Osakidetza



KIRURGIA OROKORREKO ETA DIGESTIO-APARATUKO FAKULTATIBO ESPEZIALISTA MEDIKOA

GALDERAK

1.- Neoplasia tiroideoak eragindako linfadenektomia laterozerbikalean muskulu digastrikoaren atzeko sabela identifikatzea zer nerbioren lesioa prebenitzeko da baliagarria?

a) Goiko laringeoarena.
b) Bizkarrezurrekoarena.
c) Beheko laringeoarena.
d) Diafragma-nerbioarena.

2.- Hernioplastia hauetako zeinek erabiltzen du peritoneo aurreko bidea?

a) Lichtenstein-en hernioplastiak.
b) Gilbert-en hernioplastiak.
c) Rutkow-robbins-en hernioplastiak.
d) Nyhus-en hernioplastiak.

3.- Hernia obturatzaileari dagokionez, zer EZ da egia?

a) Zaila da diagnostikatzea.
b) Eskuinaldean gehiagotan agertzen da.
c) Ohikoagoa da gizonetan.
d) Helduaroan agertzen da.

4.- Zein tumore tiroideo EZIN da diagnostikatu PAAF bidez?

a) Kartzinoma papilarra.
b) Kartzinoma medularra.
c) Kartzinoma folikularra.
d) Kartzinoma anaplasikoa.

5.- Zein baieztapen EZ da zuzena, iztaiko eta izterreko herniaren ebakuntzaondoko min kronikoari dagokionez?

a) Mina handiagoa da paziente gazteengan.
b) Handiagoa da hernia errezidibaren ebakuntzaren ondoren.
c) Ohikoagoa da gizonezkoetan.
d) Intzidentzia % 10 dela kalkulatzen da.

6.- Zer EZ da egia erretroperitoneoko tumoreei buruz?

a) Enukleazioa tratamendu nahikoa da.
b) Kolona prestatzea gomendatzen da.
c) Gomendagarria da profilaxi antibiotikoa egitea tumore handietan.
d) Errezidibagatik berriz ebakuntza egiteko indizea handia da.

7.- Zein da iskemia mesenteriko akutuaren sintomarik ohikoena?

a) Hematokezia.
b) Goragaleak eta gorakoak.
c) Beherakoa.
d) Abdomeneko mina.

8.- Arma zuriz egindako traumatismo toraziko batean, zein mailatatik aurrera eduki behar dugu abdomeneko lesio konkomitantearen susmoa?

a) Saihets arteko 2. espaziotik aurrera.
b) Diafragmaren azpikoa denean.
c) Saihets arteko 5. espaziotik aurrera.
d) Guztietan.

9.- Zein da peritoneoko garbiketa-ziztadaren kontraindikazio absolutu BAKARRA abdomeneko trauman?

a) Aurretiko abdomeneko kirurgia.
b) Koagulazio-nahasmenduak.
c) Obesitatea.
d) Premiazko laparotomia agintzea.

10.- Hautako zein EZ da 2B MENaren parte?

a) Tiroideko muineko kartzioma.
b) Feokromozitoma.
c) Hiperparatiroidismoa.
d) Poliganglioneuroma.

11.- Baieztapen hauetako zein da EGIA, giltzurrun gaineko feokromozitomaren tratamenduari dagokionez?

a) Garrantzitsua da arteria-lotura ahalik eta lasterren egitea.
b) 2 MENean, erasandako guruinaren suprarrenalektomia egingo da, EMN/OTA eta metaiodobentzilguanidina (MIBG) duen gammagrafia.
c) Laparoskopia EZ da teknika lehenetsia.
d) Ondoko egituretan infiltrazioak dituen feokromozitoma gaiztoa bada, kirurgia kontraindikatuta dago.



12.- Meleney-ren gangrena sinergikoan zer EZ da egia?

a) Zelulitis nekrosatzaile akutua da.
b) Beharrezkoa da halo morexka periferikoa erauztea, nekrosi zentralaz gain.
c) Normalean, estreptokoko ez-hemolitiko mikroaerofiloen eta S. Aureus edo bazilo gramnegatiboen elkartze sinergiko batetik sortzen da.
d) Ebakuntza-zaurietan, kolostomietan edo presioagatiko ultzeretan finkatzen da maiz.

13.- Zein da melanomaren aurkezpen kliniko OHIKOENA?

a) Melanoma nodularra (MN).
b) Lentigo gaiztoaren melanoma (LGM).
c) Gainazaleko hedadura-melanoma (GHM).
d) Melanoma lentiginoso akrala (MLA).

14.- Aipatzen diren gongoil-talde hauetako zeinek EZ du barne hartzen gastrostomia distala edo subtotala D2 linfadenektomiarekin?

a) 3.
b) 2.
c) 4.
d) 6.

15.- Kasu hauetan, kirurgia gomendatzen da hernioplastiaren ondorengo min kronikoa tratatzeko, BATEAN IZAN EZIK. Zeinetan?

a) Ebakuntza egin zenetik gutxienez 6 hilabete igaro badira.
b) Tratamendu medikoak porrot egin badu.
c) Min neuropatikoa badago.
d) Irudi-probetan sare biribilkatua ikusten bada.

16.- Zein da pankreako eta duodenoko lesio LARRIENA abdomeneko trauma larriaren ondoren?

a) Pankreako fistula.
b) Behazun-fistula.
c) Ohartu gabeko lesioa.
d) Pankreatitisa.

17.- Tratamenduaren zein iraupen gomendatzen zaio sakoneko zainetako tronbosi errepikaria, idiopatikoa edo tronbofiliarekin lotutako tronbosia duen pazienteari?

a) Sei astetik hiru hilabetera bitartekoa.
b) Hiru eta sei hilabete artekoa.
c) 6 hilabete.
d) 12 hilabete baino gehiago.

18.- Zer baieztapen da EGIA ileoko Crohn-en gaixotasunean?

a) Erauzketa-ertzek zabalak, gutxienez 4 cm-koak, eta ehun osasungarrikoak izan beh
b) Oinarriaren ileoko eta apendizeko erasana duen Crohn-en gaixotasun batean, hobe
c) Ebakirik onena eskuineko hobi iliakoan (EHI) egiten da.
d) Gomendagarria da bypassa saihestea.

19.- Hau guztia egia da gizonezkoen bularreko kartzinomari dagokionez, SALBU ETA:

a) Ia % 100ean, kartzinoma duktalak dira.
b) BRACA/2rekin lotzen da.
c) BRACA/1ekin lotzen da.
d) Estrogenoen bidezko terapia arrisku-faktoretzat hartzen da.

20.- Egoera hauetako zein gertatzen da shock septikoan, hasierako fasean?

a) Hipogluzemia.
b) Bihotz-gastua handitzea.
c) Plaketak areagotzea.
d) Alkalosi metabolikoa.

21.- Zer egoera analitiko zaindu behar da heste meharraren transplantean, tacrolimusaren toxikotasuna saihesteko?

a) Hipokaltzemia.
b) Hipomagnesemia.
c) Hiponatremia.
d) Azidosi metabolikoa.

22.- Zein da kolitis ultzeradunaren kirurgia programatuko teknika lehenetsia?

a) Protokolektomia osoa eta anastomosi ileoanala.
b) Protokolektomia konpontzailea (gordailu ileoanala).
c) Kolektomia eta ileoko zein ondesteko anastomosia.
d) Protokolektomia osoa eta ileostomia Koch-en gordailuarekin.

23.- Zein da faktore independente GARRANTZITSUENA hiperparatiroidismo primario iraunkorra saihesteko?

a) Teknezio sestamibi (Tc-MIBI).
b) Ekografia.
c) Teknezioa (Tc).
d) Kirurgialari aditua.



24.- Ebakuntza aurreko larruazalaren antisepsiari dagokionez, infekzio kirurgikoa murrizte aldera, hautatu ZUZENA:

a) Klorhexidina urtsua erabiltzea gomendatzen da ukitu gabeko larruazalean.
b) Soluzio alkoholdunak aho batez gomendatzen dira.
c) Mukosetan eta zauri irekietan klorhexidinaren soluzio alkoholikokoak erabiltzea gomendatzen da.
d) Soluzio horien eragin-denbora 50 segundo izatea gomendatzen da.

25.- 20 urteko paziente batek abdomen barneko infekzioa du, jatorri komunitariokoa. Ez du komorbilitaterik eta azkenaldian ez dute ospitaleratu. Zer bakteria EZ da derrigorrezkoa estaltzea antibioterapia enpirikoaren estaldura hautatzean?

a) E. colia.
b) Bacillus cereusa.
c) Bacteroides fragilisa.
d) Streptococcus sppa.

26.- Larrialdietara joan den paziente batek abdomen barneko infekzioa izan dezakeen susmoa dago, eta SIRS eskala erabiltzea erabaki da, haren larritasuna ebaluatzeko. Irizpide hauetako zein EZ da sartzen eskala horretan?

a) Tentsio arterial sistolikoa ≤100 mmHg.
b) Leukozitosia >12.000 cels/mm3 edo leukopenia < 4000 cels/mm3.
c) Takikardia >90 t/m.
d) Arnasketa-maiztasuna ≥ 20 arnas/min.

27.- Paziente batek jatorri komunitarioko abdomen barneko infekzio moderatua du, arrisku-faktorerik gabe. Amoxizilina-klabulanikoa (1g c/8h) pautatu zaio fokua behar bezala kontrolatu ondoren. Zenbat denboran mantendu behar da tratamendu antibiotikoa?

a) 24 orduz.
b) 3 egunez.
c) 7 egunez.
d) Ez da beharrezkoa antibioterapiarekin jarraitzea.

28.- Zer ez da bularreko minbizia izateko arrisku-faktore bat gizonezkoetan?

a) Historia familiarra.
b) Obesitatea.
c) William-en sindromea.
d) Erradiazioaren aurreko esposizioa.

29.- Zergatik gertatzen da errefusa akutua?

a) Aurretik formatutako antigorputzek eragina dutelako hartzailearengan.
b) Aloinjertoaren arteriosklerosiagatik; izan ere, hodietako argia estutzearen bidez hodietako hormetako zelula muskular leunak hazi egiten dira.
c) Linfozitoen eta makrofagoen infiltrazio inflamatorio zelular mistoaren bidez.
d) Organoko iskemia eragiten duen mentuaren hodien mikrotrombosiagatik.

30.- Zer da iskemia hotzaren denbora?

a) Kontserbazio-aldia, mentua atera ondoren hozten denetik berriro odola jaso arte, behin transplantea egin ondoren.
b) Organoak odola jasotzeari uzten dionetik (aortako kanplajea edo bihotz-gelditzea) hotzean kontserbatzen hasi arteko denbora.
c) Organoak garraiorako hozkailuan eramaten duen denbora.
d) Organoa ezartzeko beharrezkoak diren berreraikuntza baskular guztiak bankuan egiten diren denbora.

31.- Nola deitzen zaio winslow-en hiatotik sartu eta epiploi txikia irekiz, gibeleko hilioa erabat inguratzen duen maniobra kirurgikoari?

a) Pringle-n maniobra.
b) Kocher-en maniobra.
c) Launois-en maniobra.
d) Shaker-en maniobra.

32.- Brisbane-ren terminologiaren arabera, nola deitzen zaio gibeleko 5, 6, 7 eta 8 segmentuak erauzteari?

a) Eskuineko aurreko sekzionektomia.
b) Eskuineko hepatektomia.
c) Ezkerreko hepatektomia.
d) Atzeko eskuineko sekzionektomia.

33.- Kirurgia abdominal handi ez-kardiakoan, zein da praktika klinikoko gidaren gomendioa, SEDARek sustatua, fluidoak hautatzeko, errestaurazio bolemiko perioperatorioan?

a) Koloide naturalak (albumina) sistematikoki erabiltzea iradokitzen da, kostu erlatibo txikia dutelako.
b) Kristaloideen eta koloideen arteko fluidoterapiaren erabilera iradokitzen da, ez dutelako alderik lotura kritikoetan (heriotza-tasa edo giltzurrun-kaltea), eta koloideek kostu handiagoa dutelako.
c) Debekatuta dago kristaloide kulunkatuak erabiltzea, eta ebakuntza barruko serum glukosatua bakarrik eman behar da.
d) Kritikoki gaixo dauden pertsona guztiek lehen belaunaldiko hidroxietilalmidoiak erabiltzea gomendatzen da.

34.- Hestegorriko minbizia duten paziente hauetako zein hartuko zenuke lehen aukeratzat kimioa eta erradioterapia erradikala duen tratamendurako?

a) 45 urteko emakumea, adenokartzinoma duena heren distalean.
b) 55 urteko gizonezkoa, zerbikaletako kartzinoma ezkatatsua duena.
c) 60 urteko gizonezkoa, zerbikaletako kartzinoma ezkatatsua duena heren distalean.
d) 55 urteko emakumea, adenokartzinoma duena heren distalean.

35.- Zer maniobra gehitu behar zaio Zenker-en dibertikuluaren tratamenduari?

a) Trakeostomia dibertikulua oso handia bada.
b) Lotura esofagogastrikoaren aurreko funduplikatura.
c) Muskulu krikofaringeoaren miotomia.
d) Beheko esfinter esofagikoaren miotomia.

36.- Paziente hauetako zeinek EZ du errefluxuaren aurkako kirurgia-indikaziorik?

a) 33 urteko gizonezkoak, A mailako esofagitisa duena gastroskopian, 5eko DeMeester-en pHmetriarekin eta hiato-etniarik gabe.
b) 55 urteko emakumeak, 3 motako hiato-hernia duenak. PHmetriaren azidoarekiko esposizio-denbora % 11koa da eta A mailako esofagitisa du.
c) 44 urteko gizonezkoak, errefluxu gastroesofagikoko gaixotasunaren (EGEG) diagnostikoa duenak, Lyon-en irizpideen arabera. Hipomagnesemia larria ere badu, beste arrazoi batengatik.
d) 52 urteko emakumeak, Barrett-en hestegorria eta EGEGen sintoma tipikoak dituenak.

37.- Hautatu zein den sekuentzia ZUZENA Barret-en hestegorrian:

a) Metaplasia – adenokartzinoma – displasia – esofagitisa.
b) Esofagitisa – displasia – metaplasia – adenokartzinoma.
c) Displasia – metaplasia – esofagitisa - adenokartzinoma.
d) Esofagitisa – metaplasia– displasia– adenokartzinoma.

38.- Honako hauetako zein EZ da berariaz funduplikatura-indikazioa?

a) IV. motako hiato-hernia.
b) A mailako esofagitisa, horri lotutako beste patologiarik gabe.
c) III. motako hiato-hernia, barruan Cameron-en ultzerak dituena.
d) Errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasuna duen pazientea, zeinak ez dituen hartu nahi protoi-bonbaren inhibitzaileak modu kronikoan edo hura kronikoki hartzeko kontraindikazioa duen.

39.- Boerhaave-ren hestegorriko zulaketa, non gertatzen da lehentasunez?

a) Zerbikaletako hestegorrian.
b) Toraxeko hestegorriaren heren proximalean.
c) Toraxeko hestegorriaren heren proximalaren ezkerraldean.
d) Hestegorri distalean, normalean ezkerraldean.

40.- Histologia hauen artetik, zeinek du gastrektomia distal batean aurkitzeko probabilitate TXIKIENA?

a) Adenokartzinomak.
b) Urdail-hesteetako estroma-tumoreak.
c) Kartzinoma ezkatatsuak.
d) Linfomak.

41.- Gongoil-talde hauetako zein EZ da lehortzen D2 linfadenektomian?

a) 1. taldea.
b) 8. taldea.
c) 12a taldea.
d) 10. taldea.

42.- Konplikazio hauetako zein EZ zenuke esperoko aurkitzea urdaileko adenokartzioma distalagatiko gastrektomia subtotala duen paziente batengan?

a) Atxikitako antroaren sindromea.
b) Behazun-errefluxua.
c) Anemia.
d) Ahoko ultzera anastomotikoa.

43.- Zein da gastrektomia oso bat berreraikitzeko lehen aukera?

a) Kolona hestegorri eta duodeno artean egotea.
b) Jeiunoa hestegorri eta duodeno artean egotea.
c) Hestegorriko eta jeiunoko anastomosia Billroth II-n.
d) Hestegorriko eta jeiunoko anastomosia Roux-en Y erako teknika kirurgikoan.

44.- Aukeratu lotura ZUZENA:

a) Billroth II – Ahoko ultzera anastomotikoa izateko arrisku txikiagoa.
b) Billroth I – Behazun-errefluxua.
c) Dumping berantiarra - Hipergluzemia.
d) Dumping goiztiarra – Sintomak ahorakina hartu eta 2 ordura.

45.- Kirurgia bariatrikoko teknika hauetako zein EZ da aurreikusten gaur egun?

a) Behazuneko eta pankreako deribazioa.
b) Banda gastriko doigarria.
c) Gastroplastia bertikal eraztunkatua.
d) Bypass gastrikoa anastomosi batean.

46.- Gastrektomia bertikaleko interbentzioa egin dioten paziente batengan, zer konplikazio EZ zenuke esperoko aurkitzea kirurgia egin eta bi urtera?

a) Petersen-en hernia.
b) Errefluxu gastroesofagikoa.
c) Burdin eskasiagatiko anemia.
d) Pisu-errezidiba.

47.- Zein da teknika lehenetsia gastrektomia bertikalaren ondoren errefluxu gastroesofagiko larria duen paziente batentzat?

a) Behazuneko eta pankreako deribazioa.
b) Erregastrektomia bertikala.
c) Roux-en Y erako bypass gastrikoa.
d) Gastrektomia bertikalaren gaineko banda.

48.- Defizit hauetako zein aurki daiteke duodenoko gurutzatze bat duen paziente batean, baina EZ gastrektomia bertikal baten ondoren?

a) Erretinola.
b) B12 bitamina.
c) Burdina.
d) Tiamina.

49.- Aukeratu lotura OKERRA:

a) Duodenoko gurutzatzea – Teknika hipoxurgatzailea.
b) Gastrektomia bertikala – Errefluxu gastroesofagikoaren arriskua.
c) Roux-en Y erako bypass gastrikoa– Hipogluzemia-arriskua.
d) SADI-S – Lakio-oina.

50.- Kasu hauetako zeinetan hartzen da kirurgia geroratuaren indikaziotzat digestio-hemorragia handia duen paziente bat?

a) 3 motako Forrest-en ultzera.
b) 65 urte baino gehiagoko pazientea.
c) 1 cm baino gutxiagoko Forrest-en 2B ultzera duen paziente egonkortua.
d) Fibrina duen ultzera duen pazientea.

51.- Urdaileko eta duodenoko jatorria duen paziente batek digestio-hemorragia handia badu, zer arteria enbolizatu behar da?

a) Ezkerreko arteria gastroepiploikoa.
b) Urdaileko eta duodenoko arteria.
c) Eskuineko arteria gastroepiploikoa.
d) Ezkerreko urdialeko arteria.

52.- Kirurgia-keinu hauetako zein EZ dira kontuan hartzen premiazko kirurgia batean?

a) Bagotomia.
b) Ezkerreko arteria gastroepiploikoaren lotura.
c) Gastrektomia subtotala.
d) Urdaileko eta duodenoko arteriaren lotura.

53.- Hauetako zein da digestio-hemorragia handia duen paziente batek berriz odola jariatzeko duen arriskua baloratzeko eskala bat?

a) Rockall.
b) Child-Pugh.
c) SOFA.
d) Glasgow.

54.- Hemodinamikoki ezegonkorra den eta jatorri ultzeraduneko digestio-hemorragia handia duen paziente baten kasuan, zein izango litzateke lehen tratamendua?

a) Arterien zeharreko enbolizazioa.
b) Premiazko kirurgia.
c) Goiko eremuko digestio-endoskopia.
d) Serumterapia eta behaketa.

55.- Hauetako zein EZ da hautazko esplenektomiaren indikazio bat?

a) Purpura tronbozitopeniko idiopatikoa.
b) Esferozitosi hereditarioa.
c) Bare-infartu polarra, gastrektomia bertikalaren ondoren.
d) Anemia hemolitiko autoimmunea.

56.- Nola esaten zaio premiazko esplenektomian hemostasia hobea lortzeko egiten den maniobrari?

a) Kocher.
b) Gómez eta Gómez.
c) Makuuchi.
d) Kattel eta Braasch.

57.- Hauetako zein izan daiteke esplenektomiaren konplikazio bat?

a) Itsuaren lesioa.
b) Pankreako fistula.
c) Antrako lesioa.
d) Duodenoko zulaketa.

58.- Hauetako zein EZ litzateke esplenektomia baterako heltzetzat hartuko?

a) Laparoskopia ahoz beherako etzanerarekin.
b) Laparoskopia alboko etzanerarekin.
c) Laparotomia ertaina.
d) Heltze robotikoa.

59.- Esplenomegalia idiopatikoa izanez gero, zerk bideratuko du esplenektomiaren indikazioa?

a) Hark sortzen duen sintomatologiak.
b) Konplikazioak izateko arriskuak.
c) Behin betiko diagnostikoa izateko beharrak.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

60.- Hauetako zein EZ da hernia konpontzen duen teknika laparoskopiko bat?

a) TAPP.
b) TEPP.
c) IPOM.
d) Stoppa.

61.- Aukeratu lotura OKERRA:

a) Stoppa – Peritoneo aurrekoa eta aldebikoa.
b) Nyhus – Peritoneo aurrekoa eta aldebakarrekoa.
c) Grynfeldt – Aurreko hernia.
d) Richter – Alboko ziztada.

62.- Alderdi hauetako zein izan behar da aintzat abdomen-pareta konplexuko hernia baten konponketan?

a) Pazientearen nutrizio-egoera.
b) Tamaina eta kokapena.
c) Tabako-abstinentzia.
d) Aurreko guztiak.

63.- Zertan eragiten du hormako hernia duen paziente baten gehiegizko pisuak eta obesitateak?

a) Infekzio kirurgikoa izateko arrisku txikiagoan.
b) Konpontzeko erraztasun tekniko handiagoan.
c) Herniaren errezidiba-arrisku areagotuan.
d) Pisu normala duen pazienteak baino hernia txikiagoa izatean.

64.- Honako kasu hauetako zein EZ litzateke kontuan hartuko abdomen ireki baterako?

a) Hautazko esplenektomia, 30 cm baino gehiagoko barea duena.
b) Premiazko kirurgia paziente politraumatizatu larriarentzat.
c) Premiazko kirurgia goiko mesenterio-arteriako tronbosiagatiko hesteetako iskemia duen pazientearengan.
d) Abdomeneko sindrome konpartimentala, erretroperitoneoko odoljarioagatik.

65.- Hautatu aurreko hernia diafragmatikoaren izena:

a) Bochdaleck.
b) Hiatal.
c) Morgagni.
d) Garengot.

66.- Peritoneoko gaixotasun onkologikoaren hedadura ebaluatzen duen indizeari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) HOBE da eta abdomena 3 segmentutan banatzen du.
b) HOBE da eta gehieneko balioa 9koa da.
c) HOBE da eta abdomena 9 eremutan banatzen du.
d) HOBE da, eta barrunbe abdominalaren 9 eremu eta heste meharreko beste 4 hartzen ditu kontuan.

67.- Hauetako zein EZ litzateke izango peritoneoko kartzinomatosiaren kirurgia-indikazio bat?

a) Peritoneoko pseudomixoma duen pazientea.
b) Peritoneoko mesotelioma.
c) Obulutegiko minbiziaren kartzinomatosia.
d) Pankreako minbiziaren kartzinomatosia.

68.- Egitura hauetako zein EZ luke kokatuko erretroperitoneoa?

a) Giltzurrun gaineko eskuineko guruinak.
b) Aorta arteriak.
c) Duodenoko lehen zatiak.
d) Kaba zainak.

69.- Duela urte batzuk energia handiko zirkulazio-istripu bat izan zuen paziente batek. Toraxeko erradiografia bat egin zaio barize-kirurgia baterako ohiko ebakuntza aurrerako, eta ikusi da ezkerreko hemitoraxean heste-lakioak dituela. Zein da zure susmoa?

a) Morgagni-ren hernia.
b) IV. motako hiato-hernia.
c) Spiegel-en hernia.
d) Bochdaleck-en hernia.

70.- 55 urteko emakumezko paziente bat kontsultara joan da disnea progresiboak eragindako pneumologia bat dela eta. Toraxeko erradiografia bat egin zaio, eta aurreko mediastinoko okupazioa erakusten du. Zein da aukera ZUZENA?

a) Bochdaleck-en balizko hernia.
b) Morgagni-ren balizko hernia.
c) Desplazamenduagatiko hiato-hernia.
d) IV. motako hiato-hernia.

71.- Sintoma hauetako zein espero duzu aurkitzea abdomen barneko infekzioa duen paziente batengan?

a) SIRS.
b) Takikardia.
c) Ileo paralitikoa.
d) Guztiak sintoma posibleak dira.

72.- Irizpide hauetako zein izango litzateke abdomen barneko abzesu baten drainatze kirurgikoan pentsatzeko irizpide?

a) Paziente egonkorra eta egoera orokorrean erasan txikia duena.
b) Lokulu anitzeko abzesua duen pazientea.
c) 9 cm-ko abzesua duen pazientea, larruazalean zeharreko drainatzerako irisgarria.
d) Kolekzio laminarra duen pazientea.

73.- Hauetako zein da abdomeneko traumatismo baten laparotomia-indikazioa?

a) FAST negatiboa duen paziente egonkorra.
b) Paziente egonkorra, abdomeneko lesio sarkorra eta likido librea duena OTn.
c) Traumatismo itxia, paziente egonkorrarekin.
d) Kolpatutako traumatismoa, egoera orokorrari erasan gabe, eta miaketa negatiboak dira.

74.- ABCren ebaluazioaren ondoren abdomeneko traumatismo itxia eta ezegonkortasun hemodinamikoa duen paziente batentzat, zer miaketatan pentsatuko zenuke?

a) FAST ekografian.
b) Toraxeko eta abdomeneko OTra igarotzean.
c) Premiazko kirurgia.
d) Arteriografia diagnostikoa.

75.- Kasu hauetako zeinetan EZ zenuke pentsatuko paziente politraumatizatu baten premiazko OT egitean?

a) Paziente egonkorraren trafiko-istripuan.
b) Serumterapiarekin egonkortzen den paziente baten zapalketak eragindako traumatismoan.
c) Abdomeneko traumatismo sarkorra duen pazientean, zeinaren BM 120x' den eta TA 95/65, 1.500 cc-ko zain barneko bolumenaren ondoren.
d) Traumatismo kraneoentzefalikoa eta kontzientzia-maila galdu duen pazientean, ezegonkortasunik gabe.

76.- Larruazaleko tumore hauetako zeinek du gaiztotzeko ahalmena?

a) Sebo-keratosiak.
b) Nebo epidermikoak.
c) Becker-en neboak.
d) Keratoakantomak.

77.- Hauetatik zein da anexuetatik datorren tumore bat?

a) Inklusio epidermikoaren kistea.
b) Nebo epidermikoak.
c) Lipoma.
d) Hemangioma.

78.- Hidradenitis zorne-jariatzaileari dagokionez, hautatu OKERRA:

a) Keratinazko tapoi baten ondoriozko ile-folikuluaren alterazioa da.
b) Gertakari bakarrak izan ohi dira.
c) Diziplina anitzeko heltzea eskatzen du.
d) Kasu batzuetan, farmako biologiko bidezko tratamendua behar izaten da.

79.- Mosh-en kirurgia mikrografikoari dagokionez, aukeratu erantzun OKERRA:

a) Tumorearen ertzak histologikoki kontrolatzeko aukera ematen du.
b) Piezak edozein patologok ebalua ditzake.
c) Indikazioa du errepikapenetan.
d) Baliagarria da betazalen inguruko tumoreetan.

80.- Zein da ZUZENA melanomaren tratamenduan?

a) Ez du behar ertzak dituen exeresirik.
b) Lesioaren eremuko linfadenektomia 1 cm baino gehiagoko tumoreetan agintzen da.
c) Gongoil zelatariaren hautazko biopsia gomendatzen da 0,8 mm-tik gorako Breslow-en indizea duten tumoreetan.
d) Lesio ultzeradunek pronostiko hobea dute.

81.- Miaketa hauetako zein ez da erabiltzen gaur egun sakoneko zainetako tronbosia diagnostikatzeko?

a) Doppler-en ekografia.
b) Angio-OT.
c) Angio-EM.
d) Flebografia.

82.- Pankreako ebakuntza bat egin dioten paziente bat ebakuntzaondokoan beheko eskuineko gorputz-adarreko edema izaten hasi da; mina eta tumefakzioa ditu. Hautatu aukera ZUZENA:

a) Litekeena mahai kirurgikoaren etzanera izatea da.
b) D dimeroa definitzailea izango da diagnostikorako, eta sentikortasun handia izango du.
c) Doppler-en ekografia bat eskatu behar da zain sakonetako tronbosi (ZST) bat baztertzeko.
d) Hipoproteinemiak eragindako edema da; beraz, nutrizioa hobetu beharko da.

83.- Klinika hauetako zeinek du lotura handiagoa enbolia arterialarekin tronbosi arterialarekin baino?

a) Bihotzeko arritmiak.
b) Aurretiazko klaudikazio-sintomek.
c) Iskemia kronikoaren zeinuek.
d) Arrisku kardiobaskularreko faktoreek.

84.- Hauetako zein EZ da gorputz-adarretako iskemiaren “6 p” -etako bat?

a) Zurbiltasuna.
b) Parestesiak.
c) Poikilotermia.
d) Pigmentazio gorrixka.

85.- Iskemia birperfusioaren sindromeari dagokionez, hautatu aukera ZUZENA.

a) Oxigenorik gabeko erradikalak askatzearen ondorio da.
b) Fisiopatologiak zerikusia du, batez ere, iskemian metabolismo aerobioa mantentzearekin.



c) Zitokinak askatzeak ehunetako osagai toxikoak murriztea ahalbidetzen du.
d) Tokiko erasana baino ez du; ez du eragin sistemikorik.

86.- Hautatu aukera ZUZENA, Siewert-en sailkapenari dagokionez.

a) GIST tumoreei egiten die erreferentzia.
b) Siewert-en I mailak, tumorearen epizentroa urdailerantz dago.
c) Siewert-en II mailan, tumorearen epizentroa lotura esofagogastrikoan dago, Z lerroan.
d) Siewert-en III maila kimioarekin eta erradioterapiarekin tratatzen da.

87.- Hauetako zein EZ da aurreikusten esofagostomia baten ondoren berreraikitzeko?

a) Urdaileko plastia kurbadura txikiaren gainean.
b) Eskuineko kolona.
c) Ezkerreko zeharkako kolona.
d) Jeiuno askea.

88.- Zer izen du apendize zekala duen herniak?

a) Grynfeldt.
b) Petit.
c) Amyand.
d) Richter.

89.- Hauetako zein hartzen da gastrektomia bertikaleko kontraindikaziotzat?

a) 40 kg/m2 baino gehiagoko GMI.
b) A mailako esofagitisa.
c) Hiato-hernia < 2 cm.
d) Barrett-en hestegorria.

90.- Konplikazio hauetako zein EZ zenuke esperoko aurkitzea bagotomia baten ondoren?

a) Kolelitiasia.
b) Urdaileko harria.
c) Sabela husteko ohituraren nahasmendua.
d) Behazun-errefluxua.

91.- Kolon eta ondesteko jatorria duten gibeleko metastasien erauzte-gaitasuna ebaluatzeko, aukera hauetatik zeinek du garrantzi txikiena?

a) Erabat erauzi ahal izatea (R0)
b) Gutxienez ondoko bi gibel-segmentu gorde ahal izatea, sarrera- eta irteera-baskularizazio egokiarekin.
c) Gibel-hondar egokia izatea.
d) Tumore primarioarekin batera agertzea.

92.- 45 urte baino gehiago dituzten eta arrisku kirurgikorik ez duten pazienteen kasuan, zein neurritatik aurrera gomendatzen da kolezistektomia egitea polipo besikularren bidez?

a) 2 mm.
b) 4 mm.
c) 6 mm.
d) 10 mm.

93.- Eskuineko hipokondriako mina eta Murphy-ren zeinu positiboa duen paziente baten kasuan, zein izango litzateke irudi-proba EGOKIENA diagnostikoaren susmoa berresteko?

a) Erresonantzia magnetiko nuklearra.
b) Ordenagailu bidezko tomografia axiala.
c) Abdomeneko ekografia.
d) HIDA bidezko gammagrafia hepatobiliarra.

94.- Hauetako batek EZ du adierazten erauzte-gaitasunik ez dagoenik Klatskin-en tumore batean:

a) N2 gongoiletako erasanaren ebidentzia (enbor zeliakoaren adenopatiak, goiko mesenterio-arteria edo paraaortikoak).
b) Alde bereko gibeleko arteriaren erasana.
c) Bismuth-en IV.
d) Gibelaren alde baten atrofia, aurkako aldeko behazun-inbasioarekin.

95.- Gaur egun, ikterizia duen paziente baten aurrean, zein izango da egin beharreko lehen irudi-proba?

a) Erresonantzia magnetiko nuklearra.
b) Abdomeneko ekografia.
c) Ordenagailu bidezko tomografia axiala.
d) Ekoendoskopia.

96.- Zein da behazun jatorriko pankreatitis akutuaren errepikapena prebenitzeko tratamendurik EGOKIENA?

a) Partington-Rochelle-ren ebakuntza.
b) Puestow-en ebakuntza.
c) Laparoskopia bidezko kolezistektomia.
d) Kolezistektomia eta behazun-bide nagusiaren drainatzea Kehr-en T hodiarekin.

97.- Zein da pankreatitis kronikoaren tratamendu kirurgikoaren indikazio nagusia:

a) Duodenoko estenosia.
b) Behazun-estenosia.
c) Bare-zainaren tronbosia esplenomegaliarekin.
d) Abdomeneko mina.

98.- Berry-ren loturak kirurgia tiroidean bere garrantzia du inguruabar guzti hauetan, SALBU ETA:

a) Trakearen fasziako estalkiaren parte da.
b) Kapsula tiroideoarekin lotzen da atzetik eta bi aldeetatik, eta lotailu esekitzaile bat osatzen du.
c) Paratiroideekin duten harremana dela eta.
d) Nerbio laringeo atzerakoiarekin duen lotura dela eta.

99.- Abdomen barruko infekzio baten laginak jaso eta prozesatzean, jarraibide tekniko hauetako zein da testuaren gomendio esplizitua?

a) Bidalitako lagin-kopurua da patogenoen detekzio-tasa handitzeko faktore nagusia.
b) Abzesuaren erdialdean laginak hartzea lehenetsi behar da, ahalik eta zorne-kopuru handiena metatzeagatik.
c) Ahal den guztietan, lagina xiringa bidez jaso behar da, eta hutsean dauden ontzietan inokulatu, anaerobioentzako garraiobidea erabiliz.
d) Bilioiak dira bakterio anaerobio zorrotzen bideragarritasun luzea ziurtatzeko metodo egokiena.

100.- Zein ehuneko du zelula folikularretatik sortutako ongi bereizitako tiroide-minbiziak?

a) % 20tik % 25era.
b) % 50etik % 55era.
c) % 70etik % 75era.
d) % 90etik % 95era.

101.- Tiroideko kartzinoma papilarrari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da zuzena?

a) Bereizitako tiroideko bigarren minbizi mota da.
b) Tiroide-masak izan ditzakete, bai gizonezkoetan, bai emakumezkoetan, eta ia edozein adinetan.
c) Tiroideko kartzinoma papilarraren tratamendu nagusia ablazio kirurgikoa da.
d) Urrutiko metastasiak ez dira oso ohikoak, baina pronostiko txarra dute.

