezke, senideen baimena badute.
b) Hepatitis C eduki izana ez da baztergarria emaile izateko, sendatua badago.
c) Birus ahuldudun txertoek ez dute eraginik dohaintza egiteko aukeretan.
d) Drogak zain barnetik kontsumitzea bazterketa-irizpidea da, infekzio-arriskuagatik.

412.- Zilbor-hesteko odol (ZHO) emaileak baloratzeari dagokionez, adierazi erantzun zuzena:

a) Analitika bat egitea nahikoa da, historia klinikorik eta azterketa fisikorik egin beharrik gabe.
b) Historia klinikoak aurrekari pertsonalak eta familiarrak jaso behar ditu, baita beste gurasoaren datuak ere.
c) Azterketa fisikoa ez da garrantzitsua haurduna itxuraz osasuntsu badago.
d) Ez da beharrezkoa uneko haurdunaldiaren bilakaera baloratzea dohaintza onartzeko.

413.- Zer alde dago zilbor-hesteko odol-bankuen (ZHOB) kalitate-ziurtagiriaren eta akreditazioaren artean?

a) Ziurtagiria erakunde independenteek ematen dute, esaterako, Akreditazioko Erakunde Nazionalak (AEN); akreditazioa, berriz, erabiltzaile-komunitatean erakundeak duen prestigioan oinarritzen da (adib. NetCord).
b) Ziurtagiria azken produktura (ZHO) mugatzen da soilik, eta akreditazioak garraio-prozesuak baino ez ditu ebaluatzen.
c) Ziurtagiria derrigorrezkoa da 9/2014 Errege Lege-Dekretuaren arabera, eta akreditazioa borondatezkoa da eta ez du legezko baliorik.
d) Ziurtagiria autonomia-erkidego bakoitzak ematen du, eta akreditazioa, berriz, gobernu zentralak.

414.- Zilbor-Hesteko Odola Lortzeko Unitate motei dagiokienez, zer alde dago Unitate Finkoen eta Ez-Finkoen artean?

a) Finkoek ZHOBarekin hitzarmena dute; Ez-Finkoek ez.
b) Finkoak dohaintza zuzenduarentzat dira soilik; Ez-Finkoak, berriz, dohaintza altruistarentzat.
c) Finkoek ez dute prestakuntza berezirik behar; Ez-Finkoek bai.
d) Finkoak Koordinazio Autonomikoaren mende daude; Ez-Finkoak autonomoak dira.

415.- Nork erauzi behar du Zilbor-Hesteko Odola?

a) Obstetrizian espezializatutako medikuak bakarrik.
b) Emaginak bakarrik.
c) Zilbor-hesteko odol bankuko langileek.
d) Erditzea artatzen duen medikuak edo emaginak, aurrez prestatuta.

416.- Gomendioen arabera, zenbat denborako heste-pintzamendu komeni da egitea, Zilbor-Hesteko Odol dohaintza altruistetarako bada?

a) Berehalako pintzamendua (<30 segundo), bolumena maximizatzeko.
b) 60 segundotan egindako pintzamendua, jaioberriaren onura errespetatuz.
c) 120 segundotan egindako pintzamendua, kalitatea bermatzeko.
d) Pintzamenduaren denbora ez da garrantzitsua dohaintzarako

417.- Dekretuaren 1. artikuluaren arabera, honako hauetatik zein EZ da Euskadin giza esnearen dohaintza arautzen duen printzipioa?

a) Dohaintza borondatezkoa eta altruista izatea.
b) Emailearen eta hartzaileen anonimotasuna.
c) Banaketa preskripzio medikoaren bidez soilik.
d) Dohaintza sustatzeko ordainsari ekonomikoa.

418.- Zein erakunderi atxikita dago dohaintzan emandako giza esnearen Euskadiko bankua?

a) Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari.
b) Transfusio eta Giza Ehunen Euskal Zentroari.
c) Eusko Legebiltzarreko Osasun Batzordeari.
d) Osakidetzari zuzenean.

419.- Nor izan daiteke dohaintzan emandako giza esnearen hartzaile?

a) 32 astetik beherako edo 1.500 gramotik beherako haurrak, preskripzio medikoarekin.
b) Edozein haur, amak hala eskatzen badu.
c) Edozein ospitaletan ingresatutako jaioberri guztiak.
d) Amek legezko kontraindikazioa duten kasuak bakarrik.

420.- Zer analisi mota egiten zaie dohaintzan emandako giza esnearen Euskadiko bankuko emaileei elkarrizketa pertsonalaren ondoren?

a) Gaixotasun hereditarioak detektatzeko analisi genetikoa.
b) Esnearen bidez transmiti daitezkeen infekzioak baztertzeko analisi serologikoa.
c) Esnearen nutrizio-osaeraren analisia.
d) Derrigorrezko analisi toxikologikoa.

421.- Non egiten da emango den esnearen erauzketa, dohaintzan emandako giza esnearen Euskadiko bankuari buruz ari bagara?

a) Esne-bankuan bertan.
b) Erreferentziazko ospitaleetan.
c) Emailearen etxean.
d) Lehen Mailako Arretako zentroetan.

422.- Zein da emandako esnea kontserbatzeko tenperatura-baldintza berehala izozten bada?

a) –18 °C-tik behera.
b) –10 °C-tik behera.
c) 0 °C-tik behera.
d) 4 °C-tik behera, izoztu gabe.

423.- Nork prestatzen ditu emandako esnearen garraiorako prozedura operatiboak 146/2018 Dekretuari dagokionez?

a) Osasun Sailak.
b) Esne-bankuak berak.
c) Transfusio eta Giza Ehunen Euskal Zentroak.
d) Hartzaile diren ospitaleek.

424.- Zer izan behar dute dohaintzan emandako esnea biltzeko zentroek kontserbazioari dagokionez?

a) Esnea kontserbatzeko eta zaintzeko baldintzak.
b) Ordutegi finkorik gabeko bilketa-puntua.
c) Esnea prozesatzeko baimena.
d) Emaileentzako izozkailu eramangarriak.

425.- Zein identifikazio-sistema erabiltzen da bankuan trazabilitatea bermatzeko 146/2018 Dekretuaren arabera?

a) Emailearen Gizarte Segurantzako zenbakia.
b) Emailearen jaiotza-data.
c) Emailearen izen-abizen osoak.
d) Barra-kodea.

426.- Zein baldintza bete behar dute jaioberrien zainketa intentsiboko unitateek emandako esnea banatu ahal izateko, 146/2018 Dekretuaren arabera?

a) Biltegiratze-ekipoetan ikus-entzunezko alarma sistema izatea.
b) Esne-industriarekin hitzarmen bat izatea.
c) Txanda bakoitzean gutxienez bi pediatra izatea.
d) Eguneroko analisi mikrobiologikoak egitea.

427.- Zer motatako esneari aplikatzen zaio 146/2018 Dekretuaren 12. artikuluko prozedura?

a) Ikerketarako emandako giza esneari.
b) Amen esneari, haien seme-alabentzat bada.
c) Ospitaleetan banatutako formulazko esneari.
d) Kanpoko bankuetarako esne pasteurizatuari.

