Osakidetza



ETXEKO OSPITALIZAZIOKO MEDIKU FAKULTATIBO ESPEZIALISTA

GALDERAK

1.- Non eta noiz sortu zen etxeko ospitalizazioa?

a) Pariseko Tenon ospitalean 1951n.
b) New Yorkeko Guido Montefiori ospitalean 1949an.
c) Pariseko Tenon ospitalean 1950ean.
d) New Yorkeko Guido Montefiori ospitalean 1947an.

2.- Etxeko ospitalizazioko arretak ezaugarri du zainketa espezializatuak ematea. Zein dira zainketa horien ezaugarriak?

a) Intentsitatea (bisita bat edo gehiago egunero), ospitaleko berezko konplexutasuna eta iraupen mugagabea.
b) Konplexutasun txikia, iraupen mugatua eta intentsitate txikia.
c) Iraupen mugatua eta iragankorra, bisiten intentsitatea eta ospitaleko berezko konplexutasuna.
d) Bisiten intentsitate txikia, iraupen mugagabea eta konplexutasun txikia.

3.- Etxeko ospitalizazioan, zaintzaileak oinarrizko zutabea dira, eta sostengua, batetik, pazienteentzat eta, bestetik, profesionalentzat. Osasun-langileek irakatsita hainbat teknika erabiltzen eta haietaz arduratzen ikas dezakete, honako hauetako bat IZAN EZIK:

a) Zain-kateterra manipulatzea botikak (antibiotikoak, diuretikoak eta abar) emateko.
b) Larruazalpeko injekzioak (morfina, intsulina eta abar).
c) Maskuriko zunda iraunkorraren aldaketak.
d) Zunda nasogastrikoaren edo gastrostomiaren arloko zainketak, eta haietatik ponpa edo grabitate bidez elikatzea.

4.- Zein EZ da Etxeko Ospitalizazioko Unitateetan emandako arretaren ezaugarri bat?

a) Konplexutasuna.
b) Esku-hartze soziala.
c) Intentsitatea.
d) Iragankortasuna.

5.- Etxeko ospitalizazioa definitzen EZ duen baieztapena adierazi:

a) Ospitaleetan emandako prozedura diagnostikoen, terapeutikoen eta zainketen antzekoak etxean egiteko gai den alternatiba asistentziala.
b) Arreta hori osasun-langile espezializatuek ematen diete bestela ospitale bateko arreta beharko luketen pazienteei, epe mugatu batean.
c) Epe luzeko zainketetara, prebentzio-neurrietara eta osasun-hezkuntzara bideratuta dago.
d) Etxeko ospitalizazioko unitate batzuen helburuak ez definitzeak eskumen-gatazkak eragin ditu lehen mailako arretaren eta ospitaleen artean.

6.- «Produktibitatea hobetzea eta kostuak optimizatzea» helburu estrategikoa neurtzeko, zein adierazle erabiliko dugu?

a) Balorazioa 48 ordu baino gehiago luzatzen zaien pazienteen %-a.
b) Ingresatutako paziente kopurua.
c) Ponderatutako altak.
d) Batez besteko egonaldia.

7.- Etxeko ospitalizazioaren helburu nagusia da gizarte- eta familia-ingurunean ahalik eta tratamendurik eraginkorrena eta efikazena ziurtatzea, eta hartarako autonomia funtzionala eta pertsonala indartzen duen arreta pertsonalizatua eskaintzea. Jarduketa-eredu hauetako zeinek adierazten du hoberen etxeko ospitalizazioko jarduera asistentziala?

a) Alta goiztiarraren eredua: pazienteak ospitalizazio-eremutik datoz, eta xedea da batez besteko egonaldia murriztea.
b) Ordezkapen-eredua: pazienteak larrialdietatik, kontsultetatik, lehen mailako arretatik eta zentro soziosanitarioetatik datoz, eta xedea da ohiko ospitalizazioa saihestea.
c) Eguneko ospitalearen eredua: pazienteek ospitale-mailako arreta edo teknikak behar dituzte, baina ez dute ospitalizaziorik behar (PEGeko [larruazalean zeharreko gastrostomia endoskopikoa] ordezko piezak, ZB medikazioa, parazentesia, transfusioak eta abar).
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

8.- Karnofsky-ren balorazio funtzionaleko eskalari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Pazienteak eguneroko jardueretarako duen gaitasunaren berri ematen digu.
b) Patologia onkologiko eta ez-onkologikoetarako hilkortasun-elementu iragarle independentea da.
c) Ospitaleko erabaki klinikoak hartzeko balio du, bai eta pazientearen gaixotasunaren tratamenduaren inpaktua eta pronostikoa neurtzeko ere.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

9.- Paziente bat etxeko ospitalizazioan ingresatzeko funtsezko baldintzetako bat da pazienteak zaintzaile bat izatea, eta zaintzailea, baliozkoa eta gai izateaz gain, funtzio hori betetzeko prest egotea. Zaintzailearen balorazioari dagokionez, Zanit testari buruzko hau egia da:

a) Zaintzaileen gainkarga subjektiboaren maila neurtzeko aukera ematen du.
b) Testak 25 item ditu, eta haietan zaintzaileak gaixoaren zaintzari buruzko kexak azaltzen ditu.
c) Zaintzailearen gainkarga-maila ezarri ondoren, hark eskatzen badu baino ez da berriz ebaluatzen.
d) % 75etik gorako puntuazioak zaintzailearen gainkarga handia adierazten du.

10.- Etxeko ospitalizazioko unitateetako zainketen euskarri-egiturari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Ohiko ospitalizazioaren alternatibetan sartzen dira.
b) Oinarrizko Arreta Unitateetan antolatzen dira; profesional mediko batek eta erizaintzako bizpahiru profesionalek osatzen dute.
c) Ingurune komunitarioan Etxeko Ospitalizazioko Unitateak baino ez du ematen aringarrien beharra duten pazienteen arreta, konplexutasun-maila edozein dela ere.
d) a) eta b) zuzenak dira.