102.- Zein da I. motako neoplasia endokrino anizkoitzaren sindromearen ezaugarria?

a) Tiroideko muineko kartzinoma, pankreako tumore neuroendokrinoak, duodenoa, bronkioetako kartzinoideak, timokoak eta aurreko hipofisiaren adenomak.
b) Paratiroideko hiperplasia, pankreako tumore neuroendokrinoak eta duodenoa, bronkioetako kartzinoideak, timokoak eta aurreko hipofisiaren adenomak.
c) Paratiroideko hiperplasia, feokromozitomak, bronkioetako kartzinoideak, timokoak eta aurreko hipofisiaren adenomak.
d) Tiroideko kartzinoma folikularra, pankreako tumore neuroendokrinoak, duodenoa, bronkioetako kartzinoideak, timokoak eta aurreko hipofisiaren adenomak.

103.- Giltzurrun gaineko kartzinoman, zein dira gaiztotasunaren irizpide absolutuak?

a) 4-6 cm-ko tumoreak.
b) Tumore hiperfuntzionatzaileak.
c) Urrutiko metastasia edo ondoko egituren inbasioa duten tumoreak.
d) Tumore-errezidiba.

104.- Hestegorriko manometria erabilgarria da egoera hauetan guztietan, batean IZAN EZIK:

a) Hestegorriko motore primarioaren nahasmenduaren diagnostikoa ezartzeko (akhalasia, espasmo lausoa, etab.).
b) Errefluxu bidezko gaixotasunaren eta endoskopia normalaren sintoma tipikoak dituzten pazienteak ebaluatzeko, PBI bidezko tratamenduarekiko errefraktarioak badira.
c) PH-elektrodoa azterketa phmetriko anbulatorioetan behar bezala kokatzen laguntzeko.
d) Sintoma atipikoak, hala nola disfagia edo toraxeko mina, dituzten errefluxua duten pazienteetan.

105.- Hestegorriko zulaketan, faktore hauek guztiek pronostikoa iluntzen dute, batek IZAN EZIK:

a) Mukosaren esposizio osatugabea konponketa egitean.
b) Diagnostikoaren atzerapena.
c) Buxadura distala.

d) Zuzeneko josturaren bidez konpontzea.

106.- Kardietako akalasiak ezaugarri hauek ditu, bat IZAN EZIK:

a) Muskulu ildaskatuaren mugimenduaren nahasmendu primarioa da.
b) Hestegorriko gorputzaren peristaltismo-eza du ezaugarri.
c) Ezaugarri du HGI ez izatea gai erlaxatzeko, irensketaren erantzun gisara.
d) Ezaugarri makroskopiko bereizgarri du hestegorriko gorputzaren dilatazioa, segmentu distal estu batean amaitzen dena.

107.- Hestegorriko dibertikulu mota hauetako zein dira pultsiokoak edo faltsuak?

a) Zenker-en dibertikulua.
b) Dibertikulu epifrenikoa.
c) Toraxeko dibertikulua.
d) a) eta b) zuzenak dira.

108.- Hestegorriko tumoreetan, hauek guztiak erauzte-irizpidetzat hartzen dira, bat IZAN EZIK:

a) Pleuraren, perikardioaren edo diafragmaren infiltrazioa.
b) T4b tumoreak, bihotza, hodi handiak edo ondoko organoak infiltratuta dituztenak.
c) Lotura esofagogastrikoko tumoreak, klabikula gaineko adenopatia positiboekin.
d) Hestegorri zerbikaleko tumoreak (< 5 cm muskulu krikofaringeotik).

109.- Ivor Lewis bat egin ondoren, iskemia garrantzitsu bat edo plastia gastrikoaren nekrosia detektatzen bada, tratamendu hau jarraitu beharko da:

a) Toraxeko drainatzea eta espektro zabaleko tratamendu antibiotikoa.
b) Plastia erauztea eta berreraikitzean kolonaren interposizioa.
c) Plastia erauztea, zerbikostomia eta elikadura-jeiunostomia.
d) Protesi endoskopikoa jartzea.

110.- Hestegorriko leiomiomari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da zuzena?

a) Hestegorriko tumore onbera ohikoena da.
b) Gehienbat erdiko eta beheko herenean dago.
c) Muskulu ildaskatuaren zelula argietan sortzen da.
d) Kasu gehienetan, hazkundea oso motela da.

111.- EGEri (errefluxu gastroesfagikoari) dagokionez, kirurgiako indikazio absolututzat hartzen dira honako guztiak, bat IZAN EZIK:

a) Errepikapeneko arnas konplikazioak (xurgapena, pneumonia, laringitis kronikoa, etab.)
b) Ez ematea erantzun osorik, nahiz eta tratamendu mediko zuzen eta kontrolatuan egon. Sintomek eta lesio endoskopikoek iraun egiten dute sintomarik gabeko pazienteengan.
c) Barret-en hestegorria.
d) Errepikapeneko fenomeno hemorragikoak.

112.- Hiato-hernia paraesofagikoetan (HPE), kontzeptu hauek guztiak egiak dira, bat IZAN EZIK:

a) Hernia paraesofagikoek ezaugarri dute peritoneoko zaku bat izatea.
b) Lotura esofagogastrikoaren igoera dute ezaugarri.
c) Herniatzen den lehenengo gauza fundusa da.
d) HPEek bolbulaziorako joera dute.

113.- Ultzera peptikoan, honako baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Ultzeraren zulaketa da ultzera peptikoan sarrien gertatzen den lehenengo konplikazioa.
b) Kokapenik ohikoena duodenoko erraboila da.
c) Duodenoko ultzera nagusitzen da ekialdeko populazioan.
d) Ohikoagoa da emakumeetan.

114.- Urdaileko minbiziaren kasuan, tratamenduaren oinarri hauek zuzenak dira, bat IZAN EZIK:

a) Minbizi gastrikoa modalitate anitzeko tratamendua jaso dezakeen gaixotasuna da, eta diziplina anitzeko batzorde baten testuinguruan baloratu behar da.
b) Mukosara mugatutako 2 cm baino gutxiagoko tumoreetan, zeinak ultzera-aldaketarik ez duen (0-I eta 0-IIa motak) eta ondo bereizita dagoen, mukosa-erauzketa endoskopikoa egin daiteke.
c) T0-1-2 N0 tumoreen tratamendu lehenetsia kirurgia primarioa da. Gainerako pazienteek tratamendu konbinatu, neoadjubante edo adjubantea jasotzen dute.
d) 1 cm baino gutxiagoko 0-IIb eta 0-IIc tumoretan, zeinetan ez dagoen inbasio linfatikorik edo baskularrik, mukosa-erauzketa endoskopikoa egin daiteke.

115.- Kirurgia bariatrikoko teknika hauetako zeinek erakutsi ditu emaitzarik onenak pisu-galerari eta komorbilitate-bereizteari dagokionez, batez ere 2 motako Diabetes mellitusean?

a) Gastroplastia bertikal eraztunkatuak.
b) Gastrektomia bertikalak.
c) Urdaileko bypassak.
d) Behazuneko eta pankreako deribazioak.

116.- Baieztapen hauetako zein EZ da egia, kirurgia bariatrikoaren ebakuntza inguruko aldiari dagokionez?

a) Loaldiko buxatze-apnearen sindromea (LBAS) duten pazienteetan, extubazioaren ondoren berrabiarazi behar da CPAPa.
b) Ebakuntza aurretik pisuaren % 5-15 artean galtzeak gibelaren tamaina murrizten du eta lotura gastroesofagikoaren ikuspegia hobetzen du.
c) Biriketako tronboenbolismoa prebenitzea pisu molekular txikiko heparinarekin ez da beharrezkoa kirurgia bariatrikoaren ebakuntzaondokoan.
d) Urdail barneko baloia agindu daiteke kirurgia bariatrikorako hautagai diren pazienteetan, zeinak azkar galdu behar duten pisua, arrisku kirurgikoa eta anestesikoa murrizteko.

117.- Faktore hauetako zein EZ dago lotuta kirurgia bariatrikoan ihes anastomotikoaren intzidentzia handitzearekin?

a) Gorputz-masaren indizea 50 kg/m2-tik beherakoa izatea.
b) Kirurgia-taldearen esperientziarik eza.
c) 2 motako diabetes mellitusa.
d) 65 urtetik gora izatea.

118.- Proba diagnostiko hauetako zein gomendatzen da berriki kirurgia bariatrikoa egin zaion paziente baten abdomen akutuaren kausa identifikatzeko?

a) Abdomenaren ekografia.
b) Gastroskopia.
c) Abdomeneko OTA ahozko kontrastearekin.
d) Erresonantzia magnetikoa.

119.- Heste meharreko dibertikuluei buruz (Meckel-en dibertikulua), adieraz ezazu zein den EGIA:

a) Zeinu klinikoak konplikazioekin lotutakoak dira (odoljario digestiboa, hesteetako buxadura, dibertikulitisa eta neoplasia).
b) Adin pediatrikoan, odoljarioa da zeinurik ohikoena.
c) Helduaroan, buxadura da zeinurik ohikoena.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

120.- Heste eta larruazaleko fistulen tratamendu kontserbatzailearen helburua da fistulak berez ixtea; hala ere, batzuetan beharrezkoa da tratamendu kirurgikoa. Jarraian zerrendatutako faktoreek pronostiko txarra dute heste eta larruazaleko fistula bat berez ixtean, batek IZAN EZIK. Zeinek?

a) Etiologia neoplasikoak.
b) Malnutrizioa, transferrina < 200 mg/dL.
c) Sepsia egoteak.
d) Jariaketa txikia < 200-500 mL/egun.

121.- Crohn-en gaixotasunaren teknika kirurgikoei dagokienez, hautatu ZUZENA:

a) Estrikuturoplastiak hesteetako argiaren kalibrea handitzea ahalbidetzen du, erauzketarik egin behar gabe.
b) Heineke-Mikulicz teknikan, luzetara irekitzen da estenosia duen segmentua, eta zeharka ixten da.
c) Estenosia 12-15 cm-tik gorakoa denean, hobe da Finney-ren teknika erabiltzea.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

122.- Patologia hauetako zeinek erakusten du ondeste eta uzkiko erreflexu inhibitzaile alteratua?

a) Muineko lesioak.
b) Diabetes mellitusak.
c) Proktitis aktinikoak.
d) Hirchsprung-en gaixotasunak.

123.- Hinchey II-a zer duen dibertikulitisari dagokio?

a) Peritonitis jeneralizatu fekala duen dibertikulitisari.
b) Koliko inguruko edo mesenterioko flemoi-abzesua duen dibertikulitisari.
c) Pelbiseko abzesu duen dibertikulitisari.
d) Peritonitis jeneralizatu zornetsua duen dibertikulitisari.

124.- Hauek dibertikulitisaren larritasun-irizpide erradiologikoak dira, SALBU ETA:

a) Horma kolikoa 5 mm-tik gora loditzea.
b) Abzesuak egotea.
c) Lumenaz kanpoko airea.
d) Lumenaz kanpoko kontrastea.

125.- Zer genek eragiten du Poliposis Adenomatosa Familiarra?

a) APCk (Adenomatous Polyposis Coli).
b) MYHk.
c) APFk (*Adenomatous Polyposis Familiae*).
d) PAFAk.

126.- Zein da 9 mm-ko apendizeko tumore kartzinoidearen tratamendua?

a) Apendizektomia.
b) Eskuineko hemikotomia linfadenektomia erregionalarekin.
c) Erauzketa ileozekala.
d) Somatostatina.

127.- Zein erauzketa gomendatzen da goiko hereneko ondesteko tumoreetan?

a) Mesondestearen guztizko exeresia.
b) Erauzketa lokala.
c) Mesondestearen exeresi partziala, tumorearen ertz distaletik 5 zentimetrora.
d) Mesondestearen exeresi partziala, tumorearen ertz distaletik 2 zentimetrora.

128.- Zein da odoljario digestiboaren kausarik OHIKOENA?

a) Angiodisplasia.
b) Kolon eta ondesteko minbizia.
c) Kolitis infekziosoa.
d) Dibertikulu-gaixotasuna.

129.- "Zurrunbiloaren zeinua" honela ikusten da OTAn:

a) Kolitis iskemikoa.
b) Kolitis ultzeraduna.
c) Kolonen bolbulua.
d) Koloneko minbizi okluitua.

130.- Polipo hamartomatosoak zerekin EZ dira lotzen?

a) Peutz-Jeghers-en sindromearekin.
b) Gazteentzako poliposiarekin.
c) Familiako poliposi indargetuarekin.
d) Cowde-ren sindromearekin.

131.- Hemorroide-kirurgiaren konplikazioei dagokienez, zer da ZUZENA?

a) Estenosia ohikoa da, eta anodermo-zubiak babestearen emaitza da.
b) Aurrez ezarritako faktoreak daudenean, kirurgia egoki batek uzki-esfinterraren ihesa eragin dezake.
c) Uzkiko buxadurak odoljarioa prebenitzen du, baina atzeranzko odol jarioa eragin dezake.
d) Gernu-erretentzioa prebenitzeko, likido-gehigarri egokia erabili behar da.

132.- Barruko hemorroideen kontsulta-tratamenduari dagokionez:

a) Esklerosia aste gutxira errepika daiteke.
b) Esklerosi hemorroidala da kontsulta-prozedura hedatuena.
c) Kriokirurgiak analgesia eragiten du eta ondo onartutako tratamendua da.
d) Metaanalisi batek erakutsi du I., II. eta III. mailetarako hobea dela kirurgia, bandekin lotzea baino.

133.- Peritoneoko kartzinomatosiari dagokionez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Heste meharreko oklusioa eta aszitisa dituen paziente baten kasuan, peritoneoko kartzinomatosia diagnostiko diferentzial posible gisa hartu behar dugu.
b) Abdomen barneko tumorearen kirurgiaren aurrekaria eta hesteetako oklusio gaiztoaren koadro klinikoa duen paziente baten kasuan, kausarik ohikoena errezidiba lokala da, eta ez peritoneoko kartzinomatosia.
c) Tumore-zelulak peritoneo-barrunbean barreiatzearen emaitza da. Tumore digestibo edo ginekologikoetan dute jatorria, baina inoiz ez abdomenetik kanpo.
d) Peritoneoko kartzinomatosiaren tratamendu aringarrirako pronostiko txarreko faktoreak dira pazientearen egoera orokor txarra, kolon eta ondesteko jatorria, aszitisa eta peritoneoko edo heste meharreko erasanaren hedapena.

134.- Ahuldutako pazienteen edo adinekoen epidemiologiari eta bakterio-erresistentziari dagokienez, zer nitxo adierazten da erresistentzia anitzeko anduien (SARM, E. faecium eta P. aeruginosa) larruazaleko gordailu garrantzitsu gisa?

a) Bularraldeko sebo-hodi sakonak.
b) Goiko traktu genitourinarioko mukosa-kriptak.
c) Ultzera baskularrak.
d) Ospitale-aurrekaririk ez duten pazienteen aurreko sudur-hobiak.

135.- Hauetako zein EZ da lotzen iztaiko hernia bat agertzearekin?

a) Tabakoa.
b) Aortako aneurisma bat egotea.
c) Kirola.
d) Aszitisa.

136.- Iztaiko hernien zein sailkapen gomendatzen da gaur egun?

a) European Hernia Societyren sailkapena.
b) Gilbert-en sailkapena.
c) Nyhus-en sailkapena.
d) Stoppa-ren sailkapena.

137.- Dentsitate txikiko polipropilenozko sareak, pisu txikikoak bezala ezagutzen direnak, zer kantitateren azpitik daude?

a) (35 gr/m2).
b) (50 gr/m2).
c) (80 gr/m2).
d) (100 gr/m2).

138.- Paziente politraumatizatu bat ebaluatzeko eta tratatzeko lehentasunak ABCD dira, baina zeintzuk dira haurdun dagoen paziente politraumatizatu batean?

a) Lehentasuna fetua da.
b) Lehentasunak beste edozein paziente traumatikoren lehentasun berberak dira.
c) Lehenik eta behin, fetuaren taupada monitorizatu behar da.
d) Lehenik eta behin, amaren zirkulazioa ebaluatu behar da.

139.- Zein da hiperparatiroidismo primarioaren kausa OHIKOENA?

a) Paratiroideko kartzinoma.
b) Guruin anitzeko gaixotasuna.
c) Adenoma paratiroideoa.
d) Giltzurrun-gutxiegitasun kronikoa.

140.- Zer desberdintasun nagusi ezartzen ditu testuak "fakultatiboak" eta "hartzitzaileak ez diren bazilo gramnegatiboen" (frantses eskola) artean?

a) “fakultatiboak” oxigenorik gabe bakarrik hazten dira, eta hartzitzaileak ez direnak, berriz, edozein atmosferatan.
b) “fakultatiboak” hazi egiten dira oxigenoa dagoenean zein ez dagoenean; hartzitzaileak ez direnak aerobio zorrotzak dira eta oxigenoa dagoenean bakarrik hazten dira.
c) Bakterio fakultatiboak gramnegatiboak baino ez dira; hartzitzaileak ez direnek, berriz, koko grampositiboak dituzte.
d) “fakultatiboak” oxigenoak suntsitzen ditu; hartzitzaileak ez direnek pitxer anaerobioen atmosferak soilik jasaten dituzte.

141.- Noiz izan behar da jatorri genetikoko hiperparatiroidismo primarioaren sindromea dagoen susmoa?

a) Adenoma paratiroideo batek eragindako hiperparatirodismo primario bat diagnostikatzen denean.
b) 40 urtetik beherako paziente batean hiperparatiroidismo primarioa diagnostikatzen denean.
c) Hormona paratiroideoa (PTH) 300 baino handiagoa denean.
d) Kaltzioa 12 baino handiagoa denean.

142.- Zein da larruazalpeko tumorerik OHIKOENA?

a) Lipoma.
b) Neurofibroma.
c) Hemangioma.
d) Hamartoma.

143.- Zein da larruazaleko tumorerik OHIKOENA arraza zurian?

a) Melanoma.
b) Kartzinoma epidermoidea.
c) Zelula basaletako kartzinoma.
d) Sarkoma.

144.- Urdail-hesteetako estroma-tumoreei (GIST) dagokienez:

a) Metastasi linfatikoak garatzen dituzte; beraz, linfadenektomia egitea beharrezkoa da.
b) GIST lokalizatuan tratamendu lehenetsia kirurgia da.
c) Ez dute metastasirik garatzen gibelean eta peritoneoan.
d) Ez da heltze laparoskopikorik egin behar, lesioaren sasikapsula hausteko arriskua dagoelako.

145.- Zein da erretroperitoneoko sarkomaren histologia motarik OHIKOENA?

a) Leiomiosarkoma.
b) Osteosarkoma.
c) Liposarkoma.
d) Errabdomiosarkoma.

146.- Zertan datza erretroperitoneoko sarkomen kirurgia konpartimentala?

a) Tumorearen exeresian bakarrik.
b) Tumorearen eta alboko peritoneoaren exeresian.
c) “Blokean” egiten den kirurgia da, eta kasu gehienetan tumoretik gertu dauden organo osasuntsuak, hala nola giltzurruna edo kolona, sartu behar dira.
d) Tumorearen eta erretroperitoneoko koipearen exeresia.

147.- Fluidoen estrategia perioperatorioen barruan, zer fenomeno kliniko edo desabantaila potentzial lotzen zaio zuzenean helburuek zuzendutako monitorizaziorik gabeko "erregimen murriztaile" baten aplikazio zorrotzari?

a) Makromolekulen gaindosi masiboa, tronbomodulina plaketarioa berehala suntsitzen duena.
b) Gorputz-pisuaren irabazi masiboa, existitzen ez den hirugarren espazioan ur librearen metaketa behartuaren ondorioz.
c) Talde medikoak klinikoki hauteman ezin duen hipobolemia ezkutua agertzea.
d) Erdiko erantzun sinpatiko-adrenomedular osoa 10 minutu baino gutxiagoan kentzea.

148.- **60 urteko gizon bat kontsultara etorri da anbulatorioko digestiboak hala bidalita, gibeleko espazioa okupatzen dioen lesio bat duelako (GEO). Azterketa analitikoan ikusi da 2.1 mg/dL-ko bilirrubina, gibeleko entzima normalak, 98.000 plaketa eta 158 ng/mL alfa-feto proteina dituela. OTA trifasiko bat egiten da, eta adierazten du lobulu kaudatuaren hipertrofia duela eta 5. segmentuan 3 cm-ko LIRADS 5 lesio bat dagoela. Tratamenduari dagokionez, hauetako zein da ZUZENA?**

a) Pazienteak Milango irizpideak betetzen ez dituenez, garrantzitsua da azterketa ekografiko bat egitea, larruazaleko ablazio posiblea baloratzeko.
b) Badirudi gibeleko transplantea ez dela egokia, San Frantziskoko irizpideak gainditzen dituelako.
c) Gibeleko kirurgia da aukera terapeutiko nagusia, baina MELDa eta portako hipertentsioaren (PHT) maila baloratu beharko dira.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

149.- **Gibeleko transplantearen (GT) indikazioari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?**

a) Child Pugh-en sailkapenak oraindik ere itxaron zerrendako lehentasun-eredu nagusia izaten jarraitzen du.
b) Gibeleko Kings-College Ospitalearen irizpideak erabiltzen dira gehien bat-bateko gibeleko hutsegitean gibeleko transplantea agintzeko.
c) Portako tronbosia kontraindikazio erlatiboa da.
d) GTa agintzen zaie % 90 edo gutxiagoko bizi-itxaropena duten hepatopatia terminaleko pazienteei.

150.- **Gibeleko transplantearen indikazioei dagokienez, hautatu erantzun ZUZENA:**

a) Alkoholagatiko zirrosia da gure eremuan indikaziorik ohikoena.
b) Gibeleko polikistosia agindu daiteke, bizi-kalitatearen narriatzea dela eta.
c) Hiloko kolangiokartzinoma erauzgaitza agindu daiteke zuzendutako irrati- eta kimioterapia-protokoloen testuinguruan.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

151.- **Garun-heriotzan dagoen emaileari erauzketa egiteari dagokionez:**

a) Hemodinamikoki egonkorrak diren emaileetan, hautatzeko teknika Nakazato-k deskribatutakoa da.
b) Hemodinamikoki ezegonkorrak diren pazienteetan, helburu nagusia gibela azkar hoztea da.
c) Garrantzitsua da heparina sodikoarekin heparinizatzea, aortaren eta beheko mesenterio-zainaren kanulazioaren ondoren.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.



152.- Gibeleko transplantea jaso duen pazientearen kasuan, hautatu OKERRA:

a) Ezohiko konplikazioa bada ere, dardarak agertzen direnean beharrezkoa da medikamentuen neurotoxikotasuna baztertzea.
b) Zelulen errefusa akutua (ZEA) gibeleko transplantea egin eta egun gutxira agertzen da (5-14 egun), eta oso ondo erantzuten dio tratamendu immunoezabatzaileari.
c) ZEAk nahasmendua izatean du gibeleko funtzioaren probetan, baina biopsiaren bidez baieztatzen da beti.
d) Operazio-tolerantzia klinikoa pazienteen % 80an ikusten da, epe luzerako immunoezabatzaileak kentzean.

153.- Mentuaren akats primarioari dagokionez:

a) Transplantearen konplikazio larria da, transplantearen osteko lehen astean mentua galtzea dakarrena.
b) Tratamendu eraginkor bakarra premiazko birtransplantea da.
c) Emaile urtetsua, makroesteatosi moderatua eta iskemia hotz luzea dira aldez aurreko faktoreak.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

154.- Pankreaseko transplanteari dagokionez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Kontrol metaboliko zuzen baterako eraginkortasuna erakutsi duen terapia bakarra da.
b) Hartzaileen hautaketak zorrotza izan behar du, xedea fase itzulgarrian dauden gaixoak transplantatzea baita.
c) I motako diabetesak eraginda giltzurrun-gutxiegitasun kronikoaren garatzea kontraindikazio nagusietako bat da.
d) Paziente jakin batzuen kasuan, giltzurrun-transplantea gehitu behar zaie.

155.- Pankreako transplantearen ondorengo tronbosi baskularrari dagokionez:

a) Konplikazio horrek gutxitan baldintzatzen du mentuaren galera.
b) Ez da oso gomendagarria profilaxia egitea heparina erabilita.
c) Hipergluzemia izanez gero edo amilasa handituz gero, tronbosiaren susmoa izan behar da, eta hori doppler-en ekografiaren edo angio-OTAren bidez baieztatu behar da.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

156.- Hesteetako transplantean, hauetako bat EZ da EGIA:

a) Heste motzagatiko hesteetako gutxiegitasun itzulezina ohiko indikazioa da.
b) Gibeleko gaixotasun kronikoaren garapenak gibeleko eta hesteetako transplante konbinatua egitera behartu dezake.
c) GIST baten aurrekaria izatea kontraindikazio absolutua da.
d) Ebaluazio indibidualizatua egin behar da hesteetako transplanteen modalitateetan aukerarik onena zein den baloratzeko.

157.- Heste-emaileen onarpen-irizpideen artean, honako hauek daude, SALBU ETA:

a) 9 ordu baino gutxiagoko iskemia hotza.
b) Emaileak 45 urte baino gutxiago izatea.
c) Bihotz-geldialdian dauden emaileak.
d) Obesitaterik ez izatea.

158.- Pankreako anatomia kirurgikoari dagokionez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Gockel-ek 2007an deskribatu zuen lehen aldiz mesopankreen kontzeptua.
b) Wirsung-en hodia pankrea-isatsean jaiotzen da eta guruina aurreko planotik zeharkatzen du.
c) Kocher-en maniobrari esker, duodeno eta pankrea atzeko eremura sar gaitezke.
d) Zain-drainatzea drainatze arterialarekiko paraleloan doa eta porta-zainean isurtzen da.

159.- Behazun-besikula aztertzeko ordenagailuz lagundutako tomografia (OT) bat agintzerako orduan, zer jakin behar da?

a) OTk balio diagnostiko eskasa du besikulako litiasian.
b) Sortzetiko behazun-anomaliak OTn identifika daitezke, baina erresonantziak azterketa osoagoa egiteko aukera ematen du.
c) OT da probarik egokiena behazun-besikularen kartzinomaren erauzte-gaitasuna estadifikatzeko eta baloratzeko.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

160.- Erresonantzia magnetikoak (EM) behazuneko eta pankreako kirurgian duen zereginari dagokionez, hautatu OKERRA:

a) EM bidezko kolangiopankreatografia (EMKP) lagungarria izan daiteke pankreatitis kroniko fokal bat eta pankreako tumorazio bat bereizteko, “hodi sarkorraren zeinua” hautematen bada.
b) EMKPk behazun-zuhaitza osorik aztertzeko aukera ematen du, eta bereziki erabilgarria da ohiz kanpoko pankreako eta behazuneko lotura erakusteko.
c) EMKP ez da oso sentikorra estenosia edo behazun-ihesa bezalako konplikazio kirurgikoak baloratzeko orduan.
d) Difusioa duen EMk hobetu egin dezake gibeleko metastasiak detektatzea pankreako kartzinomaren estadifikazioan.

161.- Azalean zeharreko behazun-drainatzeari dagokienez:

a) Kanpokoa esaten zaio mutur distala behazun-bidearen barruan dagoenean.
b) Barnekoa esaten zaio endoprotesi bat jartzen denean, endoprotesi-eremu bat zeharkatuta.
c) Barneko-kanpokoa esaten zaio mutur distala duodenoan dagoenean eta proximala kanpoan.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

162.- Ebakuntza aurreko larruazalean zeharreko behazun-drainatzea egitea baloratzeko orduan, zer jakin behar da?

a) Behazun-drainatzea gomendatzen da pazientearen baldintzak hobetzeko eta ebakuntza osteko konplikazioak murrizteko.
b) Ez dago inolako kontraindikazio absoluturik hori egiteko.
c) Ez da gomendagarria behazun-ihesen kasuan, haren jariatzea handi baitezake.
d) Guztiak zuzenak dira.

163.- Larruazalean zeharreko kolezistostomiari dagokionez, hauetako bat EZ da ZUZENA:

a) Kolezistitis alitiasikoa eta komorbilitate handiagoak dituzten paziente zaharren tratamendu lehenetsia da.
b) Paziente gazteen kasuan, hori egitea ez da lehen indikaziokoa izaten.
c) Arrakasta-tasa % 95-100ekoa da.
d) Kateterra bigarren astea baino lehen kendu behar da, kateterraren konplikazio lokalak saihesteko.

164.- Baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA behazun-ileoan?

a) Kolelitiasiaren ezohiko konplikazioa (% 0,3-0,5).
b) Garatzeko, fistula bat ezarri behar da, eta ohikoena duodenoari jartzen zaion behazun-besikula da.
c) Ohikoagoa da 2,5 cm-tik beherako kalkuluekin, ibilbide fistulosotik igaro baitaitezke.
d) Behin betiko tratamendua kirurgia da, eta aldi batean edo bitan egin daiteke.

165.- 75 urteko emakume bat kontsultara etorri da min epigastrikoa, flatulentzia eta digestio astunak dituelako, eta azken hilabeteetan horiek intentsitate handiagoa hartu dute. Ez du sukarrik, eta ez du antzematen mina argiki toki batekoa denik ere. Analitikan anemia txiki bat du, eta gibeleko zein giltzurruneko profila normala da. Ekografia bat egiten zaio, eta horren bidez jakin da 6-7 segmentuan gehienez 8 cm-ko diametroa duen lesio anekogeniko bat duela, biribildua eta bere kistearen ingurura mugatua. Erantzun hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) Sintomatologia arina eta zehaztugabea dela eta, litekeena da konplikaziorik gabeko kiste sinple bat izatea.
b) Ezinbestekoa da tomografia axial bat egitea plangintza kirurgikoa egiteko.
c) Pazienteari azaldu behar zaio kirurgiak agian ez duela sintomatologia hobetuko.
d) Kokapenaren arabera, heltze “erradikala” egingo dugu eta kistea erabat erauziko da, edo ez-erradikala egingo da eta kistearen inguruko zati bat utziko da.

166.- Todani-ren sailkapenaren arabera, nori dagokio II. motako koledoko kiste bat?

a) Behazun-bidearen dilatazio segmentarioa.
b) Duodeno gaineko dibertikulua.
c) Duodeno barneko coledococelea.
d) Gibelaz kanpoko kiste segmentarioak.

167.- 40 urteko emakume bat, jatorriz ekuadortarra den migratzailea, kontsultara etorri da familia-medikuak bidalita, elikadura-ohituren aldaketari egozten dion disepsia-koadro zehaztugabea duelako. Ez du aipatzen sukarrik, biliuriarik, min lokalizaturik edo justifikazio gabeko pisu-galerarik duenik azken hilabeteetan. Profil orokor normala duen analitika bat du, zeinean honako hauek agertu diren: 1,1 mg/dL bilirrubina, eta gibeleko profila 150 UI/L fosfatasa alkalino (FFAA) eta 80 U/L gammaglutamiltransferasarekin (GGT). Ekografian besikula atrofiko bat du, pareta lodi eta kaltzifikatuekin, zeinak kolezistitis kronikoa iradokitzen duen, eta 15 mm-ko polipo/loditzearekin besikulako fundusean. Egoera horren aurrean, hauetako zein EZ litzateke aginduko?

a) Azterketa OTA eta/edo EMN batekin zabaltzea gomendatuko litzateke.
b) Aginduta egongo litzateke itxaron-zerrendan zuzenean sartzea eta kolezistektomia programatzea.
c) Pazientea gibeleko kirurgiako erreferentziazko zentro batera bidaltzean pentsatu behar da.
d) Kolezistektomia laparoskopikoa sendagarria izan daiteke.

168.- Hauetako zein EZ da BISAP sistemaren aldagaia pankreatitis akutuan?

a) Pleurako isuria egotea.
b) Egoera mental asaldatua.
c) Hematokritoak gutxitzea lehen 24 orduetan.
d) 60 urte baino gehiago izatea.

169.- Pankreatitis akutu nekrosatzaile batek behazun-jatorria badu, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Kolezistektomia ez da beti goiz agintzen, eta pazientea sendatu arte atzeratzea gomendatu daiteke.
b) Nekrosia ezarri eta lehen hiru asteetan laparotomia bidezko nekrosektomia konbentzionala gomendatzen da.
c) Nekrosektomiarekin ez bada hobetzen, antibioterapia eta drainatze endoskopikoarekin “heltze mailakatua” egitea komeni da.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

170.- Egunean 50 gr alkohol kontsumitzen duen 70 urteko paziente bat gure kontsultetara bidali dute, ikterizia-, koluria- eta akolia-koadro bat duelako. Bere anbulatorioan ekografia bat egin zioten, zeinak jakinarazten baitu gibel barneko behazun-bidearen aldebiko dilatazioa dagoela, gibelaz kanpoko bideari eragin gabe. Azterketa analitikoan ikusi da 6.5 mg/dL-ko bilirrubina duela, gibeleko entzima normalekin, eta 120000 plaketa zen % 65ko PI (Protombina Indizea) dituela eta CA 19: 9 proban 12 U/mL dituela. OTAn gibel barneko behazun-bidearen dilatazioa baieztatzen da, baita 2 cm-ko hiloko masaren eragina ere, itxura infiltratzailea duena, bai eta eskuineko gibel-arteria eta gantz-planoaren galera ere, eta ezkerrekoa aske geratu da. Porta-zain iragazkorra du, eta lobulu kaudatuaren hipertrofia. KolangioEMN bat egin zaio, eta ikusi da lesio infiltratzaile bat dagoela behazun-bidearen barruan, elkarguneari eragiten dioena eta eskuineko gibel-hodirantz hedatzen dena. Hautatu ZUZENA:

a) Eskuineko arteria infiltratuta dagoenez, lesioa ziurrenik erauzgaitza izango da, eta eskuineko behazun-drainatze aringarria gomendatuko da.
b) Tumorea non dagoen ikusita, bolumetria egin behar da, eta % 35etik beherako hondar-bolumen funtzionala izanez gero, portako eskuineko enbolizazioa egitea aginduko da.
c) Kirurgia osteko konplikazioak gutxitzeko, enbolizazioaren hurrengo astean hepatektomia egitea gomendatzen da.
d) Hipertrofia hobea izateko, horri eskuineko behazun-drainatzea gehitzea gomendatzen da.

171.- 35 urteko emakume bat kontsultara etorri da, ginekologoak ohiko kontsultan gibeleko espazioa okupatzen dioen lesio bat diagnostikatu dioelako. Pazientea asintomatikoa da, eta abdomeneko miaketa normala da. Noizbehinkako alkohola kontsumitzen du. Analitikan anemia ferropeniko txiki bat baino ez da ikusten, eta gibeleko profila normala da. OTAn lesio hiperdentso bat du fase arterialean, gehienez 6 cm-ko diametrokoa, erdiko orbaina duena, eta lesio hori isodentsoa da portako fasean. Adierazpen hauetako zein da ZUZENA?

a) Diagnostikoa berresteko, diagnostikoaren doitasuna handitzen duen EM bat gomendatzen da.
b) Lesio hori agertzea antisorgailuak luzaroan erabiltzearekin lotzen da.
c) Hazteko eta konplikazioak garatzeko joera duenez, batez ere erauzketa kirurgikoa gomendatzen da.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

172.- Brisbane-ren (2000) terminologiaren arabera, zein segmenturi dagokio gibel aurreko eskuineko atal bat?

a) 5-6 segmentuei.
b) 6-7 segmentuei.
c) 5-8 segmentuei.
d) 7-8 segmentuei.