428.- Nork egiten ditu ikuskatzeak 146/2018 Dekretuan jasotakoa bete dadin?

a) Transfusio eta Giza Ehunen Euskal Zentroak.
b) Edoskitzearen Batzordeak.
c) Osasunaren plangintza, antolaketa eta ebaluazioaren ardura duen zuzendaritzak.
d) Osakidetzak.

429.- Ondorengo egoeretatik zein jotzen da bigarren mailako amenorreatzat?

a) Menarkiaren aurretik hilekorik ez izatea.
b) Edoskitzaroan hilekorik ez izatea.
c) Aurretik hilekoa izan duen emakume batek 6 hilabetez hilekorik ez izatea.

d) 14 urterekin hilekorik ez izatea eta sexu-ezaugarri sekundarioen garapenik ez izatea.

430.- Amenorreen etiologiari dagokionez, adierazi erantzun zuzena:

a) Rokitansky-Küster-Hauser sindromean, pazienteek 46,XY kariotipoa, emakumezko sexu-ezaugarri sekundario normalak eta baginaren agenesia dute, eta sarritan giltzurrun-malformazioekin lotuta dago.
b) 21α-hidroxilasa gabeziagatik sortutako emakumezko sasihermafroditismoan fenotipo maskulinizatua, 46,XX kariotipoa, 17-OH progesteronaren maila altuak eta gonadotropinen maila baxuak izaten dira.
c) Turner sindromeko gonada-disgenesian, pazienteek 45,XO kariotipoa, gonadotropinen maila baxuak eta obulutegi-folikulu funtzionalak dituzte, nahiz eta malformazio estragenitalak izan.
d) Himena zulatu gabe egotea benetako amenorrea primarioaren kausa da, obulutegiek ez baitute menstruazio-ziklorik sortzen; hematokolposaren eta hematometriaren erabateko gabezia horren ezaugarri bat da.

431.- FIGOren definizioaren arabera, egoera hauetatik zein jotzen da umetokiko odoljario anormaltzat?

a) Hainbat hilabetetan zehar bolumenean, maiztasunean edo erregulartasunean aldaketak dituen umetokiko odoljarioa.
b) 28 egunetik behin gertatzen diren hileko erregularrak, 5 eguneko iraupenarekin eta ondorio klinikorik gabe.
c) 4 egun irauten duen hilekoa, kantitate ertainekoa eta hileko erregulartasunarekin.
d) 24 eta 38 egun arteko menstruazio-zikloak, bestelako sintomarik gabe.

432.- Aukera hauetatik zein EZ da aipatzen nerabearen jarduera sexualaren arriskuak prebenitzeko elementu edo estrategia gisa?

a) Babesik gabeko koitoaren arriskuei eta horiek saihesteko neurriei buruzko oinarrizko informazioa ematea.
b) Babesik gabeko sexu-jokabide kolektiboei aurka egiten dioten balioak indartzea.
c) Komunikabideek sexu-jokabideetan duten eragina agerian uzten duten jarduerak txertatzea.
d) Sexu-abstinentzia sustatzea ezkontzara arteko baliozko metodo bakar gisa.

433.- Zein da Umetokiko Odoljario Disfuntzionalaren (HUD) kausarik ohikoena nerabeetan?

a) Obulaziorik gabeko zikloak, progesteronaren kontrako eraginik gabeko estimulu estrogenikoarekin.
b) Obulazio-ziklo erregularrak.
c) Progesteronaren gehiegizko eragina endometrioan.
d) Kasu gehienetan, umetokiaren egiturazko alterazioak.

434.- Eragin soziokulturalak ugalketa-osasunean duen eraginari dagokionez:

a) Ez du eraginik ugalketa-praktiketan.
b) Garapen-bidean dauden herrialdeei bakarrik eragiten die.
c) Harreman afektibo-sexualetan eta osasun-jokabideetan eragiten du.
d) Ez du garrantzirik osasun-arretarako.

435.- Definizio hauetatik zeinek deskribatzen du zuzenki anorgasmia?

a) Desira sexualaren absentzia, eta harremanetan mina izatea.
b) Eszitazio sexual normala izan ondoren orgasmoa lortzeko ezintasun iraunkorra edo atzerapena.
c) Koitoarekin lotutako min genital errepikaria.
d) Desira sexualaren gehiegizko handitzea, kontrolik gabe.

436.- Gaixotasun kardiobaskularrak dituzten pazienteen sexualitate-nahasmenduei dagokienez, adierazi erantzun zuzena:

a) Jarduera sexualak ahalegin fisiko oso handia eta luzea egitea eskatzen du, eta paziente guztietan infartu-arriskua nabarmen handitzen du.
b) Farmako kardiobaskularrek ez dute eraginik sexu-funtzioan.
c) Arteria-hipertentsioa ez dago gizonen sexu-disfuntzioekin lotuta.
d) Gaixotasun koronarioan, infartuari edo heriotzari beldurra izatea bezalako faktore psikologikoek sexualitatean eragin negatiboa izan dezakete.

437.- Gaixotasun neurologikoei eta sexualitatean izan dezaketen eraginari dagokionez, adierazi erantzun zuzena:

a) Gaixotasun neurologikoek ia ez dute eraginik sexualitatean, ez baitute sexu-erantzunean parte hartzen.
b) Sexu-erantzuna ez dago nerbio-sistema zentralaren mende.
c) Alterazio neurologikoek zuzenean eragin dezakete sexu-erantzunean, inplikatutako nerbio-zentroetan interferitzen dutelako.
d) Epilepsia ez da sexu-disfuntzioekin lotzen.

438.- Hauetatik zein da sexu-osasuneko programen helburuetako bat Emakumearen Arretarako Planaren arabera?

a) Sexu-heziketa helduarora bakarrik mugatzea.
b) Sexualitatearen bizipen integrala, arduratsua eta errespetuzkoa sustatzea.
c) Haurdunaldiaren prebentzioa soilik lehenestea beste alderdien gainetik.
d) Sexu-osasuneko politiketan gizarte-partaidetza saihestea.

439.- Ugalketa-osasuneko programaren barruko patologia ginekologikoaren arretari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) Patologien informazioa, azterketa, tratamendua eta jarraipena barne hartzen ditu.

b) Azterketa ginekologikoak egitea bakarrik barne hartzen du.
c) Gaixotasunen tratamendu farmakologikoan soilik oinarritzen da.
d) Minbizi-baheketan detektatutako patologietara mugatzen da.

440.- Emakumearen sexu- eta ugalketa-osasunari dagokionez, adierazi erantzun zuzena:

a) Ugalketa-aparatuaren gaixotasunik ezara soilik mugatzen da.
b) Emakumearen etapa emankorra baino ez du hartzen.
c) Ongizate fisiko, mental eta sozialari erreparatzen dio ugalketa-sistemaren alderdi guztietan.
d) Ez ditu alderdi sozialak ezta kulturalak ere kontuan hartzen.