11.- Etxeko ospitalizazioa ohiko ospitalizazioaren alternatiba bat da haurren gaixotasun onkologikoaren fase guztietan, eta aukera ematen du pazientearen etxera ospitaleko esperientzia profesionala eta materiala eramateko. Modalitate asistentzial hori ezartzeak aukera ematen die haurrari eta haren familiari etxean denbora gehiago egoteko. Testuinguru horretan, zein da zuzena?

a) Etxeko lehen bisita, oro har, diagnostiko berria duten pazienteei alta eman eta gutxira egiten da. Lehen bisitaren helburua da pazientea baloratzea eta zainketen jarraitutasuna bermatzea, eta horrez gain, aukera ematea familiaren eta etxebizitzaren baldintzak oinarrizko ikuspegitik ebaluatzeko.
b) Gurasoentzat, lehen bisitan osasun-taldea etxean egotea konfiantza-iturri bat da, eta aukera gehigarria ere ematen du gaixotasunak eta haren tratamenduak sortutako zalantzak argitzeko.
c) Telefono bidezko komunikazioa ohikoa eta pazientearen egoera klinikoaren araberakoa da; hala, deien maiztasuna handiagoa izaten da diagnostikoa oso berria denean edo gaixotasuna fase terminalean dagoenean.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

12.- Etxeko ospitalizazioan bete behar diren zerbitzu- edo eginkizun-zorroaren barruan, zein da zuzena?

a) Asistentziala edo ospitalean oinarritutako etxeko arreta.
b) Ikerkuntza kliniko, sozial eta epidemiologikoko azterlanak.
c) Etengabeko prestakuntzako jarduerak, saio klinikoen, lan-tailerren eta prestakuntza-ikastaroen bidez.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

13.- Zein EZ da paziente bat etxean ospitaleratzeko irizpidea?

a) Lehen Mailako Arretatik bidalitako paziente klinikoki egonkorra.
b) Pazienteak diagnostiko finkatua du, eta ospitaleko zainketak behar ditu oraindik.
c) Pazientea ospitalean ingresatuta dago proba diagnostiko geroraturen bat egiteko zain bakarrik, eta ospitaleko tratamendua behar du oraindik.
d) Pazienteak baldintza soziofamiliar egokiak ditu tratamendua etxean jarraitzeko.

14.- Markatu aukera zuzena:

a) Etxeko ospitalizazioak infekzio nosokomialen arriskua murrizten du, eta pazientearen narriadura funtzionala minimizatzen du.
b) Etxeko ospitalizazioko egonaldiak ez du tratamendu kronikoekiko atxikimendua hobetzen.
c) Etxeko mikrobioen aurkako zainbarneko tratamenduak ez du eraginik izan infekzioen ospitale barruko transmisioa murrizteko.
d) Etxeko ospitalizazioan gehien erabiltzen diren antibiotikoak egunean dosi zatikatuetan eman daitezkeenak dira.

15.- ETXOSPko osasun mentalaren arloko zerbitzu-zorroak honako patologia psikiatriko hauei buruzko prozedura diagnostikoak eta terapeutikoak barne hartzen ditu, bat IZAN EZIK:

a) Nahasmendu psikotiko kronikoak.
b) Depresio-nahasmenduak.
c) Elikadura-portaeraren nahasmendua.
d) Fase maniako egonkortuak.

16.- Etxeko ospitalizazioaren eredu asistentzialari dagokionez, zein da zuzena?

a) Etxeko ospitalizazioak gainerako maila asistentzialetatik aparte funtzionatu behar du.
b) Lehen mailako arretarekiko, ospitale-zerbitzuekiko eta gizarte-baliabideekiko koordinazioa ereduaren funtsezko elementua da.
c) Koordinazio klinikoa ospitaleko zerbitzuetatik datozen zaintza aringarrietako paziente konplexuetan baino ez da beharrezkoa.
d) Jarraitutasun asistentziala ez da etxeko ospitalizazioaren helburuetako bat, lehen mailako arretarena baizik.

17.- Etxeko ospitalizazioan dagoen ebidentziari buruzko baieztapen hauetako zein da zuzenena?

a) Etxeko ospitalizazioak, edozein paziente motaren kasuan, ohiko ospitalizazioa baino hobea dela erakutsi du.
b) Ebidentziak hautatutako pazienteengan duen erabilgarritasuna babesten du, bereziki ingresuaren edo alta goiztiarraren alternatiba gisa, eta kasu askotan ohiko ospitalizazioarekin konparatzeko moduko emaitza klinikoak ditu.

c) Etxeko ospitalizazioak emaitza ekonomikoak bakarrik hobetzen ditu, baina klinikoak ez, ezta pazientearen eta senideen gogobetetzeari buruzkoak ere.
d) Eredu asistentzial honi buruzko ebidentzia zientifiko garrantzitsurik ez dago ondorioak atera ahal izateko.

18.- Gaixotasun kroniko konplexuak dituen pazientearenganako arretan, etxeko ospitalizazioak balio-ekarpena egiten du. Zergatik, batez ere?

a) Luzetarako estratifikazioa eta jarraipena egiteko beharra ezabatzen duelako.
b) Paziente konplexuetan, larriagotzeei eta trantsizio asistentzialei modu integralean heltzen laguntzen duela
c) Familiako zainketa informalak erabat ordezten dituelako.
d) Plan terapeutiko indibidualizatuaren garrantzia murrizten duelako.

19.- Etxeko ospitalizazioko komunikazio klinikoari dagokionez, zein da zuzena?

a) Informazio kliniko garrantzitsua batez ere familiari baino ez zaio eman behar, nahiz eta pazientea oraindik gai izan, senideek hala eskatuz gero.
b) Bizilekuak informazio kliniko egituratuaren garrantzia murrizten du.
c) Komunikazioa etxeko testuingurura egokitu behar da, pazientearen autonomia eta informaziorako duen eskubidea errespetatuta.
d) Oro har, kontraindikatuta dago berri txarrak etxean ematea.

20.- Etxeko ospitalizazioko pazientearen segurtasunari dagokionez, zein da zuzena?

a) Etxean ez da protokolorik behar, arreta indibidualizatua delako.
b) Pazientearen segurtasuna, funtsean, mediku arduradunaren esperientziaren eta prestakuntzaren araberakoa da.
c) Protokolizazioa, pazienteen hautaketa egokia eta monitorizazio klinikoa funtsezko elementuak dira praktika segurua izan dadin.
d) Segurtasun klinikoak garrantzi txikiagoa du pazientearen erosotasunak baino.

21.- Elementu hauetako zein sartzen da etxeko ospitalizazioko unitate bati aplikatu beharreko kalitatearen eta kudeaketa klinikoaren ikuspegian?

a) Adierazlerik ez egotea, ereduaren malgutasuna zaintzeko eta eguneroko praktika klinikoan etengabeko berrikuntza ahalbidetzeko.
b) Emaitzen aldizkako ebaluazioa, prozesuka antolatutako jarduera eta baliabideen egokitzapena.
c) Pazienteen patologia motaren arabera espezializatutako atal independenteetan antolatzea.
d) Koordinazioa kentzea, kostuak areagotzen dituela iritzita.

22.- Elementu hauetako zein EZ da, berez, etxeko ospitalizazioan sartzeko ezinbesteko baldintza?

a) Pazienteak eta/edo zaintzaileak eredu asistentzial hori onartzea.
b) Egonkortasun kliniko nahikoa.
c) Pazientearentzat beharrezkoa den zainketa-planerako laguntza egokia eta arrazoizkoa egotea etxean.
d) Farmakoak bere kabuz emateaz arduratzen den lehen mailako senide batekin nahitaez bizitzea.