173.- Gibeleko kirurgian odoljarioa maneiatzeari dagokionez, hautatu ZUZENA:

a) Garrantzitsua da zain-presio zentrala (ZPZ) 5etik gorakoa izatea, gibeleko drainatze egokia bermatzeko.
b) Ez dago Kellyclasia baino hobeagoa den gailurik, nahiz eta zeharkako ebakidura errazten duten.
c) Ez da gomendagarria Pringle-ren maniobra 5 minutu baino gehiagoz jarraian erabiltzea, sortzen duen gibeleko iskemia dela eta.
d) Guztiak zuzenak dira.

174.- Hemostatiko topikoen erabilerari dagokionez, gibeleko kirurgian:

a) Zenbait faktore, hala nola diluzioko koagulopatia, zirrosia, gibeleko erasana, kimioterapia eta fibrinolisia erabakigarriak dira hemostasia kontrolatzeko.
b) Hemostatiko pasiboek plaketa-koagulua sortzen laguntzen dute.
c) Hemostatiko aktiboek fibrina sortzen laguntzen dute.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

175.- Gibelaren azterketa erradiologiko eta funtzionalari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) Kalkulu bolumetrikoa gelditzen den gibeleko masa zelularraren kantitatearen estimazio esklusiboa da, eta ez du kontuan hartzen gibeleko parenkimak maiz izan ohi duen disfuntzio basala.
b) Esteatohepatitisa eta kimioterapia osteko sindrome buxatzaile sinusoidala dagoen susmoa izan daiteke ebakuntza aurreko irudi-probak eginda.
c) Hauek dira zirrosiaren datu erradiologiko nagusiak: I. segmentu prominentea, gibeleko atzeko eskuineko koska, ezkerreko lobuluaren atrofia eta aurreko eskuineko sektorearen hipertrofia.
d) 3D analisiak tumorearen (edo tumoreen) hiru dimentsioko egituraren berreraikuntza fidela ahalbidetzen du, gibeleko zuhaitz baskularrari eta behazunekoari dagokionez.

176.- Kirurgia robotikoaren garapenaren jatorriari dagokionez, zein izan zen gaur egungo sistema robotikoen lehen belaunaldia eragin zuen funtsezko kontzeptu berritzailea?

a) Irudi tomografikoaren bidezko gida denbora errealean integratzea.
b) Ebakuntza-gelako plataformei aplikatutako hari gabeko teknologia garatzea.
c) Kontrol-kontsola batean eta beso aktiboak dituen unitate batean oinarritutako konfigurazio maisu-morroia.
d) Zirujauaren eskuak erabat ordezteko gai diren sistema automata independenteak diseinatzea.

177.- Gibeleko heltze laparoskopiko bat egitea erabakitzen badugu, jakin behar dugu hauetako bat OKERRA dela:

a) Ezkerreko alboko sektorean (II-III) dauden lesioetan, ezkerreko alboko sekzionektomia hartu behar da heltze lehenetsitzat.
b) Odoljario bat ezin bada behin betiko konpondu, hemostasia iragankorra gomendatzen da, pintzekin konprimituta, modu ordenatuan bihurtzeko.
c) ICGren (indozianina-berdea) fluoreszentzia bidezko nabigazioari esker, gibelaren gainazaletik esploratu daiteke, batez ere lehen 10 mm-ak.
d) Kirurgia laparoskopikoak erakutsi du onuragarria dela epe laburreko ebakuntzaondoko emaitzei dagokienez, baina epe luzeko emaitza onkologikoek okerrera egiten dute (biziraupen globala eta gaixotasunik gabea).

178.- Portako hipertentsioari (PTH) dagokionez:

a) PTHak portako sistemaren presioa areagotzen du, beheko kaba zainaren eta normala baino handiagoa den portaren arteko gradientearekin, eta gradiente hori 12 mmHg-tik beherakoa denean agertu ohi dira haren konplikazioak.
b) Odoljario digestiboa da PTHren konplikaziorik adierazgarriena, eta pazientea barizeen eskleroterapia-programetan sartu behar da.
c) Tratamendu mediko eta endoskopiko egokia izan arren odoljarioa izaten jarraitzen duten pazienteei zain-deskonpresioa egitea komeni zaie, dela TIPSaren bidez, dela deribazio kirurgiko baten bidez.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

179.- Gibeleko larruazalean zeharreko ablazio-teknikei dagokienez, hautatu ZUZENA:

a) Irrati-maiztasun (IM) bidezko ablazioarekin tratatu beharreko tumoretik > 3 mm-ko hodi bat hurbil egoteak % 40ko birsorkuntza lokala izateko arriskua dakar, larruazalpetik.
b) Gaur egun, IM bidezko ablazioa ≤ 3cm-ko HCCren (kartzinoma hepatozelularra) lehen aukerako tratamendua da, erauzketa kirurgikoaren maila berean.
c) Ebidentzia ahulak daude oraindik esateko ablazioa mikrouhinen bidez egitea eraginkorragoa izan daitekeela IMarekin egitea baino, hodi handietatik gertu dauden gibeleko noduluak tratatzeko orduan.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

180.- Hauetako zein da irizpide bat gibeleko traumatismo itxi batean maneiu ez-kirurgiko bat hautatzeko?

a) Pazientearen egonkortasun hemodinamikoa.
b) Ez izatea maneiu kirurgikoa eskatzen duten beste organo batzuetako lesio-zantzurik.
c) Diziplina anitzeko talde bat izatea, abdomeneko OT egiteko, tratamendu kirurgikorako eta zainketa intentsiboetako unitate batean jarraipen estua izateko eta kirurgialari adituak edukitzeko aukera ematen duena.
d) Aurreko guztiak

181.- Gibeleko adenomari dagokionez, zein da azpimota molekular OHIKOENA?

a) HNF1α mutazio inaktiboa.
b) B--katenina mutazioa.
c) GGKA (gibeleko gutxiegitasun kroniko akutua) inflamatorioa.
d) Telangiektasikoa.

182.- Erretroperitoneoko tumoreei dagokienez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Diagnostikoa egiteko, ebaki-biopsia egin behar da, doitasun diagnostiko handia duelako, eta tumorea barreiatzeko arrisku txikia.
b) Ondo bereizitako liposarkomak ahalmen metastasiko txikia du, eta errezidiba lokalerako joera handia.
c) III. mailako beheko kaba zainaren leiomiosarkomak Budd-Chiari-ren sindromea eragin dezake.
d) Gronchi-ren nomogramak 7 urterako biziraupena iragartzen du, faktore batzuen hala nola tumorearen tamainaren, maila zein azpimota histologikoaren eta adinaren, arabera, besteak beste.

183.- Gizonen bularreko minbizia ez da oso ohikoa, eta bularreko minbizi guztien % 1 baino gutxiago da, baita gizonezkoen minbizien % 0,1 ere. Hala ere, azken hamarkadetan intzidentziak gora egin du. Baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA klinika horri dagokionez?

a) Emakumean baino beranduago diagnostikatzen da.
b) Emakumeetan ez bezala, gizonen bularreko minbizietan ohikoagoa da harremana izatea bularreko eta obulutegiko minbiziaren historia familiarrarekin.
c) Gizonezkoen bularreko minbiziaren mutaziorik ohikoena BRCA2 da.
d) Intzidentzia txikia duenez, ez da gomendatzen bularreko minbizia duten gizonen azterketa genetikoa egitea.

184.- Mesenterioko tumore desmoideari dagokionez, hautatu OKERRA:

a) Tumore desmoidearen eta poliposi adenomatoso familiarraren arteko lotura bereziki esanguratsua da Gardner-en sindromea duten pazienteen azpitaldean.
b) Gaiztotasun handia du, eta maiz diagnostikoan urrtiko metastasiak izaten ditu.
c) Ondo erauzitako tumoreekin ere, desmoideek errezidiba lokalerako aukera handiak dituzte.
d) Abdomen barneko kirurgiak hirukoiztu egiten du tumore desmoideak garatzeko arriskua.

185.- Zein izango da koadroaren etiologia, paziente batek sukarra, bat-batean hasten den abdomeneko mina eta epigastrioko defentsa eta toraxeko erradiografian pneumoperitoneoa dituen paziente baten kasuan?

a) Kolezistitis akutua.
b) Ultzera peptiko konplikatua.

c) Pankreatitis akutua.
d) Goranzko kokapena duen apendizitis akutua.

186.- Distantzia luzeko telezirurgiaren esparruan, zein da datuak transmititzeko latentzia- edo atzerapen-muga? Muga horretatik aurrera, nabarmen zailtzen da maniobra kirurgikoak egitea denbora errealarekin alderatuta?

a) 155 milisegundo (ms).
b) 250 milisegundo (ms).
c) 500 milisegundo (ms).
d) 100 milisegundo (ms).

187.- IDEAL sistemaren bidezko berrikuntza kirurgiko baten hasierako ebaluazio klinikoaren fasean, zein da berariaz gomendatzen den tresna metodologikoa, kasu-kontrolen azterketak egitea ezinezkoa denean?

a) Randomized Control Trial (RCT).
b) Zentro Anitzeko Biztanleriaren Erregistroa (MPR).
c) Atzera begirako kasu-saila (RCS).
d) Garapenaren Azterketa Prospektiboa (PDS).

188.- Díaz del Val et al. -ek kirurgia esofagogastrikoko sistema IDEALA aztertzeko formatua erabiliz emandako esperientzian, zer aurkikuntza klinikok eragin zuen robota zenbait prozeduratan erabiltzeari uztea?

a) Eskuzko anastomosi gastro-yeyunalaren ihes-tasa handia.
b) Esofagektomia baten osteko anastomosi intratorazikoa eraikitzeko abantailak ez zirela mediastinoan esofagoa disekzionatu bitartean aurkitzen.
c) Goiko mediastinoa bezalako eremu estuetan funtsezko dardara arintzeko ezintasuna.
d) Hirugarren eta laugarren beso mekanikoen arteko talka etengabeak, zerbikalen eremura iristean.

189.- Teknologia medikoen sarreran "eremu grisa" aztertzean, nola definitzen du testuak ia-ia praktika kirurgikoaren testuinguruan?

a) FDAk edo CE markaketak onartu aurretik animalia-ereduetan esperimentatzeko nahitaezko aldia.
b) Intuitive Surgical eta Computer Motion bezalako korporazio monopolikoen arteko gatazka legalaren eta patenteen eremua.
c) Diseinatu zen aplikazio klinikoko estandarretik kanpo eta ikerketa kontrolaturik gabe kontrol-agentziek onartutako erabilera duen tresneria edo ekipoa erabiltzea.
d) Sarearen deskonexio iragankorraren egoerak 155 ms-tik gorako latentziak sortzen ditu telezurgintza aktiboko programetan.

190.- Kirurgia robotikoaren analisi kritikoaren eta European Association for Endoscopic Surgeons (EAES) erakundeak argitaratutako adostasunaren arabera, zein da ondorio nagusia pazienteak kirurgia orokorrean eta digestiboan duen onura zuzenari buruz?

a) Ospitaleko egonaldi orokorra % 30 murrizten du, laparoskopia aurreratuaren aldean.
b) Ez dagoela zuzeneko onurarik aztertutako prozeduretan ebidentzia-maila altua duen pazientearentzat, eremu konplexuetan edo iristeko zailak diren eremuetan soilik erakusten baitu potentziala.
c) Abantaila eztabaidaezinak eta nabaritasun handikoak erakusten ditu portu bakarreko ohiko kolezistektomietan.
d) Endowrist tresnari esker kirurgia irekira bihurtzeko beharra erabat ezabatzen duena.

191.- Kirurgia robotiko orokorrean, beso mekanikoen arteko talka-arriskua minimizatzeko eta biraketa-ardatza optimizatzeko, zein dira laneko kanula/trokarren artean eta xede-organoarekiko testuak gomendatzen dituen gutxieneko distantziak?

a) Gutxienez 5 cm kanulen artean eta 8 cm tratatu beharreko organoan.
b) Gutxienez 12 mm kanula artean eta 20-30 cm tratatu beharreko organoan.
c) Gutxienez 8 cm kanulen artean eta 10-20 cm tratatu beharreko organoarekiko.
d) 15 cm-ko distantzia finkoa, forma simetriko bilateralekoa, erdiko zutabearekin lerrokatua.

192.- Zirujauak robotaren kontsolan dituen jarraibide ergonomikoei dagokienez, zein da lepo-bizkarreko muskulaturan gainkarga arintzeko gomendatutako gehienezko flexio-muga?

a) Ez du 15-20 ° -tik gorakoa izan behar.
b) Zorrozki 0 ° -an mantendu behar da (guztizko lerrokadura bertikala).
c) 45º-raino irits daiteke, betiere kopeta bisorean sendo bermatzen bada.
d) Beso-euskarriaren planoarekiko ez du 5-10 ° -tik gorakoa izan behar.

193.- Kostu-eraginkortasun erlazioa monografian deskribatutako esperientzia kirurgiko instituzionalean oinarrituta ebaluatzean, zer baldintza espezifikotan ondorioztatzen da kirurgia robotiko bariatrikoa errentagarria dela bypass gastriko batean?

a) Edozein osasun-inguruneta n, ihes-tasa garbia % 0,5 jaisten bada.
b) Anastomosi gastro-yeyunala eskuz egitean eta urtean gutxienez 100 bypass gastrikoko bolumena lortzean.
c) Da Vinci Xi plataforma ataka bakarretik akoplatzen denean bakarrik.
d) Plataformaren urteko mantentze-gastuak erosketa-kostuaren % 5etik behera murrizten direnean.

194.- Espainiako ospitaleetako antolaketa-ereduari buruzko analisiaren arabera, zein da kirurgia orokorreko eta digestiboko zerbitzuetan azpiespezializazioa sustatzeko joerari lotutako arazo nagusietako bat?

a) Kostuak neurriz kanpo handitzea, ikusmen independenteko orga ugari erosi behar direlako.
b) Kirurgialariak denbora laburrean kirurgia robotikoan esperientzia hartzeko muga, zenbait azpiespezializazio-arlotan paziente kopuru mugatua dagoelako.
c) Zirujau hasiberriek teknologia robotikoa sistematikoki baztertzea.
d) Enpresa fabrikatzaileak (Intuitive Surgical) unitate superespezializatuekiko egiaztapen ofizialik ez izatea.

195.- Kolon eta ondesteko minbizi ez-poliposiko hereditarioan edo Lynch-en sindromea gene konpontzaile hauen hozi-lerroetako mutazioekin lotzen dira, SALBU ETA:

a) MLH1.
b) MSH2.
c) APC.
d) PMS2.

196.- Gizonaren bularreko minbizian, zer da GEZURRA?

a) Bularreko minbizi guztien % 0,8 da, gizonen minbizi-diagnostiko berri guztien % 1 baino gutxiago, eta gizonen minbiziagatiko heriotzen % 0,2.
b) Arrisku-faktore ditu adin nagusia, erradiazioarekiko esposizioa eta estrogeno zein androgenoen orekaren alterazioekin lotutako faktoreak, esate baterako, barrabiletako gaixotasunak, antzutasuna, obesitatea eta zirrosia.
c) Azterketa anatomopatologikoan, gizonezkoen bularreko minbizien % 90 kartzinoma duktal inbaditzaileak dira.
d) Ginekomastia bularreko minbizia izateko arrisku handiko faktorea da.

197.- Gizonaren bularrean egiten den kartzinomaren tratamenduari dagokionez, markatu aukera ZUZENA:

a) Tumore txikiei tokian tokiko zatiketaren eta erradioterapiaren bidez edo mastektomiaren bidez hel dakieke.
b) Frogatu da gongoil zelatariaren biopsia ez dela eraginkorra gizonen bularreko minbiziaren egoera determinatzeko.
c) Gizonezkoen bularreko tumoreek ez diote maizago erasaten bularreko muskulu handienari.
d) Gizonezkoen bularreko minbizi gehienak negatiboak dira hartzaile hormonalentzat.

198.- Ginekomastiari dagokionez, zein da GEZURRA?

a) Gizonen bularreko ehunaren hipertrofia koadro kliniko bat da, eta ez da kausarik identifikatzen.
b) Pubertaro aurreko bularreko hipertrofia 13 urtetik helduarora bitarteko gazteetan gertatzen da.
c) Zahartzaroko bularreko hipertrofia 70 urtetik gorako gizonetan diagnostikatzen da.
d) Ginekomastia gibel-zirrosiaren, giltzurrun-gutxiegitasunaren edo desnutrizioaren zeinu sistemikoa izan daiteke.

199.- Gantz-enboliaren sindromeari buruzko zer erantzun da GEZURRA?

a) Arnasa hartzeko zailtasuna, egoera mental asaldatua eta larruazaleko petekiak ditu ezaugarri.
b) Zeinu klinikoak nabarmenak dira hezur luzeak edo pelbisa hautsita dituen lesio bat gertatu eta ordu edo egun batzuetara.
c) Hezur luzeetan haustura bakartuak dituzten pazienteen kasuan, intzidentzia % 20koa da.
d) Pelbiseko edo hezur luzeetako hausturak eta politraumatismoa duen paziente baten kasuan, sindromearen intzidentzia % 19rainokoa da.

200.- Biriketako enboliari dagokionez, zein da GEZURRA?

a) Sakoneko zainetako tronbosiaren konplikaziorik beldurgarriena eta hilgarria izan daitekeena biriketako enbolia da.
b) Biriketako enboliaren sintomak, zeinak disnea, toraxeko mina eta hipoxiatik hasi eta cor pulmonale akuturaino dozenak, ez dira espezifikoak, eta susmo handia izatea eskatzen dute.
c) Pazienteak biriketako enbolia bat badu behar bezala antikoagulatuta dagoenean, kaba benaren iragazki bat agintzen da.
d) Erreferentziazko probak OTA bidezko angiografia izaten jarraitzen du, baina biriketako angiografiak hura gero eta gehiagotan ordezkatzen du.

201.- Bolbuluen tratamenduari dagokionez, hautatu erantzun ZUZENA:

a) Shock septikoa duten pazienteetan, deskonpresio endoskopikoa da sigmaren bolbulua da hasierako tratamendu lehenetsia.
b) Deskonpresio endoskopikoaren ondoren, % 20 ingurukoa da Sigmaren bolbuluaren errezidiba-arriskua.
c) Errezidiba kasuetan, programatutako sigmoidopexia laparoskopikoa gomendatzen da.
d) Itsuaren boluluaren ohiko tratamendua kirurgia da.

202.- Neurri hauetako zein EZ da interesgarria kirurgia digestiboko ebakuntzaondoko zainetako tronbosiaren profilaxirako?

a) Kirurgia osteko mobilizazio goiztiarra.
b) Konpresio-galtzerdiak.
c) Beheko gorputz-adarren konpresio pneumatikoko metodoak.
d) Zain barneko heparina sodikoa.

203.- Zati bigunetako sarkometan, pronostiko-faktorerik garrantzitsuena maila histologikoa da, agresibitate handienetik txikienera sailkatzeko aukera ematen baitu. Irizpide hauetako zein EZ dago maila histologiko horretan oinarrituta?

a) Potentzia handiko eremuko mitosi-kopurua.
b) Nekrosia izatea.
c) Tumore-buddinga izatea.
d) Tumore-bereizketaren maila.

204.- Gatze-fibroadenomari dagokionez, zein baieztapen identifikatuko zenuke lesio mota horrekin?

a) Zelulartasun nabarmena izatea.
b) Gutxienez 3 mm-ko adenosi esklerosatzailea edo kisteak izan ditzake.
c) Emakume gazteengan nahiko azkar haz daiteke.
d) Estromaren aldaketa mixoidea dago.

205.- Abdomeneko min akutuari dagokionez, hautatu erantzun ZUZENA:

a) Peritoneoko hezur parietala sentikorra da presioarekiko eta tenperaturarekiko.
b) Erraietako peritoneoa ez da sentikorra distentsioarekiko.
c) Min koliko eta paroxistikoa peritoneoko hezur parietalaren erasanaren ondorio dira.
d) Muskulu-eremu jakin batetik hurbil dagoen erraietako peritoneoak “defentsa” esaten zaiona eragiten du, eremu horretako abdomeneko paretaren kontrakturarengatik.

206.- Zein EZ da peritonitis sekundarioaren kausa?

a) Heste-zulaketa.
b) Bakterioen translokazioa.
c) Dehiszentzia anastomotikoa.
d) Nekrosi iskemikoa.

207.- Abdomeneko abzesuei (bakarrak edo anitzak) dagokienez, hautatu erantzun ZUZENA:

a) Abdomen barneko infekzio konplikatutzat hartzen dira.
b) Bakterioen sinergiak ez du rol garrantzitsurik haien eraketan.
c) Patologia gastrikoak aurkezten ditu maizen abzesuen eraketak.

d) Bakterio anaerobioak (bakterioideak, adibidez) normalean ez dira erraietako abzesuetan bakartzen.

208.- Abzesu hepatikoari dagokionez, hautatu erantzun ZUZENA:

a) Etiologia amebianoa da ohikoena.
b) Enterobacterrak eragindakoak dira larrienak.
c) Ohikoagoa da eskuineko gibeleko lobuluan egotea.
d) Metronidazola ez da erabilgarria tratamenduan, ez baita behar bezala sartzen abzesuaren kapsulan.

209.- Abdomeneko traumatismoari dagokionez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Abdomenean oharkabean gertatzen diren lesioen indize handia dago, zeinak garrantzitsuak izan daitezkeen eta hilkortasuna areagotzen duten.
b) Abdomeneko OTA da probarik sentikorrena eta espezifikoena abdomeneko eta erretroperitoneoko lesioak baloratzeko.
c) Premiazko laparotomia arma zuri bidezko abdomeneko traumatismo sarkorrerako agintzen da, pazientea ezegonkor badago.
d) 3 motatan sailkatzen da: itxia, sarkorra eta lehergarria.

210.- Shockaren diagnostikoari dagokionez, hautatu ZUZENA:

a) Hipotentsio arteriala egotea ezinbesteko baldintza da shocka diagnostikatzeko.
b) Bihotz-maiztasunak sentikortasun eta espezifikotasun ezin hobea du shocka detektatzeko.
c) 1 mmol/L-ko laktato plasmatikoa baino gehiago egotea patologikotzat jotzen da, eta hilkortasun handiagoarekin lotzen da.
d) Shockaren etiologia edozein dela ere, laktato serikoaren pronostiko-balioa tentsio arterialarena baino askoz handiagoa da.

211.- Serumterapia dago ospitaleetan gehien agintzen diren farmakoen artean. Honako baieztapen hauetako zein da GEZURRA?

a) Kristaloideek ura, elektrolitoak edota glukosa dute, proportzio desberdinetan.
b) Mantentze-fluidoterapiarako, kristaloideen gaineko koloideak erabiltzea gomendatzen da.
c) RICA bideak (helduen kirurgian suspertze intentsifikatua) bolumen sistemikoa monitorizatzea gomendatzen du, ebakuntza barnean fluidoak ematea gidatzeko.
d) Zain barneko likidoen gehiegizko ekarpena biriketako, bihotzeko, urdail-hesteetako eta giltzurrunetako ebakuntza osteko konplikazioekin korrelazioan dago.

212.- Arrisku kirurgikoaren ebaluazioari dagokionez, hauetako zein da EGIA?

a) ASAren (American Society of Anesthesiology) arrisku-sailkapenak ez ditu kontuan hartzen ebakuntza kirurgikoaren berezko arriskuak.
b) Ez dago korrelaziorik ASA puntuazioen eta ebakuntzaondoko hilkortasunaren eta konplikazio larrien artean.
c) Bere indarguneetako bat da ASA puntuazioaren objektibotasuna, profesionalen artean.
d) ASA II kategoria gaixotasun sistemiko larria duen paziente bati dagokio, zeinak muga funtzionala duen, baina muga horrek ez duen ezgai bihurtzen.

213.- Zenbait egoeratan, paziente batek farmakoen erabileragatiko alterazioa du. Egoera hauetako zein dagokio tratamendu zuzen bati?

a) Heparina sodikoa erabiltzeak eragindako alterazioa desmopresina bidez tratatu behar da.
b) Azenokumarola erabiltzeak eragindako alterazioa K bitaminaren bidez tratatu behar da.
c) Dabigatranek eragindako alterazioa Adexanet bidez tratatu behar da.
d) Pisu molekular txikiko heparinak eragindako alterazioa koagulazioaren VII faktorearekin tratatu behar da.

214.- Sentsibilitatea aztertzeko gradientean hedatzeko teknikari (etest) dagokionez, baieztapen hauetatik zein da ZUZENA, testuaren arabera?

a) Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) erakundeak esplizituki gomendatzen du bakterio anaerobikoetarako erabiltzea.
b) Inhibizio-kontzentrazio minimoa (CIM), berriz, inhibizio-obalo intersektiboak plastikozko edo paperezko tira duen puntuan zehazten da.
c) Ez da baliozko teknika legamien edo onddoen sentikortasuna kuantifikatzeko.
d) Nahitaez behar da oxigenorik gabeko hazkuntza-ingurune bat ereite mikrobiologikoko kasu guztietan.

215.- Desnutrizioari eta horri lotutako konplikazioei dagokienez, hautatu aukera ZUZENA:

a) Sarkopeniak ezaugarri du muskulu-masa eskeletikoa eta indar muskularra pixkanaka eta modu orokortuan galtzea.
b) Sarkopenia ezin da dinamometro batekin diagnostikatu.
c) Nutritional Risk Screening NSR 2002rekin pazientea baloratzeak nutrizio-arriskua duten gaixoak iragartzen ditu, eta sektore defizitarioaren berri ematen du (muskularra, erraietako proteina edo erreserbako gantza).
d) Gassull-en metodoa , zeina trizepsaren tolesturan, besoaren perimetroan eta albuminaren neurketan oinarritzen den, baliagarriagoa da ebakuntzaondoko bizkortze unitateetan nutrizio euskarrirako hautagai diren pazienteentzat.

216.- Zein da mekanismo fisiopatologiko primarioa blokeo anestesiko neuroaxialak (epidurala) estresarekiko erantzun metabolikoa arintzeko, Kehlet-ek baliozkotutako aurkikuntzen arabera?

a) Pankreako zelulak zuzenean estimulatzea, hormona kontrarregulatzaileei aurre egiteko.
b) Nerbio-sistema zentralari lotutako bideak blokeatzea, ardatz hipotalamo-pituitario-suprarrenala arinduz.
c) Mastozitoen granulazioaren inhibizio selektiboa eta osagarri periferikoaren aktibazioa.
d) Lehentasun prokoagulatzaileko fase akutuko proteinen sintesi hepatikotik metaboliko intrintsekoa kentzea.

217.- Zentralki erregulatutako erantzun endokrinoaren analisiaren arabera, kortikotropa hormona (CRH) askatzen duen faktoreak eragin sinergikoa du basopresinarekin, honako hauen jariaketa hipofisarioa estimulatzeko:

a) Propiomelanokortina (POMC), gero ACTHra metabolizatzen dena, bai eta de endorfinak ere.
b) Prolaktina eta dopamina erraboil errakideoan soilik.
c) Aldosterona eta hazkunde exokrinoaren hormona muin suprarrenalean.
d) Kanpoko biderako funtsezko aminoazidoak eta opsonina plasmatikoak.

218.- Perioperatorioko estresari emandako erantzun immunohematologikoan, zer denbora-patroi zehatz eta zelula-aldakuntza ikusten dira eraso kirurgikoaren ondoren zirkulatzen duten linfozitoetan?

a) 24 orduz irauten duten T helper linfozitoak eta NK zelulak % 40tik % 70era igo dira berehala.
b) Glukokortikoide plasmatikoek neutropenia larria eragiten dute, linfozitosi absolutu iraunkorrarekin batera.
c) Lehen 30 minutuetan, balio basalen % 40 eta % 70 artean jaisten dira (T helper, zitotoxikoak, B, NK eta monozitoak), eta estimulua eten eta 3 orduko epean basala berreskuratzen edo gainditzen da.
d) Neutrofiloek eragindako sortzetiko immunitatearen paralisi selektibo eta esklusiboa dago, eta immunitate moldagarri zelularra, berriz, berehala hiperaktibatzen da.

219.- Estresak eta hantura perioperatorioak eragindako alterazio mikrobaskularren testuinguruan, zer fenomeno molekularren ezaugarria da glikosalix endoteliala?

a) Karga elektriko garbi positiboa modu malkartsuan handitzen du, makrofago aktibatuak uxatzeko.
b) Haien degradazioa eta funtzioen galera azkarra leukozitoen hanturazko bitartekariei eta entzima aktibatuei erantzuteko gertatzen dira, eta horri esker, zelulak itsaspen-molekuletara sar daitezke eta fluidoak estrabasatu.
c) Endotelio baskularraren egitura bere horretan mantentzen du soilik mintz heldutik lipidoak erabat ezabatzen badira.

d) Fosfolipido neutroen geruza bakar polimerikoa da, eta sintesia modu erregogorrean handitzen da koloide sintetikoen infusioaren aurrean.

220.- European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) erakundearen giden arabera, zein da paziente kirurgiko helduaren nitrogeno-galerak mugatzeko gomendatutako ekarpen kalorikoaren eta proteikoaren tartea?

a) 10-15 kcal/kg/egun eta egunean gehienez 0,5 g proteina kg bakoitzeko.
b) 25-30 kcal/kg/eguneko ekarpena egitea, egunean 1,5 g proteina kg bakoitzeko.
c) Egunean gutxienez 50 kcal/kg ematea, lipido puruen % 90ean egituratuta.
d) Murriztu guztizko kaloriak eguneko 5 kcal baino gutxiagora, ebakuntza ondoko glukoneogenesi hepatikoa behartzeko.

221.- Espainian, zein da erresistentzia-mekanismorik ohikoena amoxizilina-azido klabulanikoa (% 10-20 artekoa edo gehienez % 25 lokalekoa) elkarketaren aurrean Escherichia coli-ren erresistentzia justifikatzen duena?

a) Betalaktamasa SHV aldaezin baten adierazpen eratzailea eta kromosomikoa.
b) Espeziearen berezko AmpC motako betalaktamasa kromosomikoaren hiperprodukzioa, mutazio baten ondorioz.
c) Katilua gaika inaktibatzen duten karbapenemasa plasmidikoak eskuratzea.
d) Fluorokinolonentzat bakarrik diren kanporatze-ponpa aktiboak garatzea.

222.- Eskuliburuan deskribatutako kirurgia minimoki inbaditzailearen (ATI) definizio formalaren arabera, ondorengo baieztapenetatik zeinek islatzen du ondoen termino horren filosofia edo asmakuntza?

a) 1951n ginekologo alemaniarrek sortutako kontzeptu instrumental hutsa izan zen.
b) Filosofia kirurgiko bat da, miniaturizatutako irudi-sistemekin ebakidura txikien bidez eragiketa handiagoak egitean datzana. John Wickham urologo britainiarrak 1987an sortu zuen "inbadikortasun minimoko kirurgia" terminoa.
c) Soilik sabelaldearen azterketa bisual gisa definitzen da, zilbor-hesteko sarbide bakarreko oilo-kopea erabiliz.
d) Modalitate kirurgikoa da, eta helduen abdomeneko kirurgiari bakarrik aplika dakioke, oftalmologia edo pediatria bezalako diziplina tradizionalak baztertzen baititu.

223.- Miaketa laparoskopikoaren osagai bisualaren azterketan, ohiko kirurgian begiz biluzik ikustea bereizten duen funtsezko ezaugarri bat nabarmentzen da testuan. Zer esan nahi duzu?

a) CRT motako monitoreak erabiltzeak nahitaez eragindako sakontasun-nozioa galtzeari.
b) Ehun sakonak fokatu ahal izateko lenteen ikusangelua 135º-ra sistematikoki aldatu beharra.

c) Sistema optikoaren magnifikazio-ahalmena eta lenteen kalitate handia, giza begiarentzat ezinezkoak diren xehetasunen bistaratze mikroskopikoa ahalbidetzen baitute.
d) Distortsio kromatiko selektiboa, kirurgialariei plano baskularrak birtualki bereizten laguntzen diena.

224.- Trokarrak erabiliz abdomeneko paretaren gaineko agresibitate parietala murrizteari dagokionez, zer fenomeno anatomiko/kirurgiko deskribatzen da zehatz-mehatz gidan?

a) Marruskaduraren ziztadak muskulu-sekzio transbertsal oso bat eragiten du, eta horrek jostura aponeurotiko sistematikoa eskatzen du.
b) Zatitzea sartzeak orbaintze keloidea eragiten du, eta horrek nabarmen gutxitzen du erantzun immunitario lokala
c) Ziztada, berez, muskuluak bereiztea eta zuntzak sakabanatzea da, eta ez du zertan planoetan ebakirik edo disekziorik egin, erasoa minimizatuta.
d) 2-3 mm-ko tresna txikiak erabiltzeak erabat ezabatzen du pneumomperitoneoaren beharra, hormako trauma nulua dela eta.

225.- Garapen teknologikoa eta industriala ebaluatzean, gidak "orratzezko kirurgia laparoskopikoa" izenekoan erabiltzen diren minitresnak (2-3 mm) eta 5 mm-ko laparoskopioak aztertzen ditu. Zein da testuak aipatzen duen eragozpen tekniko edo konpentsazio nagusia?

a) Gas-enbolismoa eragiteko arrisku handia, trokar txikiek presio handia behar dutelako.
b) Bereizmen handiko teknologia (HD) duten monitoreetan bideo-seinalea erregistratzeko erabateko ezintasuna.
c) Prozedura gauzatzeko zailtasunak areagotzea, tresna fin horien berezko malgutasuna dela eta.
d) Pantailako kolore-orekaren degradazio itzulezina, argiztapen proximalik ez dagoelako.

226.- Hipergluzemia perioperatorioko fisiopatologia mitokondrialari dagokionez, nola sortzen da peroxinitritoa eta zer ondorio zuzen eragiten du zeluletan?

a) Superoxido mitokondrialak estresak areagotutako oxido nitrikoarekin erreakzionatzen du, peroxinitritoa sortuz, eta horrek konplexu mitokondrialen nitrazioa (I eta IV), GAPDH eta MnSOD eragiten du, apoptosia estimulatuz.
b) Intsulinak superoxido dismutasarekin duen interakzioaren ondorioz gertatzen da, eta erabat inhibitzen du glukolisi anaerobikoaren bidea.
c) Eosinofiloak arteriola periferikoetan degranulatzearen emaitza da, glukosak eragindako toxikotasuna prebenituz.
d) Gibeleko fase akutuko erreaktanteak murriztearen ondorio da, eta horrek erabat iraultzen du giharren katabolismo proteikoa.

227.- Trebakuntza-teknologien barruan (errazte-teknologiez bestelakoak), ondorengo adibideetatik zein aipatzen da esplizituki testuan, kirurgialariek egin ditzaketen prozeduren maila hedatzeko?

a) Bereizmen handiko LCD pantailako monitoreak, zirujauen ukimena digitalki ordezten dutenak.
b) Erradiofrekuentzia termikoko gailuak, gibeleko tumoreak in situ ablatzeko, eta endograpatze linealeko gailuak, kolon eta ondesteko kirurgiarako.
c) Proktoskopio kirurgiko malgua, errefluxu gastroesofagiko intraluminalaren tratamenduan soilik erabiltzen dena.
d) Veress-en orratzak, malguki pneumatikoekin aldatuta, giltzurrunez gaindiko sarbide itsuetarako.