441.- Honako baieztapenetatik zeinek deskribatzen du zehaztasun handienarekin menopausiaren ezaugarri den aldaketa endokrinoa?

a) Estrogenoen jaitsiera eta FSH zein LHren beherakada, atzeraelikadura negatibo handiagoaren ondorioz.
b) Estrogenoen igoera eta gonadotropinen jaitsiera, obulutegien sentikortasun galeraren ondorioz.
c) Estrogenoen jaitsiera, eta horrek eraginda FSH eta LHren igoera konpentsatzailea, obulutegiko atzeraelikadura negatiboa galtzeagatik.
d) Estrogeno maila egonkorrak eta progesteronaren gorakada progresiboa, folikuluak agortzearen ondorioz.

442.- Aldaketa hauetatik zein da menopausiako estrogeno-gabeziaren ondoriozko baginitis atrofikoaren ezaugarria?

a) Epitelio-glukogenoaren igoera, Döderlein baziloen ugalketa sustatzen duena eta baginako pH azidoa mantentzen duena.
b) Baginako epitelioaren geruza-kopuruaren murrizketa, glukogeno-gutxitzearekin eta flora laktobazilarra galtzearekin batera, eta horrek baginako pHaren igoera eragiten du.
c) Baginako epitelioaren loditzea eta zaku-hondoen handitzea, androgenoen eragin erlatibo handiagoagatik.
d) Baginako pHaren jaitsiera, zeinak infekzio errepikariak eta dispareunia errazten dituen.

443.- Menopausiako sintoma basomotoreei buruzko baieztapen hauetatik zein da zuzena?

a) Termoerregulazio-atalasearen igoeragatik sortzen dira, eta horrek basokonstrikzio periferikoa eta gorputz-tenperatura zentralaren igoera eragiten ditu.
b) Normalean menopausiaren ondorengo bost urteetan agertzen dira batez ere, eta gutxitan menopausia-trantsizioan.
c) Horien intentsitatea handitzen duten faktoreen artean tabakoa, obesitatea eta sedentarismoa daude; arraza eta menopausia kirurgikoa, berriz, faktore ez aldagarritzat hartzen dira.

d) Beroaldiek bat-bateko hotz sentsazioa eta izerdia dakartzate, gorputz-tenperatura zentralaren jaitsiera akutua dela-eta.

444.- Tabakoak menopausian dituen ondorioei dagokienez, baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Erretzeak menopausiaren hasiera atzeratzen du, jarduera estrogeniko periferiko handiagoa dagoelako, eta horrek osteoporosi arriskua murrizten du.
b) Tabakoak estrogenoen metabolismoa azkartzen du, menopausia 1-2 urte aurreratzen du eta hezur-galera handitzen du, bereziki bizkarrezurrean eta erradio distalean.
c) Erretzaileek klimaterio sintomatologia txikiagoa dute, nikotinaren efektu basodilatatzailearen ondorioz.
d) Tabakoak menopausia bizkortzen du, baina ez du eraginik hezur-galeran menopausia osteko lehen urteetan.

445.- Klimaterioaren arreta-programa sanitarioei dagokienez, honako baieztapenetatik zein da zuzena?

a) 65 urtetik gorako emakumeei zuzenduta daude batez ere, helburu nagusia hormona bidezko tratamendu ordeztailea modu protokolizatuan hastea izanik.
b) Ginekologoaren arreta indibidualizatuan soilik oinarritzen dira, emaginek gidatutako talde jarduerak barnean hartu gabe.
c) Helburu nagusia perimenopausian dauden emakumeen kasuan ginekologia-minbiziaren baheketa sistematikoa egitea da, eta osagai hezitzailea aukerakoa da.
d) Haien esku-hartzeek balorazio fisiko-psikosozial indibiduala eta osasun-heziketako talde jarduerak konbinatzen dituzte, 8 eta 12 aste arteko iraupena izaten duten ariketa eta erlaxazio saioekin.

446.- Menopausia-trantsizioan, emakumeen zer ehuneko inguruk pairatzen dituzte sintoma basomotoreak?

a) Emakumeen % 80 inguruk sintoma basomotorrak izaten dituzte menopausia-trantsizioan, nahiz eta % 20–30 bakarrik egiten duten kontsulta tratamendurako.
b) Emakumeen % 60 inguruk sintoma basomotorrak izaten dituzte menopausia-trantsizioan, nahiz eta % 20–30 bakarrik egiten duten kontsulta tratamendurako.
c) Emakumeen % 40 inguruk sintoma basomotorrak izaten dituzte menopausia-trantsizioan, nahiz eta % 20–30 bakarrik egiten duten kontsulta tratamendurako.
d) Emakumeen % 60 inguruk sintoma basomotorrak izaten dituzte menopausia-trantsizioan, nahiz eta % 10–20 bakarrik egiten duten kontsulta tratamendurako.

447.- Zer aldaketa da hileko zikloa laburtzearen seinale, 40 urte inguruan?

a) Fase luteoa luzatzea, FSHaren jario txikiagoaren ondorioz.
b) Fase folikularra laburtzea, obulazioa aurreratzearen ondorioz.
c) Obulaziorik eza erabatekoa hasieratik bertatik.
d) Zikloaren iraupen osoa luzatzea, obulazioa atzeratzearen ondorioz.

448.- Definizio hauetatik zein EZ da guztiz zuzena klimaterioan maiz izaten diren hilekoaren nahasteei dagokienez?

a) Polimenorrea: 21 egun baino gutxiagoko zikloak.
b) Menorragia: hilekoaren odoljario handia edo luzatua.
c) Metrorragia: hilekoa izan bitartean gertatzen den odoljarioa.
d) Amenorrea: hilekorik ez izatea.

449.- Klimaterioan agertzen diren sintoma genitalen tratamenduari buruz, honako baieztapenetatik zein EZ da zuzena?

a) Bularreko minbiziaren aurrekari pertsonalak dituzten emakumeek estradiola duten prestakinak erabil ditzakete, dosia txikia bada.
b) Baginako eraztunek onargarritasun handiagoa dute, erosoagoak eta erabiltzeko errazagoak direlako.
c) Hormonadun baginako tratamendua hasieran egunero ematen da 2 eta 4 aste bitartean.
d) Hormonadun baginako tratamenduaren eraginkortasuna antzekoa da, kremak, obuluak zein konprimatuak izan.

450.- Klimaterioaren arretan, zein egoeratan egongo litzateke FSH eta LH mailak neurtzea justifikatuta?

a) 52 urteko emakumea, ziklo irregularrak dituena.
b) 48 urteko emakumea, beroaldi tipikoak dituena.
c) 35 urteko emakumea, menopausia iradokitzen duten sintomak dituena.
d) Klimaterioan dagoen edozein emakume, errutinazko analisi gisa.

451.- Klimaterioan dagoen emakumearen balorazio fisikoan, azterketa hauetatik zein bai egin behar du emaginak?

a) 50 urtetik gorako emakume guztiei FSH eta LH mailak errutinaz neurtzea.
b) Azterketa orokorra: pisua, altuera eta GMI, arteria-presioa, eta perineoaren eta bularren azterketa.
c) Pelbiseko ekografia nahitaez, kontsulta bakoitzean.
d) Erresonantzia magnetikoa osteoporosi-arriskua baloratzeko.