23.- Etxeko ospitalizaziorako pazienteak hautatzeko prozesuari dagokionez, baieztapen hauetako zein da EGOKIENA?

a) Batez ere oinarrizko gaixotasunak dakar ingresua erabakitzea, ingurunea edozein dela ere.
b) Balorazioak egoera klinikoa, etxea, zaintzeko gaitasuna eta ekipoaren irisgarritasuna barne hartu behar ditu.
c) Erabakia mediku ebaluatzaileari baino ez dagokio.
d) Pazienteak zainbarneko antibioterapia behar duenean baino ez da etxea baloratu behar da.

24.- Etxeko ospitalizazioko unitate batean, hauetako zein hartzen da gehiago emaitza-adierazletzat jarduera-adierazletzat baino?

a) Hileko ingresuen, alten eta *exitus*en kopurua.
b) Patologien arabera egituratutako batez besteko egonaldia.
c) Etxera egindako bisiten kopurua.
d) Pazientearen eta familiaren gogobetetzea.

25.- Etxeko ospitalizazioko kalitate asistentzialari dagokionez, zein da zuzena?

a) Kateterrekin lotutako kontrako gertaerak edo Larrialdietara egindako ustekabeko bisitak ez dira kalitate-ebaluazioan sartu behar.
b) Kalitate-ebaluazioak jardueraren, prozesuaren, emaitzaren eta segurtasunaren adierazleak izan behar ditu.
c) Etxearen erosotasuna dela-eta, protokolizazioa oso zaila eta alferrikakoa da.
d) Pazientearen eta zaintzaileen gogobetetzeak ez du baliorik kalitate-neurri gisa.

26.- Bihotz-gutxiegitasuna, BGBK eta narriadura funtzional progresiboa dituen paziente pluripatologiko bat etxeko ospitalizazioan artatzen ari dira azken urtean zenbait ingresu izan ondoren. Kasu horretan, jarduera hauetako batek modurik ONENEAN erakusten du ikuspegi asistentzial egokia zein den. Zein?

a) Heltze esklusiboki episodikoa egitea, egungo deskonpentsazio akutua konpontzea ardatz izanik.
b) Ingresua eragin zuen gaixotasunari arreta ematea lehenestea, eta gainerako arazoen azterketa jarraipen anbulatorioa egin arte atzeratzea.

c) Barne hartzea deskonpentsazioaren tratamendua, balorazio funtzionala, azterketa terapeutikoa, zainketen plangintza eta lehen mailako arretarekiko koordinazioa.
d) Esku-hartzea egonkortasun klinikoa baieztatzera mugatzea, alta bizkortzeko.

27.- Paziente bat etxeko ospitalizazioan artatzen ari dira. Pazienteak gaixotasun kroniko aurreratua eta hauskortasuna ditu, eta ingresu ugari izan ditu aurretik. Ikuspegi hauetako zein egokitzen zaio HOBEREN kalitate handiko eredu asistentzialari?

a) Arreta ingresua eragin zuen berehalako arrazoi klinikoan bakarrik jartzea.
b) Gertakari akutua konpontzea eta balorazio funtzional, pronostikoa eta terapeutikoa hurrengo maila asistentzialera atzeratzea.
c) Gertakari akutuaren tratamendua, balorazio integrala, kontziliazio terapeutikoa eta asistentziaren jarraitutasunaren plangintza konbinatzea.
d) Alta goiztiarra lehenestea beste edozein alderdiren aurrean, baliabidean txandaketa ahalik eta handiena izan dadin.

28.- Gaixotasun aurreratua eta progresiboa duen paziente baten etxeko arretan, komunikazio klinikoari buruzko baieztapen hauetako zein da EGOKIENA?

a) Familiak informazioaren hartzaile nagusi gisa jardun behar du, betiere pazientearekin batera bizi bada.
b) Pazientearen nahiaren, ulermen-gaitasunaren eta testuinguru klinikoaren arabera modulatu behar da egiazkotasuna.
c) Sufrimendurik egon ez dadin, pronostikoa sistematikoki alde batera utzi behar da.
d) Informazio garrantzitsua hasierako elkarrizketa bakar batean eman behar da, gerora kontraesanik egon ez dadin.

29.- Etxeko ospitalizazioko diziplina anitzeko lanketari dagokionez, zein da zuzena?

a) Hainbat profesionalek parte-hartzeak antolaketa konplexuago bihurtzen du, eta, beraz, aringarrietako pazienteentzat edo paziente kroniko konplexuentzat baino ez da erabili behar.
b) Diziplina anitzeko ereduak aukera ematen du pazientearen premia klinikoei, funtzionalei, sozialei eta hezkuntzakoei hobeto erantzuteko.
c) Hainbat eremutako profesionalen esku-hartzea euskarri teknologiko konplexua dagoenean bakarrik justifikatzen da.
d) Hainbat profil profesional egoteak zaildu egiten du jarraitutasun asistentziala, eta ahal den guztietan saihestu behar da.

30.- Etxeko ospitalizazioko gertakari batean plan terapeutikoaren bideragarritasuna arriskuan jartzen duten zailtasun soziofamiliarrak hautematen dira. Zein da jarduketarik EGOKIENA?

a) Gertakariari eustea tratamendu medikoa bete daitekeen bitartean, nahiz eta agerikoa izan ingurunea eskasa dela.
b) Gizarte-zailtasunak etxeko ospitalizazioaren eremutik kanpokotzat jotzea.

c) Gizarte-lanarekin eta beste baliabide batzuekin koordinatuta, laguntza-plana egokitu beharra eta zer laguntza-neurri behar diren baloratzea.
d) Atzemandako edozein gizarte-arazoren aurrean etxeko ospitalizazioa automatikoki etetea, gizarte- eta familia-laguntza egokia izatea ezinbestekoa baita modalitate asistentzial honetan.

31.- "Kudeaketa kliniko"aren definizio klasikoaren arabera, kudeaketa klinikoa honela ulertzen da:

a) Aurrekontu-kontrolen neurriak bakarrik aplikatzea.
b) Baliabide intelektualak, teknologikoak, antolaketakoak eta giza baliabideak erabiltzea, gaixoak ahalik eta hoberen zaintzeko.
c) Klinika administrazio-kudeaketaz ordeztea.
d) Erabaki klinikoak kanpoko organoei eskuordetzea.

32.- Kudeaketa klinikoa ezartzeko metodologian, zein tresnak mugatzen ditu unitate baten jarduera, prozedurak eta egokitzapen-irizpideak?

a) Urteko memoria ekonomikoak.
b) Zentroaren barne-araudiak.
c) Zerbitzu-zorroak.
d) Gogobetetasun-inkestak.