228.- Ordenagailuz lagundutako kirurgia telerrobotikoari dagokionez (CATS), Da Vinci sistemaren bidez, ondorengo aukeretatik zeinek deskribatzen du onura ergonomiko bat eta testuan aipatutako osagai mekaniko espezifiko bat?

a) Zirujauek zutik jardun dezakete parietako esekidura-sistema pneumatiko batekin, beheko gorputz-adarretako nekea murrizteko.
b) Bi dimentsioko irudi zabaldua ematen du, minirrobot autonomoei esker orratz konbentzionalak erabiltzeko beharra ezabatzen duena.
c) Zirujauen nekea gutxitzen da kontsolaren aurrean eserita egoteko aukera ematen zaionean, eta tresnek barneko eskumuturreko artikulazioak dituzte pronazio-mugimenduak erreproduzitzeko.
d) Ehunen hurbilketa automatizatua bermatzen du, ehunen inpedantzia 10.000 kilometrotik gorako distantzietan kontrolatuz.

229.- Laparoskopiaren aitzindarien bilakaera kronologikoan, zer funtsezko ekarpen egozten zaio J. Veress hungariarrari 1938. urtean, eskuliburuko ohar historikoen arabera?

a) Oilar aldatuaren bidez erregistratutako lehen kolezistektomia laparoskopikoa egitea.
b) Gizakien ikusmen zeiharra 135º-an lehen aldiz ahalbidetzen zuen lente-sistema berri baten garapena.
c) Orratz berezi bat hobetzea malguki batek eragindako malguki batekin. Malguki horrek zorro batean ezkutatzen du alde zorrotza, pneumokperitoneo segurua egiteko.
d) Abdomeneko intsuflazio-abiadura mugatzeko ondoen toleratzen den gas gisa CO2 erabiltzeko jatorrizko proposamena.

230.- 80ko hamarkadako eta 90eko hamarkadaren hasierako kirurgia laparoskopiko terapeutikoaren mugarri historikoei dagokienez, egileen eta prozeduren zerrenda hauetatik, zein da ZUZENA testuaren arabera?

a) Eric Mühek munduko lehen kolezistektomia laparoskopikoa egin zuen 1985eko irailean; Kurt Semmek 1982an egin zuen lehen apendizektomia laparoskopikoa.
b) P. Mouretek 1987an egin zuen lehen kolektomia laparoskopikoa, eta berehala argitaratu zituen emaitzak Parisko aldizkari ginekologiko batean.

c) M. Gagnerrek mikrokirurgia endoskopiko transanalaren (TEM) teknika sartu zuen 1991. urtean, Gustavo Plasenciarekin batera.
d) Moises Jacobsek 1983an egin zuen lehen suprarrenalektomia bide laparoskopiko hutsetik, 2 mm-ko instrumentalak erabiliz.

231.- Kirurgia bariatrikoko teknika hauetako zeinek erakutsi ditu emaitzarik onenak pisu-galerari eta komorbilitate-bereizteari dagokionez, batez ere 2 motako Diabetes mellitusean?

a) Duodenoko gurutzatzeak.
b) Banda gastrikoak.
c) Rouxen Y erako bypass gastrikoak.
d) Gastrektomia bertikalak.

232.- Digestio-hemorragia handiaren heltze diagnostiko-terapeutikoan, hautatu aukera OKERRA:

a) Forrest-en sailkapenaren arabera, endoskopian odoletan ez dagoen hodi ikusgarri baten bistaratzea bat dator IIa graduarekin.
b) 2 cm-tik gorako ultzerak eta duodenoko erraboilaren atzeko aldeko ultzerak bilakaera txarreko aurkikuntza endoskopikoak dira.
c) Forrest-en Ia graduko ultzerek errezidiba hemorragikoa izateko tarteko arriskua dute.
d) Forrest-en III graduko ultzerek ez dute tratamendu endoskopikorik behar.

233.- Heste meharraren dibertikuluei dagokienez, hautatu GEZURRA dena:

a) Duodenoko dibertikuluak dira heste meharrean gehien eskuratzen diren dibertikuluak.
b) Jeiunoko dibertikuluak hestearen mesenterioaren aurkako ertzean agertzen dira normalean.
c) Heste meharreko dibertikuluak dituzten pazienteen % 60k dibertikuluak ere badituzte kolonean.
d) Meckel-en dibertikulu baten barruan ohikoena den neoplasia tumore neuroendokrinoa da.

234.- Akalasiari dagokionez, baieztapen hauetako zein da EGIA?

a) Hellerr-en miotomia laparoskopikoak emaitza hobeak eskaintzen ditu I motako akalasian.
b) Hellerr-en miotomia laparoskopikoak emaitza hobeak eskaintzen ditu II motako akalasian.
c) Hellerr-en miotomia laparoskopikoak emaitza hobeak eskaintzen ditu III motako akalasian.
d) Miotomiaren ondoren errefluxu-teknikaren bat gehituz gero, Dor motakoa da emaitzarik onenak ematen dituena.

235.- Aukera hauetako zein da ZUZENA, heste meharreko tumore gaiztoei dagokienez?

a) Adenokartzinomak maizago aurkitzen dira ileonean.
b) 1-2 cm-ko tumore neuroendokrinoek portaera onbera dute, eta gutxitan garatzen dituzte metastasi linfatikoak edo gibeleko metastasiak.
c) Heste meharreko tumore metastasikoak ez dira neoplasia primarioak bezain ohikoak.
d) Linfoma sarrien zulatzen den heste meharreko tumorea da.

236.- Enteritis erradikoari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Enteritis erradiko akutuaren funtsezko mekanismoa da erradikal askeak sortzea, esate baterako hidroxiloa hesteetako epitelioan.
b) Hesteetako erasana ehunen irratisentikortasun handiagoa eragiten duten agente kimioterapiko batzuekin lotzen da.
c) Enteritis erradiko akutua, normalean, automugatu egiten da; euskarri neurriak baino ez ditu behar, eta 3 astetan konpontzen da.
d) Enteritis erradiko kronikoa 18 hilabete eta 6 urte bitartean izaten da normalean, baina 30 urterekin ere ager daiteke.

237.- Sindrome poliposiko hauetako zeinek du ezaugarri polipo hamartomatosoak anitzak eta ahoko mukosaren lesio pigmentatuak izatea?

a) Turcot-en sindromeak.
b) Peutz-Jeghers-en sindromeak.
c) Cowden-en sindromeak.
d) Lynch-en sindromeak.

238.- Apendizitis akutua duten pazienteen zein ehunekotan agertzen da eskuineko hobi iliakoranzko migrazio-mina?

a) % 10.
b) % 90.
c) % 60.
d) % 35.

239.- Tumore mota hauetako zein agertzen da maizen apendize zekalean?

a) Linfoma.
b) Tumore neuroendrokrinoa.
c) Adenokartzinoma.
d) Beste tumore primario baten metastasia.



240.- Gibeleko lesioa duen paziente bati gibeleko 2. eta 3. segmentuetako exeresia egiten bazaio, Brisbane-ren (2000) IHPBAren terminologiaren arabera, zer egiten ariko ginateke?

a) Segmentektomia.
b) Ezkerreko alboko sektorektomia.
c) Ezkerreko alboko sekzionektomia.
d) Ezkerreko hemihepatektomia.

241.- Nola sailkatuko zenuke OTAn azaleraren % 30i eragiten dion hematoma subkapsularra duen gibeleko traumatismo bat?

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

242.- 45 urtetik gorako paziente batek ez du aurrekaririk eta sintomarik eta abdomeneko ekografian ustekabean polipo besikularrak aurkitu zaizkio. Zein tamainatatik aurrera aginduko zenuke kolezistektomia?

a) 15 mm.
b) 14 mm.
c) 10 mm.
d) Tamaina edozein dela ere, beti indikazio kirurgikoa dute.

243.- Faktore hauetako zeinetan EZ da aintzat hartzen erauzte-gaitasuna Klatskin-en tumore batean?

a) Gibel barneko behazun-zuhaitzaren aldebiko erasana (adar sekundarioekiko distala).
b) Alde bereko gibeleko arteriaren erasana.
c) Gibel erdiaren erasan baskularra, kontrako aldearen behazun-erasan zabalarekin.
d) Gaixotasun metastasikoa edo eremuaz kanpoko gongoilaren erasana.

244.- Paratiroide-guruinen anatomia kirurgikoari dagokionez, tiroide-guruina eta nerbio laringeo atzerakoia dela eta, zein da erantzun ZUZENA?

a) Goiko paratiroide-guruinak nerbio laringeo atzerakoiaren planoarekiko dortsalak izan ohi dira.
b) Beheko paratiroide-guruinak laugarren faringe-poltsatik datoz.
c) Goiko paratiroide-guruinen odol-hornidura goiko arteria tiroideotik dator ia erabat.
d) Beheko paratiroideak tiroideko goiko poloaren atzeko aldean daude etengabe.

245.- Tiroidektomia oso batean, aldagai anatomiko arterialei eta nerbio laringeo atzerakoia babesteari dagokienez, zein da GEZURRA?

a) Beheko arteria tiroideoa beti aldebiko nerbio laringeo atzerakoiaren atzetik gurutzatzen da.
b) Berry-ren lotailuak (atzeko suspentsio-lotailua) tiroideko lobulua trakearekin lotzen du, eta eremu kritikoa da, non nerbio laringeo atzerakoia zaurgarria den.
c) Arteria tiroideo ertaina edo Neubauer-ena (ima arteria tiroideoa) arku aortikotik edo enbor brakiozefalikotik sortzen da zuzenean, eta istmoraino igotzen da.
d) Eskuineko nerbio laringeo atzerakoi ez-atzerakoia anomalia bat da, eskuineko arteria subklabioko aberrantea egoteari lotutakoa.

246.- Tiroideko fisiologiari, iodoaren metabolismoari eta hormonen sintesiari dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Sodio-ioduroaren sinportatzaileak (NIS) iodoa eramaten du zelula folikularrerantz, gradientearen aldeko garraio pasiboaren bidez.
b) 1 motako desiodasa (D1) da nerbio-sistema zentralean T4a T3 bihurtzeko arduradun nagusia.
c) Tiroideko peroxidasak (TPO) ioduroaren oxidazioa katalizatzen du, bai eta iodotirosinen antolaketa eta akoplamendua ere tiroglobulinan.
d) Wolff-Chaikoff-en eragina hipertiroidismo larri bat da, iodo exogenoaren gainkarga akutu batek eragindakoa.

247.- Golo multinodular onbera eta torax-barnekoa (mediastinikoa) maneiatzean, hautatu baieztapen ZUZENA:

a) Erorketa aortikoaren azpitik hedatzen diren mediastiniko goloek sistematikoki esternotomia arautua behar dute, exeresi segurua izateko.
b) Tiroidektomia subtotala aldebikoak jarraitzen du izaten aldebiko golo multinodularrean hipotiroidismo iraunkorra saihesteko gomendatutako aukerako heltze kirurgikoa.
c) Benetako edo bigarren mailako torax barneko golo gehienak segurtasunez erauz daitezke, aurreko zerbikotomia konbentzionaleko ebaki baten bidez.
d) Derrigorrezkoa da normal funtzionatzen duen golo multinodular asintomatiko bati kirurgia agintzea, golo horrek 10 urtera kartzinoma anaplasiko bihurtzeko tasa handia baitu.

248.- Graves-Basedow-en gaixotasunari eta haren prestaketa eta maneiu kirurgikoari dagokienez, zein da erantzun OKERRA?

a) Tiroidektomia osoa edo ia osoa da Graves-en gaixotasunerako gaur egungo tratamendu kirurgiko lehenetsia.
b) Lugol-en iodoaren soluzioa ebakuntza aurretik ematen da, guruinaren baskularizazioa handitzeko eta ehun linfoidearen disekzio kapsularra errazteko.
c) Sintesiko farmako antitiroideoak (metimazola, adibidez) kirurgiaren unera arte mantendu behar dira, ebakuntza barneko egoera eutiroideoa ziurtatzeko.
d) Ebakuntzaondoko behin betiko hipotiroidismoa ez da kirurgiaren konplikaziotzat hartzen, bilatutako helburu terapeutikotzat baizik.

249.- Tiroiditisari eta haren inplikazio diagnostiko edo kirurgikoei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Hashimoto-ren tiroiditisa (linfozitiko kronikoa) B zelulen ez-Hodgkin linfoma tiroideo primarioa garatzeko arrisku nabarmen handiagoarekin lotzen da.
b) Riedel-en tiroiditisak ezaugarri du infiltrazio neutrofiliko akutu zorne-jariatzailea, tiroidektomia oso goiztiarrari bikain erantzuten diona.
c) De Quervain-en tiroiditisa (azpiakutua) prozesu autoimmune kroniko itzulezina da, eta tratamendu kirurgikoa eskatzen du lehentasunez.
d) Hashimoto-ren tiroiditisean, orratz fin batekin egindako aspirazioan (BAAF) Hürthle-ren zelulak (zelula oxifiloak edo Askanazy-renak) egotea patognomonikoa da eta kartzinoma folikularraren soilik daude.

250.- Paziente bat kontsultara joan da, ustekabean 1.5 cm-ko tiroideko nodulu bat aurkitu diotelako. Tiroideko noduluaren hasierako ebaluazioari eta maneiuari dagokionez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Ekografia bidez detektatutako edozein tiroideko nodulu ebaluatzeko ezinbesteko lehen urratsa da orratz fin batekin egindako aspirazio bidezko ziztada (PAAF).
b) Tiroideko hormona estimulatzailearen (TSH) determinazio serikoa txikia bada, gomendatutako jokabidea tiroideko gammagrafia bat egitea da erradionuklidoekin.
c) Nodulu kistiko puruek (erabat anekoikoak eta eduki likidokoak) % 15-20 inguruko gaiztotasun arriskua dute, eta PAAF arautua behar dute.
d) Ekografia zerbikala noduluaren dimentsioak neurtzeko baino ez da baliagarria, eta ez du baliorik gaiztotasuna iragartzeko edo biopsiaren indikazioa gidatzeko.

251.- Golo multinodularrean, sintoma konpresibo lokalen presentzia da indikazio kirurgiko absolutuetako bat. Zeinu kliniko edo aurkikuntza hauetako zein lotzen zaio modu bereizgarrian goiko golo buxatzaile bati?

a) Marañon-en zeinua, ezaugarri duena elikagai solidoak irenstean belarriko min zorrotza eta irradiatua izatea.
b) Pemberton-en zeinua aurpegiko kongestioa, pletora eta estridorea agertzean datza, besoak buruaren gainetik altxatzean.
c) Courvoisier-Terrier-en irla positiboan aldebakarreko midriasi finkoa dago, zerbikaletako kate sinpatikoa zuzenean konprimitzen delako.
d) Alderantzizko Horner-en sindromean, zeina aldebakarreko exoftalmo larrien bidez agertu den. Izan ere, goloak handitu egiten dira eta horrek nerbio bagoa estimulatzen du. Hori dela eta, aldebakarreko exoftalmoak agertzen dira.

252.- Tiroideko nodulu baten PAAFen zitologiari eta horren ondorengo jokabide kirurgikoari buruzko informazioa emateko Bethesda-ren sailkapenari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Bethesda-ren III. kategoria (esanahi zehaztugabearen atipia/esanahi zehaztugabearen lesio folikularra) moduko zitologia informatu batek hasieran tiroidektomia profilaktiko osoaren indikazioa du.

b) Bethesda-ren IV. kategoriak (neoplasia folikularra/neoplasia folikularraren susmoa) % 15 eta % 30 arteko gaiztotasun-arriskua du, eta lobektomia diagnostikoa behar izaten du.

c) Bethesda-ren I. kategoriako emaitza batek (diagnostikorik gabekoa edo ez duenak gogobetetzen) ekografiak gidatutako PAAFa errepikatzera behartzen du, behin betiko erabaki terapeutikoak hartu aurretik.

d) Bethesda-ren V. kategoriak (gaiztoa den susmoa dago) gaiztotasun-arrisku oso handia du (% 60-75), eta, beraz, kirurgia erabat aginduta dago.

253.- Golo endemikoaren eta golo multinodularraren etiologiari, epidemiologiari eta ezaugarri klinikoei dagokienez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Mundu mailan, dietako selenio-urritasuna da oraindik ere golo endemikoa garatzeko ingurumen-kausa ohikoena eta hedatuena.

b) Golo multinodular toxikoa (Plummer-en gaixotasuna) eboluzio luzeko golo multinodular ez-toxiko batetik abiatuta garatzen da, nodulu bat edo gehiago autonomizatu ondoren.

c) Golo multinodular onberaren garapena nabarmen handiagoa da gizon gazteen artean (4:1 ratioa) emakumeen artean baino.

d) Normal funtzionatzen duen golo multinodular onberan, irmoki gomendatuta dago lebotiroxinaren dosi ezabatzaile kronikoak ematea, frogatuta baitago albo-ondoriorik ez duten pazienteen % 95ean guruin-bolumena modu eraginkorrean murrizten dela.

254.- Paratiroide-guruinen enbriogenesiari eta anatomia kirurgikoari dagokienez, hautatu zein den baieztapen ZUZENA:

a) Goiko paratiroide-guruinek beheko paratiroide-guruinek baino askoz ere kokapen anatomiko aldakorragoa eta erratikoagoa dute.

b) Faringeko hirugarren poltsan enbriologia-jatorri arrunta duenez, beheko paratiroide ektopiko bat maiz egoten da timoaren barruan edo aurreko mediastinoan.

c) Nerbio laringeo atzerakoia erreferentzia anatomikoko puntu gisa erabiltzen da, eta normalean beheko paratiroideen planoaren atzean (dortsala) dago.

d) Goiko arteria tiroideoa arduratzen da beheko paratiroide-guruinei odol-fluxu nagusia emateaz, kasuen % 80an baino gehiagotan.

255.- Kaltzioaren homeostasiari, hartzaile espezifikoei eta hormona paratiroideoaren (PTH) sintesiari dagokienez, zein da erantzun OKERRA?

a) Kaltzioaren hartzaile sentsorea (CaSR) paratiroidearen zelula nagusien mintzean dagoen G proteinari akoplatutako hartzaile bat da.

b) Kaltzio serikoaren mailak jaisteak berehala estimulatzen du pikor jariatzaileetan metatutako PTHren askapena.

c) Hipermagnesemia larri eta kronikoak PTH jariakinaren estimulazio paradoxikoa eragiten du, eta hiperparatiroidismo primarioaren koadro bat simulatzen du.

d) Kaltzitriolak (1,25-dihidroxibitamina D3) zuzeneko atzeraelikadura negatiboko mekanismo bat eragiten du paratiroide-guruinetan, eta PTHren genearen transkripzioa murrizten du.

256.- Hormona paratiroideoak bere xede-organoetan egiten dituen ekintza fisiologikoei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Giltzurrunean, PTHak zuzenean estimulatzen du kaltzio-birxurgapena inguratutako tubulu distalean, eta fosfatoaren birxurgapena handitzen du inguratutako tubulu proximalean.
b) Hezurrei dagokienez, PTHak zuzenean eta berehala aktibatzen ditu osteoklasto helduak, horiek PTHrako mintz-hartzaileen dentsitate handia dutelako (PTH1R).
c) PTHk hesteetako kaltzio-xurgapena sustatzen du zeharka, giltzurrun-tubulu proximaleko zeluletan 1-alfa-hidroxilasa entzima estimulatzen baitu.
d) Hiperkaltzemia da PTHren jariaketa iraunkorrak barne-ingurunean duen ekintza garbia, hiperfosfatemia seriko nabarmenarekin batera.

257.- Hiperparatiroidismo primarioari (HPTP), paziente asintomatikotan dituen indikazio kirurgikoei eta horren ebakuntza aurreko kokapen-teknikei dagokienez, hautatu zein den erantzun ZUZENA:

a) Nazioarteko adostasun-irizpideen arabera, kreatinina (eGFR) 60 ml/min baino gutxiago argitzea indikazio formala da HPTP asintomatikoan.
b) Teknezio-99m-Sestamibirekin (99mTc-MIBI) egiten den gammagrafia nahitaez erabiltzen da hiperparatiroidismo primarioaren diagnostiko biokimikoa baieztatzeko, kirurgia agindu aurretik.
c) Proliferazio zelularraren aurkikuntza anatomopatologikoa, zeinak paratiroideko ehun osasuntsu periferikoaren ertz bat errespetatzen duen eta zuntz-kapsula bat erakusten duen, patognomonikoa da eta soilik lau guruinen hiperplasian agertzen da.
d) PTHren ebakuntza barneko monitorizazioak (Miamiko irizpideak) iradokitzen du arrakasta kirurgikoa lortzen dela, guruin patologikoaren erauzketa egin eta 10 minutura PTHa % 20 baino gehiago murrizten bada.

258.- 54 urteko paziente batek giltzurruneko gaixotasun kroniko terminala du, eta bilakaera luzeko hemodialisi-programan hezurretako min errefraktarioa, prurito larria eta kaltzio-fosforoaren produktu handia du. Hiperparatiroidismo sekundarioari (HPTS) eta tertziarioari (HPTT) dagokienez, zein da OKERRA?

a) Hiperparatiroidismo sekundarioa hipokaltzemia kronikoaren, hiperfosfatemiaren eta kaltzitrolaren defizitaren aurreko paratiroide-guruinen erantzun egokigarri eta konpentsatzailea da.
b) Hiperparatiroidismo tertziarioaren ezaugarria da PTHren jariatze autonomo eta itzulezin bat agertzea, hiperkaltzemia-egoera bat betikotzen duena, eta giltzurrun-transplante arrakastatsu baten ondoren gertatu ohi da.
c) Paratiroidektomia subtotala (3 guruin eta erdiren erauzketa) edo besaurreko autotrasplantea duen paratiroidektomia osoa dira paziente horien tratamendu medikoaren porrotaren aurreko estrategia kirurgiko lehenetsiak.
d) Hiperparatiroidismo primarioan ez bezala, kaltzfilaxia (arteriolesklerosi kaltzifikatzaile uremikoa) konplikazio patognomoniko da, soilik hiperparatiroidismo tertziarioan dagoena, eta sekundarioan ez da inoiz ikusten.

259.- Zeinu klinikoei, diagnostiko diferentzial biokimikoari eta paratiroideko krisiari dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Hiperkaltzemia hipokaltziuriko familiarra (HHF) hiperparatiroidismo primariotik bereizten da, gernu-iraizpen oso handia duelako (kaltzioa > 300 mg/24 ordu).
b) Hiperparatiroidismo sekundarioaren diagnostiko biokimiko klasikoak ezaugarria ditu PTH serikoaren etengabeko maila handiak eta hiperkaltzemia larria.
c) Paratiroideko krisi edo ekaitz hiperkaltzemikoak kaltzio serikoaren maila kritikoki handiak ditu (normalean > 14-15 mg/dl), eta premiazko egonkortze medikoa eskatzen du, hidratazio oldarkorrarekin, premiazko paratiroidektomia proposatu aurretik.
d) Osteitis fibrosi kistikoak, zeinak erradiologikoki behatz-hezurretan eta gatz eta piperbeltz moduko garezurrean periostio azpiko birxurgapenaren bidez agertzen diren, hezurretako konplikazioak dira, eta soilik hiperparatiroidismo primarioan agertzen dira.

260.- Anatomia kirurgikoari, erlazio anatomikoei eta giltzurrun gaineko guruinen baskularizazioari dagokienez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Eskuineko giltzurrun gaineko guruinaren zain-drainatze nagusia zain labur baten bidez egiten da, eta zain horrek eskuineko giltzurrun-zainean isurtzen du zuzenean.
b) Ezkerreko giltzurrun gaineko guruinak forma piramidala edo semilunarra du, eta pankrea-gorputzaren eta bare-arteriaren atze-atzean dago.
c) Giltzurrun gaineko arteria ertainak etengabe jaiotzen dira gorputzaren alde bereko giltzurruneko arteria zuzen gisara.
d) Peritoneoan zeharreko eskuineko heltze laparoskopiko batean, giltzurrun gaineko guruina beheko kaba zainaren erdialdean dago.

261.- Giltzurrun gaineko azalari eta hormona esteroideoen sintesi-bideei dagokienez, zein da erantzun OKERRA?

a) Eremu glomerularra kanpoen dagoen azaleko geruza da, eta aldosterona sortzen du, aldosterona sintasa entzimari esker.
b) Kortisola nagusiki eremu faszikulatuan sintetizatzen da, adrenokortikotropa hormona hipofisarioaren (ACTH) zuzeneko estimuluaren pean.
c) Gune erretikularra azalaren barrualdeko geruza da, eta giltzurrun gaineko androgenoak ekoizteaz arduratzen da, esate baterako dehidroepiandrosterona (DHEA).
d) Glukokortikoideak bezala, eremu glomerularretik aldosterona jariatzea erregulatu eta kontrolatzen du lehentasunez eta nagusiki hipotalamo-hipofisi (ACTH) ardatzak.

262.- Giltzurrun gaineko muinaren fisiologiari, kromafin sistemari eta katekolaminen metabolismoari dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Feniletanolamina N-metiltransferasa (PNMT) entzimak katalizatzen du noradrenalina adrenalina bihurtzea, eta kortisol lokaleko maila altuek eragiten dute zuzenean entzima hori.

b) Giltzurrun gaineko muineko zelula kromafinek gehien bat noradrenalina (% 85) jariatzen dute zirkulazio sistemikora, baita adrenalinaren ehuneko txiki bat (% 15) ere.

c) Azido homobanilikoa (HVA) da gernu-metabolito nagusia, eta, zehazki, adrenalinaren eta noradrenalinaren degradaziotik eratortzen da.

d) Katekolaminen sintesia funtsezko aminoazido triptofanotik hasten da, zeina dopa bihurtzen den hidroxilasa entzima triptofanoaren eraginaren bidez.

263.- Aldebakarreko 4 cm-ko feokromozitomaren susmoa duen paziente baten ebakuntza aurreko eta ebakuntza barneko maneiuari dagokionez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Ebakuntza aurreko hipertentsioa kontrolatzeko, kirurgia baino gutxienez bi aste lehenago blokeo betaadrenergiko zorrotz bat hasi behar da sistematikoki, eta alfa-blokeatzaile bat gehitu behar zaio bloke horri, baldin eta takiarritmiak agertzen badira.

b) Ebakuntza aurreko blokeo alfa-adrenergikoaren helburuak (adibidez, fenoxibenzaminarekin edo doxazosinarekin) barne hartzen ditu krisi hipertentsiboen kontrola eta pazientearen hodi barneko bolumenaren hedapena.

c) Disekzio kirurgikoan zehar, tumorearen manipulazioak kementsua eta goiztiarra izan behar du giltzurrun gaineko zaina lotzeko, anestesistak monitorizazio inbaditzailea hasi aurretik.

d) Giltzurrun gaineko zaina lotu ondoren, pazienteak hipotentsio larria eta berehalakoa badu, lehen aukerako tratamendua kaltzio-kanalen blokeatzaileen dosi masiboak ematea da.

264.- 45 urteko paziente bati hiperaldosteronismo primarioa (Conn-en sindromea) diagnostikatu diote. Estrategia diagnostikoari, kokapenari eta irizpide kirurgikoei dagokienez, zein da OKERRA?

a) Aldosterona sortzen duen aldebakarreko giltzurrun gaineko adenoma (Conn-en adenoma) da hiperaldosteronismo primarioaren kausa ohikoena, eta adrenalektomia laparoskopikoaren indikazio bikaina da.

b) OTn ikus daitekeen giltzurrun gaineko nodulu bat duten 40 urtetik gorako pazienteetan, aldebiko giltzurrun gaineko zain-laginketa (GGZL) urrezko patroia da, kirurgiaren aurretik aldosterona-ekoizpenaren lateralizazioa baieztatzeko.

c) Giltzurrun gaineko aldebiko hiperplasia idiopatikoagatiko hiperaldosteronismo primarioa hasieran aldebiko adrenalektomia oso baten bidez tratatu behar da, hipertentsioa eta hipopotasemia konpontzeko.

d) Conn-en adenoma bategatiko aldebakarreko adrenalektomia arrakastatsu bat egin ondoren, hipopotasemia ia berehala zuzendu ohi da, baina hipertentsio arterialak epe luzera iraun dezake edo tratamendu medikoa behar izan dezake.

265.- Heltze kirurgikoari, teknika lehenetsiari eta giltzurrun gaineko intzidentaloma edo giltzurrun gaineko guruinaren azaleko kartziomaren maneiuari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Adrenalektomia laparoskopikoa (bai peritoneoan zeharrekoa, bai erretroperitoneokoa) gaur egun teknika lehenetsia da giltzurrun gaineko tumore onbera funtzionatzaileentzat edo 6 cm-tik beherako masa ez-funtzionatzaile susmagarrientzat.

b) 7 cm-ko giltzurrun gaineko masa baten aurrean, zeinak inbasio lokalaren zantzu erradiologikoak dituen eta giltzurrun gaineko guruinaren azaleko kartziomaren susmoa dagoen, heltze laparoskopikoa da urrezko estandarra, tokian errepikatzeko tasa txikia duelako.

c) Cushing-en sindrome baten ondorioz (kortisola sortzen duen adenoma) aldebakarreko adrenalektomia egin behar zaion paziente baten ebakuntza ondoko berehalako maneiuan, ez da beharrezkoa glukokortikoide exogenoak ematea, kontrako aldeko guruinak funtzioa betetzen baitu.

266.- Paratiroideko kartzinomari dagokionez, zein da baieztapen OKERRA?

a) Klinikoki, kaltzemiaren zifra nabarmen altuekin (sarritan >14 mg/dL) eta krisi hiperkaltzemiko zehaztugabearen zeinuekin agertzen da.

b) Ebakuntza aurreko behin betiko diagnostikoa erraza da orratz fin batekin egindako ziztada/aspirazioaren (PAAF) bidez, irizpide zitologikoek argi eta garbi bereizten baitute gaiztotasuna eta adenoma onbera.

c) Ebakuntza barneko susmoaren aurrean paratiroidektomia blokean egitea da tratamendu kirurgikoa lehenetsia, eta barne hartzen ditu tumore-masa, tiroidearen albo bereko erdia eta alboko zati bigun konprometituak.

d) Paziente horien morbimortalitatearen kausa nagusia hiperkaltzemia errefraktarioaren konplikazio metabolikoek baldintzatzen dute, tumore-karga metastasikoak berak baino gehiago.

267.- Paratiroideko kartzinomaren etiologiari, anatomia patologikoari eta ebakuntzaondoko maneiuari dagokionez, zein da aukera ZUZENA?

a) CDC73 genearen mutazio germinala (parafibromina kodetzen duena) maiz oso lotuta dago masailezurreko hiperparatiroidismo-tumorearen sindromearekin, eta areagotu egiten du kartzinoma hori izateko arriskua.

b) Tumorearen barnean mitosi atipiko bakartuak egotea da lesio bat paratiroideko kartzinoma gisa katalogatzeko behar den irizpide anatomopatologiko absolutu bakarra.

c) Gongoiletako hustuketa zerbikal erradikal profilaktiko (II. mailatik V.era) sistematikoa irmoki aginduta dago paziente guztientzat, haien lehen kirurgia bada.

d) Zinakalzet kaltzmimetikoa kontraindikatuta dago paratiroideko kartzinomagatiko hiperkaltzemia iraunkorra maneiatzean, giltzurrunetako toxikotasun zuzena duelako.

268.- Giltzurrun gaineko kartzinoma kortikalari dagokionez, zein da baieztapen OKERRA?

a) Tumore horietako gehienak funtzionatzaileak dira, eta aurkezpen klinikorik ohikoena azkar aurrera egiten duen Cushing-en sindrome bakartua edo birilizazioarekin lotua da.
b) Irudi-probetan (OT/EM), hauek dira gaiztakeria-susmoaren ohiko ezaugarriak: 4 cm baino gehiagoko tamaina, berezko dentsitate handia (>10 Hounsfield Unitate) eta kontraste motelaren garbiketa (washout) (15 minutura, % 40 baino gutxiago).
c) Aurrekari onkologikorik ez duen paziente batengan gaiztotasun-irizpideak dituen giltzurrun gaineko masa baten susmo diagnostikoa badago, ebakuntzaren aurretik orratz fin batekin egindako ziztada/aspirazioa (PAAF) egitea nahitaezkoa da heltze kirurgikoa planifikatzeko.
d) Errepikapen-arrisku handia duten pazienteen giltzurrun gaineko kartzinomaren erauzketa osoaren ondoren, mitotanoa da onetsitako farmako adrenolitiko espezifiko bakarra tratamendu adjubanterako.

269.- Giltzurrun gaineko kartzinomaren indikazio eta teknikei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Suprarrenalektomia laparoskopiko estandarra edo robotikoa da gida klinikoek unibertsalki gomendatzen duten heltzea, 6 cm-tik baino gehiago dituzten giltzurrun gaineko masetarako, zeinetan gaiztoak diren susmoa dagoen.
b) Kirurgia sendagarriak R0 erauzketa eskatzen du blokean, giltzurrun inguruko gantza eta, beharrezkoa bada, inbaditutako alboko organoak barne hartzen dituena (adibidez, giltzurruna, barea edo pankrea-isatsa).
c) Gongoiletako hustuketa lokal-erregional sistematikoak ez du inolako onurarik ekartzen estadifikazioan, ezta epe luzerako pronostikoan ere, eta, beraz, alde batera utzi behar da.
d) Beheko kaba zainaren tumore-inbasioak (tumore-tronboa) zuzenean sailkatzen du tumorea IV. fase erauzgaitz gisa, eta kontraindikatuta dago edozein jarrera kirurgiko agresibo.

270.- Giltzurrun gaineko azalaren kartzinoma diagnostikatzeko Weiss-en puntuazio-sistemaren irizpide anatomopatologikoei dagokienez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Weiss-en sistemak funtsezko parametro makroskopikoak ditu, adibidez, tumorearen pisua 250 gramotik gorakoa izatea, eta tumorearen diametroa 5 cm-tik gorakoa.
b) Giltzurrun gaineko azalaren kartzinomaren behin betiko diagnostikoa ezartzen da, pieza kirurgikoak Weiss-en 9 irizpide histologiko mikroskopikoetatik gutxienez 3 betetzen baditu.
c) Ki-67 proliferazio zelularraren indizea Weiss-en puntuazio klasikoa integratzen duten bederatzi irizpide histologiko nuklearretako bat da.
d) Weiss-en 1 edo 2ko puntuazioa (adenoma onbera) duen baina horri nekrosi fokal mikroskopikoa lotzen zaion tumore baten aurrean, Sabiston-en gidek behartu egiten dute mitotano bidezko tratamendu adjubante sistemikoa modu enpirikoan hastera.

271.- **41 urteko emakume batek ez du familia-aurrekari interesgarririk eta erradiazio ionizatzailearekiko esposiziorik, eta kontsultara joan da eskuineko lobuluan tiroideko nodulu bat aurkitu diotelako ustekabean, Doppler-en ekografia batean. Ekografiak nodulu solido bat deskribatzen du, hipokogenikoa, 18 mm-koa eta ertz irregularrekoa. Altuagoa da, zabala baino, eta mikrokaltzifikazioak ditu (TI-RADS 5 kategoria). Ez da ikusten adenopatia zerbikal susmagarririk. Ekografiak gidatutako orratz fin batekin egindako ziztada/aspirazio (PAAF) bat eskatzen da, zeinaren txosten zitologikoa Bethesda-ren V gisa sailkatzen baita (gaiztoa den susmoa dago, eta tiroideko kartzinoma papilarrarekin bateragarria da). Hormona tiroideoak (TSH eta T4 askea) normaltasun-tarteetan daude. Paziente horren diagnostikoari eta hasierako planteamendu terapeutikoari dagokienez, zein da aukera ZUZENA?**

a) PAAFen emaitza Bethesda-ren V sailkapena denez eta noduluak 2 cm baino gutxiago neurtzen dituenez, egungo giden arabera, sei hilean behingo ekografien bidezko zaintza aktiboa da lehenetsitako jokabidea, eta kirurgia atzeratu egingo da 20 mm baino gehiago izan arte.
b) 4 cm baino gutxiagoko kartzinoma papilarraren susmoa dagoenez eta pazientea gazte eta maila handiko arrisku faktorerik gabea (tiroideoz kanpoko hedadura eta adenopatiak) denez, istmektomia duen eskuineko lobektomia tiroideoa da hasierako aukera terapeutikoa, eta baliozkoa zein nahikoa da.
c) Formalki gomendatuta dago aldebiko konpartimentu zentralaren (VI. maila) gongoiletako hustuketa profilaktikoa egitea sistematikoki, tiroidektomia osoarekin lotuta, TI-RADS 5 tumoreek mikrometastasi-arrisku handia dutelako.
d) Izozketagatiko ebakuntzabarneko biopsia bat programatu behar da berehala, kontrako aldeko lobulua erauzi aurretik gaiztotasuna baieztatzeko, Bethesda-ren V zitologiak % 50etik beherako balio-igarle positiboa baitu.