452.- Klimaterioaren arretarako programetan, baieztapen hauetatik zeinek deskribatzen du ongi taldeek duten eragina?

a) Taldeetan parte hartzeak emakumeen bizi-kalitatearen pertzepzioa murriztu ohi du.
b) Taldeek informazioa emateko baino ez dute balio, parte-hartzaileen arteko interakziorik ez baitute sortzen.
c) Taldeak egoteak ez du eraginik emakumeen esperientzian.
d) Emakumeek jarduera sozial eta kultural osagarriak antolatzen dituzte saioak amaitu ondoren.

453.- Abortua ohikotzat edo errepikakortzat hartzen da, baldin eta:

a) Bi abortu edo gehiago jarraian edo lau abortu tartekatu gertatzen direnean.
b) Abortu bat lehen hiruhilekoan eta beste bat bigarren hiruhilekoan gertatzen direnean.
c) Hiru abortu edo gehiago jarraian edo bost abortu tartekatu gertatzen direnean.
d) Lau abortu jarraian edo bost abortu tartekatu gertatzen direnean.

454.- Ebidentzia zientifikoaren arabera, zein da ernalezintasunaren arrisku-faktorerik garrantzitsuena mendebaldeko gizarteetan?

a) Emakumearen adina, bereziki 40 urtetik aurrera.
b) Gorputz-masaren indize altua.
c) Bikotekidearen tabako kontsumoa.
d) Harreman sexualen maiztasuna.

455.- Lagundutako Giza Ugalketa Teknikei buruzko Legeak ezartzen duenez, gametoen dohaintza:

a) Emailearen eta baimendutako zentroaren arteko kontratu lukratiboa da.
b) Doakoa, formala eta sekretua den kontratua da, emailearen eta baimendutako zentroaren artekoa.
c) Doakoa, formala eta sekretua den kontratua da, emailearen eta hartzailearen artekoa.
d) Osasun Ministerioak araututako merkataritzako akordioa da.

456.- Koito programatuak bereziki zein egoeratan daude indikatuta?

a) 40 urtetik gorako bikoteak direnean, antzutasunaren kausa argia bada.
b) Bikote gazteak (35 urtetik beherakoak) direnean, haurdun geratzen denbora gutxi daramatenak eta oinarrizko azterketak normal dituztenak.
c) Antsietate handia eta obulutegiko hutsegite goiztiarra duten bikoteak direnean.
d) Obulutegiaren estimulazio intentsoa behar duten emakumeak direnean.

457.- Zein elementu jaso behar dira ernalezintasun-azterketaren barruan emakumeari egiten zaion elkarrizketan?

a) Menarkia adina eta azken hilekoaren data soilik.
b) Kontsultaren arrazoia, ernalezintasun-denbora, aurretiko antisorgailuen erabilera, aurrekari ginekologikoak (haurdunaldiak, erditzeak, abortuak) eta alderdi sexualak, hala nola koitoaren maiztasuna.
c) Obstetrizia aurrekariak eta formula menstruala soilik.
d) Alderdi psikosozialak eta harreman sexualen maiztasuna.

458.- Ugalkortasun kontsultan emaginak egiten duen hasierako balorazioan, zein aurkikuntzak du lotura zuzena obulazioaren balizko alterazioarekin?

a) Gorputz-masaren indize normala izatea, baina arteria-presioa apur bat altua.
b) Gorputzeko gantzaren ehunekoa % 10etik beherakoa izatea, desnutrizioarekin edo gehiegizko entrenamenduarekin bateragarria.
c) Ernalezintasunaren familia-aurrekaririk ez izatea.
d) Menstruazio-ziklo erregularrak izatea, baina noizbehinkako tentsio-zefaleak.

459.- Honako mikroorganismoetatik zein da ohikoa baginako flora osasuntsuan?

a) Haemophilus influenzae.
b) Mobiluncus.
c) Lactobacillus.
d) Listeria monocytogenes.

460.- Bakterio-baginosiari (VB) buruz, zein aukera EZ da egiazkoa?

a) VB baginako infekzioen % 60 inguru da, eta Lactobacillus-ak gutxitzea eta anaerobioak 10-100 aldiz handitzea eragiten du.
b) Ohikoa da grisaxka den leukorrea, ez likatsua eta atxikikorra izatea eta % 10eko KOHarekin nahastean “arrain-usaina” agertzea.
c) Errepikapenak murrizteko, sexu-bikotekideak tratamendua egitea sistematikoki gomendatzen da.
d) Arrisku-faktoreen artean haurdunaldia, sexu-promiskuitatea, umetoki-barneko gailuaren (DIU) erabilera eta baginako dutxak daude.

461.- Gaixotasun Inflamatorio Pelbikoari (EIP) dagokionez, zein aukera EZ da zuzena?

a) Umetoki-barneko gailua asepsia gutxiko baldintzetan sartzeak edo kentzeak EIP agertzea erraztu dezake.
b) Zikloaren obulazio aurreko faseak arriskua handitzen du, zerbixeko mukiaren filantzia eta iragazkortasun handiagoagatik.
c) EIPak haurdunaldi ektopikoaren arriskua 4-6 aldiz handitu dezake aurrekari gabeko emakumeekin alderatuta.
d) Zerbixeko ektopia, emakume gazteengan ohikoagoa, EIPrako arrisku-faktore ezaguna da.

462.- Hauetako zein da Gaixotasun Inflamatorio Pelbikoaren ohiko aurkikuntza klinikoa?

a) Mina baginako esplorazioan zerbixa mugitzerakoan.
b) Hipogastrioko mina, normalean alde bakarrekoa eta intentsitate arinekoa.
c) Leukorrea argia eta usainik gabea, prozesu ez-infekziosoetan ohikoa dena.
d) Azaleko dispareunia, beste sintomarik gabe.

463.- Prolapsoen sailkapenaren arabera, honako graduetatik zeinetan kokatzen da prolapsoaren atal distalena himenaren azpitik 1 eta 2 zentimetro artean?

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

464.- Zoru pelbikoko ariketa hauetatik zein da kontrakzio muskularra mailaka lantzen duena, irudikatuko bagenu bezala bagina "solairu" desberdinak dituen hodi bat dela eta progresiboki igo eta jaisten direla?

a) Ariketa azkarra.
b) Uhin-ariketa.
c) Ariketa motela.
d) Igogailuaren ariketa.

465.- Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) familia-plangintzari buruzko gomendioen arabera, honako baieztapenetatik zein da zuzena?

a) Haurdunaldien arteko gutxieneko tarte intergenesiko optimoa urtebetekoa da.
b) Emakume bakoitzeko bost haurdunaldi ez gainditzea gomendatzen da.
c) Haurdunaldiak hasteko gomendatutako adina 20 urtetik aurrera da.
d) 35-38 urtetik aurrera haurdun geratzea saihestu behar da.

466.- OMEren arabera, honako hauetatik zein da familia-plangintzaren onura zuzen bat?

a) Nerabeen jaiotza-tasa handitzen du belaunaldi-ordezkapena bermatzeko.
b) Abortu arriskutsuetara jo beharra murrizten du, horren ondoriozko ama-hilkortasuna munduan % 13koa baita.
c) 40 urtetik gorako haurdunaldiak sustatzen ditu haurren heriotza-tasa murrizteko.
d) Biztanleriaren hazkunde mugagabea bultzatzen du ekonomia sustatzeko.