33.- Kudeaketa klinikoaren oinarrietako bat da honako hauek erabakitze-gaitasun handiagoa izatea:

a) Prozesu asistentzialarekin zuzeneko harremana duten profesionalek.
b) Zentrotik kanpoko organo politikoek.
c) Hornitzaile teknologikoek.
d) Asistentzialak ez diren zerbitzuek.

34.- Kudeaketa klinikoa honako honekin zuzenago lotzen da:

a) Prozesu asistentzialak ezagutza klinikoan oinarrituta hobetzearekin.
b) Plantillen murrizketa linealarekin.
c) Osasun-emaitzetatik kanpoko homogeneizazio administratiboarekin.
d) Aldagarritasun klinikoa kontabilitate-arlokoak baino ez diren irizpideen bidez mugatzearekin.

35.- Hona hemen kudeaketa klinikoa berariazko gaikuntza behar duen arlotzat hartzeko argudio nagusia:

a) Bere erabakiek eragin asistentzial txikia dute.
b) Konplexutasun tekniko txikiko funtzioa da.
c) Gaitasun espezifikoak behar ditu, bere erabakiek pazienteen osasunean eragina dutelako.
d) Prestakuntza araututik kanpo geratu behar da.

36.- Zein da eredu asistentzial berrien garapena gehien bultzatzen duen faktoreetako bat?

a) Gaixotasun kronikoak pixkanaka desagertzea.
b) Bizi-itxaropena eta mendekotasun-egoerak handitzea.
c) Adinekoen konplexutasun klinikoa murriztea.
d) Koordinazio soziosanitarioaren alferrikakotasuna.

37.- Laguntza soziosanitarioaren esparruan, zein da osasun- eta mendekotasun-beharrak dituzten pazienteentzako erantzunik egokiena?

a) Osasun- eta gizarte-baliabideen arteko bereizketa zorrotza edukitzea.
b) Arreta instituzionala bakarrik lehenestea.
c) Zainketen jarraitutasuna ohiko ingurunean ahalbidetzen duten eredu koordinatuak eratzea.
d) Etxeko esku-hartzea egoera terminaletarako baino ez uztea.

38.- Erakunde sanitario konplexu batean, osasun-langileen eginkizun berria zertara dago bideratuta batez ere?

a) Beren funtzioa exekuzio tekniko bakartura mugatzea.
b) Erantzukizun partekatuak hartzea, sarean lan egitea eta eginkizun berrietara egokitzea.
c) Diziplinarteko komunikazioa murriztea.
d) Praktika klinikoa antolaketa-helburuetatik bereiztea.

39.- Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategian, honako hau da zein populazioren gainean esku hartzea hautatzeko funtsezko tresna bat:

a) Profesionalen aldizkako txandakatzea.
b) Populazioa arriskuaren araberako estratifikatzea.
c) Lehen mailako arretaren ordez kontsulta monografikoak egitea.
d) Patologia anitzeko pertsona guztien ospitaleko ingresu goiztiarra.

40.- Kronikotasun-estrategiak eta SEMI-semFYC adostasun-dokumentuak pazienteari buruz paradigma hau indartzen dute:

a) Pazientea informatuta, aktibo eta bere gaixotasunaren kudeaketarekin konprometituta dago.
b) Pazientea jarraibideen hartzaile pasiboa da.
c) Pazientea erabakiak hartzetik aldenduta dago.
d) Pazientea ospitale-mailaren mende baino ez dago.

41.- Gaixotasun kronikoak dituen pazientea artatzeko sustatutako eredua honako hauetan oinarritzen da:

a) Arreta integralean, jarraitutasun asistentzialean eta sektore artekotasunean.
b) Hiperespezializazio bakartuan eta nahitako zatiketan.
c) Ospitaleko zentralizazio esklusiboan.
d) Planifikaziorik gabeko arreta episodikoan.

42.- Paziente kronikoarenganako arretan, zer eginkizun bete behar du batez ere lehen mailako arretak?

a) Maila periferikoarena, koordinazio-funtziorik gabe.
b) Osasun- eta gizarte-zainketetarako sarbide ordenatua koordinatzeko ardatzarena.
c) Administrazio-zereginetan bakarrik zentratutako baliabidearena.
d) Ospitalearekiko baliabide subsidiarioarena.

43.- Birtualki bakarra den historia kliniko elektronikoa, zergatik da bereziki garrantzitsua?

a) Beste eremu batzuetatik datorren informaziorako sarbidea mugatzen duelako.
b) Jarraitutasun asistentzialerako baliagarria den informazio klinikoa, soziala eta prebentiboa integratzeko aukera ematen duelako.
c) Profesionalen arteko komunikazioa ordezten duelako.
d) Luzetarako datuak erregistratzeko beharra gutxitzen du.

44.- SEMI-semFYC adostasun-dokumentuan, autozaintzari buruzko heziketa pazienteari informazioa emate hutsetik bereizten da. Zergatik?

a) Ezagutza teknikoak transmititzera mugatzen delako.
b) Arazoak konpontzeko eta autoefikazia hobetzeko trebetasunak irakasten dituelako.
c) Familia prozesutik kanpo uzten duelako.
d) Ospitaleratutako pazienteentzat baino ez delako.

45.- Zein da paziente kroniko konplexuen jarraitutasun asistentziala sustatzeko aukera berritzaileetako bat?

a) Familiako mediku eta erizainek eta ospitaleko barne-medikuntzako mediku eta erizainek aliantza egitea.
b) Lehen mailako arretaren eta ospitalearen arteko bereizketa funtzionala.
c) Plan partekaturik gabeko bideratze sistematikoa.
d) Lidergo klinikoa ezabatzea.

46.- Kaiser Iraunkorra ereduaren analisiak jardunbide egokiak (maila makro, meso eta mikroan, hurrenez hurren) nabarmentzen ditu era honetan:

a) Finantzaketa kapitatibo, kanpo-ikuskapen eta koordainketa modura.
b) Populazio-osasun, arreta integratu eta gaixotasun-kudeaketa modura.

c) Arreta urgente, ospitalizazio intentsibo eta alta goiztiar modura.
d) Oinarrizko ikerketa, kanpo-kontratazio eta azpiespezializazio modura.

47.- Kaiser Iraunkorra ereduan, ospitalizazioa batez ere honela interpretatzen da:

a) Sistemaren helburu nagusi modura.
b) Lehen mailako bikaintasun-adierazle baten modura.
c) Minimizatu beharreko gertaera baten modura, zeina neurri handi batean sistemaren akastzat hartzen den.
d) Kronikotasun egonkorreko alternatiba lehenetsi modura.