272.- **Eskuineko kolonaren anatomia kirurgikoari dagokionez, baieztapen hauetako zein da GEZURRA:**

a) Goranzko kolona eta goranzko mesokolona erretroperitoneora atxikita daude, Toldt-en faszia dela eta.
b) Goranzko kolona duodenoko bigarren zatiari eta pankrea-buruari atxikita dago, Fredet-en fasziagatik.
c) Erraietako fasziaren eta hezur parietalaren faszia arteko ukipen-eremuari eskuineko lotailu parietokolikoa edo Treitz-en hezurren bat-egitea deitzen zaio.
d) Toldt-en fasziak eta Fredet-en fasziak osatu behar dute disekzio-planoa, mesokolonaren eszisio osoa lortzeko.

273.- **Henle-ren enbor gastrokolikoak ezaugarri du goiko mesenterio-zainean amaitu aurretik hainbat zainek bat egitea. Zain hauetako zeinek parte hartzen du GUTXIEN zain-eraketan?**

a) Eskuineko zain gastroepiploikoak.
b) Pankrea eta duodeneko aurre-goiko zaina.
c) Goiko eskuineko zain kolikoa.
d) Eskuineko erdiko zain kolikoa.

274.- Kolonaren barealdeko tolesturaren baskularizazio arterialean hainbat arku baskular aurki daitezke, goiko mesenterio-arteria beheko mesenterio-arteriarekin komunikatzen dutenak. Kalkulatutako maiztasuna kontuan hartuta, aukeratu aukerarik ZUZENENA:

a) Drummond > Riolano > Moskowitz.
b) Riolano > Drummond > Moskowitz.
c) Riolano > Moskowitz > Drummond.
d) Drummond > Moskowitz > Riolano.

275.- Garrantzi handikoa da uzki-ondesteko eremuak ezagutzea, lotura handia baitute inguruko prozesu septikoekin. Uzkiaren ondoko eremuari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) Uzkiaren ondoko eremua bi zatitan banatzen du lotailu anokokzigeoak.
b) Gainazaleko uzkiaren ondoko eremua larruazalaren eta lotailu anokokzigeoaren artean dago.
c) Uzkiaren ondoko eremu sakona lotailu anokokzigeoaren eta uzkiko muskulu jasotzailearen artean dago.
d) Uzkiaren ondoko bi eremuak atzeko aldean komunikatzen dira eremu jasotzailearen gainekoarekin.

276.- Uzkiko kanaleko muskulaturari dagokionez, barneko uzkiko esfinterrari buruzko baieztapenetako bat GEZURRA da:

a) Ondesteko muskulu-geruza zirkularra loditzea da.
b) Nahigabeko muskulu leuna da.
c) Atsedenean, tonu miogeniko iraunkorra du.
d) Kanpoko uzkiko esfinterraren larruazalpeko faszikulua barneko uzkiko esfinterraren gainetik dago.

277.- Nerbioa gordetzen den mesondestearen eszisio osoan zehar, hainbat gako-puntu anatomiko deskriba ditzakegu, zeinak xehetasun osoz zaindu behar ditugun lesio neurologikoak saihesteko. Horri dagokionez, esaldi hauetako bat GEZURRA da:

a) Atzeko disekzioaren hasieran nerbio hipogastrikoak identifikatzen dira eta atzeko mesondestetik bereizten dira.
b) Nerbio hipogastrikoek eragiten dute ondestearen inerbazio parasinpatikoa.
c) Nerbio hipogastrikoek bat egiten dute S2, S3 eta S4 sustraietan sortutako nerbio zutitzaileekin.
d) Ondestearen alboko lotailuak ehun konektiboaren loditzeak dira, plexu hipogastrikoaren nerbio-adarrak eta tamaina txikiko adar baskularrak dituztenak.

278.- Kirurgia kolorrektaleko ebakuntza aurreko errehabilitazio multimodalaren barruan, baieztapen hauetako bat EZ da ZUZENA:

a) 6 minutuen proba erreferentzia bat da paziente kirurgikoaren gaitasun funtzionalaren balorazioan.
b) Ariketa fisikoaren programek eguneroko ariketa aerobikoa, erresistentzia muskularreko ariketak eta arnasa hartzeko muskulaturaren entrenamendua barne hartu behar dituzte.
c) Gure helburuetako bat da ebakuntza aurreko anemia zuzentzea, 11 g/dL baino gehiagoko hemoglobina lortu arte.
d) Karbohidrato ugariko edariak erabiltzea segurua da indukzio anestesikoa egin baino 2 ordu lehenagora arte.

279.- Anestesia lokaleko teknikak oso ondo egokitzen dira kirurgia proktologikora. Horri dagokionez, baieztapen hauetako bat bakarrik da ZUZENA:

a) Agente anestesiko lokalari sodio bikarbonatozko soluzio bat gehitzeak latentzia-denbora eta infiltrazioaren mina murrizten ditu.
b) Horri adrenalina gehitzeak helburua du odoljario kapilarra murriztea, anestesiko lokalaren xurgapena hobetzea eta ebakuntzaondoko eragin analgesikoa murriztea.
c) Orratz finak (25 edo 27 G) eta 5 cm^3 baino gehiagoko xiringak erabiltzea gomendatzen da infiltrazio-erritmoa graduatu ahal izateko.
d) Uzkiaren inguruko sepsian anestesia lokala gomendatzen da, hantura-prozesuaren hedapena minimizatzeko.

280.- 40 urteko gizon bat, zeinak aurrekari pertsonal interesgarririk ez duen, kontsultara joan da, esanez duela hilabete batetik libratzen ahalegintzen denean koskor bat ateratzen zaiola uzki-zulotik, eta ahalegin horiek etetean koskorra berez murrizten dela. Goligher-en sailkapena erabilita, zein izango litzateke hemorroideen maila eta zein tratamendurik EGOKIENA?

a) II. mailako hemorroideak. Neurri higieniko-dietetikoak.
b) II. mailako hemorroideak. Banda elastiko bidezko lotura.
c) III. mailako hemorroideak. Uzkian zeharreko hemorroide-lotura.
d) III. mailako hemorroideak. Milligan-Morgan-en hemorroidektomia.

281.- Kasu gehienetan, barruko hemorroideak ongi zehaztutako kokapen batean agertzen dira. Kokapen hauetako bat EZ da ohikoa:

a) Ezkerrekoa eta albokoa.
b) Eskuinean eta aurrean.
c) Eskuinean eta atzean.
d) Eskuinekoa eta albokoa.

282.- Inkontinentzia-arrisku txikia duten gizon gazteetan, tratamendu higieniko-dietetikoak eta medikoak (nitroglizerina-pomada edo kaltzio-kanalen antagonistak) porrot egin ondoren uzki-arteka bat jasaten badute, zein da aukera kirurgikoa?

a) Alboko barne-esfinterotomia.
b) Fisurektomia gehi toxina botulinikoa.
c) Fisurektomia eta aurrerapen-zintzilikarioa.
d) Uzki-dilatazioa.

283.- 40 urteko gizonezko bat, zeinak ez duen aurrekari pertsonal interesgarririk, larrialdietara joan da 39 °C-ko sukarra duelako eta 36 ordu doalako uzkiko min izaten. Odol analisian 250 mg/L PCE eta 18.000/mm³-ko leukozitosia ditu. Miaketa fisikoari ez zaio larruazaleko inflamazio-zantzurik antzematen, ondestea ukitzea mingarria egiten zaio eta ez da ibilbide fistulosorik haztatzen. Irudi-proba bat egitea beharrezkoa dela uste badugu, zein litzateke egokiena?

a) Pelbiseko erresonantzia magnetikoa.
b) Ekografia endoanala.
c) OTA abdominopelbikoa.
d) Anuskopia edo errektoskopia.

284.- 40 urteko gizonezko bat, zeinak ez duen aurrekari pertsonal interesgarririk, larrialdietara joan da 39 °C-ko sukarra duelako eta 36 ordu doalako uzkiko min izaten. Odol analisian 250 mg/L PCE eta 18.000/mm³-ko leukozitosia ditu. Miaketa fisikoari ez zaio larruazaleko inflamazio-zantzurik antzematen, Aurreko kasuan uzkiaren muskulu jasotzailearen gaineko abzesu bat dagoela ikusten da, esfinterraz kanpoko eremuei erasan gabe. Ondorio praktikoetarako, seguruenik infekzioak zer ibilbide egin du eta zein da drainatze-lanketarik EGOKIENA?

a) Esfinter barneko muskulu jasotzailearen gaineko abzesua. Drainatze endoanala.
b) Esfinter barneko muskulu jasotzailearen gaineko abzesua. Uzkiaren inguruko drainatzea.
c) Esfinter kanpoko muskulu jasotzailearen gaineko abzesua. Uzkiaren inguruko drainatzea.
d) Esfinter kanpoko muskulu jasotzailearen gaineko abzesua. Drainatze endoanala.

285.- Esfinter barneko eremuko fistula-ibilbidearen loturak (LIFT) ospea irabazi du esfinterra babesteko teknika gisa, uzki inguruko fistula transesfinteriarren tratamendu kirurgikoan. Tratamendu horri dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) Saihestu egin behar da ibilbide anizkoitzak dituzten fistuletan.
b) Emaitzarik onenak atzeko fistuletan lortzen dira.
c) Aukerakoa da prozeduraren aurreko asteetan hari laxo bat erabiltzea.
d) Loturatik kanpoko ibilbidearen tratamendua legratu edo core-out bidez egin daiteke.

286.- Hidradenitis zorne-jariatzailea edo Verneuil-en gaixotasuna erronka diagnostikoa da uzkiaren inguruko infekzioetan. Baieztapen hauetako bat GEZURRA da:

a) Gaixotasun autoinflamatorioa da.
b) Obesitatea eta tabakismoa aitortutako faktore etiopatogenikoak dira.
c) Lesioak hainbat eboluzio-fasetan ager daitezke.
d) Fistulak gainazalekoak dira, baina hobi iskioanal sakonera hedatu ohi dira.

287.- Ondestearen eta baginaren arteko fistula konplexuen tratamenduan, ehun osasuntsu eta ondo baskularizaturen interposizioa printzipio kirurgikoa da. Baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Martius-en teknikak muskulu bulboleizetsua ondestearen eta baginaren artean jartzen du.
b) Martius-en teknika ahoz beherako etzaneran egiten da.
c) Gracilis muskuluaren zintzilikarioak baskularizazioa eta innerbioa gordetzen ditu zati distalean.
d) Gracilis muskuluaren zintzilikarioa lehenesten da sortzetiko fistuletan.

288.- Kondiloma akuminatuei dagokienez, baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) GIB bidezko infekzioa duten pazienteek errepikapen-tasa handiagoa dute.
b) Kondiziloma kasuen % 90 baino gehiago GPBren 6 eta 11 motek eragiten dituzte.
c) Gaixotasunaren sexu bidezko transmisiorako beharrezkoa da lesioak egotea.
d) Diagnostikorako funtsezko miaketa fisikoko tresna da.

289.- Ondesteko prolapso osoaren tratamenduan, sare bidezko errektopexia bentrala, izan laparoskopikoa edo robotikoa, aukera ona da. Haatik, baieztapen hauetako bat GEZURRA da:

a) Perineoko teknikek baino errepikapen-tasa txikiagoak lortzen ditu.
b) Pelbiseko organoen beste prolapso batzuk aldi berean tratatzeko aukera ematen du.
c) Teknika hori ez da perineoko teknikak bezain inbaditzailea.
d) Ez da aukera ona prolapso menderaezinetan.

290.- Ondesteko prolapso osoaren diagnostikoaren aurrean, hainbat teknika kirurgiko daude, eta horiek hautatzea indibidualizatu egin behar da. Teknika horiei dagokienez, baieztapen hauetako bat EZ da ZUZENA:

a) Ondesteko prolapsoa duten emakumeen artean, pelbiseko beste organo batzuen prolapsoaren prebalentzia % 20tik gorakoa da.
b) Idorreria eta dolikossigma badu, errektopexia duen sigmoidektomia gomendatzen da (Frykman-Goldberg).
c) Ondesteko prolapso inkarzeratu baten aurrean, Altemeier-en ebakuntza da, segur aski, aukerarik onena.



d) Delorme-ren ebakuntza ez da aukera ona erekzioaren disfuntzioaren arriskua beren gain hartzen ez duten gizonezko gazteengan.

291.- Libratze-buxatzailearen sindromea eta pelbis-zoruko errektozele bakartu motako alterazio anatomikoa duten paziente gazteen kasuan, tratamendu kirurgikoa agin daiteke. Erantzun hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) Errektopexia bentral laparoskopikoa edo robotikoa da teknika lehenetsia.
b) Ondestearen eta baginaren zuzeneko eremua indartzeko agintzen dira.
c) Baginatik egiten den atzeko kolporrafia dispareuniarekin lotzen da maiz.
d) Errektozelea konpondu ondoren errefortzu-sareak errutinaz erabiltzea ez dago justifikatuta.

292.- Sigma-boluluaren diagnostiko klinikoa eta erradiologikoa duen paziente baten aurrean, Larrialdi Zerbitzuak deskonpresio endoskopikoa eskatu du, baina huts egin du. Jarraian, gure balorazioa eskatu dute. Egoera horren aurrean, baieztapen hauetako bat EZ da ZUZENA:

a) Premiazko kirurgiako indikazioa da.
b) Tratamendu medikoak (dieta absolutua, zunda nasogastrikoa, fluidoterapia eta analgesia) tratamendu kirurgikoa atzeratzea ahalbidetzen du.
c) Pazientearen egoera orokorrak ahalbidetzen badu, erauzketa gomendatzen da, kolon eta ondesteko anastomosi primarioarekin.
d) Peritonitis fekaloidea eta ezegonkortasun hemodinamikoa izatea kolostomia terminala duen erauzketa egiteko indikazioak dira (Hartmann-en prozedura).

293.- Kolitis iskemikoaren intzidentzia handitzen ari da. Horri dagokionez, baieztapen hauetako bat GEZURRA da:

a) Kolonoskopia da koloneko iskemiaren maila baloratzeko lehenetsitako proba diagnostikoa.
b) Kolitis iskemikoaren kasu gehienak berez konpontzen dira, eta ez da tratamendu kirurgikorik behar.
c) Paziente gehienetan kausa oklusiboa da (iskemia arteriala edo zainetako tronbosia).
d) Laborategiko testek (odol-analitika) koadroaren larritasuna iragartzen laguntzen dute.

294.- Parametro hauetako bat EZ da kolitis iskemiko larriaren adierazle:

a) Peritonismoa.
b) Eskuineko koloneko iskemia.
c) Arrisku kardiobaskularreko faktoreak egotea.
d) Neumoperitoneoa.

295.- Apendizitis akutu bategatiko apendizitomia sinple baten ondoren, txosten anatomopatologikoak 1 cm-ko tumore kartzinoidea erakutsi du. Egoera horri dagokionez, zein da jokabiderik EGOKIENA?

a) Kirurgia onkologikoa proposatzea: eskuineko kolektomia.
b) Octreoscan bat egitea eta, kaptazio patologikoak ikusten badira, tratamendu adjubantea proposatzea.
c) Kolonoskopia egitea kolon eta ondesteko lesio sinkronikoak baztertzeko eta hedapeneko OTA eskatzea.
d) Abstentzio terapeutikoa.

296.- Ondesteko minbiziaren tratamendu kirugikoari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) Hasierako faseetan (cT1N0), azken 10 cm-etan lodiera osoko erauzketa lokala eraginkorra izaten da.
b) Meosndestea osorik erauzten den aurreko erauzketa baxuan (AEB) zirkunferentzia-ertzak sekzioaren ertz distala bezain garrantzitsuak dira.
c) Erradiokimioterapia neoadjubantea eman ondoren, ez da gomendatzen babeste-ileostomia bat gehitzea ondestearen aurreko erauzketa baxuari.
d) Erradiokimioterapia neoadjubantea eman ondoren, tumorea desager daiteke (erantzun kliniko osoa), eta horrek watch and wait aukera terapeutikoa ahalbidetzen du.

297.- Heste lodiko minbiziaren tratamendu kirugikoaren helburuei dagokienez, hauetako bat EZ da EGIA:

a) Tumorearen erauzketa osoa (ertzak ≥ 5 cm) drainatze linfatikoarekin egin behar da (gongoil-kopurua ≥ 12).
b) Anatomia, baskularizazioa eta drainatze linfatikoa kontuan hartuko ditugu, tumorearen kokapenaren arabera.
c) Tumoreari atxikitako organoak/egiturak “blokean” erauzi behar ditugu (R0).
d) Anastomosia egiteko erabiltzen den teknika (eskuzkoa edo mekanikoa) erabakigarria da emaitzetarako.

298.- Faktore hauetako bat EZ da hartzen koloneko polipo adenomatoso baten endekapen kartzinomatosoko arrisku-faktoretzat:

a) Bilo-histologia.
b) Itxura sesila.
c) Displasia larria izatea.
d) Tamaina 1 cm baino handiagoa izatea.

299.- Esaldi hauetako zein elementu har daitezke SIRSaren (inflamazio-erantzun sistemikoaren sindromea) osagaitzat?

a) Tenperatura > 38 ºC edo < 36 ºC.
b) Takikardia >90/min.
c) Leukozitosia > 12.000 < 4.000.

d) Aurreko guztiak.

300.- Gorputz-uraren osaeraren ehuneko hauetako zein da OKERRA?

a) Gorputz-ura guztira: % 60.
b) Zelularen barneko likidoa: % 40.
c) Zelulaz kanpoko likidoa: % 50.
d) Likido interstiziala: % 15.

301.- Shockaren kontzeptualizazio fisiopatologikoaren arabera, kokapen anatomiko nagusiaren eta mekanismo fisiopatologikoaren arteko lotura hauetatik zein da ZUZENA?

a) Hodi handi eta ertainak → hodi-zabalkuntza duen eta odol-bolumena gaizki banatzen duen sepsia.
b) Bihotza → muskulu barneko bolumen sekundarioaren galera odoljario akutuan.
c) Hodi txikiak → disfuntzio neurologikoa edo sepsia, odol-bolumenaren hodi-zabalkuntza eta birbanaketa anomaloa eragiten dutenak.
d) Hodi txikiak → ponpa-akatsaren erantzule diren miokardioaren asaldura intrintsekoak.

302.- Faktore hauetako zeinek ez du handitzen gaixotasun tronboenbolikoa izateko arriskua?

a) GMI < 25.
b) Belauneko artroplastia.
c) Pelbiseko kirurgia onkologikoa.
d) Adina > 75 urte.

303.- Faktore hauetako zein hartzen dira nutrizio-euskarri artifizialaren adierazle absolututzat?

a) Pisuaren % 5 galtzea hilabetean.
b) BMI < 18,5.
c) Ohiko elikaduraren ahorakina % 25-60 murriztea.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

304.- Ebakuntza ondoko min akutua tratatzeko gomendio orokorren artean, zein EZ dira sartzen?

a) Modalitate anitzeko tratamendu medikoa.
b) Anestesia erregionaleko teknikak erabiltzea.
c) AIEEak eta parazetamola erabiltzea konbinatuta.
d) Opiazeoen erabilera sistematikoa.

305.- Faktore hauetako zeinek erasan diezaioke zaurien orbaintze normalari?

a) Diabetesak.
b) Erretzeko ohiturak.
c) Desnutrizioak.
d) Aurreko guztiek.

306.- Aldaketa fisiologiko hauetako zein EZ da pneumoperitoneoaren ondorio zuzena?

a) Zainen aurrekarga eta itzulera murriztea, beheko kaba zainaren presioa handitzeagatik.
b) CO2ren peritoneoko xurgapena handitzea.
c) Torax-barneko presioa murriztea.
d) Giltzurrunetako perfusioa eta diuresia murriztea.

307.- Profilaxi antibiotikoa gomendagarria da honako egoera kliniko hauetan, SALBU ETA:

a) Koledokolitiasia.
b) Ikterizia.
c) Aldez aurreko kolezistitis akutua.
d) Hautazko kolezistektomia sinplea.

308.- Neurri hauetako zein gomenda daitezke plaketak areagotzeko PTAI bidezko esplenektomia egin aurretik edo bitartean?

a) Bare-arteriaren lotura goiztiarra.
b) Ebakuntza aurretik gammaglobulina autoimmuneak ematea.
c) Ebakuntza aurretik kortikoide-dosi handiak ematea.
d) Aurreko guztiak.

309.- Baieztapen hauetatik zein da EGIA, esferozitosi hereditarioari dagokionez?

a) Bareak testura eta tamaina normala izaten du gehienetan.
b) Esplenektomia agintzen da plaketa-kopurua handitzeko eta normalizatzeko.
c) Pazienteen ehuneko handi batean kolelitiasiarekin lotzen da.
d) Hematieak morfologikoki normalak dira.

310.- Abdomen barneko infekzioan (IIA) foku septikoa kontrolatzeari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Foku-kontrolaren atzeratzea da IIAren tratamenduaren porrotaren arrazoi nagusietako bat.
b) Sepsia eta akats organikoa dituen peritonitis zehaztugabean 24 ordu baino gehiago atzeratu daiteke ebakuntza, antibiotikoak eman eta berpizteko maniobrak egiten diren bitartean.

c) IIAren foku-kontrolaren bidez bakterio-inokulua murriztu nahi da, protesiak kentzearen, erraiak erauztearen, hesteak kanporatzearen edo kolekzioak drainatzearen bidez.
d) IIAren mesokolonaren gaineko fokuak, hala nola hestegorriko zulaketa,duodenoko dehiszentzia edo pankreako infekzioa, zailagoak dira kontrolatzeko, eta hilkortasun handiagoa dute.

311.- Peritonitis tertziarioari dagokionez:

a) Peritonitis iraunkorra edo errepikatua ere esaten zaio.
b) Peritonitis sekundarioaren antzeko mikrobiologia du, eta hauek dira nagusi: E. coli, Estreptococcus spp, B. fragilis eta Proteus spp.
c) 2-3 egunean behin "planifikatutako" birlaparotomia estrategia hobea da "eskariaren araberako" kirurgia baino, hura tratatzeko.
d) Sindrome konpartimentalik ez dagoenez, ez da gomendagarria abdomena ixteko aldi baterako terapiekin tratatzea.

312.- Peritonitis sekundarioaren tratamendu antibiotikoari dagokionez, zein da GEZURRA?

a) Antibiotikoen egokitzapen ona lortzen da emandako farmako enpirikoak ondoren infekzio-fokutik bakartzen diren organismoak estaltzen dituenean.
b) Antibiotikoa ahalik eta azkarren eman behar da peritonitisa diagnostikatu ondoren.
c) Tratamendu antibiotikoaren iraupena ez dago foku-kontrolaren kalitatearen mende, eta leukozitosia eta sukarra arindu arte luzatu behar da, gutxienez 10-12 egunez.
d) Garrantzitsua da dosi antibiotikoa pazientearen ezaugarrietara egokitzea, adibidez, haren pisura eta giltzurrun-funtziora.

313.- 57 urteko gizonezko batek ez du SIRSaren zantzurik, hemodinamikoki egonkorra da eta ez du peritonitis akutuaren klinikarik. OTk dibertikulitis zulatua eta beheko bi koadranteen peritonitisa erakusten ditu. Zein da OKERRA, antibiotiko enpirikoaren hautaketari dagokionez?

a) E. coli, Bacteroides, Klebsiella eta Strepcococcus spp estali behar ditugu.
b) Clostridium sp.
c) Komorbilitatearen araberako hozi erresistenteak izateko aukera baloratuko dugu, eta, batez ere, aldez aurretik antibiotikoak hartzea.
d) Ez du sepsirik edo shock septikorik, eta, beraz, espektro mugatuko antibiotikoak erabil ditzakegu, esate baterako, zefalosporinak + metronidazola edo piperazilina-tazobaktam.

314.- Apendizitis akutu ez-konplikatuan antibiotikoa emateari dagokionez (zulaketa eta apendizitis inguruko abzesurik gabe), zein da gomendatutako iraupena?

a) Ebakuntza aurreko monodosia.
b) Ebakuntza ondoko 24 orduak bete arte.
c) 3 egunez.
d) 5 egunez.

315.- Aukera hauetako zein ez litzateke FAST ekografiaren abantaila bat abdomeneko traumatismoan?

a) 100 mL-tik gorako sentikortasun handia hemoperitoneoa detektatzeko.
b) Likidoa detekta dezake perikardioko zakuan.
c) Hemoperitoneoa eta abdomen barruko beste likido mota batzuk bereiz ditzake, hala nola aszitisa edo behazuna.
d) Ikasteko teknika erraza, eramangarria eta azkarra da.

316.- Abdomen barneko abzesuen larruazalean zeharreko drainatzeari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Kontraindikazio absolutuak dira askotariko abzesuak, lokulu anitzekoak badira, konplikatuak badira eta fistulak badituzte edo paziente kritikoetan agertzen badira.
b) Infektatutako abdomen barneko kolekzioen eta abzesuen tratamendu lehenetsia da.
c) Kirurgia azalean zehar drainatu ezin daitezkeen abzesuetarako gorde behar da, drainatzeak porrot egiten badu edo teknika kontraindikatzen bada.
d) Jarraibide kirurgikoa duten patologietan ere, azalean zeharreko drainatzea “zubi-teknika” gisa erabil daiteke, pazientea egonkortu arte.

317.- Pazientearen gaitasun funtzionalaren ebaluazioan, 6 minutuko martxa-testaren bidez, ebakuntza osteko bihotz-biriketako konplikazioak aurreikusteko, zein da erikortasun handia eta ospitaleko egonaldi handiena diskriminatzen dituen ebaketa-puntu balidatua?

a) Ebaketa-distantzia, 500 metrokoa.
b) 393 metroko ebaketa-distantzia, % 74ko sentikortasunarekin eta % 72ko espezifikotasunarekin.
c) Emakumeetan 15 METeko baliokide metabolikoa gainditzen duen edozein distantzia.
d) 250 metroko ebaketa-balioa, 18.5 baino GMI txikiagoa duten pazienteentzat soilik kalkulatua.

318.- Gibeleko tumore hauetako batek bakarrik du gaiztotzeko ahalmena. Hautatu zein den:

a) Hemangioma.
b) Adenoma.
c) Hiperplasia nodular fokala.
d) Hamartoma.

319.- Zein da ebakuntza aurreko prestaketaren oinarrizko printzipioa?

a) II motako Diabetes Mellitusaren kasuetan, gluzidia-mailak optimizatzea.
b) Nutrizio-egoera optimizatzea.
c) Anemia zuzentzea.
d) Aurreko guztiak.

320.- Erretroperitoneoko tumoreei dagokienez, hautatu zein den aukera OKERRA:

a) Peritoneo-atzeko tumore gehienak gaiztoak eta mesenkimalak dira.
b) Hodietatik, nerbioetatik, muskulu-ehunetatik, enbrioi-hondarretatik eta organo erretroperitoneoko organoetatik eratorritako tumoreak dira.
c) Zeinu kliniko urriak daude, eta fase aurreratuetan edo lesioak ondoko organoak edo egiturak konprimitzen edo desplazatzen dituenean agertu ohi dira.
d) Liposarkoma da erretroperitoneoko tumore gaizto ohikoena, eta kokapen guztietako sarkomarik ohikoenetako bat da.

321.- Iztaiko hernia detektatzeko miaketan zalantzarik izanez gero, zer irudi-teknika erabili behar da?

a) OTA bat.
b) Pelbiseko EMN bat.
c) Iztai-aldeko ekografia bat.
d) Laparoskopia diagnostiko bat.

322.- Golo multinodularrari dagokionez, baieztapen hauek guztiak zuzenak dira, SALBU ETA:

a) Forma eutiroidean hasten da, baina ondoren hipertiroidismoarekin agertzen da.
b) Hasieran masa zehaztugabe bat dela eta agertu ohi da, baina nodularitate asimetrikoa izan dezake.
c) 5 cm-tik gorako tamaina izan ohi dute.
d) Kasuen % 10etik % 20ra bitartean, paziente asintomatikoetan, lesioa guztiz torax barnekoa izan ohi da.

323.- Zein da kolostomiaren konplikazio berantiar OHIKOENA?

a) Prolapsoa.
b) Hernia paraestomala.
c) Estenosia.
d) Errezidiba.

324.- Heste eta larruazaleko fistulei edo fistula enteroatmosferikoei dagokienez:

a) Gutxitan dira ihes anastomotiko baten edo ebakuntza barneko oharkabeko hesteetako lesio baten ondoriozkoak.
b) Heste distalean daudenean, jariatze handikoak dira (>500 mL/24 h), eta alterazio hidroelektrolitiko eta nutrizional handia dute.
c) Ebakuntzaondoko fase goiztiarrean agertzen direnean (3-5. eguna) eta SIRS zein ezegonkortasun hemodinamikoarekin batera agertzen direnean, tratamendu egokiena premiazko kirurgia da.
d) Tratamendu kontserbatzailea aukeratu eta fistula ez bada 4-6 astean itxi, ez da komeni gehiago itxarotea, eta lehentasunezko kirurgia egin behar da 2 hilabete igaro baino lehen.

325.- Bularreko tumore onenetan, exeresi kirurgikoa agindu ohi da, histologia berresteko eta behin betiko tratamendua emateko. Onberak izan arren, lesio horiek berriro gerta daitezke ez badira erabat erauzten. Exeresi kirurgikoaren ondoren, hauetako zein EZ da berriz agertzen?

a) Adenoma pleomorfikoa.
b) Papiloma periferikoa.
c) Phyllodes tumorea.
d) Bularreko hamartoma.

326.- Kalitate-adierazleei dagokienez, hautatu zer ezaugarri EZ lukeen izan behar "adierazle ideal" batek:

a) Eskura dagoen ebidentzia zientifikoan oinarrituta egotea.
b) Malgutasuna: zentro bakoitzean beste modu batera neurtu ahal izatea.
c) Sentsibilitate eta espezifikotasun handia: negatibo eta positibo faltsu gutxi detektatzea.
d) Neurketaren egingarritasuna: erraz lor daitezkeen datuak.

327.- Shockaren diagnostikoari dagokionez, hautatu ZUZENA:

a) Hipotentsio arteriala egotea ezinbesteko baldintza da shocka diagnostikatzeko.
b) Bihotz-maiztasunak sentikortasun eta espezifikotasun ezin hobea du shocka detektatzeko.
c) 1 mmol/L-ko laktato plasmatikoa baino gehiago egotea patologikotzat jotzen da, eta hilkortasun handiagoarekin lotzen da.
d) Shockaren etiologia edozein dela ere, laktato serikoaren pronostiko-balioa tentsio arterialarena baino askoz handiagoa da**.**

328.- Serumterapia dago ospitaleetan gehien agintzen diren farmakoen artean. Honako baieztapen hauetako zein da GEZURRA?

a) Kristaloideek ura, elektrolitoak edota glukosa dute, proportzio desberdinetan.
b) Mantentze-fluidoterapiarako, kristaloideen gaineko koloideak erabiltzea gomendatzen da.
c) RICA bideak (helduen kirurgian suspertze intentsifikatua) bolumen sistemikoa monitorizatzea gomendatzen du, ebakuntza barnean fluidoak ematea gidatzeko.
d) Zain barneko likidoen gehiegizko ekarpena biriketako, bihotzeko, urdail-hesteetako eta giltzurrunetako ebakuntza osteko konplikazioekin korrelazioan dago.

329.- Arrisku kirurgikoaren ebaluazioari dagokionez, hauetako zein da EGIA?

a) ASAren (American Society of Anesthesiology) arrisku-sailkapenak ez ditu kontuan hartzen ebakuntza kirurgikoaren berezko arriskuak.
b) Ez dago korrelaziorik ASA puntuazioen eta ebakuntzaondoko hilkortasunaren eta konplikazio larrien artean.
c) Bere indarguneetako bat da ASA puntuazioaren objektibotasuna, profesionalen artean.



d) ASA II kategoria gaixotasun sistemiko larria duen paziente bati dagokio, zeinak muga funtzionala duen, baina muga horrek ez duen ezgai bihurtzen.

330.- Zenbait egoeratan, paziente batek farmakoen erabileragatiko alterazioa du. Egoera hauetako zein dagokio tratamendu ZUZEN bati?

a) Heparina sodikoa erabiltzeak eragindako alterazioa desmopresina bidez tratatu behar da.
b) Azenokumarola erabiltzeak eragindako alterazioa K bitaminaren bidez tratatu behar da.
c) Dabigatranek eragindako alterazioa Adexanet bidez tratatu behar da.
d) Pisu molekular txikiko heparinak eragindako alterazioa koagulazioaren VII faktorearekin tratatu behar da.

331.- Anastomosien orbaintze-prozesu biologikoari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Geruza submukosoak, kolageno-zuntzetan duen eskasia dela eta, erresistentzia eskasa du trakzioarekiko eta distentsioarekiko.
b) Mukosaren ebertsioak anastomosi baten orbaintze-prozesua errazten du.
c) Ikusi da geruza serosorik ez duten digestio-hodiko segmentuetan arrisku txikiagoa dagoela dehiszentzia edo ihes anastomotikoa izateko.
d) Hesteetako mikrobiotaren alterazioa fenomeno infekziosoekin eta orbaintze anastomotikoaren aldaketekin lotzen duen ebidentzia zientifikoa dago.

332.- Desnutrizioari eta horri lotutako konplikazioei dagokienez, zein da ZUZENA?

a) Sarkopeniak ezaugarri du muskulu-masa eskeletikoa eta indar muskularra pixkanaka eta modu orokortuan galtzea.
b) Sarkopenia ezin da dinamometro batekin diagnostikatu.
c) Nutritional Risk Screening NSR 2002rekin pazientea baloratzeak nutrizio-arriskua duten gaixoak iragartzen ditu, eta sektore defizitarioaren berri ematen du (muskularra, erraietako proteina edo erreserbako gantza).
d) Gassull-en metodoa , zeina trizepsaren tolesturan, besoaren perimetroan eta albuminaren neurketan oinarritzen den, baliagarriagoa da ebakuntzaondoko bizkortze unitateetan nutrizio euskarrirako hautagai diren pazienteentzat.

333.- Kirurgia robotikoari dagokionez, baieztapen hauetako zein da GEZURRA?

a) Hiru dimentsioko sentsazioa berreskuratzen da.
b) Eskuaren mugimenduen askatasun-mailak kirurgia irekiaren antzekoak dira.
c) Hainbat prozeduren ikaskuntza-kurba laburragoa da.
d) Ukimenaren berreskurapena kirurgia irekian bezalakoa da.

334.- 12 mmHg-ko CO2 duen pneummoperitoneoa egoteak zer EZ du eragiten?

a) Odol-itzulera murriztea.
b) Giltzurrunetako hipoperfusioagatiko oliguria.

c) Arnasbidearen presioa handitzea.
d) Alkalosi metabolikoa.