467.- Honako baieztapenetatik zein da zuzena hesi-metodoei buruz?

a) Preserbatibo maskulinoa eta femeninoa dira sexu-transmisiozko infekzioak (ITS) izateko arriskua murrizten duten hesi-metodo bakarrak, haurdunaldia saihesteaz gain.
b) Diafragma espermizida erabili beharrik gabe erabiltzen da eta ez da beharrezkoa profesional batek aurrez neurtzea.
c) Hesi-metodo guztiek babesten dute sexu-transmisiozko infekzioen aurka.
d) Baginako belakiak porrot-tasa txikiagoa du jada seme-alabak izan dituzten emakumeengan (multiparoetan) nuliparoetan baino.

468.- Adierazi honako aukeretatik zein den zuzena antisorgailu hormonalari buruz:

a) **Erabiltzailearen parte-hartze aktiborik gabe etengabe erabiltzen diren antisorgailu hormonalek** (adibidez, DIU-LNG edo inplanteek) **eraginkortasun handiagoa dute praktika klinikoan.**
b) **Gestagenoak soilik dituzten antisorgailuen (MSG) albo-ondorio nagusia** tronbosi benoso sakonaren arriskuaren **igoera nabarmena** da.
c) Antisorgailu hormonal konbinatuak (AHC) gomendatuta daude edoskitzen duten emakumeengan eta 35 urtetik gorako erretzaileengan segurtasun handikoak direlako.
d) Antisorgailu hormonal konbinatuekin lotutako bularreko minbiziaren arriskua iraunkorra da eta ez da desagertzen erabilera uztean.

469.- Jarduteko modu hauetatik, zein da zuzena DIUa daraman emakume bati aholkua emateko eta haren jarraipena egiteko?

a) DIUa jarri aurretik, derrigorrezkoa da ekografia sistematiko bat egitea umetokiaren posizioa eta tamaina baloratzeko, metodoaren eraginkortasuna hobetzen duelako.
b) DIUa jarri ondorengo lehen kontrola lehen hilekoaren ondoren eta 3 hilabete baino lehenago egin behar da, albo-ondorioei buruz galdetuta eta, eskuragarri badago, DIUaren posizioa ekografia bidez baloratuta.
c) Ohiko kontrol batean DIUaren hariak ikusten ez badira eta ekografiak umetoki barruan dagoela baieztatzen badu, berehala kendu eta berri bat jarri behar da.
d) DIUa daraman emakume sintomatiko batean Actinomyces agertzean ez dago gailua kendu beharrik; nahikoa da antibiotiko-tratamendu anbulatorioa.

470.- Emaginak metodo antisorgailu kirurgikoen inguruan ematen duen arretari dagokionez, zein da zuzena?

a) Tronpen loturaren metodoarekin ez da beharrezkoa ospitalean ingresatzea, eta interbentzioaren momentutik bertatik da eraginkorra.
b) Basektomia batekin, antisorgailuaren eraginkortasuna berehalakoa da ebakuntzaren ondoren, beraz ez da ondorengo kontrolik behar.
c) Essure® gailu intratubarikoa jarri ondoren, emakumeak beste antisorgailu metodo bat erabili behar du ondorengo 3 hilabeteetan.
d) Emaginak ezin du ebakuntza-aurreko probarik (hemograma edo koagulazioa) eskatu, funtzio hori ginekologoarena edo urologoarena delako soilik.

471.- 2/2010 Lege Organikoaren 9.1 artikuluaren arabera (martxoaren 3koa), honako helburu hauetatik zein EZ da espresuki aipatzen hezkuntza-sisteman sexu- eta ugalketa-osasunari buruzko prestakuntzaren barruan?

a) Sexualitatearen ikuspegia sustatzea, berdintasunari, erantzukidetasunari, aniztasunari, plazerari, desirari, askatasunari eta errespetuari dagokienez, genero-indarkeria eta sexu-indarkeria prebenitzeari arreta berezia eskainiz.
b) Sexu-aniztasunaren aitortza eta sexualitatearen garapen harmonikoa bizi-zikloaren etapa bakoitzean, bereziki nerabezaroan eta gaztaroan.
c) Abstinentzia sexualaren sustapen esklusiboa nahi gabeko haurdunaldiak eta sexu-transmisiozko infekzioak prebenitzeko metodo nagusi gisa.

d) Sexu-transmisiozko gaixotasun eta infekzioen prebentzioa, bereziki GIB eta GPBarena, GIB+/HIESa duten pertsonen errealitatea eta diskriminazioa gainditzeko dituzten beharrak bistaratuz.

472.- Ugalketa- eta sexu-eskubideen babesari eta bermeari dagokienez, eremu ginekologiko eta obstetrikoan, 825/2010 Errege Dekretuaren 27. artikuluaren arabera, adierazi erantzun zuzena:

a) Erditzean emandako tratamendu inbaditzaileetarako informatutako baimena gomendagarria da, baina ez derrigorrezkoa, baldin eta amaren edo fetuaren bizitza arriskuan jartzen duten larrialdi obstetrikoak badira.

b) Administrazio publikoek interbentzionismoa gutxitzearen alde egin behar dute obstetrizia-arretan, ebidentzia zientifikoak babesten ez dituen praktikak saihestuz eta erditze errespetatua eta informatutako baimena indartuz, baita langile espezializatuak handitzeko neurriak hartuz ere.

c) Jaioberria amarengandik ez banatzea eskubide erabatekoa da, eta kasu guztietan bermatu behar da, baita jaioberria zainketa berezien unitate batean sartzea gomendatzen duten indikazio kliniko argiak daudenean ere.

d) Jaioberriaren elikadura-moduari buruzko erabakia errespetatzea osasun publikoaren esparrura mugatzen da, eta zentro pribatuak kanpo geratzen dira, ez baitaude sexu- eta ugalketa-eskubideak sustatzeko baldintza berdinen mende.

473.- Emakumeen aurkako indarkeria formak prebenitzeko eta horien aurrean erantzuteko neurriei dagokionez, sexu- eta ugalketa-osasunaren esparruan, 825/2010 Errege Dekretuaren arabera, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Subrogazio bidezko haurdunaldiaren kontratua erabat deuseza da soilik ordain ekonomikoa badago; ez, ordea, modu altruistan eta ordainsaririk gabe adosten denean.

b) Administrazio publikoek kanpaina instituzionalak sustatuko dituzte ordezko amatasuna legez kanpokoa dela jakinarazteko, baina ezin dute auzi-ekintzarik abiatu hori sustatzen duen publizitatearen aurka, eskumen hori eragindako partikularrei bakarrik dagokielako.

c) Ordezko amatasunaren sustapen komertziala baimenduta dago baldin eta ez bada esplizituki preziorik eskaintzen haurdun dagoen emakumearentzat; izan ere, Publizitatearen Lege Orokorrak soilik irabazi-asmoa dagoenean zigortzen du legez kanpoko osasun-zerbitzuen publizitatea.

d) Botere publikoek abortu behartua eta kontrazepzio edo esterilizazio behartuak saihestea bermatu behar dute, arreta berezia eskainiz desgaitasuna duten emakumeei, eta kolektibo horrentzat sexu- eta ugalketa-osasuneko programa espezifikoak sustatuko dira.