48.- Zein ezaugarri du Kaiser Iraunkorreko lidergo klinikoak?

a) Klinika guztiz egotea administrazio kudeaketaren mende.
b) Klinikoen eta kudeatzaileen arteko lankidetza-proiektu bat, erantzukizun partekatuekin, eta prozesu asistentzialak lehenetsita.
c) Pizgarri komunik ez egotea.
d) Medikuen eta erakundearen arteko erabateko independentzia.

49.- Kaiser Iraunkorreko lehen mailaren ahalmen erabakitzailea indartzeak zer hartzen du oinarri?

a) Lehen mailako arretako zentro handiak, baliabide diagnostiko eta terapeutiko handiekin, eta espezialistekin batera lan eginda.
b) Ospitalerako deribazio goiztiar eta sistematikoa.
c) Paziente kronikoen programak ezabatzea.
d) Arreta maila estankoen arabera zatikatzea.

50.- Hauetako zein EZ da hartzen Kaiser Iraunkorra ereduaren arrakastaren ezaugarritzat?

a) Prebentzioa, detekzio goiztiarra eta heziketa sanitarioa nabarmentzea.
b) Gaixotasun kronikoen kudeaketa aktibo eta koordinatua.
c) Ebidentzian oinarritutako osasun-arreta.
d) Maila asistentzialen arteko nahitako zatiketa.

51.- “Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategia”ren arabera, zein izan da tradizionalki osasun-sistemaren ikuspegi nagusia?

a) Prebentzio komunitarioan oinarritutako arreta.
b) Gaixotasun akutuetan eta bizitza-erreskatean oinarritutako arreta.
c) Kronikotasun konplexuari lehentasunezko arreta ematea.
d) Etxeko zainketetan baino oinarritzen ez den eredua.

52.- “Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategia”k zein elementu hartzen du funtsezkotzat kronikotasunari aurre egiteko?

a) Ospitaleetako oheak gehitzea bakarrik.
b) Lehen mailako arreta, ospitaleko arreta eta gizarte-zerbitzuak integratzea.
c) Autonomia profesionala murriztea.
d) Asistentzia guztia hirugarren mailako ospitaleetan zentralizatzea.

53.- “Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategia”ren arabera, zein eginkizun bete behar du paziente kronikoak?

a) Eginkizun pasiboa erabakiak hartzean.
b) Osasun-sistemaren mende egotea esklusiboki.
c) Bere gaixotasunaren kudeaketan parte-hartze aktiboa izatea.
d) Zainketak guztiz uztea profesionalen esku.

54.- “Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategia”ren arabera, zein eginkizun dute informazioaren teknologiek osasun-sistemaren eraldaketan?

a) Tresna administratibo hutsak dira.
b) Bigarren mailako garrantzia dute aurrerapen medikoen aldean.
c) Funtsezkoak dira paziente kronikoaren arloan koordinazioa, jarraipena eta arreta hobetzeko.
d) Konplexutasun handiko ospitaleetan baino ez dira baliagarriak.

55.- Zein kontzeptu-aldaketa proposatzen du “Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategia”k osasun-kudeaketari dagokionez?

a) Ospitaleko egitura bakartuak kudeatzea.
b) Adierazle ekonomikoak baino ez lehenestea.
c) Osasun-sistema integratuak kudeatzen ikastea.
d) Maila asistentzialen arteko koordinazioa gutxitzea.

56.- Gaixotasun kronikoak dituen pazientearenganako arreta izeneko adostasun-dokumentuaren arabera (SEMI-semFYC), zein ezaugarrik definitzen du hoberen paziente kroniko konplexua?

a) Gaixotasun akutu automugatuak.
b) Jarraitutasun asistentzialaren eta mailen arteko koordinazioaren beharrak.
c) Ospitaleko arreta esklusiboak.
d) Osasun-baliabideen erabilera txikiak.

57.- Zein antolaketa-ereduk inspiratu ditu kronikoei arreta emateko estrategia moderno asko?

a) Beveridge ereduak.
b) Kaiser Iraunkorra ereduak.
c) Flexner ereduak.
d) Bismarck ereduak.

58.- Zer abantaila nagusi du Etxeko Ospitalizazioak 2017ko Cochrane berrikuspenaren arabera?

a) Hilkortasunaren igoera frogatua.
b) Instituzionalizazioren nahitaezko areagotzea.
c) Ospitaleko egonaldiaren murrizketa.
d) Berringresuen erabateko ezabaketa.

59.- Zein faktore bultzatzen ari dira, batez ere, antolaketa-aldaketak gaur egungo osasun-sistemetan?

a) Gaixotasun kronikoen gutxitzea.
b) Biztanleria zahartzea eta kronikotasuna handitzea.
c) Eskaria asistentzialaren murriztea.
d) Pazienteen konplexutasun kliniko txikiagoa.

60.- Etxeko ospitalizazioari buruzko 2017ko Cohrane berrikuspenaren arabera, ohiko ospitalizazioaren aldean, etxeko ospitalizazioko hilkortasuna:

a) Nabarmen handiagoa da.
b) Nabarmen txikiagoa da.
c) Ez du desberdintasun klinikoki nabarmenik.
d) Paziente kirurgikoetan baino ez da gutxitzen.

61.- Zein da etxeko ospitalizazioaren (ETXOSP) antolaketa-abantaila nagusietako bat?

a) Ohiko ospitalizazioa erabat ordezkatzea.
b) Ospitaleko batez besteko egonaldia handitzea.
c) Jarraitutasun asistentziala bultzatzea, eta ohiko ingresuak nahiz egonaldiak murriztea.
d) Arreta espezializatua ospitale-eremura mugatzea.

62.- Zein da lehentasunezko alderdia kronikotasunaren arretarako eredu modernoetan?

a) Arreta zatituta egotea maila asistentzialen artean.
b) Lehen mailako arretaren, ospitaleko arretaren eta arreta sozialaren arteko koordinazioa.

c) Akutuen ospitalearen nagusitasun esklusiboa.
d) Pazientearen autonomia murriztea.

63.- Zein faktorek laguntzen du etxeko ospitalizazioa hedatzen?

a) Biztanleria-zahartzearen beherakadak.
b) Gaixotasun akutu isolatuen gorakadak.
c) Kronikotasuna eta konplexutasun klinikoa areagotzeak.
d) Berrikuntza teknologikoa murrizteak.

64.- Zein elementu da ezinbestekoa etxeko ospitalizazioko segurtasun klinikorako?

a) Protokolorik ez egotea.
b) Maila asistentzialen arteko komunikazio eta koordinazio eraginkorra.
c) Lehen mailako arreta baztertzea.
d) Arreta telefonoz bakarrik ematea.

65.- Kudeaketa klinikoarekin lotuta, honako hauetatik zein da egia praktika asistentzialaren justifikatu gabeko aldakortasunari buruz?

a) Kalitatea hobetzen du beti.
b) Ebidentzia zientifikoaren bidez murriztu behar da.
c) Efizientziarako ez du garrantzirik.
d) Segurtasun klinikoa automatikoki areagotzen du.