335.- Zer EZ zaio egin behar paziente zaharrari kirurgian, ebakuntzaondoko delirioaren prebentzioari dagokionez?

a) Pazienteari senide batek lagun diezaion sustatu.
b) Kalitate sentsoriala mantendu (ikusmena, entzumena), betaurreko eta audifonoekin, hala behar izanez gero.
c) Mina ahalik eta gehien murriztu, baina morfikoak erabiltzea saihestuta.
d) Pazientearen ohiko bitartekaritza ezabatu.

336.- Hauetako zein EZ da laparotomia osteko ebakidurako herniaren faktore lagungarri bat?

a) Premiazko kirurgia.
b) Desnutrizioa.
c) Hipertentsio arteriala.
d) Aurretiazko laparotomia.

337.- Infekzio kirurgikoa prebenitzeko neurriei dagokienez, hautatu esaldi OKERRA:

a) Zain barneko profilaxi antibiotikoa, aginduta badago, infekzio kirurgikoaren tasak murrizteko neurri eraginkorra da.
b) OMEren arabera, ez da tratamendu immunoezabatzaile bat eten behar infekzioaren prebentzio-neurri gisa.
c) Larruazaleko babes itsasgarriak abdomeneko kirurgian gomendatzen dira.
d) Ez dago gomendio argirik zauri kirurgikoan erabili beharreko apositu esteril motari buruz.

338.- Kokapen kirurgikoko infekzioari (KKI) dagokionez, zein da ZUZENA?

a) EPINE ikerketaren arabera, hirugarren infekzio nosokomial ohikoena da, pneumoniaren eta gernu-infekzioaren ondoren.
b) Gainazaleko ILQa 60 egun igaro arte gertatzen da, eta larruazala eta larruazalpeko ehuna erasaten ditu.
c) Abdomeneko kirurgian, Gram bazilo negatiboak dira etiologiarik ohikoena.
d) Infekzio organo-kabitarioak ez du morbimortalitate handirik eragiten.

339.- Zein da ZUZENA ebakuntzaondoko infekzio kirurgikoaren tratamendu antibiotiko enpirikoan?

a) Ebakuntzaondoko arrisku txikiko infekzioa duen paziente baten kasuan, nahikoa izan daiteke piperazilina-tazobaktam pautatzea.
b) Lehen antibiotiko enpirikoa pautatzean, ez dira oso garrantzitsuak bakterio multirresistenteen aurkako arrisku-faktore indibidualak.

c) Ez da ohikoa flora mistoa izatea infekzioaren eragilea, eta, beraz, gram negatiboak soilik estali behar dira.
d) Sepsia edo shock septikoa duten pazienteetan ez da beharrezkoa pseudomonak edo bakterio multierresistenteak estaltzea.

340.- Paziente immunodeprimitu baten abdomeneko infekzioari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Ez da oso ohikoa bakterio multirresistenteak dituen infekzio nosokomiala.
b) Bare-abzesuaren etiopatogenia immunoezabatzearekin lotzen da kasuen % 10-18an.
c) Tratamendu antibiotiko enpirikoa protokolo bidez pautatzen da, eta immunodeprimitu gabeko pazienteenaren parekoa da.
d) Entamoeba histolyticagatiko abzesu hepatikoa ez da GIB bidezko infekzioarekin lotzen.

341.- 40 urteko gizon gizen batek 8ko Glasgowa du, eta garezurreko OTA bat behar du. Eskanerrera eraman aurretik, zer egin beharko zenuke?

a) Droga lasaigarri gehiago eman.
b) Arnasbideetarako hestegorriko leiho anitzeko gailu bat txertatu.
c) Behin betiko arnasbidea ezarri.
d) Bizkarrezurraren alboko plaka bat eskatu.

342.- 30 urteko gizon batek labankada bat jaso du eskuineko hemitoraxean. Larrialdi-zerbitzura iristean, arnasa hartzeko zailtasun handiak ditu. Bihotz-maiztasuna 120koa da, eta tentsioa 80/50 mmHg-koa. Bere zain jugularrak ez daude handituta. Toraxaren auskultazioan, eskuineko aldeko besikularen murmurioa murriztu egiten da, atzeko aldeko perkusioaren matetasun batekin. Aurkikuntza horiek zerekin dira SENDOAGOAK?

a) Tentsioagatiko pneumotoraxarekin.
b) Bihotz-buxadurarekin.
c) Hipobolemiarekin, gibeleko lesioagatik.
d) Hemotoraxarekin.

343.- 44 urteko gizonezko batek erredurak izan ditu beheko bi gorputz-adarretan, perineoan eta genitaletan. Zein da erretako gorputz-azalera, bederatzien erregelaren arabera?

a) % 37.
b) % 36.
c) % 19.
d) % 18.

344.- 61 urteko emaile baten gibeleko mentu baten aurrean gaude. Emaile horrek garun-heriotza izan zuen, % 40ko esteatosi makrobesikularrarekin eta fibrosirik gabe. Zein da baieztapen ZUZENA, baliagarritasunari begira?

a) Esteatosi arina da, eta baliozkotzat joko nuke, besterik gabe.
b) Esteatosi moderatua da, eta emailea bere osotasunean baloratu beharko litzateke baliozkotasuna emateko.
c) Esteatosi larria da eta ez luke baliorik izan behar.
d) Esteatosi makrobesikularrak ez luke inoiz organoaren inplantea kontraindikatuko.

345.- Farmako hauetako zein EZ da organo-transplanteetan erabiltzen den immunoezabatzaile bat?

a) Ziklosporina.
b) Takrolimusa.
c) Mofetilo mikofenolatoa.
d) Atorbastatinak.

346.- Zer pankreaseko transplante mota egin daitezke?

a) Pankrea bakartua.
b) Pankrea eta giltzurruna aldi berean.
c) Pankrea-irlen transplanteak.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

347.- Gibeleko transplantean errefusa zelular akutua prebenitzeari eta tratatzeari dagokionez, hauetako zein EZ da funtsezko estrategia bat?

a) Immunoezabatze-mailak tarte onetan mantentzea.
b) Lehen hilabeteetan immunoezabatze-mailak baxu mantentzea, toxikotasuna eta errefusa saihesteko.
c) Kortikoide bidezko tratamenduan hastea, elkarren segidako egunetan banatutako bolo gisa.
d) Antigorputz monoklonalen erabilera (Ac. Monoklonalak) alternatiba bat da errefusa zelular akutu kortikorresistentea tratatzeko.

348.- 32 urteko emakume bat kontsultara etorri da 1,5 cm-ko tiroideko nodulu bat duelako. Nodulu hori EU-TIRADS 4 gisa sailkatuta dago ekografiagatik, eta Bethesda IV gisa zitologiagatik, zeina orratz fin batekin egindako ziztada/aspirazioaren (PAAF) bidez egin den. Ekografia zerbikalak ez du beste aurkikuntza interesgarririk deskribatzen. Zure ustez zein izango litzateke jokabiderik egokiena paziente honentzat?

a) Ezaugarri onberak dituen nodulu bat denez, jarraipen ekografikoa egitea proposatuko nuke.
b) Zalantza diagnostikoak aurkeztean, bigarren PAAF bat egingo nioke.
c) Hemitiroidektomia bidezko tratamendu kirurgikoa proposatuko nuke.
d) Tiroidektomia osoa duen tratamendu kirugikoa proposatuko nuke.

349.- 4,2 cm-ko tiroideko nodulua duen paziente bati hemitiroidektomia egin ondoren, patologoaren behin betiko txosten hau jaso da: "Patroi folikularra, inbasio kapsular eta baskularrarekin". Hautatu zure ustez EGOKIENA den jokabidea:

a) Kartzinoma folikularra da, eta, kasu horretan, 6 hilean behingo zaintza proposatuko nioke, tiroglobulina-mailekin.
b) Kartzinoma folikularra da, eta kasu horretan tiroidektomia osatuko nuke, eta, horretarako, linfadenektomia zentral profilaktikoa gehituko nioke tratamenduari.
c) Kartzinoma folikularra da, eta kasu horretan tiroidektomia osatuko nuke.
d) Kartzinoma folikularra da, eta, kasu horretan, hasieran I131 ematea proposatuko nuke, tiroidektomia osatu gabe.

350.- Tiroideko muineko kartzinomaren (TMK) diagnostikoari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Oro har, ez da onartzen kaltzitonina zehaztea edozein tiroideko noduluaren aurrean, noizbehinkako TMKren baheketa gisa.
b) Orratz fin batekin egindako ziztada/aspirazioa (PAAF) eginez gero, TMK kasuen % 75-80 identifika daitezke.
c) Ustez noizbehinkakoak diren TMKen % 1 eta 7 artean familiarrak dira, eta, beraz, beti egin behar da azterketa genetiko bat familia-jatorria baztertzeko.
d) Antigeno kartzinoenbrionarioak (CEA) jarraipenerako ezarritako erabilgarritasuna du, nahiz eta ez izan espezifikotasun diagnostikorik TMKrako.

351.- Neoplasia Endokrino Anizkoitzaren (NEA) sindromeko 1 motako tumore neuroendokrinoei dagokienez, hautatu aukera ZUZENA:

a) Intsulinoma da pankreako tumore neuroendokrino ohikoena.
b) Funtzionatzen ez duten pankreako tumore neuroendokrinoei ebakuntza egin ohi zaie >1 cm-ko tamaina hartzen dutenean.
c) Pankrea-gorputz eta -isatsean tumore anizkoitzak baditu eta buruan tumore bat badu, hasieratik erabateko pankreatektomia proposatuko litzateke.
d) Timoko tumore kartzinoideak ezohikoak dira, baina oldarkorrak.

352.- Hiperparatiroidismo primarioaren diagnostikoari eta tratamenduari dagokienez, zein da GEZURRA?

a) Hiperparatiroidismo primarioaren diagnostikoa biokimikoa da.
b) Hiperparatiroidismoari ez bazaio kokapena aurkitu, ez du indikazio kirurgikorik.
c) Giltzurrunetako ekografia eta hezur-dentsitometria egin behar dira, giltzurrunetan edota hezurretan erasanik ez izateko.
d) Indikazio kirurgikoa antzekoa da noizbehinkako eta familiako kasuetan.

353.- Paratiroideko kartzinoma. Baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Berdin erasaten die gizonei eta emakumeei, batez ere 70 urtetik gorakoei.
b) Hasieran, hiperkaltzemia handiarekin eta PTHren maila handiekin agertzen da.

c) Orratz fin batekin egindako ziztada/aspirazioa (PAAF) baliagarria da diagnostikoa egiteko.
d) Sendatzeko aukera bakarra hasieran kirurgia erradikala egitea da, kartzinoma osorik eta blokean erauzteko, infiltratuta egon daitezkeen ondoko egiturekin batera.

354.- Zure ustez zein da OKERRA, giltzurrun gaineko kartzinomari dagokionez?

a) Kasuen % 60an hipersekrezio hormonala dago, eta pazienteak duen klinika hipersekrezio horrekin lotuta dago; Cushing-en sindromea da ohikoena.
b) Ordenagailuez lagundutako tomografian edo, fase arterialari dagokionez, % 40 baino gutxiagoko kontraste-garbiketan, Hounsfield-en 10 unitatetik beherako ehunen indargabetze-balioek gaiztoa dela iradokitzen dute.
c) Orratz fin batekin egindako ziztada/aspirazioa (PAAF) ez da egokia tratamendu kirurgikoa egiten zaien pazienteentzat, eta baliagarria da tratamendu ez-kirurgiko bat hasi behar den tumore erauzgaitzen kasuetan.
d) Weiss-en irizpide histologikoak kartzinoma adrenokortikala diagnostikatzeko erabili ohi dira, eta Lin-Weiss-Bisceglia-renak, tumore onkozitikoetarako.

355.- Giltzurrun gaineko tumoreen tratamendu kirurgikoari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Metastasi adrenalak segurtasunez erauz daitezke heltze laparoskopikoaren bidez.
b) Giltzurrun gaineko mielolipomaren tratamendu kirurgikoa egokia izango litzateke, 4 cm-tik gorako tamaina badu.
c) Adrenalektomia partziala izanez gero, kirurgian pentsa daiteke 3 cm baino gutxiagoko lesio onberetan, batez ere aldebikoetakoetan, eta guruinaren % 30 gordetzen da.
d) Feokromozitomaren kasuan, kirurgian zehar ezegonkortasun hemodinamiko izateko arrisku-faktore dira lesioaren tamaina eta metanefrinen ebakuntza aurreko mailak.

356.- Bilitec-ari dagokionez, baieztapen guztiak zuzenak dira, SALBU ETA:

a) Errefluxu duodenogastroesofagikoa baloratzeko aukera ematen du.
b) Bilirrubina errefluxu duodenogastroesofagikoa egotearen markatzaile ona da.
c) Emaitzak behar bezala ebaluatzeko, miaketa-zunda hestegorriko beheko esfinterraren goiko ertzetik 10 cm gorago jarri behar da.
d) Bilitec-aren indikazioak murriztu egin dira, besteak beste, hainbat teknikengatik, hala nola kanal anitzeko aluminio barneko pH-inpedantziometria.

357.- Desnutrizioaren etiopatogeniari buruzko ASPEN eta ESPEN eguneratzeen arabera, nola sailkatzen da espezifikoki hanturarik gabeko barau kronikoa ezaugarri duen desnutrizioa?

a) Gaixotasun kronikoarekin lotutako desnutrizioa.
b) Lesio edo gaixotasun akutuarekin lotutako desnutrizioa.
c) Ospitaleko desnutrizio mistoa, ultraakutua ezartzekoa.



d) Inanizioarekin lotutako desnutrizioa (nerbio-anorexian bezala).

358.- Ebakuntza Batzordeko berezko kideei dagokienez, Zein da erantzun OKERRA?

a) Zentroko anestesiako eta kirurgiako arduradunak dira.
b) Ebakuntza-gelako erizaintzako arduraduna da.
c) Zerbitzu kirurgikoko buru guztiak.
d) Zentroko zuzendaritza.

359.- Irizpide hauetako zein da pazienteak hautatzeko irizpidea KHAUnitate baterako, Davis-en sailkapenaren arabera?

a) I. eta II. motak.
b) II. mota.
c) IV. mota.
d) II. mota eta III. motako batzuk.

360.- Shocka eragiten duten egoera hauetako zeinetan EZ da mekanismo nagusia bihotz-gastuaren murrizketa?

a) Odol-itzuleraren murrizketan.
b) Bihotzeko “ponpak” huts egitea, uzkurkortasunaren alteraziogatik edo arritmia larriagatik.
c) Buxadura fluxu zirkulatorioan.
d) Tonu basomotorra galtzea.

361.- Hauetako bat EZ da shockaren banaketa-motako kausa:

a) Sepsia.
b) Anafilaxia.
c) Muineko lesio larria.
d) Tentsioagatiko pneumotoraxa.

362.- Fluidoterapia egoera berezietan. Zein EZ da egia?

a) Kristaloide isotoniko orekatuak lehenesten dira politraumatismoetan.
b) Politraumatismoetan Ringer Laktatoa lehenesten da.
c) Shock septikoa 30 ml/kg-ko krstaloideekin berpiztu behar da diagnostikoa egin eta lehen 3 orduetan.
d) Parkland Formulari jarraitu behar da erredura handietan, fluidoterapia eskakizunak betetzeko.

363.- Nahasmendu hidroelektrolitikoei dagokienez, esaldi hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) Ospitaleratutako pazienteetan hiperpotasemia ohikoagoa da hipopotasemia baino.
b) Hipokaltzemiaren intzidentzia paziente kritikoengan edo ebakuntzaondoko pazienteengan % 80ra irits daiteke.
c) Hiperfosfatemia giltzurruneko gutxiegitasun kronikoarekin edo lisi zelular masiboaren kasuekin lotzen da.
d) 120 mEq/L-tik beherako kontzentrazioak hiponatremia larritzat jotzen dira.

364.- Konplexutasun handiko kirurgian ASA (American Society of Anestesiologist) maila desberdinetarako gomendatutako proben artean, baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) ASA I pazienteetan beti: hemograma, EKG eta koagulazioa.
b) ASA II pazienteetan, ohikoa ez den koagulazioa.
c) ASA II pazienteetan: beti EKG, hemograma eta giltzurrun-funtzioaren probak.
d) ASA III/IV pazienteetan: koagulazioa hepatopatia kronikoa bada.

365.- Diabetes Mellitusa duten eta ebakuntza aurreko determinazioan nahikoa ebidentzia EZ duten pazienteei dagokienez:

a) Bihotzeko patologia baztertu behar da.
b) Giltzurruneko patologia baztertu behar da.
c) Hemoglobina glukosilatua zehaztu behar da.
d) Arnasbide zaila dute eboluzio luzeko diabetesa duten pazienteek.

366.- Patient Blood Management (PBM) estrategia multzo bat da. Zein da erantzun ZUZENA?

a) Hemoglobina optimizatzea.
b) Odoljarioa minimizatzea.
c) Pazientearen optimizazioa eta anemiarekiko tolerantzia fisiologikoa.
d) Aurreko guztiak.

367.- Gaur egun, odoljarioa prebenitzeko teknika anestesiko hauetako zein jotzen da eztabaidagarritzat?

a) Teknika neuroaxialak, zeinak lotuta dauden arteria-presioa gutxitzearen ondoriozko anestesia orokorrarekin zein blokeo sinpatikoaren ondoriozko zain-tonuarekin.
b) Pazienteak duen gorputz-jarrera, kaba benako hiperpresioa saihesteko.
c) Hipotermia, azidosia eta hipokaltzemia saihestea.
d) Eragindako hipotentsioa.

368.- Nutrizio parenteral osoaren konplikazioei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Konplikazio mekanikoak dira, kateter zentrala txertatu eta mantentzeari lotutakoak.
b) Konplikazio septikoak dira, kateter zentralaren infekzioagatik.
c) Konplikazio metabolikoak dira.
d) Aurreko guztiak.

369.- Glutaminari dagokionez, zer EZ da ZUZENA?

a) Muskuluan duen kontzentrazioa kontzentrazio osoaren % 95ekoa da.
b) Funtsezko aminoazidoa da.
c) Beharrezkoa da erantzun inflamatorioa modulatzeko.
d) Beharrezkoa da oxidazio-estresa modulatzeko.

370.- Ebakuntza ondoko min akutuaren tratamenduari dagokionez, zein EZ da ebidentzia handiko gomendioa?

a) Analgesia multimodala erabiltzea.
b) Teknika erregionalak erabiltzea.
c) AIEEak edota parazetamola erabiltzea tratamendu multimodalaren parte gisa.
d) Opioideekin egiten den tratamenduan, nahiago da zain barnetik ematea, ahotik hartzea baino.

371.- Ebakuntza ondoko min akutuaren tratamenduari dagokionez, zein EZ da ZUZENA?

a) Eraginkorra da ebakuntza osteko konplikazioak gutxitzeko, esate baterako pneumonia, sakoneko zainetako tronbosia eta infekzioa.
b) Ez dute eraginik minbizia duten paziente kirurgikoen pronostiko onkologikoan.
c) Baliagarriak dira min kronikoko koadroak agertzea saihesteko.
d) Suspertze funtzionala bultzatzen dute.

372.- Zer EZ da ZUZENA zauriak orbaintzearen biologiari dagokionez?

a) Fetuek larruazala senda dezakete orbainik utzi gabe.
b) T zelulak proinflamatorioak dira, eta T helperrak ezabatzaileak.
c) Infekzioa, erredurak eta gehiegizko tentsioa keloideekin lotzen dira.
d) Keloideak konponketa-prozesuaren berezko alterazioekin lotzen dira.

373.- Orbaintze normaleko faseei dagokienez, zer EZ da ZUZENA honako baieztapen hauetan?

a) Klasikoki, zaurien sendaketa hiru fasetan banatu da: inflamazioa, ugalketa eta birmoldaketa.
b) Inflamazio-fasea zauria sortzen duen eraspotik hasi eta bigarren asteraino zabaltzen da.

c) Hemostasia da sendatze-prozesurako hasierako eta funtsezko urratsa.
d) XIII faktorearen defizita orbaintzea-alterazioekin lotzen da.

374.- Minimoki Inbaditzailea den Kirurgiaren (MIK) erantzun biologikoari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) Fase akutuko erreaktanteen handitzea beti zauri kirurgikoan kokatzen da, eta, b erantzuna hobetzen du.

b) Ez dago desberdintasun handirik prozedura irekien eta MIKen artean, horien erantzun metabolikoari dagokionez.
c) MIK kirurgia irekia baino immunoezabatze txikiagoarekin lotzen da.
d) Erantzun neuroendokrinoa askoz txikiagoa da MIKn kirurgia irekian baino.

375.- Minimoki Inbaditzailea den Kirurgiari (MIK) dagokionez, baieztapen hauetako zein da GEZURRA?

a) Azterketek kirurgia robotikoaren hobekuntzak erakusten dituzte espazio txikietako prozedura konplexuetan.
b) Ezegonkortasun hemodinamikoa da MIK erabiltzeko erabateko kontraindikazio bakarra.
c) Hernia iratoa edo 15 cm-tik gorako hernia-akatsak kontraindikazio absolutuak dira MIKrako.
d) Tamaina handiko kanporatutako tumoreak, zeinak infiltrazio lokala duten, kontraindikazio erlatiboa dira MIKrako.

376.- Hauetako zein dira ihes anastomotikorako arrisku-faktore kirurgiko edo ebakuntzabarnekoak?

a) Kirurgiaren iraupena.
b) Odol-transfusioa.
c) Peritonitisa, oklusioa.
d) Aurreko guztiak.

377.- Zein da GEZURRA ihes anastomotikoaren ebakuntza inguruko diagnostikoari dagokionez?

a) Ihes anastomotikoaren markatzaile hematiko gisa proposatu dira honako hauek: Proteina C-erreaktiboa, prokalzitonina eta neutrofiloak.
b) Prokalzitonina markatzaile sentikorra da eta bakterio-infekzio sistemikoaren oso espezifikoa.
c) Ihes anastomotikoaren balio diagnostiko gisa aztertzen da bakterio gramnegatiboen, E.Coliren, Klebsiellaren eta Pseudomonen kanpoko paretako lipopolisakaridoak peritoneo-likidoan detektatzea.
d) Kirurgia kolorrektaleko kirurgian, proteina C-erreaktiboa ihes-markatzaile erabilgarria da ebakuntzaondoko bosgarren egunetik aurrera.



378.- Kokapen kirurgikoko infekzioa prebenitzeko gomendioei dagokienez, zein da ZUZENA baieztapen hauetatik?

a) Normalean, eremu kirurgikotik ilea kendu ohi da.
b) Ebakuntza inguruko immunonutrizioa gomendatzen zaie minbizia eta desnutrizio larria duten pazienteei, baldin eta kirurgia handia egingo bazaie.
c) Kirurgia handiaren aurretik, terapia immunoezabatzaile sistemikoa kentzea gomendatzen da.
d) Ez da gomendatzen profilaxi antibiotikoa ahotik hartzea, kirurgia kolorrektalari lotuta kolona mekanikoki prestatzean.

379.- Honako baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Kokapen kirurgikoko infekzioa infekzio nosokomial ohikoena da gure herrialdean.
b) Abdomeneko kirurgiaren espezialitateak ditu kokapen kirurgikoko infekzioaren zifra altuenak.
c) Kokapen kirurgikoko infekzioak hilkortasuna bikoizten du hura garatzen ez duten pazienteekin alderatuta.
d) Kokapen kirurgikoko infekzioak 3 eta 9 egun artean luzatzen du ospitaleko egonaldia.

380.- Organo-espazioaren infekzioari dagokienez, baieztapen hauetako zein da GEZURRA?

a) Badirudi takikardiak eta takipneak eutsi egiten dietela ebakuntzaondoko faseko kontrarregulazio-mekanismoei, eta konplikazioaren hasierako garapenean agertzen direla.
b) Sarbide laparoskopikoak inflamazio-parametroak gutxiago handitzea dakar.
c) Ordenagailu bidezko tomografia da organo-espazioaren infekzioaren diagnostikoko teknika lehenetsia.

381.- Zain barneko kateterraren infekzioari buruzko baieztapen hauetako zein da GEZURRA?

a) Kateter infekzioak infekzio nosokomial ohikoenen artean daude.
b) Intzidentzia handiena zainketa intentsiboetako unitateetan edo onko-hematologiako zerbitzuetan gertatzen da.
c) Etiologiarik ohikoena bazilo gramnegatiboak dira.
d) Kateterraren infekzioaren susmoa izan behar da sukarra, hotzikarak eta hipotentsioa eta kateterraren sarbidetik edo ibilbidetik gertu dauden inflamazio-zeinuak dituzten pazienteengan.

382.- Paziente politraumatizatuaren azterketa primarioan, baieztapen hauetako zein da GEZURRA?

a) Arnasbidearen buxadura da berehalako heriotzaren arrazoirik ohikoena, traumatismoaren ondoren.
b) Zalantzarik izanez gero, pazientea garaiz intubatu behar da.



c) Toraxaren erradiografia normala bada, intubazioa segurua da eta ez da beharrezkoa berriz maiz ebaluatzea.
d) Hipotentsioak hilkortasuna areagotu dezake garuneko lesioa duten pazienteengan, eta hori ohikoa da trauma itxian.

383.- Politraumatizatuen intubazio orotrakealaren indikazioei dagokienez, zein da GEZURRA?

a) Paziente urduri edo oldakorra, tratamendu egokia eman ezin zaiona.
b) Arnasbidearen iragazkortasuna mehatxatzen duten aurpegiko edo lepoko zauriak (itxiak edo sarkorrak).
c) Askotariko lesio larriak, batez ere adineko pazienteetan.
d) 5Etik beherako Glasgowren koma-eskala.

384.- Paziente politraumatizatuen tratamendu kirugikoaren lehentasunei dagokienez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Odoljarioa kontrolatu behar zaien pazienteak, hemodinamikoki ezegonkorrak direnak.
b) Hemodinamikoki egonkorrak diren pazienteak, gorputz-adarreko lesioak eta bizi-mehatxuak dituztenak.
c) Traumatismo kraneoentzefaliko itxia, hematoma hedakorrarekin eta garuneko lesio luzerik gabe.
d) Aurreko guztiak.

385.- Prozedura hauetako zeinean sailkatzen da ebakuntzaondoko mina larritzat?

a) Tiroidektomian.
b) Izterreko herniorrafia.
c) Uzkiko kirurgia.
d) Laparoskopio bidezko kolezistektomia.

386.- Zein da aldirik seguruena haurdun dagoen emakume batek laparoskopia erabiltzeko?

a) Lehen hiruhilekoa.
b) Hirugarren hiruhilekoa.
c) Bigarren hiruhilekoa.
d) Lehen eta hirugarren hiruhilekoak.

387.- Neurri hauetako zeinek ahalbidetzen du sarbideetan metastasia ez ezartzea, kirurgia laparoskopiko onkologikoan?

a) Trokarrak finkatzeak.
b) Trokarretako zuloetatik gasak ez ihes egitea prebenitzeak.
c) Tresnak pobidona iododunarekin garbitzeak.
d) Horiek denak.

388.- Zein antibiotiko ez genuke lehen aukera gisara erabiliko, bazilo gram negatiboek eragindako infekzioaren profilaxian? (Pazienteak ez du alergiarik).

a) Aminoglukosidoak.
b) Amoxizilina-klabulanikoa.
c) Klindamizina.
d) Zefalosporina.

389.- Nutrizio parenteral periferikoa egoera hauetako zeinetan ez da agintzen?

a) Tarteko barauan (7-14 egun).
b) Aldi baterako tratamenduan, kateter zentrala kendu behar bada.
c) Eskakizunak betetzen ez dituen ahozko dieta duen pazientean (< % 60).
d) Ebakuntza aurreko desnutrizioa duen pazientean.

390.- Opiazeo hauetako zein jotzen da opiazeo handitzat, haren potentziaren arabera?

a) Meperidina.
b) Kodeinak.
c) Tramadola.
d) D-propoxifenoa.

391.- Zein bitaminak du rolik garrantzitsuena zaurien orbaintzean?

a) B6 bitaminak.
b) C bitaminak.
c) B1 bitaminak.
d) A bitaminak.

392.- Organo bat baino gehiago ematean, zein ordenatan ateratzen dira abdomeneko organoak (bihotza eta birikak atera ondoren)?

a) Giltzurrunak, gibela, pankrea, heste meharra.
b) Gibela, pankrea, heste meharra, giltzurrunak.
c) Pankrea, heste meharra, gibela, giltzurrunak.
d) Gibela, pankrea, giltzurrunak, heste meharra.

393.- Zer botika eten behar dira ebakuntza kirurgikoaren egunean?

a) Nitritoak.
b) AEBIak.
c) Beta blokeatzaileak.
d) Kaltzioantagonistak.

394.- Ioi hauetako zein ez da nabarmen murrizten berrelikadura-sindromean?

a) Potasioa.
b) Magnesioa.
c) Kaltzioa.
d) Fosfatoa.

395.- Beck-en triadan zeinu kliniko guzti hauek sartzen dira, SALBU ETA:

a) Hipotentsioa.
b) Zainetako jugularraren handitzea.
c) Larruazalpeko enfisema.
d) Bihotzeko murmurio itzaliak.

396.- Patologia hauetako zeinetan da hain ohikoagoa gibeleko errefusa kronikoa izatea, transplantearen ondoren?

a) Kolangitis esklerosante primarioan.
b) Zirrosi birikoan.
c) Hepatitis autoimmunean.
d) Behazun-zirrosi primarioan.

397.- Zer baieztapen EZ da EGIA pankreako transplantean?

a) Maskuriko pankrea-drainatze exokrinoa da ohikoena.
b) Maskuriko drainatzea bikarbonatoaren galera handiarekin lotzen da.
c) Maskuriko drainatzeari esker, amilasa-determinazioak egin daitezke gernuan, funtzio pankreatikoa baloratzeko.
d) Maskuriko drainatzeak maiz infekzio urologikoak eragiten ditu.

398.- Zein da transplantearen aurretik organoak gordetzeko gehien erabiltzen den soluzioa?

a) Eurocollins-en soluzioa.
b) Wisconsineko Unibertsitatearen soluzioa.
c) HTK soluzioa.
d) Zelsior soluzioa.

399.- Zein da seinale kirurgiko nagusia graves-basedow bidezko hipertiroidismoan?

a) Minbiziaren susmoa.
b) Tratamendu medikoaren porrota.
c) Neurri handiko goloa egotea.
d) Oftalmopatia larria.

400.- Zer baieztapen EZ da EGIA tiroideko kartzinoma folikularrari dagokionez?

a) Nodulu bakarti gisa aurkezten da kasu gehienetan.
b) Zerbikaletako gongoiletako metastasiak ez dira oso ohikoak.
c) Biriketako eta hezurretako kartzinoma papilarrak baino sarriagotan izaten ditu metastasiak.
d) Hürthle-ren zelulen kartzinoma folikularraren aldaerak pronostiko hobea du.

401.- Zer EZ da EGIA MEN 2b-ko tiroideen muineko kartzinoman?

a) Kartzinomaren debuta 2A MENean baino goizago izaten da.
b) Ia % 100ek metastasia du diagnostikoaren unean.
c) Kirurgia egokiena tiroidektomia totala egin eta konpartimentu zentrala hustea da.
d) Tiroidektomia profilaktikoa egiteko adinik egokiena 6 hilabete ingurukoa da.

402.- Kirurgiaren ondorengo hiperparatiroidismo iraunkorrean, zein baieztapen EZ da ZUZENA?

a) Lehenengo kirurgian identifikatu ez den adenoma baten ondorioz gertatzen da.
b) Guruin anitzeko gaixotasun batengatik da, zeinaren susmorik ez den izan.
c) Paratiroidektomia ez zen nahikoa izan.
d) Lau guruinak kendu bazituzten, adenoma IV. arku brankialari dagokio.

403.- Baieztapen hauetako zein ez da zuzena hiperparatiroidismo primarioko (HPTP) aldebiko miaketari dagokionez?

a) Guruin anitzeko gaixotasunaren susmopeko kasuetan gomendatzen da.
b) Gammagrafia negatiboa denean egin behar da.
c) HPTP hereditarioan bi aldeak aztertu behar dira.
d) Gaur egun, HPTP guztien % 15 inguruan egiten da.

404.- Zein baieztapen da ZUZENA MEN 2an?

a) Lehen kirurgia muineko kartzinomarena izan behar da beti.
b) Beti aldebiko suprarrenalektomia egiten da, nahiz eta kontrako aldeko tumorerik ez izan, ondorengo aldebiko-erasanaren arriskuagatik.
c) Aldebakarreko feokromozitoma erauzi ondoren, ez da oso gertagarria kontrako aldeko beste tumore bat garatzea.
d) Lehen kirurgia suprarrenalektomia izan behar da, feokromozitoma badago.

405.- Egoera hauetako zein ikusten da paratiroidektomia osteko hezur goseti larriaren sindromean?

a) Fosfatasa alkalinoaren mailak handitzea.
b) Hiperfosfatemia.
c) Kaltziuria handia.
d) PTHa balio normalen azpitik dago.

406.- Egoera hauetako zeinek betetzen ditu organo edo espazioaren infekzioaren irizpideak, kirurgia-prozedura bati lotuta?

a) Drainatze zornetsuak, ebakiaren larruazalera eta larruazalpeko zelula-ehunera mugatuta.
b) Ebaki sakona berez irekitzeak, sukarrarekin batera.
c) Kirurgian manipulatutako abdomen barneko barrunbe batean modu esterilean jasotako lagin batetik lortutako isolamendu mikrobiologikoak.
d) Eritema eta minak, azaleko zauri kirurgikoan.

407.- Zein da hestegorriko hausturaren kausarik OHIKOENA?

a) Kirurgikoa.
b) Instrumentala.
c) Kanpoko traumatismo sarkorra.
d) Gorputz arrotzaren buxadura.

408.- Zer EZ da EGIA Zenker-en dibertikuluan?

a) Benetako dibertikulua da.
b) Barito bidezko igarotzea da diagnostikoa egiteko proba lehenetsia.
c) Sintomarik goiztiarrena orofaringeko disfagia da.
d) Kirurgia irekia zein endoskopikoa jarrera terapeutiko baliagarriak dira.

409.- Prozedura hauetako zein sailkatuko litzateke behar bezala kirurgia garbi-kutsatu gisa?

a) Koloneko zulaketaren ondoriozko kirurgia, ezarritako peritonitisarekin.
b) Hautazko kolezistektomia, behazun-bidea modu kontrolatuan irekita eta infekziorik gabe.
c) Desbitalizatutako ehuna duen antzinako zauri traumatiko baten desbridamendua.
d) Istripuzko haustura baten ondoriozko heste-eduki askoko jariatzea duen kirurgia.

410.- Zer EZ da EGIA Barrett-en hestegorriko terapia medikoari edo kirurgikoari dagokionez?

a) Biek eraginkortasun berarekin kontrolatzen dute sintomatologia.
b) Kirurgia eraginkorrak errefluxu azido patologikoa zein behazun eta pankreakoa kontrolatuko lituzke.
c) Segmentu metaplasikoa desagertu egiten da kirurgiaren ondoren.
d) Segmentu metaplasikoak egoten jarraituko du tratamendu medikoarekin.

411.- Hestegorriko minbizian, estadio hauetako zein hartzen da erauzgarritzat?

a) T4b tumoreak, trakeako, gibeleko eta birikako erasanarekin.
b) T4a tumoreak, perikadrioko pleura edo diafragma infiltratzen dutenak.
c) Lotura gastroesofagikoko tumoreak, klabikula gaineko adenopatia positiboekin.

d) Hestegori zerbikaleko tumoreak< 5 cm muskulu krikofaringeoa.