474.- **Kausa medikoengatik borondatezko haurdunaldi-eteteari buruz (fetuaren gaixotasun larriagatik edo bizitzarekin bateraezina izateagatik) 825/2010 Errege Dekretuan aurreikusitako batzorde klinikoaren jarduera-prozedurari dagokionez, adierazi erantzun zuzena:**

a) Lehen diagnostikoa egin ondoren, emakumeak zuzenean batzorde klinikoari eskatu behar dio irizpena eman dezan, eta honek 10 eguneko epea izango du erantzuteko, edozein kasutan arrazoitu beharrik gabe luzatu ahal dena.
b) Batzordearen irizpenak diagnostikoa berresten badu, 24 orduko epean autonomia-erkidegoko organo eskudunari helaraziko dio, honek interesdunari jakinaraz diezaion eta hark etetea egin ahal izan dezan, bere autonomia-erkidegoko osasun-sare bereko zentro batean esklusiboki.
c) Emakumeak ezin du espezialistarik izendatu batzorde klinikoan sartzeko, kideak osasun-agintariek bakarrik izendatzen baitituzte, pazientearen esku-hartzerik gabe.
d) Batzorde klinikoak gehienez 10 eguneko epean eman behar du bere irizpena, salbu eta, arrazoituta, frogatzen bada diagnostiko-probek edo beste batzuek epe luzeagoa behar dutela.

475.- **825/2010 Errege Dekretuaren 5. artikuluan jasotako gutun-azal itxian dagoen informazioari dagokionez, adierazi aukera zuzena:**

a) Gutun-azaleko informazioa telefono bidez edo bide elektronikoen bidez ere eman daiteke emakumeak nahi badu.
b) Gutun-azalak nahitaez jaso behar du haurdun dauden emakumeentzako laguntza publikoei, lan-eskubideei, kontrazepzio-zentroei eta borondatezko aholkularitza-zentroei buruzko informazioa.
c) Irudi instituzionala ezin da gutun-azalean agertu, konfidentzialtasuna bermatzeko.
d) Gutun-azala soilik ematen da emakumearen osasunerako arrisku larriarengatiko etete kasuetan.

476.- **825/2010 Errege Dekretuaren 8. artikuluaren arabera, zein da prozedura zuzena haurdunaldia borondatez etetea nahi duen 16 edo 17 urteko emakume baten kasuan?**

a) Bere legezko ordezkariarekin batera ematen du baimena, eta horrek agiri bat eman behar dio osasun-langileei.
b) Ez du bere legezko ordezkariaren baimenik behar ezta haiek informatzea ere, 16 urtetik gorakoa delako.
c) Bere legezko ordezkariek berariaz idatziz baimentzen badute soilik egin daiteke.
d) Emakumeak hala eskatzen badu, medikuak legezko ordezkariei informazioa ematea saihestu dezake, inolako balorazio gehigarririk egin gabe.

477.- **Konbinazio hauetatik zeinek deskribatzen du bularreko minbiziaren arriskua argi eta garbi handitzen duten faktoreen multzoa, aintzat hartuta, gainera, haien arteko lotura identifikatutako mekanismo biologiko batek egiazta dezakeela?**

a) Menopausia berantiarra, hezur-dentsitate baxua eta androgeno maila altuak, DNAren metilazio-igoera dokumentatu baten bidez.

b) Gehiegizko pisua aurremenopausian, atipiarik gabeko bularreko lesio onberak eta dietilestilbestrolarekiko umetoki barruko esposizioa, estrogeno periferikoen igoeraren bidez.

c) Nuliparotasuna, bular-dentsitate handia eta IGF-1 maila altuak, estrogenoekiko esposizio metatu handiagoaren eta bular-ehunaren proliferazio mantenduaren bidez.

d) Altuera txikia, familia-aurrekariak bigarren mailako ahaideetan eta menarkia berantiarra, guruin-heldutasuna gutxitzearen bidez.

478.- Baieztapen hauetatik zeinek islatzen ditu zehaztasun handienarekin populazio-mailako mamografia-baheketaren mugak?

a) Mamografia-baheketak sintomarik gabeko minbizien ehuneko nabarmen bat diagnostikatzen badu ere, neoplasien % 15 arte izan daitezke masa haztagarriak adierazpen mamografikoen beharrik gabe, eta minbizien % 30 bi baheketen arteko tartean agertzen dira.

b) Mamografia-baheketak tarteko neoplasien agerpena saihesten du; horri esker, tasa segidako bi baheketa zikloen artean aztertutako kasuen % 10etik behera gelditzen da.

c) Mamografia-baheketak ia bularreko minbizi asintomatiko guztiak detektatzen ditu, eta neoplasien % 5 baino gutxiago diagnostikatzen dira aurreko mamografian aurkikuntzarik izan gabe.

d) Baheketa-kanpainek ezarritako adin-tarteko emakumeen minbiziak % 100ean detektatzen dituzte, eta adin horietatik kanpoko diagnostikoak salbuespenak dira.

479.- Konbinazio hauetatik zeinek islatzen du zein egoeratan bereziki izan behar den bularreko neoplasia baten susmoa?

a) Hilekoarekin lotutako bularretako min ziklikoa, aldebikoa (adin ugalkorreko emakumeen % 40an ager daitekeena), esne-antzeko sekrezio aldebikoa emakume gazteengan (aztertutako kasuen % 5era arte) eta prozesu inflamatorioen erantzun erreaktibo gisa sortutako besapeko linfadenopatia mingarriak (haztatu daitezkeen gongoilen % 60 inguru).

b) Ukitu daitekeen minik gabeko bular-masa hasieran kasuen % 50ean baino gehiagotan; bularretako min lokalizatua eta ez-ziklikoa sintoma bakartzat neoplasien % 15ean; eta alde bakarrekoa eta hematikoa den bular-sekrezioa 40 urtetik gorako emakumeengan.

c) Masarik gabeko bular-sekrezio garden eta aldebikoa, bularretako alterazioengatik egiten diren kontsulten % 8 inguruan; bularretako min lausoa bi bularretan emakume perimenopausikoengan, talde honetako kasuen % 25era arte deskribatua; eta besapeko linfadenopatia erreaktibo aldebikoak, errutinazko azterketen % 12an klinikoki detektatuak.

d) Bularretako min ziklikoa, aurremenopausian daudenen % 30–35ean; manipulazio bidez eragindako esne-antzeko sekrezioa, kontsulta ez-patologikoen % 10ean; eta 1 zentimetrotik beherako besapeko adenopatiak, arnas-infekzioekin lotuak Lehen Mailako Arretan baloratutako kasuen % 20an.