66.- Zein da osasun-sistema integratuen lehentasunezko helburua?

a) Asistentzia zatikatzea.
b) Pazientearen esperientzia eta emaitzak optimizatzea.
c) Adierazle ekonomikoak soilik lehenestea.
d) Irisgarritasun sanitarioa murriztea.

67.- Elementu hauetako zeinek laguntzen du gehien, paziente kroniko konplexuetan, jarraitutasun asistentziala hobetzen?

a) Profesionalen eta maila asistentzialen arteko koordinazioak.
b) Ospitaleko kontsulten hazkunde isolatuak.
c) Altaren osteko jarraipena murrizteak.
d) Arreta espezialitateen arabera zatikatzeak.

68.- Zein eginkizun dute informazioaren teknologiek etxeko ospitalizazioan?

a) Erabilgarritasun kliniko eskasa.
b) Monitorizazioa eta koordinazio asistentziala errazten dituzte.
c) Balorazio medikoa erabat ordezten dute.
d) Ospitaleko ingresuak areagotzen dituzte ezinbestean.

69.- Zein da Kaiser Iraunkorra ereduaren bereizgarri den kudeaketa sanitarioaren ikuspegia?

a) Arreta zatikatua eta erreaktiboa.
b) Populazioaren kudeaketa proaktibo eta integratua.
c) Ospitaleko arretaren nagusitasun esklusiboa.
d) Profesionalen parte-hartze eskasa.

70.- Zein antolaketa-printzipio da funtsezkoa paziente kroniko konplexuentzako etxeko ospitalizazioan?

a) Arreta episodiko isolatua.
b) Diziplina anitzeko integrazio asistentziala.
c) Akutuen ospitalearen esklusibotasuna.
d) Jarraipen klinikoa murriztea.

71.- Medikuaren eta pazientearen arteko harremanaren bilakaera historikoan, zein izan zen Estatu Batuetan 1960-1970 hamarkadetan harreman klinikoaren ereduari buruz sortutako mugimendu bioetikoaren eragin nagusia?

a) Paternalismo medikoa behin betiko finkatu zuen, ongintza ezartzen baitu praktika klinikoaren printzipio kardinal ukaezin gisa.
b) Esparru printzipialistaren garapena erraztu zuen —hau da, autonomia, ongintza, kalterik ez egitea eta justizia —, eta esparru horrek medikuaren eta pazientearen arteko harremana berriz eratu zuen parte-hartzaileagoa zen eta gaixoaren autodeterminazioa gehiago errespetatzen zuen eredu baterantz.
c) Eredu informatibo hutsa ekarri zuen, zeinean medikuak bere funtzioa datu objektiboak transmititzera mugatzen baitu, inolako balorazio edo harreman-inplikaziorik gabe.
d) Eredu deliberatiboa juridikoki nahitaezko ezarri zuen mendebaldeko osasun-sistema guztietan.

72.- Medikuaren eta pazientearen arteko harremanean, eredu deliberatiboa zertan bereizten da batez ere eredu interpretatibotik?

a) Eredu deliberatiboak balio medikoak baino ez ditu hartzen kontuan, eta interpretatiboak pazientearenak ere hartzen ditu barne.
b) Eredu deliberatiboan, medikuak, pazienteari zer balio dituen identifikatzen laguntzeaz gain, balioak etikoki zalantzan jartzen ditu, eta pazientearekin arrazoitzen du haren erabakia orientatu beharreko balioei buruz, hezkuntza moral partekatuaren funtzioa eginda.
c) Eredu interpretatiboak baimen informatua sinatzea eskatzen du beti; eredu deliberatiboan, berriz, ez dago halako izapiderik.
d) Eredu deliberatiboa onkologiari eta zainketa aringarriei dagokie, eta interpretatiboa estandarra da lehen mailako arretan.

73.- Pazientearen Autonomia arautzen duen azaroaren 14ko 41/2002 Oinarrizko Legeak "pribilegio terapeutikoa" delakoa aitortzen du. Adierazpen hauetako zeinek deskribatzen du ZUZEN haren arauketa?

a) Medikuak informazioa modu autonomoan eta dokumentatu beharrik gabe mugatu dezake, pazienteari kalte psikologiko larria egingo diola uste badu.
b) 41/2002 Legeak ez dio mugarik ezartzen pazienteak informazioa jasotzeko duen eskubideari; informazio guztia osorik eta berehala transmititu behar da.
c) Informazioa pazientearen osasunarentzat objektiboki kaltegarria izan litekeen salbuespenezko egoeretan, medikuak informazioa mugatu dezake, baina muga hori historia klinikoan dokumentatu behar da beti, eta ezin du inoiz egin pazientearen aurretiazko jarraibideen aurka.
d) Pribilegio terapeutikoa zuzenbide anglosaxoiaren kontzeptu esklusibo bat da, eta ez dago Espainiako ordenamendu juridikoan jasota.

74.- Espainiako Bioetika Batzordeak, Harreman klinikoaren testuinguruko alderdi bioetikoei buruzko txostenean (2022), hauxe ezartzen du telemedikuntzaz medikuaren eta pazientearen arteko harremanari dagokionez:

a) Aurrez aurreko kontsultaren ordezko osotzat hartu behar da, baldin eta pazienteak gailu digital egokiak baditu.
b) Aurrez aurreko kontsultaren osagarri gisa ulertu behar da, eta inoiz ez haren erabateko ordezko gisa; hobekuntza asistentziala dakarrenean erabili behar da, eta medikuntza tradizionalean bermatutako printzipio bioetiko berak bermatu behar dira.
c) Desgaitasunen bat edo arrakala digitala duten pazienteak estrukturalki uzten ditu osasun-arretaren eremutik kanpo.
d) Medikua konfidentzialtasun-betebeharretik askatzen du, komunikazio digitala ez baitago aurrez aurrekoaren araudi beraren mende.

75.- Profesionalari pazienteari informazioa ematea zailtzen dioten oztopoei dagokienez, hauetako zein jotzen da hesi kognitibo-formatibotzat, oztopo emozional edo sistemikoak ez bezala?

a) Profesionala beldur izatea diagnostikoaren berri ematean pazienteari sufrimendua ez ote dion sortuko.
b) Presio asistentziala eta kontsultan denbora gutxi izatea.
c) Komunikazio-trebetasunei buruzko prestakuntza espezifikorik ez izatea eta informazioa pazientearen ulermen-mailara egokitzeko estrategia zehatzak ez ezagutzea.
d) Profesionalak kulturalki uste izatea gaixoak ez duela diagnostikoa ezagutu nahi.