412.- Clostridioides difficile bidezko infekzio larriaren hasierako tratamenduari dagokionez, hautatu baieztapen ZUZENA:

a) Ahozko metronidazola da lehen aukerako tratamendua.
b) 15.000/mm³ baino gutxiagoko leukozitoak eta 1,5 mg/dL baino gutxiagoko kreatinina ditu.
c) Ahoko bankomizina edo fidaxomizina gomendatutako aukera terapeutikoak dira.
d) Mikrobiota fekalaren transplantea da gomendatutako hasierako tratamendua.

413.- Noiz gomendatzen da gastroskopia kaustikoak hartu dituen paziente baten kasuan?

a) Lehen 6-12 orduetan, pazientea monitorizatuta dagoela.
b) Pazienteak abdomen akutua duenean.
c) 48 ordu baino gehiago igaro direnean.
d) Ezegonkortasun hemodinamikoa dagoenean.

414.- Duodenoko ultzera zulatuta duen paziente gazte baten kasuan, zein da jarrera kirurgikorik EGOKIENA?

a) Bagotomia tronkularra eta laparoskopia bidezko piloroplastia.
b) Bagotomia tronkularra eta antrektomia.
c) Epipoplastia laparoskopikoa.
d) Ultzera erauztea eta hautapenaz gaindiko bagotomia.

415.- Zein da gist gastrikoaren tratamendurik EGOKIENA?

a) Gastrektomia, 5 cm-ko segurtasun-ertzarekin.
b) Gastrektomia zabala eta gertuko linfadenektomia.
c) Gastrektomia osoa.
d) Erauzketa lokala ertz libreekin.

416.- Urdail-minbiziaren D2 linfadenektomiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Biziraupena hobetzen du Ia estadioan.
b) Biziraupena hobetzen du IIIb estadioan.
c) Ez dio estadiajeari laguntzen.
d) IIIa estadioan errezidiba-arriskua murrizten du.



417.- Obesitate morbidoa, errefluxu gastroesofagikoa eta II motako diabetesa dituen paziente baten kasuan, zein da ebakuntza kirurgikorik egokiena?

a) Gastrektomia bertikal laparoskopikoa.
b) Laparoskopia bidez doitu daitekeen banda gastrikoa.
c) Scopinaroren behazun- eta pankrea-deribazioa.
d) Urdaileko bypass laparoskopikoa.

418.- Zein baieztapen da EGIAZKOA kirurgia bariatriko idealari buruz?

a) Pazienteen % 50i baino gehiagori egiten die mesede.
b) Galdutako gehiegizko pisuaren ehunekoa >% 25.
c) Lortutako amaierako GMI lodi morbidoetan <35.
d) < % 20 baino gaixotze-tasa handiagoa du.

419.- Egoera hauetako zein dagokio kutsatutako zauri kirurgiko bati?

a) Hautazko prozedura, errai hutsa ireki gabe eta inflamaziorik gabe.
b) Kutsadura esanguratsurik gabeko errai hutsa modu kontrolatuan irekitzea.
c) Kontrolatu gabeko heste-edukiaren jariatzea ebakuntzan zehar.
d) Eremu kirurgikoan zornea egotea prozedura hasi aurretik.

420.- Zein da erantzun ZUZENA kontraste hidrodisolbagarriaren ahorakinari dagokionez, bridagatiko heste meharraren buxaduran?

a) Buxaduraren amaiera iragartzen du.
b) Balio terapeutikoa du.
c) Koadroaren amaiera bizkortzen du.
d) Ez du ospitaleko egonaldia murrizten.

421.- Apendizearen kartzinoidean, eskuineko hemikotomia erabateko indikazioa da kasu hauetan, batean IZAN EZIK, zeinean indikazio erlatiboa den. Zeinetan?

a) 2 cm-tik gorako lesioetan.
b) Mesoapendizearen infiltratzearen ebidentzia histologikoan.
c) Muzina sortzen duten tumoreetan.
d) Goi-mailako kartzinoide gaiztoetan.

422.- Zer da EGIA heste meharreko adenokartzinomari dagokionez?

a) Maizago daude tarte distaletan.
b) Gutxitan ematen du metastasia.
c) Bilo-adenomak egotea arrisku-faktoretzat jotzen da.
d) Duodenoko 2. Zatiko adenokartziometan, ez da agintzen duodeno-pankreatektomia.

423.- Tiroideetatik bereizitako kartzinoman, hauetako zein faktorek EZ du eraginik biziraupenean?

a) Urrutiko metastasia egoteak.
b) 45 urte baino gehiago izateak.
c) Tumorearen tamainak.
d) Adenopatia zerbikal metastasikoak <45 urte.

424.- OMEren arabera, "Kirurgia seguruak bizitzak salbatzen ditu" programan, zer ehunekotan jotzen da kirurgiak eragindako kaltea saihesgarritzat?

a) % 20.
b) % 30.
c) % 40.
d) % 50.

425.- 9en erregelaren arabera, zer ehuneko da gainazaleko enborraren atzeko alde osoa eta goiko bi gorputz-adarren atzeko aldea erretzea?

a) % 18.
b) % 36.
c) % 27.
d) % 45.

426.- Zein da kolitis iskemikoaren kokapenik OHIKOENA?

a) Eskuineko kolona.
b) Zeharkako kolona eta barealdeko tolestura.
c) Beheranzko kolona edo sigmoideoa.
d) Ondestea.

427.- Polipo baten erauzketa endoskopikoaren ondoren, kirurgia agindu behar da kasu guztietan, SALBU ETA:

a) Ertz kirurgikoa 2 mm-koa denean.
b) Erauzketa EZ denean pieza batean izan.
c) Lesioa ez denean oso bereizia.
d) Erauzketa osatu gabe dagoenean.

428.- Aurkikuntza hauetako zeinek ez du berez uzten ebakiaren infekzio sakonaren diagnostikoa egiten?

a) Plano sakonetatik datorren drainatze zornetsua.
b) Abzesuaren ebidentzia berriz ebakuntza egitean.
c) 38° C-tik gorako sukarrari lotutako zauriaren dehiszentzia.
d) Ebakiaren dehiszentzia kultibo negatiboarekin eta horri lotutako zeinu klinikorik gabe.

429.- Kolitis ultzeraduna duten pazienteen zein ehunekok behar du kirurgia gaixotasunean zehar?

a) % 10.
b) % 20.
c) % 30.
d) % 40.

430.- Zenbatean behin egin beharko litzaioke kolonoskopia kolitis ultzeraduna eta kolangiti esklerosatzaile primarioa diagnostikatu zaion paziente bati?

a) Sei hilean behin.
b) Urtero.
c) 18 hilean behin.
d) Bi urtean behin.

431.- Zein da uzki inguruko hidrosadenitis zabalaren tratamendurik EGOKIENA?

a) Erauzketa zabala eta azal-mentua.
b) Erauzketa eta 2. asmo bidezko itxiera.
c) Krioterapia bidez ezabatzea.
d) Abzesuak kentzea.

432.- Kasu hauetako zeinetan EZ dago kontraindikatuta hemorroide-kirurgia?

a) Uzki-esfinterraren ihesean.
b) Ondesteko erasanean, hesteetako gaixotasun aktiboagatik.
c) Immunoeskasia larrian.
d) IV. mailako hemorroideetan, ultzerazio eta tronbosiarekin.

433.- Neurri hauetako zein lotzen zaio ebakuntza-eremuko infekzio-arriskua murrizteari?

a) Berriz ebakuntza egitea.
b) Presazko prozedura.
c) Kirurgia laparoskopikoa.
d) Ebakuntza inguruko hipotermia.

434.- Zer baieztapen da ZUZENA gibeleko hiperplasia nodular fokalari dagokionez?

a) Ez da adenoma bezain ohikoa.
b) Ahotik hartzeko antisorgailuak erabiltzean, horien intzidentzia handitu egiten da.
c) Gehienak askotarikoak dira.
d) EMNak adenomaren eta hiperplasia nodular fokalaren arteko diagnostiko diferentziala ahalbidetzen du.

435.- Gibeleko adenomei dagokienez, hautatu erantzun ZUZENA.

a) Oso gutxitan ditu 5 cm baino gehiago.
b) Hemorragia EZ da ohiko konplikazioa.
c) Antisorgailuak hartzea eten behar da.
d) Hasierako aukera terapeutikoa gibeleko transplantea da.

436.- Hepatokartzinomaren tratamenduari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) 5 urterako biziraupen globala askoz handiagoa da gibeleko erauzketarekin transplantearekin baino.
b) Gaixotasunik gabeko biziraupena handiagoa da transplantatuetan erauzketa zian dutenetan baino.
c) Nodulu-kopuruak eta tamainak EZ dute eraginik transplantearen osteko errezidiban.
d) Hiloko ganglioiak egotea EZ da erabakigarria transplanterako.

437.- Faktore hauetako zein EZ zaio lotzen kolangiokartzinoma garatzeko arrisku handiagoari?

a) Kolangitis esklerosante primarioa.
b) Sortzetiko kisteak.
c) Behazun-parasitosia.
d) Crohn-en gaixotasuna.

438.- Ebakuntza osteko infekzioaren gutxi gorabeherako zein tasa espero daiteke, garbi-kutsatu gisa sailkatutako ebakuntza baterako?

a) % 1-3.
b) % 5-8.
c) % 20-25.
d) % 30-40.

439.- Kirurgiako profilaxi antibiotikoari buruzko baieztapen guzti hauek zuzenak dira, SALBU ETA:

a) Kirurgia garbi-kutsatuan edo kutsatuan gomendatzen da.
b) Ebakuntza aurreko dosi bakarra gomendatzen da, dosi maximoetan.
c) Profilaxi antibiotikoak ebakuntzaren lehen 24 orduak gainditu behar ditu.
d) Profilaxi antibiotikoa ebakuntzaren aurreko 30-60 minutuetan eman behar da.

440.- Pankreako minbizia erauzgaitza da egoera hauetan, SALBU ETA:

a) Goiko mesenterio-arteriaren infiltrazioa.
b) Kaba zainaren infiltrazioa.
c) Gibeleko metastasiak.
d) Porta zainaren infiltrazio partziala.

441.- Behazun-bideko zein kiste da OHIKOENA, Todani-ren eta Cols-en sailkapenaren arabera?

a) I: gibelaz kanpoko kiste bakartia.
b) II: duodeno gaineko dibertikulua.
c) III: duodeno barneko dibertikulua edo kodekozelea.
d) IV: gibel barneko eta gibelaz kanpoko dilatazio kistikoak.

442.- Zer da EGIA pankreako intsulinomari dagokionez?

a) Pankreako tumore endokrinoen maiztasunean, bigarrena da.
b) Whipple-ren triadak bere diagnostikoa iradokitzen du.
c) Egungo irudi-probekin, lokalizazio-diagnostikoa % 80 ingurukoa da.
d) Pankrea-isatsean kokatzen da normalean.

443.- Patologia hauetako zeinetan egiten da sarrien esplenektomia?

a) Anemia hemolitiko autoimmunean.
b) Esferozitosi hereditarioan.
c) Zelula faltziformeen anemian.
d) Estomatozitosi hereditarioan.

444.- Maskuriko protesia duen paziente batek prozedura kirurgikoarekin lotutako infekzio bat garatzen du ebakuntza egin eta bederatzi hilabetera. Adierazpen hauetako zein da ZUZENA?

a) Ezin da kirurgiarekin lotutakotzat jo, 30 egun baino gehiago igaro direlako.
b) Lehen 90 egunetan bakarrik jo daiteke kirurgiarekin lotutakotzat.
c) Inplante bat egoteak aukera ematen du zaintza diagnostikoaren aldia urtebetera arte luzatzeko.
d) Inplanteei lotutako infekzioak ez dira ebakuntza-eremuko infekzioak.

445.- Aldagai hauetako zeinek EZ du inplikazio pronostiko independenterik errezidiban eta ondesteko minbiziaren biziraupenean?

a) Mesondestearen kalitateak.
b) Tumorearen zulaketa iatrogenoak.
c) R estadioak.
d) Abordatze kirurgikorako bideak.

446.- Zein gomendio da egokia haurdunaldiko kirurgia laparoskopikoan, SAGES-en arabera?

a) 14 mm Hg-ko pneummoperitoneoko presioa.
b) Medikazio tokolitikoa erabiltzea, umetoki-dinamikarik gabe.
c) Beheko gorputz-adarren konpresio elastikoa erabiltzea saihestea.
d) Hasson motako abdomeneko sarbide irekia.

447.- Gibeleko zer segmentu hartzen da kokapen mesedegarrikotzat laparoskopia bidezko kirurgiarako?

a) VII.
b) IVb.
c) IVa.
d) I.

448.- Faktore-multzo hauetako zein lotzen zaio ebakuntza-eremuko infekzio-arrisku handiari?

a) Kirurgia laparoskopikoa, profilaxi antibiotikoa eta komorbilitate eza.
b) Adin handia, obesitatea, diabetes mellitusa eta tabakismoa.
c) Kirurgia laparoskopikoa eta hautazko prozedura.
d) Profilaxi antibiotikoa eta pazientearen prestakuntza egokia.

449.- Ezaugarri hauetako zeinek bereizten ditu zauri kirurgiko zikinak eta kutsatuak?

a) Errai hutsaren irekiera kontrolatua egoteak.
b) Ebakuntzan drainatzeak erabiltzeak.
c) Eremu kirurgikoan zornea edo infekzio-prozesu bat egoteak.
d) Teknika aseptikoaren haustura txikiagoak.

450.- Egoera hauetako zein sailkatu behar da ebakiaren azaleko infekzio gisa?

a) Abzesu lokalizatua zauriaren azpiko muskuluan.
b) Drainatze zornetsuak, soilik ebakiaren larruazaletik eta larruazalpeko zelula-ehunetik datorrena.
c) Abdomen barneko kolekzio batetik lortutako kultibo positiboa.
d) Faszia sakoneko infekzioaren diagnostiko erradiologikoa.

1. KASU PRAKTIKOA GALDERAK 451-455

451.- 45 urteko gizonezko paziente batek ez du aurrekari mediko eta kirurgiko interesgarririk. Larrialdi Zerbitzuek ekarri dute, trafiko-istripu bat izan duelako. Pazientea motozikleta baten gidaria zen, eta alboko traumatismo bat izan du auto bat ez delako STOP batean gelditu. Ezkerraldetik jo diote. Emergentzietako Zerbitzuek kontziente aurkitu dute, orientatuta, eta lau gorputz-adarrak mugitzen ditu. Konstanteen lehen balorazioan hauek ikusi dira: 115X'-ko BM, 95/65ko TA eta 16x'-ko AM. Oxigeno-saturazioa: % 92. Bi bide periferiko kateterizatu dira, eta 2 litroko gatz-serum fisiologikoa eta oxigenatua eman zaizkio maskara baten bidez. Ospitalera iristean, kontziente eta orientatuta jarraitzen du. BM: 105x'. TA: 85/60. AM: 18x'. Oxigeno-saturazioa: % 97. Lehen mailako ebaluazioa egin ondoren (zeinak arnasbide iragazkorra erakusten duen), ez du arnasa hartzeko zailtasunik eta ezegonkortasun hemodinamikoak bere horretan jarraitzen du. Une honetan, miaketa hauetako zeinetan EZ zenuke pentsatuko?

a) Torax, abdomen eta pelbiseko OT.
b) FAST ekografia.
c) Toraxeko X izpiak.
d) Pelbiseko X izpiak.

452.- Paziente horrek, lehen mailako ebaluazioa egin ondoren, 90/60ko TArekin eta 115x'-BMrekin jarraitzen du. Arnas-maiztasuna 19x-ra igo da "eta auskulatazioan ez da murmuriorik entzuten ezkerreko aldean. Toraxeko X izpiek ezkerreko hemoneumotoraxa erakusten dute, eta FAST ekografiak abdomenaren barneko likido librea dagoela. Premiazko gasometrian 8,4 g/dL-ko hemoglobina duela jakinarazi digute. Zein da aukerarik ZUZENENA?

a) Ezkerreko drainatze torazikoa eta OTra eramatea azterketa osatzeko.
b) Ezkerreko drainatze torazikoa eta peritoneoko ziztada xurgatua. Laparotomia edota torakotomia, aurkikuntzen arabera.
c) Premiazko laparotomia esploratzailea.
d) Ezkerreko drainatze torazikoa eta premiazko laparotomia.

453.- Pazientea egonkortu egin da drainatze torazikoarekin. 600 cc likido hematiko lortu dira. Transfusioa hasi da, eta gaur egun 95x'-ko BM, 105/80ko TA eta arnasketa hobearekin dago. Horrez gain, biriketako bi eremuak haizatzen ari dira dagoeneko. Zer egitea pentsatuko zenuke orain?

a) Toraxeko eta abdomeneko OT.
b) FAST ekografia, berriz ebaluatzeko.
c) Premiazko laparotomia egitea.
d) Garezurreko, zerbixeko, toraxeko, abdomeneko eta pelbiseko OT.

454.- Pazientea egonkor badago eta OTn bare-lesio bat agertzen bada, AASTren IV. mailakoa, adierazpen hauetako zein da EGIAZKOA?

a) Pazienteak premiazko esplenektomia egiteko indikazioa du.
b) Bare-lesioak bare-hiloari eragiten dio, eta parenkimaren % 45 inguru debaskularizatzen da.
c) Bare zatikatua edo lehertua.
d) Enbolizazio profilaktikoa ez da kontuan hartzen, egonkor dagoelako.

455.- Pazientea ezegonkor dago. Ezin zaio egoera hemodinamikoa hobetu, eta ebakuntza-gelara eramaten da. Toraxeko drainatzean 500 cc inguru atera dira likido hematikotik, eta ez da likido gehiago ateratzen. Laparotomia esploratzaile bat egin zaio, eta, bertan honako hauek aurkitu zaizkio: 2L inguruko hemoperitoneoa, barea lehertuta, mesenterioko hainbat lesio (odoljario-estigmarekin) eta heste meharreko zenbait eremu kolpatuta. Erretroperitoneo ez-konkortua. Pelbisa hondar hematikoekin eta ageriko lesiorik gabe. Esplenektomia egin ondoren, pazienteak ezegonkor jarraitzen du, laktatoa handitzen ari zaio eta noradrenalina behar du. Hb egonkortuta dago. Zein jokabidetan pentsatuko zenuke?

a) Ezkerreko torakotomia.
b) Laparotomia itxi eta pazientea Bizkorketara/Zainketa Intentsiboetara bidaltzea, berpizten jarraitzeko.
c) Abdomena aldi baterako ixtea, packingarekin edo gabe, eta berpizten jarraitzea.
d) Larrialdiko laparotomia eta torakotomia ixtea, pazienteak ez badu hobera egiten.

2. KASU PRAKTIKOA GALDERAK 456-460

456.- 67 urteko gizonezko batek hipertentsio arterialaren aurrekariak ditu, zeina AEBI baten bidez kontrolatzen duen, eta duela 7 urte kolezistektomia egin zioten, kolelitiasi sistomatiko bat dela eta. Kontsultara etorri da anemia eta sindrome konstituzionala dituelako. 7 kg inguru galdu ditu 5 hilabetean. Hondar hematikoak eta melenak kanporatzea ukatzen du. Gastroskopia bat egin zaio, eta 2 cm inguruko lesio ultzeratua erakusten du, itxura neoplasikoa duen urdail-gorputz distalean. Anatomopatologia positiboa du heste-motako adenokartzinoma muzinosoarentzat. Zure medikuak luzapen-azterketa eskatu dizu, hainbat miaketarekin. Zein ez zenuke beharrezkotzat joko?

a) Torax, abdomen eta pelbiseko OT.
b) PET-OT 18 FDGrekin.
c) Ekoendoskopia.
d) Horiek guztiak ezinbestekoak dira.

457.- Miaketa osagarrien ondoren, cT2N+M0 adenokartzinoma gastriko gisa sailkatu da. Zein da tratamendu-eskemarik gomendagarriena gureak bezain egoera orokor ona duen paziente batentzat?

a) Zuzeneko kirurgia. Gastrektomia osoa D1+ linfadenektomiarekin eta ebakuntzaondoko kimioterapia baloratzea, anatomopatiologiaren arabera.
b) Kimio-erradioterapia neoadjubantea eta erantzuna baloratzea.
c) Ebakuntza inguruko kimioterapia, eta kirurgia baloratzea gaixotasunak aurrera egiten ez badu.
d) Zuzeneko kirurgia. Gastrektomia osoa D2 linfadenektomiarekin eta ebakuntzaondoko kimioterapia baloratzea, anatomopatiologiaren arabera.

458.- Pazienteari ebakuntza egiten zaionean, gastrektomia subtotala egiten da D2 linfadenektomiarekin. Gongoil-talde hauetako zein ez da erauziko?

a) 1. taldea.
b) 6. taldea.
c) 12a taldea.
d) 2. taldea.

459.- Kasu honi dagokionez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Ez da exeresi endoskopikotzat hartzen, T2 bat delako eta luzapen-azterketan ganglioiak dituelako.
b) D3 linfadenektomiak epe luzerako biziraupena areagotu dezake, eta T2 tumoreetan edo goragokoetan gomendatu behar da.
c) 11. taldeko linfadenektomiak ez du zentzurik gorputzeko tumore batean, ezta kurbadura handiagoko tumore batean ere.
d) Esplenektomia egitea pentsatzea, bare-hiloan adenopatiak izan ala ez.

460.- Kirurgia egiteko unean, peritoneoko kartzinomatosia ikusten da, 14ko HOBEarekin. Anatopatologiaren bidez baieztatzen da lesio garrantzitsuenak positiboak direla adenokartzinomarako. Zein da jokabiderik EGOKIENA?

a) Erauzketarekin jarraitu eta pazientea kimioterapia sistemikora bidaltzea.
b) Erresekzioarekin jarraitu eta kirurgia zitorreduzitzailea baloratzea HIPEC bidez.
c) Ez onartzea keinu kirurgikorik eta pazientea bidaltzea, kimioterapia sistemikoa duen tratamendu aringarria baloratzeko.
d) Erauzketarekin jarraitu eta ez onartzea tratamendu sistemikorik.

3. KASU PRAKTIKOA GALDERAK 461-465

461.- 47 urteko emakume paziente bat etorri da, bere lehen mailako arretako medikuak bidalita, lesio zerbikal bat agertu zaiolako. Miaketa fisikoan nodulu bat antzematen da, eskuineko tiroideko lobuluan. Ekografia bat egin zaio, 3 cm-ko TI-RADS 3 nodulua erakusten duena. Zein da zure jokabidea?

a) Tiroide-funtzioaren azterketa analitikoa eta behaketa. Ekografia berria 6 hilabeteetara.
b) Tiroide-funtzioaren azterketa analitikoa eta tiroidektomia agintzea, hipotirodismoa badago.
c) Gammagrafia bidezko azterketa eta nodulu hotza edo beroa baloratzea.
d) Tiroideko ekografia eta PAAF.

462.- Paziente bera Bethesda I izanik kontsultara etorriko balitz, zer adieraziko ligukete?

a) Biopsia onbera. Pazienteari behaketa eman dakioke.
b) Biopsia positiboa, muineko kartzinomarako.
c) Biopsia ez da nahikoa diagnostikoa egiteko. Errepikatu egin behar da.
d) Biopsia positiboa Hürtle-ren zeluletarako.

463.- Diziplina anitzeko batzordearen azterketa eta balorazioa osatu ondoren, ebakuntza-gelara eramaten da pazientea tiroidektomia osoa egiteko. Kirurgian, nerbio bagoaren eta nerbio laringeo atzerakoiaren neuromonitorizazioa egiten da. Kirurgiaren hasieran, seinale bat dago bi nerbio bagoetan eta bi atzerakoietan. Kirurgia amaitzean, seinalea dago bi atzerakoietan, baina bago batek seinalea galtzen du. Neuromonitorizazio-sistemaren akats teknikoa baztertu da. Zer esan nahi du horrek? Zer egin behar dugu?

a) Ezer ez, bi atzerakoiak ondo daude, pazienteari segurtasunez ken diezaiokegu hodia.
b) Ezer ez, bi atzerakoiak ondo daude. Pazienteak disfonia pixka bat izan dezake, baina ziur iragankorra izango dela, goiko laringeko nerbioaren lesio baten ondorio izan daitekeelako.
c) Baliteke nerbio atzerakoiaren lesioa egon izana bere alderik distalenean, laringerako sarreratik gertu. Anestesistari jakinarazi behar zaio hodia kentzean.
d) Nerbio laringeo atzerakoiean lesio bat egon daiteke nerbio bagoaren eta zati distalenaren artean. Anestesistari jakinarazi behar zaio hodia kentzean.

464.- Gure pazienteari erabateko tiroidektomia egin diote. Kirurgiak ez du intzidentziarik izan. Hurrengo egunean, bisita-pasean, pazienteak inurridura eta disestesia sentsazioa du hatzetan eta ezpainen inguruan. Chvostek-en eta Trusseau-ren probak positiboak dira. Analitika bat egiten badugu, zer determinazio egin beharko genituzke eta zer ikustea espero genuke?

a) Kaltzioa, PTH, proteinak edota albumina. PTH handitua. Kaltzio zuzendu baxua.
b) Kaltzioa eta TSH. Kaltzioa normal. TSH baxu.
c) Kaltzioa, PTH eta proteinak. PTH baxua. Kaltzio zuzendu baxua.
d) PTH bakarrik. Balio normala edo maila baxukoa.

465.- Gure pazientea ziztada batean Bethesda VI izan balitz, zein litzateke baieztapen ZUZENA?

a) Azterketa eko edota zerbikaletako OTrekin osatuko genukeen. 4,3 cm-ko lesioa baieztatzen badugu, lesio adenopatikorik gabe, tiroidektomia osoa proposa dezakegu, gongoiletako aldebiko hustuketa zentralarekin edo gabe.
b) Azterketa eko edota zerbikaletako OTrekin osatuko genukeen. 3 cm-ko lesioa baieztatzen badugu adenopatia laterozerbikalekin, nahikoa litzateke hemitiroidektomia eta erasandako aldea hustea.
c) Tirodektomia osoa egingo genukeen beste miaketarik gabe, eta behin betiko anatopatologiaren arabera, hustea edo iodo erradioaktiboa erabiltzea proposatuko litzateke.
d) Pazientea iodo erradioaktibora bidaliko genukeen.

466.- **33 urteko gizonezko paziente bat kontsultara etorri da disfagia progresiboa dela eta, baina disfagia horretan solidoak eta likidoak txandakatzen ditu hasieratik. Gastroskopia bidezko miaketa egin da, eta gaiztotasuna baztertzen da. Esofagograman, loro-moko gisako zorroztura bat ikusten da hestegorri distalean, dilatazio proximalarekin. Manometria bat egin da, zeinak erakusten dituen hestegorriko beheko esfinterraren erlaxazio osatugabea, hestegorri osoan peristalsirik ez dagoela eta irensketa espasmodunen >% 20. Zein da kasu honetan aukera terapeutikorik EGOKIENA?**

a) Hestegorriko beheko esfinterraren dilatazio endoskopikoa.
b) Toxina botulinikoaren injekzioa hestegorriko beheko esfinterrean.
c) Heller-en miotomia, errefluxuaren aurkako teknikari lotua.
d) Ahoko Miotomia Endoskopikoa (POEM).

467.- **45 urteko paziente bat abdomeneko masa bat eta ondoeza izaten hasten da. OTn 9 cm-ko tumorazioa ageri da urdail-gorputzean, zeinak pankrea, barea eta zeharkako kolona ukitzen duen. Endoskopia bidezko biopsiak hartu dira, zeinetan immunohistokimikak positibotasuna erakusten duen CD117 eta DOG1erako. Hautatu jarrerarik ZUZENENA:**

a) C-kit hartzailearen mutazioaren azterketa genetikoa osatzea, Tirosin-kinasaren inhibitzaileekin tratamendu neoadjubantea baloratzea eta indikazio kirurgikoa berriz ebaluatzea bilakaeraren arabera.
b) Zainketa aringarrietara bidali, tumore erauzkaitza delako.
c) Kirurgia zuzena, exeresi multiorganikoarekin.
d) Laparoskopia esploratzailea, kartzinomatosia baztertzeko eta ondoren FLOT ematea baloratzeko.

468.- **77 urteko gizonezko batek ez du gaixotasunik eta, oro har, oso egoera onean dago. Siewert-en III urdaileko adenokartzinoma diagnostikatzen zaio. Estadiajeko OTn adenopatia lokorerregionalak daude, eta zalantza dago ea kartzinomatosia ote dagoen. Zein izango litzateke jokabide terapeutikoa?**

a) Pazientearen adina dela eta, ez da ekintza terapeutiko sendagarririk egingo.
b) Laparoskopia esploratzailea, eta urruneko gaixotasunik ez badago, ebakuntza inguruko kimioterapia egitea eta FLOT ematea baloratzea, baldin eta kirurgia beraren ondoren, gaixotasunak aurrera egin ez badu eta pazientea egoera orokor onean badago.
c) Zuzeneko kirurgia eta kimioterapia adjubantea baloratzea.
d) Kimio-erradioterapia neoadjubanteak eta gero erantzuna baloratzea.

469.- Duela 3 urte ebakuntza egin zioten 45 urteko paziente bati, anastomosi baten bypass gastrikoa jartzeko. Larrialdietarako kontsultara etorri da bat-bateko abdomeneko mina, ondoez orokorra, izerditzea eta hipotentsioa dituelako. Galdeketan dio aurreko hilabeteetan epigastralgia gertakariren bat izan zuela. Gaixotasun dibertikularraren aurrekariak ere baditu. OTren lehen irudietan pneummoperitoneoa agertzen da. Zure ustez, zein da kausarik PROBABLEENA?

a) Dibertikulu-zulaketa.
b) Ahoko ultzera anastomotikoa.
c) Berezko heste-zulaketa.
d) Boerhaave.

470.- 66 urteko gizonezko paziente bat kontsultara joan da hematemesia dela eta. Azken asteetan AIEE hartzearen aurrekaria du, kirol-lesio baten ondorioz. 70/50Ko TA eta 120x'-ko BM ditu. Hemoglobina: 6 g/dl. Zure ustez, zein tratamendu da egokiena pazienteak EZ badie egonkortze hemodinamikoko lehen neurriei erantzuten?

a) Premiazko kirurgia.
b) Serumterapia, egonkortzea eta, ez badu erantzuten, arterien zeharreko enbolizazioa.
c) Endoskopia eta, aurkikuntzen arabera, kirurgia edo enbolizazioa behar duen baloratuko da.
d) Serumterapia, egonkortzea eta, ez badio erantzuten, arterien zeharreko enbolizazioa.

471.- 68 urteko paziente bat kontsultara etorri da digestio-hemorragia handiak dituelako. Egonkortu egiten dute eta endoskopia digestibo handia egiten zaio, zeinak Forrest 1b ultzera bat dagoela erakusten duen. Tratamendu endoskopikoa egiten da, eta eraginkorra da. Lehen 48 orduetan errezidiba eta ezegonkortasuna izan ditu. Guztira, 8 hematie-kontzentraturen transfusioa egin zaio. Adierazi aukera terapeutikorik EGOKIENA:

a) Premiazko kirurgiaren indikazioa du.
b) Endoskopia berria.
c) Arterien zeharreko enbolizazioa.
d) Kirurgia, baldin eta enbolizazioak porrot egiten badu.

472.- 77 urteko gizon batek ezkerreko kolektomiaren aurrekariak ditu, duela 15 urte koloneko minbizia izan zuelako. M3W3 erdiko lerroaren ebentrazioa. Zure ustez, hauetako zein EZ da beharrezko keinua ebentrazio horren hautazko tratamenduan?

a) Nutrizio-optimizazioa eta pisu-galera, gorputz-masaren indizea 30kg/m2 baino handiagoa bada.
b) Erretzailea bada, tabakoaren abstinentzia.
c) Arnas funtzioaren probak.
d) Denak dira beharrezkoak.



473.- 75 urteko emakume bat larrialdietako kontsultara etorri da, 4 ordu doalako bat-batean hasitako abdomeneko minarekin, distentsioekin eta elikadura-gorakoekin. Miaketan, abdomenean distentsioa eta tinpanismoa du. Ez du aurretiazko abdomeneko kirurgiarik. Miaketa fisikoan ez da tumorerik eta herniarik ikusten. FABER maniobra positiboa da (howship-romberg-en zeinua). Adierazi susmo diagnostikoa:

a) Hernia obturatzailea.
b) Sortzetiko brida edo idiopatia.
c) Gastroenteritis akutua.
d) Kolitis pseudomenbranosoa.

474.- 33 urteko paziente batek bizikleta-istripua izan du mendate batean behera zihoala. Konortea galdu du sorosleak etortzean, baina gero berreskuratu egin du, eta 10eko Glasgowarekin mantentzen da. Hasieran, 110/55ko TA eta 99x'-ko BM du, baina ondoren 90/45ko TA eta 120x'-ko BM, 2000 cc-ko bolumena eman arren. Zein da erantzun ZUZENA?

a) Iristen denean, garezurreko, zerbixeko, toraxeko, abdomeneko eta pelbiseko OT egin behar zaio.
b) Iristen denean berriz ebaluatzea eta, ezegonkor jarraitzen badu, toraxeko erradiografia eta FAST ekografia egitea.
c) Paziente honen kasuan, peritoneo-garbiketako ziztadak ez du inolako indikaziorik.
d) Shock neurogenoa da, eta, beraz, garezurreko OT egin eta emaitza jasotzea itxaron behar da.

475.- 77 urteko paziente bat kontsultara etorri da hesteetako buxadura-koadro bat duelako, zeinak ez duen kirurgiarik edo aurretiazko prozedurarik. Abdomeneko OTn buxadura ikusten da heste mehar distalean, lesio trinko baten ondorioz, baita aerobilia bat ere. Zein da zure susmo klinikoa?

a) Gilrbert-en sindromea.
b) Rigler-en sindromea.
c) Sortzetiko brida.
d) Bouveret-en sindromea.

476.- 65 urteko gizonezko batek ez du aurrekari interesgarririk, eta ospitaleratu egin dute kolezistitisa eta horri lotutako koledokolitiasia duelako. Atzeranzko Kolangiopankreatografia Endoskopikoa (AKE) agintzen da, kalkuluak ateratzeko, eta, prozesu horretan muki-estrusioa bistaratzen da, ahitik. Erantzun hauetako zein EZ da ZUZENA?

a) Diagnostikorik probableena neoplasia kistiko muzinosoa da, eta pankreako EMN bat egitea gomendatzen da.
b) Diagnostikorik probableena hodi barneko neoplasia muzinosoa da, eta pankreako EMN bat egitea gomendatzen da.
c) Ahal dela, buruan eta prozesu unzinatuan dago.
d) Ikterizia edo 5 mm-tik gorako osagai solido bat badu, erauzi egin behar da.