480.- Zerbixeko lesio intraepitelialei eta haien bereizgarri diren aldaketa histologikoei dagokienez, zein konbinaziok biltzen ditu soilik zerbixeko lesio aurregaizto bati dagozkion aurkikuntza histologikoak?

a) Diferentziazio- eta heltze-prozesuen presentzia, estratifikazio gordea eta zelula eskamosoen tamaina eta formaren aldakortasunik eza.

b) Estratifikazioaren eta zelula-polaritatearen galera, diferentziazio eta heltze ezak, zelula eskamosoen tamaina eta formaren aldakortasuna, nukleo-zitoplasma erlazioaren igoera, nukleoaren aldaketak (hiperkromatismoa eta kromatinaren irregularitatea), mitosien kopuruaren igoera eta mitosi anormalen agerpena, eta aldaketak epitelio-gainazalean mugatu arren batzuetan guruinetara hedatzea (guruin-betea).

c) Estratifikazio osasuntsua, zelula-polaritate gordea, diferentziazio eta heltze kontserbatuak, zelula eskamosoak tamaina eta forma erregularrekin eta nukleo-zitoplasma erlazio egokiarekin, kromatina nuklearrean hiperkromatismorik eta irregularitaterik gabe, mitosien kopuru normala eta mitosi anormalik gabe, eta epitelioan aldaketarik ez, guruinetara hedatu gabe eta guruin-bete fenomenorik gabe.

d) Diferentziazioa eta heltzea epitelio-geruza guztietan, zelula-polaritate gordea, zelula tamaina eta forma uniformea nukleo-zitoplasma erlazioa handitu gabe, nukleoan hiperkromatismorik eta kromatinaren irregularitaterik gabe, mitosien kopuru normala eta mitosi anormalik gabe, eta gainazaleko epitelio normala, guruinetara hedapenik edo guruin-beterik gabe.

481.- Kontuan hartuta Giza Papilomaren Birusaren (GPB) zerikusia zerbixeko lesio aurregaiztoen eta minbiziaren sorreran, adierazi aukera zuzena:

a) GPBak zerbixeko minbiziaren kasu batzuetan parte hartzen du, baina ezin da bere garapenerako ezinbesteko faktoretzat hartu.

b) GPBak eragindako infekzioa ohikoa da eta sexu bidez transmititzen da, baina bere horretan ez du esan nahi infektatutako emakume guztiek lesio aurregaiztoa edo zerbixeko minbizia garatuko dutenik.

c) GPBak eragindako infekzioa etapa aurreratuetan bakarrik hartzen da garrantzitsutzat, eta ez lesio aurregaiztoen hasierako sorreran.

d) GPBa etiologia-kausa beharrezkoa da, nahiz eta ez nahikoa izan, zerbixeko lesio aurregaiztoak eta minbizia garatzeko.

482.- Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) zerbixeko minbiziaren 2023ko heriotza-tasari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) EAEn, 2023an, 1,8ko heriotza-tasa izan zen 100.000 emakumeko —guztira 27 heriotza—, eta 2001etik goranzko joera izan zen, urteko aldaketa-ehuneko positibo eta esanguratsua.

b) EAEn, 2023an, 1,8ko heriotza-tasa izan zen 100.000 TEEko (Adinaren arabera estandarizatutako tasa) —zerbixeko minbiziagatik 27 heriotza—, eta 2001-2023 aldian joera negatiboa izan zen, -0,6ko urteko aldaketa-ehuneko ez-esanguratsua.

c) Zerbixeko minbiziaren heriotza-tasa, 2023an, 5etik gorakoa izan zen 100.000 TEEko —40 heriotza baino gehiago—, nahiz eta 2001etik joera egonkorra izan.

d) 2023an ez zen heriotzarik erregistratu EAEan zerbixeko minbiziagatik, eta 2001etik urteko aldaketa-ehunekoa negatiboa eta esanguratsua izan zen.

483.- Zerbixeko minbiziaren garapenari dagokionez, adierazi aukera zuzena: zein da zerbixeko minbiziaren historia naturaleko faseen hurrenkera egokia?

a) Arrisku altuko Giza Papilomaren Birusaren infekzioaren persistentzia → hasierako infekzioa → mintz basalaren inbasioa → minbizi aurreko lesioetarako progresioa.
b) Arrisku altuko GPBaren hasierako infekzioa → minbizi inbaditzailerako progresio zuzena → infekzioaren persistentzia → mintz basalaren inbasioa.
c) Arrisku altuko GPBaren hasierako infekzioa → infekzioaren persistentzia denboran → minbizi aurreko lesioetarako progresioa → epitelioaren mintz basalaren inbasioa.
d) Infekzioaren persistentzia → erregresioa → mintz basalaren inbasioa → minbizi aurreko lesioetarako progresioa.

484.- Espainian Giza Papilomaren Birusaren (GPB) genotipoen prebalentziari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) Arrisku altuko GPB genotipo ohikoenak GPB 6 eta 11 dira, eta GPB 16k ia % 0,5eko prebalentzia baino ez du.
b) Onkogenikoki arrisku altukoak diren GPBen artean, Espainian ohikoena GPB 16 da (% 2,9), eta ondoren GPB 52 (% 1,8), GPB 51 (% 1,6), GPB 31 (% 1,3) eta GPB 66 (% 1,2); GPB 18k, berriz, % 0,5eko prebalentzia du.
c) GPB 6 eta 11 Espainian arrisku altuko genotiporik ohikoenak dira; % 12,2ko eta % 7,5eko prebalentzia dute, hurrenez hurren.
d) Arrisku altuko GPB genotipo guztiek % 1etik beherako prebalentzia dute ebaluatutako emakume espainiar guztietan.

485.- Giza Papilomaren Birusaren (GPB) aurkako txertoari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) GPB 16 eta 18 genotipoak biltzen dituen txertoak % 90eko babesa ematen du birus onkogenikoen aurka, eta eraginkortasun bera du sexu-harremanak noiz hasten diren kontuan hartu gabe.
b) 18-24 urteko emakumeengan egindako ikerketek % 73ko murrizketa erakusten dute zerbixeko infekzioetan txertaketaren ondoren, eta txerto nonabalente berriak % 90era arte murriztu ditzake.
c) Sexu-harremanen hasierak txertaketa kontraindikatu egiten du, haren eraginkortasuna % 10etik behera jaisten delako.
d) Txerto nonabalenteak GPB 6 eta 11 genotipoak soilik estaltzen ditu; horiek dira zerbixeko minbizien % 70aren erantzule.

486.- Populazio-mailako baheketa-eredu batek izan behar dituen ezaugarriak kontuan hartuta, adierazi aukera zuzena:

a) Kaptazio oportunista hutsean oinarritu behar da, populazio-erroldarik edo birdeialdirako sistemen beharrik gabe, eta ez da beharrezkoa proben arteko tarteak errespetatzea parte-hartze handia mantentzen bada.
b) Errolda batean oinarritutako egitura propioa izan behar du xede-populazioa kaptatzeko; birdeialdirako sistemak eduki; gonbidapen-estaldura % 95etik gorakoa lortu; probaren aplikazio-tarteak errespetatu; baheketa-teknika balioztatua erabili; kalitate-kontrola bermatu; deribazio eta jarraipen-zirkuituak ezarri; eta prozesu osoa monitorizatu eta erregistratu.
c) Antolaketa-sistema batek baheketa egin ahal zaien emakumeak identifikatzeko aukera eman behar du datu kliniko orokorren bitartez, % 75eko gonbidapen-estaldura eskainiz. Deribazio eta jarraipen prozedurak izatea komeni da, baina ohiko arreta-zirkuituetan integra daitezke, populazio-unitate espezifikorik gabe.
d) Biztanleak gonbidatzeko tresnak izan behar ditu, hala nola SMSak edo posta elektronikoa, eta proben erregulartasuna mantentzea bilatu behar da, ahal denean teknika diagnostiko balioztatuak erabiliz. Baheketaren antolaketa ohiko baliabide asistentzialean oinarritu daiteke, baldin eta gutxieneko gainbegiratze-mekanismo bat badago eta deribazioak zentro bakoitzaren aukeren arabera ezar badaitezke.