76.- Hastings Center-en txostenean medikuntzaren lau helburu ezartzen dira. Esaldi hauetako zeinek errepikatzen du zehatzenen zaintzari eta arretari buruzko helburua?

a) Gaixotasun guztiak sendatzea eta bizi-itxaropena ahalik eta gehien luzatzea.
b) Gaixoak artatu eta sendatzea, eta sendatu ezin direnak zaintzea.
c) Gaixotasun kronikoak populazio-baheketa masiboko programen bidez prebenitzea.

d) Baliabide sanitarioen kudeaketa eraginkorra, medikuntza sendagarrirako irispide unibertsala bermatzeko.

77.- Hastings Txostenak XX. mendeko medikuntza teknologikoa kritikatzen du, tematze terapeutikoa sortzeagatik. Zer inplikazio du heriotza saihetsezina bizi-prozesuaren alderditzat hartzeak?

a) Medikuntzak heriotzaren aurka borrokatu behar du edozein egoeratan, haren aurrean amore ematea etikoki onartezina baita.
b) Heriotza goiztiarra saihestea helburu legitimoa da, baina, heriotza saihetsezina denean, lasai hiltzea bilatzea ere bada eskubide osoko helburu mediko bat.
c) Heriotza saihetsezina onartzeak esku-hartze mediko oro kentzea esan nahi du, oinarrizko higiene- eta erosotasun-zainketak barne.
d) Heriotza saihetsezina onartzeak onkologiaren eremuan baino ez du garrantzirik, ez etxeko ospitalizazioan.

78.- Adierazpen hauetako zeinek EZ ditu behar bezala islatzen Hastings Txostenak medikuntzaren xedeen erreformari buruz jasotako premisak?

a) Medikuntzak sendatze teknikoari eman dio lehentasuna, sufrimenduari zaintza eta arreta ematearen kaltetan.
b) Prebentzioa eta osasunaren sustapena medikuntzaren funtsezko helburu izan behar dira maila asistentzial guztietan.
c) Txostenak proposatzen duenez, medikuntzak aurrerapen bioteknologikoaren bidez giza hilezkortasuna izan behar du azken helburu.
d) Mina eta sufrimendua arintzea da helburu nagusietako bat, gaixotasunaren sendagarritasuna edozein dela ere.

79.- Berri txarrak komunikatzeari buruzko berrikuspen sistematiko berri batek ondorioztatzen duenez, hartzailean oinarritutako prozesu bat da. Zein da aurkikuntza horren ondorio praktiko zuzenena?

a) Medikua informazioa modu estandarizatuan transmititzera mugatu behar da, pazientearen lehentasun indibidualetara egokitu gabe.
b) Pazientearen premiek, lehentasunek eta egoera emozionalak gidatu behar dituzte komunikazioaren forma, erritmoa eta edukia, prozesua hartzaile bakoitzera modu indibidualizatuan egokituta.
c) Frogatu da berri txarrak jakinarazteko protokoloak ez direla eraginkorrak eta bertan behera utzi behar direla.
d) Berri txarrak psikologo KLINIKO baten aurrean jakinarazi behar dira beti, hark gidatu behar baitu prozesua.

80.- SPIKES protokoloak berri txarrak jakinarazteari buruzko prestakuntza-tresna gisa duen eraginkortasunari buruzko gaur egungo ebidentziak zer frogatu du haren entrenamendu formalari dagokionez?

a) Ez du hobekuntzarik erakutsi trebatutako profesionaletan, trebatu gabekoen aldean, ez gogobetetasunari, ez eta jardunari buruz ere.
b) Hobea da beste edozein esku-hartze komunikatibo baino, eta erabat ezabatzen du pazientearen ondoez emozionala.
c) Profesionalen autokonfiantza eta jarduera komunikatiboa hobetzen ditu, eta eragin positiboa du ikastunaren gogobetetasunean eta emaitza klinikoetan; halere, heterogenotasun metodologikoak metanalisirako aukera mugatzen du.
d) Pediatriako onkologiako testuinguruetan bakarrik erakutsi du eraginkortasuna, eta ez da aplikagarria ez ETXOSPn, ez barne-medikuntzan.

81.- Berri txarrak jakinarazteko SPIKES protokoloan, zein da 'Perception' (P) urratsaren helburua?

a) Pazienteari diagnostikoa azaltzea, eta behar den terminologia medikoa erabiltzea informazioa zehatza dela bermatzeko.
b) Pazientearen berariazko baimena lortzea informazio klinikoa emateko, horri ekin aurretik.
c) Miatzea pazienteak bere egoera klinikoari buruz zer dakien, gertatu zaionaz zer ulertzen duen eta bisitatik zer espero zuen, informazioa aurretik zituen ezagutzetara egokitzeko eta gaizki-ulertuak zuzentzeko.
d) Pazientearen maila sozioekonomikoa identifikatzea, aukera terapeutiko erabilgarriak egokitzeko.

82.- Berri txarrak ematean, pazientearen emozioaren aurreko erantzun enpatikoak sekuentzia espezifiko bat dakar. Zeinek deskribatzen du behar bezala erantzun enpatikorik egokiena?

a) Pazientearen emozioari jaramonik ez egitea eta informazio klinikoa ematen jarraitzea, sufrimendua handiagoa izan ez dadin.
b) Adierazitako emozioa identifikatzea, ozen izendatzea, erreakzioa normalizatzea eta laguntzeko prest agertzea, informazio gehigarriarekin jarraitu aurretik.
c) Pazientea etetea hunkitzen denean, eta plan terapeutikoa laburbiltzea elkarrizketa berriz bideratzeko.
d) Osasun mentalera bideratzea berehala iradokitzea, inpaktu emozionala psikologoak kudea dezan.

83.- Zer da berri txarrak jakinarazteko erabiltzen den aurretiazko abisuaren edo “trantsizio-esaldia”ren teknika?

a) Pazienteari eskatzea baimen informatuaren dokumentua sina dezan edozein informazio diagnostiko jakinarazi aurretik.
b) Berri txarra zuzenean eta berehala jakinaraztea, pazientearen autonomia errespetatzeko eta alferrikako luzapenik egon ez dadin.

c) Jakinaraziko den informazioaren larritasuna aurreratzen duen prestaketa-esaldi bat adieraztea —esaterako, “emaitzak ez dira espero genituenak bezain onak”—, pazienteak, albistea jaso aurretik, bere burua emozionalki prestatzeko denbora izan dezan.
d) Lehenik eta behin, pazientearen senideei ematea diagnostikoari buruzko informazioa, haiek helaraz diezaioten gaixoari.