477.- **50 urteko gizonezko bat kontsultara etorri da azken hilabeteetan 5 kg baino gehiago galdu dituelako, ageriko arrazoirik gabeko asteniarekin eta noizbehinkako beherakoekin batera. Ekografia bat egin zaio, Wirsung-en hodiaren dilatazioa bakarrik erakusten duena, lotutako lesiorik gabe eta pankreatitisaren daturik gabe. Analitikan, honako hauek nabarmendu dira: 125 U/L-ko CA 19.9, 250000 plaketa, 1,1 mg/dL-ko bilirrubina, 150 UI/L fosfatasa alkalino (FFAA) eta 80 U/L-ko GGT-a. Askotariko detektagailuko abdomeneko OT bat egiten da, pankrea-buruko 3 cm-ko lesio infiltratzaile hipodentso baten berri ematen duena, zeinak pankrea-hodi nagusiaren buxadura eta pankreako atrofia distala baldintzatzen dituen. Tumorazioak 180º-tik beherako ukipena du gibeleko arteria arruntarekin, enbor zeliakora hedatu gabe, eta goiko mesenterio zaina ukitzen du 180º-tik gora. Baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?**

a) Diagnostikorik probableena pankrea erauzgarriaren adenokartzinoma da, eta gibelaz kanpoko gaixotasunik izan ezean, erauzketa-kirurgia litzateke lehen aukera.
b) Hasierako heltze gisa, ikusirik kirurgia bidezko tratamenduak huts egiteko probabilitate handia duela, terapia neoadjubanteaz balia daiteke.
c) Aldaera anatomiko arterialak egoteak konplikazio baskularrak izateko arriskua handitzen du, eta, beraz, garrantzitsua da ebakuntza aurreko azterketa bat egitea.
d) ECOG eta performance statusa kontu handiz ebaluatu behar dira, kirurgia-arriskua aurreikusteko.

478.- **35 urteko gizon bat larrialdietara joan da asteniaren koadro orokorra, goragalea, gorakoak eta abdomeneko mina dituelako, zeinak azken hilabetean astiro eta pixkanaka agertu diren. Miaketan, pazienteak azaleko eta mukosetako ikterizia arina, hepatomegalia mingarria eta aszitisa ditu. Analitikan, honako hauek nabarmentzen dura: bilirrubina (2,8 mg/dL) eta gibeleko profila 200 UI/L FFAArekin, 180 U/L-ko GGTarekin, % 60ko PIrekin eta 200.000 plaketa) Susmo diagnostikoaren aurrean, honako baieztapen hauetako zein EZ da ZUZENA?**

a) Beharrezkoa da faktore prokoagulatzaileak ebaluatzea, baita horiei lotutako gaixotasun sistemikoak ere (kolitis ultzeraduna eta gaixotasun zeliakoa).
b) Ezinbestekoa da ekografia, OT edo EMN egitea, susmoaren diagnostikoa baieztatzeko edota horri lotutako tumoreak bilatzeko.
c) Kasu gehienetan, antikoagulazioa kontraindikatuta dago.
d) Hobera egiten ez duten pazienteentzako tratamendu-aukerak hauek dira: TIPS, kirurgia-deribazioak eta gibeleko transplantea.

479.- **25 urteko emakume bat larrialdietara joan da koliko nefritikoarekin bateragarria den koadro bat duelako. Noizbehinka alkohola eta drogak kontsumitzen ditu eta ez du beste aurrekari interesgarririk. Analitikan 15000 leukozito baino ez dira nabarmentzen. Egiaztapen-ekografia egitean, erradiologoak 5-6 segmentuko gibeleko lesio solido bat identifikatu du, 3 cm-ko diametrokoa. Hauetako zein da ZUZENA?**

a) Ustekabez aurkitutako gibeleko tumore onbera solido gehienak hemangiomak dira, eta diagnostiko nahiko erraza dute irudi-teknikekin.

b) Hiperplasia nodular fokala (HNF) da gibeleko bigarren tumore onbera ohikoena, eta % 1 inguruko prebalentzia du.
c) Adenoma hepatozelularra gibeleko tumore onbera monoklonal bat da, erlatiboki oso ohikoa ez dena, eta ahozko antisorgailuak erabili izanaren historia luzea duten emakume gazteetan ikusi ohi da.
d) Guztiak zuzenak dira.

480.- 64 urteko gizonezko batek gaztetan asko edaten zuen. Gaur egun 15 g alkohol edaten ditu eguneko. 0 da bere performance estatusa. Larrialdietara joan da asteniagatik eta abdomeneko perimetroa bat-batean handitu zaiolako. Analitikan honako hauek agertu dira: 2.5 ng/dL bilirrubian, 80 U/L-ko ALT, 180 U/L-ko AST, 1.4ko kreatinina, 97 UI/L-ko FFA, 160 U/L-ko GGT, % 56ko PI eta 68000 plaketa. Ekografia bat egin da eta ekografia horrek baieztatu du aszitisa, hepatopatiaren datu argiak eta 5. segmentuan 3 cm-ko lesio bat daudela. Horren ondoren, OTA trifasiko bat egin da, zeinak 5. segmentuan 2,7 cm-ko 5 LIRADS 5 lesio baten berri ematen duen. Lesio hori arteria-fasean kontrastea atzematen duen eskuineko porta-adarraren okupazio bati lotuta dago. Hautatu erantzun ZUZENA:

a) Erauzketa-kirurgia baloratzeko, ezinbestekoa da komorbilitateen, bolumetria eta gibeleko funtzioaren testaren azterketa osatzea.
b) BCLC 2016ren arabera, C fasekoa da; tratamendu sendagarriak ez lirateke egokiak izango eta gomendagarriena kimioenbolizazioa (TACE) da.
c) Tumorea 3 cm baino txikiagoa denez, kirurgiaren antzeko emaitzak erakutsi dituen irrati-maiztasun bat proposa zitekeen.
d) Guztiak okerrak dira.

481.- **48 urteko emakume bati eskuineko tiroide-lobektomia bat eta istmektomia bat egin diote, ebakuntza aurreko 18 mm-ko nodulu bat duelako. Anatomia patologikoari buruzko behin betiko txostenak (parafinan) baieztatu duenez, tiroideko ahiko kartzinoma klasikoa du, 18 mm-koa (pT1b), erauzketa libreko ertzekin, baina tumore barneko inbasio baskular linfatiko zabala du, baita permeazio kapsularreko fokuak ere, tiroideaz kanpoko hedadura makroskopiko txikiarekin (pT3b), eta tiroidearen inguruko muskulaturari eragiten dio. Kontrako aldeko lobulua normala da. Paziente horren ebakuntzaondoko maneiuari dagokionez, adierazi zein den aukera zuzena:**

a) Erauzketa-ertz askeak (R0) bermatu direnez, nahikoa da aurretiazko lobektomia onkologikokioa, eta pazienteak zuzenean lebotiroxina duen tratamendu ezabatzailera igaro behar du.
b) Formalki gomendatuta dago berriz ebakuntza egitea, tiroidektomia oso bat egiteko. Izan ere, pronostiko txarreko faktoreak daude (tiroideaz kanpoko hedapena eta inbasio baskular zabala), errepikapen-arriskua areagotzen dutenak eta ondoren erradioiodo(^{131}I) bidezko tratamendu ablatiboa ematea justifikatzen dutenak.
c) Berehala eskatu behar da odol periferikoko RET genearen azterketa genetikoa; azterketa hori negatiboa bada, baztertu egiten da tiroidektomia osoa egiteko beharra.
d) Jokabide lehenetsia iodo erradioaktiboaren bidezko terapia zuzenean ematea da gelditzen den tiroideo-ehunaren gainean; horrela bigarren kirurgia bat saihestuko da, kontrako aldeko nerbio laringeo atzerakoiaen lesioa izateko arrisku handia dagoelako.

482.- 35 urteko emakume bat kontsultara etorri da 22 mm-ko tiroideko nodulu bat agertu zaiolako eskuineko lobuluan. Nodulu sendoa da, eta alde bereko IV mailako adenopatia ukigarriei loturik dago. Noduluaren PAAFek jakinarazten du tumore-zelula plasmozitoide eta fusiformeak ugaritu egin direla, Kongo gorriz positiboki tindatzen den zelula-material amorfoko metaketekin. Analitikak kaltzitonina seriko basalaren maila nabarmen handiak erakusten ditu (480 pg/mL). Patologia horretarako egungo jarraibideen arabera, adierazi zein den baieztapen ZUZENA:

a) Tiroideko muineko kartzinoma bat baieztatu denez, kirurgia lehenetsia eskuineko lobektomia eta hustuketa zentral profilaktiko batera mugatu behar da, eta tiroidektomia osoa atzeratu behar da, RET mutaziorik ez badago.

b) Tiroideko kirurgia programatu aurretik, nahitaezkoa da batera existitzen den feokromozitoma bat baztertzea, eta horretarako gernuan edo plasman metanefrinak zehaztea, baita hiperparatiroidismo primario bat ere, MEN 2 sindromearen (Neoplasia Endokrino Anizkoitza) susmoa badago.

c) Material amiloidearen aurkikuntza (Kongo gorrirako positiboa) tiroideko kartzinoma anaplasikoaren patognomonikoa da, eta, beraz, kirurgia sendagarria baztertuta dago hasieran, eta onkologia erradioterapikora bideratu behar da.

d) RET protoonkogenaren mutazio-analisia bakarrik tiroideko minbiziak eragindako heriotzaren familia-aurrekari zuzenak esplizituki aipatzen dituzten pazienteei eskatu behar zaizkie.

483.- 65 urteko emakume bat, zeinak ez duen aurrekari interesgarririk, larrialdi-zerbitzura joan da, bat-bateko aurreko zerbikaleko hazkundea duen koadro bat agertu zaiolako (4 aste baino gutxiagoko bilakaera du koadro horrek). Koadro horrek harriak bezalako gogortasuna du, plano sakonetarako finkoa da, disfoniari lotutakoa, eta arnasa hartzeko estridore arina du, baita solidoen disfagia progresiboa ere. Zerbikaletako ordenagailuz lagundutako tomografiak (OT) 75 mm-ko aldebiko tiroide-masa bat erakusten du, tiroide inguruko muskulatura inbaditzen duena, haurren kartilagoa infiltratzen duena eta eskuineko arteria karotida arrunta 180° baino gehiagora biltzen duena, eta horren ondorioz, aldebiko tumore-adenopatia masiboak elkartzen dira. Premiazko orratz lodiko biopsia bat egiten da (OLB), tiroideko kartzinoma anaplasikoaren (TKA) diagnostikoa baieztatzeko. Diziplina anitzeko batzordeak berehala eskatu du sekuentziazio masibo (NGS) bidezko biomarkatzaileen azterketa molekularra. Paziente horren estrategia terapeutikoari dagokionez, egungo ebidentzian oinarrituta, adierazi zein den aukera ZUZENA:

a) Kartzinoma anaplasiko bat diagnostikatzean, tiroidektomia oso bat programatu behar da, sistematikoki bi aldeetako zerbikalak premiaz eta errorik hustuko dituena, karotida-infiltrazioa alde batera utzita, kirurgia zitorreduktore oldarkorra baita biziraupena luzatzen duen terapia bakarra.

b) Azterketa molekularrak BRAF V600E mutazioaren presentzia agerian uzten badu, hasierako jokabide lehenetsia da hasierako kirurgia atzeratzea eta terapia neoadjubantea ezartzea, xede-inhibitzaileen konbinazio batekin (Dabrafenib eta Trametinib), ondoren erauzketa kirurgiko osoa ahalbidetuko duen tumore-zitoerredukzioa lortzeko (R0/R1).

c) Espektro zabaleko askotariko kinasako inhibitzaileek (lenvatinib edo sorafenib, adibidez) RET genearen translokazioa edo NTRK fusioak dituzten kartzinoma anaplasikoetan bakarrik erakutsi dute eraginkortasun terapeutikoa, eta ez dira baliagarriak RAS mutazioak dituzten tumoreetan.

d) Kinasa-inhibitzaileekin gidatutako terapiak erabiltzea formalki kontraindikatuta dago pazienteak premiazko trakeostomia bat egitea behar badu, arnasbidea oztopatuta dagoelako, estoma eta trakeako nekrosiaren berehalako dehiszentzia-arriskua dela eta.

484.- 55 urteko emakume bati ebakuntza programatua egin diote, zehazki tiroidektomia osoa, toraxetik kanpoko golo multinodular erraldoi bat duelako, torax barnera hedatzen dena. Kirurgia egiten da ageriko gorabeherarik gabe, eta bertan laringeko nerbio atzerakoiak eta hiru paratiroide-guruin identifikatu eta gorde dira bi aldeetan. Kirurgia ondoko bizkortze unitatean sartu eta 2 ordura, erizain arduradunak guardiako kirurgialari abisatu dio pazienteak bat-batean arnasa hartzeko estridorea duela, baita disnea ere, moderatutik larrira doana saihets arteko tiradurarekin. 115 t/m-ko takikardia du, eta oxigeno-saturazioa % 88ra jaitsi zaio, erreserborioko maskararekin. Miaketa fisikoan, bendaje zerbikal garbia ikusten da, baina lepoan tumefakzio asimetrikoa du, induratua eta haztatzean oso tenkatua. Zein izan behar da kirurgialariak jarraitu behar duen lehen jokabide terapeutikoa?

a) Pazientea berehala erradiologia interbentzionistaren gelara eramatea, lepoko ordenagailuz lagundutako tomografia egiteko kontrastearekin, berriro ebakuntza egin aurretik hodi odoltsua zehaztasunez aurkitzeko.

b) 100 mg hidrokortisonako zain barneko bolo bat eta adrenalina nebulizazioak premiaz pautatzea, eta estridorea intubazio endotrakeal luze bategatiko edema glotiko baten ondorio den susmo izatea.

c) Bendajea berehala irekitzea eta larruazaleko grapak/josturak eta aponeurosi zerbikala kentzea pazientearen ohe berean, hematoma itogarria ateratzeko, eta ebakuntza-gelara eraman aurretik arnasbidea deskonprimatzea lehenesteko.

d) Anestesiologoaren premiazko presentzia eskatzea, laringoskopia zuzenaren bidez berrintubazio orotrakeala egiten saiatzeko, zerbikaletako josturak ukitu gabe mantendu eta tiroideko gelaxkaren bakterio-kutsadura saihesteko.

485.- 46 urteko gizonezko bat premiaz ospitaleratu dute krisi hiperkaltzemiko baten ondorioz. Analitikan, honako hauek nabarmentzen dira: 15,2 mg/dL-ko kaltzio serikoa, giltzurrun-funtzio narriatua (1,8 mg/dL kreatinina) eta PTH maila oso altuak (1150 pg/mL). Tecnecio-99m-Sestamibirekin egindako ekografian eta gammagrafian 35 mm-ko masa nodularra dago, beheko eskuineko paratiroide-guruinaren mendekoa dena. Kaltzemia hidratazio intentsiboarekin eta bisfosfonatoekin egonkortu ondoren, kirurgia programatzen da. Miaketa kirurgikoan zehar, kirurgialariak harria bezain gogora den paratiroide-masa bat aurkitzen du, kolore zuri-grisaxkakoa, tinko itsatsita dagoena eta eskuineko tiroide-lobuluko kapsula eta ondoko ehun bigunak infiltratzen dituena. Zein da jokabide kirurgikorik EGOKIENA?

a) Pparatiroide-masaren enukleazio arretatsua egitea eta tiroide-lobulutik askatzen saiatzea, ebakuntzaondoko hipotiroidismoa saihesteko, eta masa izozte bidezko biopsiara bidaltzea, gaiztotasuna baieztatzeko.

b) Tumore-masa berehala erauztea blokean, honako hauekin batera: alde bereko tiroide-lobulua (eskuinekoa), istmoa, kaltetutako ondoko ehun bigunak eta alde bereko erdiko konpartimentuaren gongoiletako hustuketa (VI. maila).

c) Ebakuntza kirurgikoa etetea eta lepoa ixtea masaren biopsia ebakitzaile bat hartu ondoren, behin betiko erauzketa egiten saiatu aurretik cinacalcet kaltzinmimetikoarekin tratamendu neoadjubantea hasteko.

d) Masaren paratiroidektomia sinple bat egitea eta horri aldebiko tiroidektomia profilaktiko oso bat gehitzea, eskuineko aldeko gongoiletako II eta V mailaren hustuketa osoarekin batera.

486.- 48 urteko emakume bat kirurgia orokorreko kontsultara bideratu dute, giltzurrun gaineko ezkerreko guruinean masa bat aurkitu ondoren abdomeneko ekografia batean ustekabean. Pazienteak anamnesian adierazi du 6 hilabete doala pisu zentrala irabazten, ildaska moraxkak agertu zaizkiola abdomenean eta kontrolatzeko zaila den hipertentsio arteriala duela. Abdomen eta pelbiseko OT multifasikoan 72 mm-ko giltzurrun gaineko masa heterogenoa deskribatzen da, nekrosi zentraleko eremuak, ertz irregularrak eta 15 minutura % 30eko garbiketa kontrastatua (washout) duena. Azterketa funtzionalak ACTH ezabatua duen hiperkortisolismoa eta dehidroepiandrosterona sulfatoaren (DHEA-S) mailen igoera larria erakusten ditu. Paziente horren diagnostikoari eta estrategia terapeutikoari dagokionez, egungo ebidentzian oinarrituta, adierazi zein den aukera ZUZENA:

a) 6 cm-tik gorako masa denez eta gaiztotasun irizpide erradiologikoa eta gineko kartzinomaren susmoa dagoenez, heltze lehenetsi eztabaidaezina da laparoskopia edo robotika bidezko ezkerreko adrenalektomia egitea, ebakuntzaondoko mina minimizatzeko.

b) Formalki aginduta dago larruazalean zehar orratz fin batekin egindako ziztada eta aspirazio bat egitea, giltzurrun gaineko masaren OTk gidatuta, kirurgia programatu aurretik tumorearen jatorri kortikala baieztatzeko.

c) Tratamendu lehenetsia blokean irekitako adrenalektomia da, eta ertzak libreak bermatzea (R0). Behin betiko fasean giltzurrunaren gaineko kartzinoma kortikal bat dagoela baieztatzen bada, tratamendu adjubantea hasi behar da Mitotanorekin (farmako adrenolitikoa), batez ere errezidiba-arrisku handiko faktoreak badaude (esaterako, Ki-67 indizea > % 10).

d) Kortisola sortzen duen tumore funtzionatzailea denez, ebakuntzaondoko berehalako maneiuak ez du kortikoide exogenoak ematea eskatzen, kontrako aldeko giltzurrunaren gaineko guruin hipertrofikoa baitago tumore-estimuluaren ondorioz.

487.- **32 urteko emakume bat kirurgia orokorreko kontsultara joan da giltzurrun-litiasi errepikakorra eta astenia dituelako. Analitikan, honako hauek nabarmentzen dira: 11,4 mg/dL-ko kaltzio serikoa, 2,1 mg/dL-ko fosforoa eta ukitu gabeko PTH oso handia. Azterketan zehar, pazienteak adierazi du epigastralgia handiko gertakariak izaten dituela maiz, beherako urtsuarekin, zeinak ez diren geratzen omeprazolaren ohiko dosiak hartuta. Gainera, endoskopia batean duodenoko ultzera ugari eta 1200 pg/mL-ko gastrina basalaren mailak ikusi dira. Azterketa genetikoak 1 MEN genean mutazio germinal bat dagoela baieztatzen du. Paziente horren hasierako kirurgia-planteamenduari dagokionez, adierazi zein den aukera ZUZENA:**

a) Lehentasun absolutua dudoenoko/pankreako gastrinoma berehala erauztea da, duodenopankreatektomia zefaliko baten bidez (Whipple-ren prozedura), eta horregatik kirurgia paratiroidea modu zehaztugabean atzeratuko da.

b) 1 MENeko hiperparatiroidismoak guruin askotako erasan asinkronikoa duenez, tratamendu kirurgiko lehenetsia paratiroidektomia subtotala (3.5 guruin) edo paratiroidektomia osoa da, besaurreko autotrasplante heterotopikoarekin eta tinektomia transzerbikal profilaktikoarekin osatuta.

c) 1 MEN genearen mutazioa baieztatzean, formalki gomendatzen da tiroidektomia profilaktiko osoa egitea 35 urte bete baino lehen, tiroide konkomitanteen muineko kartzinomaren arrisku handia baitago.

d) 1 MENeko hiperparatiroidismoa adenoma bakarti bakar batek eragiten du kasuen % 90ean, eta, beraz, Sestamibi bidezko gammagrafiak gidatutako paratiroidektomia selektiboa da teknika lehenetsia.

488.- **28 urteko gizonezko bati 25 mm-ko aldebiko tiroideko muineko kartzinoma (TMK) diagnostikatu diote, eta erdiko guruin-konpartimentuari eragin dio, PAAF bateragarria eta 560 pg/mL-ko kaltzitonina basala izan ondoren. Odol periferikoko azterketa genetikoak mutazio germinal bat identifikatu du RET protoonkogeneko 634 kodonean, eta 2A MEN sindromea duela baieztatzen du. OT bidezko hedadura-azterketa egin bitartean, ustekabean giltzurrun gainean 38 mm-ko masa bat ikusi zaio eskuinean, eta feokromozitomarekin bateragarriak diren ezaugarriak ditu. Pazientearen tentsio arteriala 155/95 mmHg-koa da kontsultetan. Adierazi aukera zuzena, paziente horren sekuentzia eta estrategia terapeutikoari dagokionez:**

a) Aldebiko eta erdiko hustuketari lotutako premiazko tiroidektomia oso bat programatu behar da berehala; izan ere, tiroideko muineko kartzinoma tumore gaiztoa da, eta horrek haren bizi-pronostikoa baldintzatzen du epe laburrean.

b) Blokeo alfa-adrenergiko egokia hasi ondoren (fenoxibenzamina edo doxazosina bidez) gutxienez 10-14 egunez, lehenengo eskuineko adrenalektomia egin behar da feokromozitoma eraузteko. Ondoren, bigarren denbora kirurgiko batean, tiroidektomia osoa egingo da, guruin-hustuketarekin.

c) TMK aldebikoa denez eta pazienteak 634 kodonean mutazio bat duenez, aldi berean adrenalektomia eta tiroidektomia egin daitezke modu seguruan, kirurgia-ekintza berean, aldez aurreko prestakuntza farmakologikoaren beharrik gabe.

d) 2A MEN sindromea duenez, pazienteak pankreako tumore neuroendokrinoak (intsulinomak edo VIPomak) garatzeko % 100eko arriskua du, eta, beraz, urtero eskatu behar da endoskopia bidezko kontrol-ekografia.

489.- 54 urteko emakume batek ez du aurrekari medikorik eta senide interesgarririk, eta 28 mm-ko tiroideko nodulu bat du ezkerreko lobuluan. PAAFaren bidez tiroideko muineko kartzinoma diagnostikatu da. Bereizmen handiko ekografia zerbikalak ez du adenopatia susmagarririk erakusten erdiko eta alboko konpartimentuetan (cN0). Ebakuntza aurreko kaltzitonina seriko basalaren zifrak 210 pg/mL-koak dira. Odol periferikoko feokromozitomaren baheketa eta RET genearen mutazio-analisia negatiboak dira. Zein da paziente horren tratamendu kirurgiko lehenetsia?

a) Noizbehinkako kasua (RET negatiboa) eta cN0 direla baieztatu denez, nahikoa da ezkerreko tiroide-lobektomia egitea istmektomiarekin, eta linfadenektomiak saihestea disfonia-tasa murrizteko.

b) Tiroidektomia oso bat egin behar da, nahitaez aldebiko eta erdiko guruin-konpartimentu batekin lotuta (VI. maila), ebakuntza aurreko ekografia adenopatietarako negatiboa izan arren (cN0).

c) Gomendagarria da erabateko tiroidektomia egitea sistematikoki, II. mailatik V. mailara bitarteko (alboko konpartimentuak) aldebiko guruin-hustuketa erradikalarekin konbinatuta, noizbehinkako aldaeren neurotropismo handia dela eta.

d) Hasierako tratamenduak noduluaren irrati-maiztasun bidezko ablazioa izan behar du, eta, ondoren, kimioterapia sistemikoa eman behar da tirosina kinasaren inhibitzaileekin (Vandetanib, adibidez). Kirurgia errezidiba lokaletarako bakarrik gorde behar da.

490.- 20 urteko emakume bat kirurgia endokrinoko kontsultara joan da, medikuaren aholkua jasotzeko. Txosten batek dioenez, tiroideko muineko kartzinoma diagnostikatu zioten amari eta bi osabari adinez heldu zirenean (45 eta 55 urte bitartean), eta bietako inork ez du izan giltzurrun gaineko patologiarik edo patologia paratiroideorik. Proba genetiko bat egiten zaio, eta positibo ematen du RET protoonkogeneko 609 kodonean mutazio germinal bat izatean. Pazienteak ez du sintomarik, eta lepoaren miaketa fisiko zorrotz normal bat du, nodulurik gabeko ekografia tiroideoarekin eta oinarrizko kaltzitonina serikoaren maila normalekin (< 5 pg/mL). Adierazi aukera ZUZENA paziente hau maneiatu eta katalogatzeari dagokionez:

a) Pazienteak MEN ez den tiroideko muineko kartzinoma familiarra du, gaur egun RET mutazioen arrisku ertaineko taldearen barruan sailkatuta dagoena. Ekografia eta kaltzitonina normalak izan arren, tiroidektomia profilaktiko osoa gomendatzen da, eta nerabezaroa edo helduaro gaztea amaitu arte modu seguruan zaindu eta atzeratu daiteke, kaltzitonina-mailak normal mantentzen badira.

b) Kaltzitonina normala denez eta ekografian nodulurik ez dagoenez, proba genetikoa positibo kliniko faltsutzat joko da, eta ez da inolako ebakuntzarik edo jarraipenik egin behar.

c) RET mutazio germinal bat denez, pazienteak ezinbestean 2B MEN sindromea garatuko du datozen urteetan, eta, beraz, tiroidektomia osoa behar du, erdiko konpartimentuaren aldebiko guruin-hustuketarekin.

d) Arrisku ertaineko mutazioen eramaile asintomatikoetan tratamendu lehenetsia lebotiroxina bidezko terapia ezabatzailearen dosi altuak ematen hastea da, TSH 0,1 mUI/L-tik behera ezabatuta mantentzeko eta TMK ez agertzeko.

Osakidetza



4. KASU PRAKTIKOA GALDERAK 491-493

491.- 67 urteko emakume batek ez du aurrekari pertsonal interesgarririk, eta gorozkietan odola dagoen aztertzeko proba positibo bat du, populazioaren baheketa-programa baten barruan. Kolonoskopia egiten zaio, eta 3 cm-ko diametroko tumorazioa identifikatzen da, uzki-ertzetik 7 cm-ra. Biopsiaren azterketa anatomopatologikoak hesteetako adenokartzinoma nahiko bereiziaren berri eman du. Hedapen azterketak toraxeko eta abdomeneko OTA eta pelbiseko erresonantzia magnetikoa hartzen ditu barne, eta lesioa cT3c-d N1-2 M0 gisa sailkatzen da. Mesondesteko faszia bat du lesiotik 1 mm baino gutxiagora, eta uzki-ertzetik 5 cm-ra eta puborondestetik 1 cm baino gutxiagora dago. Egoera kliniko horretan, zein da emaitzarik onenak lotzen dituen aukera terapeutikoa?

a) Ziklo laburreko erradioterapia neoadjubantea (25 Gy) eta kirurgia 6 astera.
b) Erradiokimioterapia neoadjubantea, ziklo luzeko erradioterapiaren bidez (50,4 Gy), eta horrekin batera kapezitabina konkomitantea ematea zein kirurgia egitea 12 astera.
c) Zuzeneko kirurgia (aurreko erauzketa ultrabaxua, mesondestearen eszisio osoarekin) eta kimiorradioterapia adjubantea behar duen baloratzea ebakuntzaondokoan.
d) Kimioterapia sistemikoa, FOLFOX eskemaren arabera, eta kirurgia 6 astera.

492.- Aurreko kasuan, pazienteari aukeren berri eman ondoren, tratamendu-estrategia bat adosten da, organoa babesteko asmoz. Ziklo luzeko erradiokimioterapiako protokolo bat hasi da, eta tratamendua amaitu eta 6 astera, erantzun-balorazio bat egin da, irudi-proben bidez. OTAk eta erresonantzia magnetikoak erantzun erradiologiko osoaren berri eman dute, eta ondestea ukitu da eta normal dago. Erantzun osoa berresteko, errektoskopia bat eskatu da. Aurkikuntza hauetako zeinek EZ du aditzera ematen erantzun kliniko osoa denik?

a) Orbain zuri eta lauak.
b) Telangiektasiek.
c) Mukosaren hondar-nodularitateak.
d) Ultzerarik ez edukitzeak.

493.- Aurreko bi galderen kasuan, baieztatzen da erantzun kliniko osoa lortu dela, eta "watch and wait" programa bat hasi da. Jarraipen-proposamen hauetako zein da EGOKIENA lehenengo bi urteetan?

a) Pelbiseko EMN, ondesteko ukipena eta errektoskopia 3-4 hilean behin, eta tap OTA 6 hilean behin.
b) Ondesteko ukipena eta errektoskopia 6 hilean behin, eta tap OTA zein pelbiskeo EMN urtean behin.
c) Tap OTA, pelbiseko EMN, errektoskopia eta ondesteko ukipena, 6 hilean behin.
d) Tap OTA, pelbiseko EMN, errektoskopia eta ondesteko ukipena urtean behin.

494.- **75 urteko gizonezko batek prostatako adenokartziomaren anatomia patologikoa (RT 2025) du, muineko, bihotzeko eta neuropatia periferikoko erasana duen amiloidosiarekin (Darutumumab hilekoa), eta larrialdietara joan da 24 ordu doalako abdomeneko mina izaten. Abdomenaren beheko erdian minarekin eta defentsa ditu, eta Blumberg-en positiboa da. Odol-analisian hauek ikusi dira: 190ko PCEa eta 15.000 leukozito mm3 bakoitzeko, 3 arkurekin. Premiazko OTA bat eskatu da, eta hau jakinarazi digute: "2B WSES dibertikulitis akutu konplikatua (3 cm-ko kolekzioa + urrutiko pneummoperitoneoa, pelbisean libre dagoen likido-kopuru txikiarekin)". Egoera horren aurrean, zein da kirurgia-estrategia EGOKIENA?**

a) Laparoskopia esploratzailea, garbiketak eta drainatzea.
b) Sigma erauztea kolostomia terminalarekin (Hartman-en prozedura).
c) Sigma erauztea anastomosi primarioarekin.
d) Kalteak kontrolatzeko kirurgia: Sigma erauztea, VAC sistema eta "second look" erauzketa.

495.- **55 urteko emakume batek ez du aurrekari pertsonal interesgarririk, eta larrialdietara joan da hamabi egun doalako eskuineko hobi iliakoan abdomeneko mina izaten. Gernu-infekzioa zuelakoan, duela 72 ordu familiako medikuak antibiotikoak eta analgesikoak eman zizkion ahotik. Iristean, 37.4ºC sukarra eta okupazio-sentsazioa ditu eskuineko hobi iliakoan. Odol-analisian 180 PCE ditu. Premiazko abdomeneko eta pelbiseko OTA bat eskatu da, zeinean plastroi apendikular bat ikusten den, 7 cm-ko abzesu batekin. Zein da tratamendurik EGOKIENA?**

a) Espektro zabaleko antibiotikoa, larruazalean zeharreko drainatzea eta apendizektomia atzeratua (> 8 aste).
b) Premiazko apendizitektomia.
c) Baraua, fluidoterapia, espektro zabaleko antibiotikoak eta behaketa.
d) Premiazko kirurgia: abzesuaren drainatzea eta eskuineko kolektomia.

496.- **35 urteko emakume bat ospitaleratuta dago, kolitis ultzeradun baten debuta duelako, erasan pankolonikoarekin, eta kortikoide-tratamenduan dago dosi osoekin. Azken orduetan 39ºCko sukarra, takikardia >100 t/m, hipotentsioa (90/55ko TA) eta abdomeneko mina izaten hasi da. Abdomeneko erradiografia sinplean heste lodiaren eta pneummoperitoneoaren dilatazio handia ikusten da. Zein tratamendu da EGOKIENA?**

a) Zunda nasogastrikoa, fluidoterapia, espektro zabaleko antibiotikoak eta behaketa.
b) Premiazko kirurgia: kolektomia osoa eta ileostomia terminala.
c) Premiazko kirurgia: proktokolektomia eta ileostomia terminala.
d) Premiazko kirurgia: kolonaren erauzketa segmentarioa eta kolostomia terminala.

497.- **75 urteko gizonezko batek HTAren, hiperkolesterolemiaren eta prostatako hipertrofiaren aurrekari pertsonalak ditu, eta larrialdietara joan da abdomeneko mina eta distentsioa dituelako. Azken egun hauetan ez du haizatu eta ez da libratu. Abdomeneko erradiografia sinple baten ondoren, zeinean heste meharreko lakioen dilatazio orokorra ikusi den, abdomen eta pelbiseko OT bat eskatu da, eta OT horretan buxadura baldintzatzen duen eskuineko kolonaren neoplasia estenosante bat ikusi da. Kasu honetan, zein da aukera terapeutiko EGOKIENA?**

a) Endoprotesiak (Wall-stent) eta kirurgia geroratua jartzea 8-15 egunetara.
b) Tratamendu medikoa (baraua, zunda nasogastrikoa, fluidoterapia, AIEE) ematea buxadura gutxitu/desagertu arte eta kirurgia atzeratua.
c) Premiazko kirurgia: eskuineko kolektomia anastomosi ileokolikoarekin.
d) Premiazko kirurgia: eskuineko kolektomia anastomosirik gabe eta ileostomia terminala eskuineko hobi iliakoan.

498.- **60 urteko emakume bat erretzailea, hipertentsioduna eta gizena (BMI: 36) da. Larrialdietara joan da, bi egun doalako mina izaten ezkerreko hobi iliakoan eta hipogastrioan. Larrialdietara iristean konstante hauek zituen: 38ºC-ko tenperatura, 145/85 mmHg-ko TA, 80 t/m-ko BM eta % 97ko oxigeno-saturazioa. Miaketa fisikoan mina eta defentsa dira nagusi ezkerreko hobi iliakoan, defentsa du eta Blumberg-en positiboa da. Premiazko abdomen eta pelbiseko OTA irudietan, dibertikulitis akutu bat ikusten da sigman, 5 cm-ko abzesu perisigmoideo batekin (1b WSES). Kasu horretan zein da tratamendurik EGOKIENA?**

a) Tratamendu medikoa: baraua, fluidoterapia, analgesia eta zain barneko espektro zabaleko antibotikoa.
b) Premiazko kirurgia: sigmoidektomia laparoskopikoa + babes-ileostomia.
c) Premiazko kirurgia: Hartman-en prozedura.
d) Abzesuaren larruazalean zeharreko drainatzea (OTA/ekografia bidez) + tratamendu medikoa.

499.- **Paziente bat ospitaleratuta dago kirurgiako ospitalizazioko solairuan, aurretik hainbat ebakuntza egin ondoren, atxikiduren ondoriozko heste meharraren buxadura diagnostikatu baitiote. Tratamendu mediko estandarra (dieta absolutua, zunda nasogastrikoa, analgesia eta fluidoterapia) eta kontrol ebolutiboa hasi dira. Testuinguru horretan, aurkikuntza hauetatik zein EZ da premiazko tratamendu kirurgiko baten behar dela pentsarazten digun alarma-datu bat?**

a) Urea eta kreatinina handitzea.
b) Leukozitosia eta PCE handitzea.
c) Azidosia eta hiperlaktazidemia.
d) Min errefraktarioa analgesia pautatuan.



500.- **Poliposi adenomatoso familiarraren anatomia patologikoa duen 18 urteko paziente bati kontrol endoskopikoetan polipo gaineko adenokartzioma bat ikusi zaio eskuineko kolonean. Aurkikuntza horien aurrean, kirurgia-proposamen hauetako zein EZ zaio eskaini behar pazienteari?**

a) Babes-ileostomiarik gabeko protokolektomia konpontzailea.
b) Babes-ileostomia duen protokolektomia konpontzailea.
c) Eskuineko kolektomia onkologikoa eta jarraipen endoskopikoa.
d) Kolektomia osoa ileoneko eta ondesteko anastomosiarekin.