487.- Osakidetzaren zerbixeko minbiziaren baheketa programako baheketa-proba primarioei dagokienez, adierazi aukera zuzena:

a) Baheketa 20 urterekin hasten da urteroko zitologiarekin, eta arrisku altuko GPB testa 50 urtetik gorako emakumeetan berrespen-proba gisa erabiltzen da soilik.
b) 25 eta 29 urte bitarteko emakumeak 3 urtean behin zitologiarekin bahetzen dira, eta 30 eta 65 urte bitartekoak arrisku altuko GPB detekzioarekin (genotipatu partziala) 5 urtean behin; gainera, 2001etik aurrera jaiotako eta 15 urte bete aurretik txertatutako emakumeek 30 urterekin hasten dute baheketa arrisku altuko GPBrekin 5 urtean behin.
c) 25 eta 65 urte bitarteko emakume guztiek 3 urtean behingo zitologia egin beharko lukete, tradizionalki gehien erabilitako metodoa delako eta jarraipen jarraitua ahalbidetzen duelako. Arrisku altuko GPB testa bigarren mailako tresna gisa erreserbatu behar da kasu hautatuetarako.
d) Baheketaren maiztasuna baliabideen eskuragarritasunaren eta zentro bakoitzaren antolaketaren arabera moldatu daiteke; ez da nahitaezkoa 3 edo 5 urteko tarte finkoak erabiltzea.

488.- Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) minbiziaren baheketako programaren arabera, zein kasutan dago adierazita ko-testa (zitologia + VPH-AR) baheketa-proba primario gisa eskatzea?

a) GPB positiboak diren emakume guztietan, genotipoa edozein dela ere.
b) Zitologia L-SIL eta GPB negatiboa duten emakumeetan.
c) Aurreko baheketan ASCUS eta arrisku altuko GPB negatiboa agertu zaien emakumeengan soilik.
d) 50 urtetik gorako emakumeengan, baheketaren sentikortasuna handitzeko.

489.- Sexu-transmisiozko infekzioei dagokienez, adierazi aukera ZUZENA:

a) Herrialde garatuetan gutxitan gertatzen diren gaixotasunak dira.
b) Gazteei soilik eragiten diete.
c) Mundu mailan gaixotasunen kausa nagusietako bat dira.
d) Ez dute epe luzerako konplikaziorik sortzen.

490.- Honako konplikazio hauetako zein EZ dago lotuta sexu-transmisiozko infekzioekin emakumeengan?

a) Hipotiroidismoa.
b) Haurdunaldi ektopikoa.
c) Ernalezintasuna.
d) Gaixotasun inflamatorio pelbikoa.

491.- Sexu-transmisiozko infekzioak osasun publikoko arazotzat jotzen dira batez ere honengatik:

a) Diagnostiko erraza dutelako.
b) Soilik heriotza-tasa handia dutelako.
c) Soilik tratamendu konplexua dutelako.
d) Intzidentzia handia dutelako eta konplikazioak izaten dituztelako.

492.- Sifilisari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) Birus batek eragiten du.
b) Ez du ondoriorik haurdunaldian.
c) Tratatu ezean, fetuaren heriotza eragin dezake.
d) Ez du tratamendurik.

493.- Mikroorganismo hauetatik zein izaten da baginako floraren parte?

a) Neisseria gonorrhoeae.
b) Treponema pallidum.
c) GIB.
d) Laktobaziloak.

494.- Baginako kandidiasia batez ere zerekin dago lotuta?

a) Birusekin.
b) Onddoekin.
c) Protozooekin.
d) Bakterioekin.

495.- Zein da sexu-transmisiozko infekzioak osasun publikoko arazo handitzat jotzearen arrazoietako bat?

a) Jaioberriei ere eragiten dietelako eta ernalezintasuna edo zerbixeko minbizia bezalako konplikazioak sor ditzaketelako.
b) Diagnostikoa beti agerikoa eta identifikatzeko erraza delako.
c) Maila sozioekonomiko baxuko pertsonei bakarrik eragiten dietelako.
d) Sexu-bide bidez soilik transmititzen direlako, eta horrek prebentzioa mugatzen duelako.

496.- Zer harreman dago Herpes sinplearen birusaren (VHS-2) eta GIBaren artean?

a) VHS-2ak GIB infekzioaren aurka babesten du, sistema immunologikoa estimulatzen duelako.
b) VHS-2ak GIBaren transmisioa 50 eta 300 aldiz artean biderkatzen du ultzera genitalak daudenean.
c) VHS-2ak eta GIBak ez dute inolako elkarrekintzarik.
d) VHS-2a beti sintoma nabarmenekin agertzen den infekzioa da, eta horrek GIB diagnostikatzen laguntzen du.

497.- Zein da tratatu gabeko infekzio gonokoziko eta klamidiarren ondorio espezifikoetako bat emakumeengan?

a) Jaioberriaren itsutasun atzeraezina urtebete egitean.
b) Gaixotasun inflamatorio pelbikoa kasuen % 40ra arte, eta horietatik lau kasutik batek ernalezintasuna eragiten du.
c) Zerbixeko minbizia ziurtatuta infekzio horiek dituzten emakume guztiengan.
d) Berehalako ultzera genital mingarrien agerpena, GIB arriskua biderkatzen dutenak.

498.- Zer egin behar du emaginak edo zer aholku eman behar du sexu-transmisiozko infekzioak prebenitzeko?

a) Edozein infekzio-sintomaren aurrean berehala antibiotikoak errezetatzea.
b) Pazientea baloratu gabe, bikotekideari bakarrik tratamendu psikologikoa preskribatzea.
c) Sexu-transmisiozko infekzioen konplikazioak tratatzeko interbentzio kirurgikoak egitea.
d) Sexu-transmisiozko infekzioak saihesteko kondoiaren erabilerari buruzko osasun-heziketa ematea.

499.- Zer egin behar du emaginak sexu-transmisiozko infekzio baten lehenengo zeinu edo sintomak ikusten edo detektatzen dituenean?

a) Berehala tratamendu antirretrobirala hasi.
b) Lehen zeinu edo sintomak ikusten edo detektatzen direnean medikuarengana deribatu.
c) Zenbait aste itxaron, sintomak berez desagertzen ote diren baieztatzeko.
d) Kasua osasun-agintariei soilik jakinarazi, pazienteari informaziorik eman gabe.

500.- **Zein da molusku kutsakorraren klinika?**

a) Azkura, baginako jariaketa, goiztiartasuna.
b) Garatxo-antzeko proliferazioak, kartzinoma.
c) Besikula mingarriak, jaioberriaren sepsia.
d) Larruazaleko papulak, gainazal leunekoak, sendoak eta esferikoak, erpinean unbilikazioa dutela.