84.- Telemedikuntza edo telekontsultako testuinguruetan, Espainiako Bioetika Batzordeak (2022) zer gomendatzen du berri txarrak jakinarazteari dagokionez?

a) Berri txarrak beti telefonoz edo bideokonferentziaz jakinarazi behar dira, pazientearen alferrikako joan-etorririk egon ez dadin.
b) Ahal den guztietan, eragin emozional bereziko berriak aurrez aurre jakinarazi behar dira, pribatutasuna, laguntza eta erantzun enpatikoa bermatuta; telekontsulta osagarria izan liteke, baina ez da izango karga emozional handiko informaziorako bide bakarra.
c) Telemedikuntzak arrakala digitala ezabatzen du, eta paziente guztiek berri txarren jakinarazpenerako irispide ekitatiboa dutela bermatzen du.
d) Profesionala konfidentzialtasun- eta intimitate-printzipioetatik salbuetsita dago bideo-kontsultarako plataforma egiaztatuak erabiltzen dituenean.

85.- Albiste txarrak jakinaraztean, jokabide hauetako zein jotzen da DESEGOKITZAT egungo protokoloetan dagoen ebidentziagatik?

a) Hizkera argia, progresiboa eta pazientearen ulermenari egokitua erabiltzea, etenaldiak eginda ulermena egiaztatzeko.
b) Aldez aurretik aztertzea pazienteak nola eta zenbat informazio jaso nahi duen.
c) Informazio guztia azkar eta etenik gabe transmititzea saio bakar batean, pazientearen sufrimendua ez luzatzeko.
d) Pazientearekin batera planifikatzea hurrengo urratsak, eta aukerak eta jarraipen-plan zehatz bat eskaintzea.

86.- Medikuaren eta pazientearen arteko harremana honako premisa hauetan guztietan oinarritzen da, batean izan ezik. Adierazi zein EZ den:

a) Elkarrenganako konfiantza.
b) Fakultatiboaren berezko ontasun handia.
c) Komunikazio eraginkorra.
d) Elkarrekiko errespetua.

87.- Medikuaren eta pazientearen arteko harremana funtsezkoa da arrazoi hauengatik, batengatik izan ezik. Adierazi zein EZ den:

a) Hobekuntza terapeutikoa dakar.
b) Diagnostiko-orientazioa errazten du.
c) Atxikimendu terapeutikoa mugatzen du.
d) Miaketa osagarrien beharra murriztu dezake.

88.- Espainiako Medikuntzako Etika eta Deontologia Kodeak (2022), medikuntza alternatiboei dagokienez, adierazpen hauek guztiak argi eta garbi adierazten ditu, bat izan ezik. Adierazi zein EZ:

a) Arauak behartuta, haietan aritzen diren medikuek dituzten ezagutza zientifiko berriak medikuntza alternatibo beretan aritzen diren medikuei jakinarazi behar dizkiete, inolako lanbide-erreserbarik gabe. Bestalde, ez dago zertan arau bera aplikatu medikuntza tradizionala praktikatzen duten medikuei (18. artikulua).
b) Deontologia Medikoaren aurkakoak dira (23.2 artikulua) oinarri zientifikorik ez duten jardunbideak, berritsukerian inspiratutakoak, sasizientziak, sasiterapiak, bai eta irudimenezko prozedurak eta behar bezala frogatu gabeak, tratamendu mediko edo kirurgikoen simulazioa eta konposizio ezezaguneko produktuen erabilera ere.
c) Jardunbide profesional egokiak esan nahi du medikuak oinarri zientifikoa duten prozedura diagnostiko eta terapeutikoak baino ez dituela erabili behar, eta prozedura horiek bat etorri behar direla komunitate medikoaren ebaluazio eguneratu, inpartzial eta zorrotzarekin (23.1 artikulua).
d) Intrusismoa eta sekta sanitarioak deontologia medikoaren aurkakoak dira (23.3 artikulua).

89.- Zainketa aringarrietan, taldearen eta pazientearen arteko komunikazio onak onura asko dakartza. Zehaztu zein EZ dakarren:

a) Senideen estresa murriztea.
b) Tratamenduarekiko atxikidura hobetzea.
c) Erabakiak hartzea erraztea.
d) Langileetan dirua aurreztea, bisita gutxiago eta lan-karga txikiagoa dagoelako.

90.- Berri txarrak jakinarazteari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Profesionalak bere burua prestatu behar du elkarrizketa baino lehen.
b) Elkarrizketa gertatzen den inguruneak (ospitaleko gelako korridorea, etxea, ZIUaren sarrera) ez du eraginik elkarrizketaren emaitzan, eta, ondorioz, ez da zaindu behar.
c) Hizkuntza argia eta erraza erabili behar da beti.
d) Denbora eman behar da informazioa ulertzeko eta horri buruzko gogoeta egiteko.

91.- Jarraibide hauek guztiak jarrai daitezke zainketa aringarrietan komunikazio eraginkorra ziurtatzeko, bat izan ezik. Adierazi zein EZ:

a) Entzute aktiboa.
b) Enpatia erakustea.
c) Pronostiko txarrena duten alderdiei buruzko informazioa ematea sistematikoki saihestea.
d) Pazienteak erabakitzeko duen autonomia errespetatzea.

92.- Gaixotasunari buruz hitz egitea saihesten duen "isiltasun-konspirazioa"k figura hauek guztiak barne hartzen ditu, bat izan ezik. Adierazi zein EZ:

a) Pazientea.
b) Senideak.
c) Pazientea artatzen duen talde medikoa.
d) Udaleko Gizarte-zerbitzuetako balorazio-taldea, etxez etxeko laguntzari dagokionez.

93.- Pediatriako pazienteekin eraginkortasunez komunikatzeko, honako alderdi hauek gomendatzen dira, bat izan ezik. Adierazi baliagarria zein EZ den:

a) Haurra bere izenez agurtzea.
b) Gurasoekin bakarrik hitz egitea, eta ziurtzat jotzea haiek geroago umeari informazioa hobeto emango diotela.
c) Hitzik gabeko komunikazioa zaintzea.
d) Paternalismoa saihestea eta gurasoak haurraren hazkuntzaren arduradun gisa aitortzea.

94.- Opiazeoekin tratatu beharreko pazienteei informazio egokia emateko aukeretan honako hauek daude, bat izan ezik. Zein da OKERRA?

a) Elkarte zientifiko medikoen online ikastaroak.
b) Osasunaren Mundu Erakundearen gidak.
c) Estatuko Aldizkari Ofiziala.
d) Elkarte zientifikoen, adibidez Minaren Espainiako Elkartearen, webguneetako informazioak.

95.- Maila asistentzialen arteko koordinazioak askotariko modalitateak barne hartzen ditu. Zein da garrantzitsuena?

a) Lehen mailako arreta eta ospitaleko barne-medikuntza.
b) Etxeko eta ospitaleko laguntza aringarriko taldeak.
c) Etxeko ospitalizazioa eta lehen mailako arreta.
d) a), b) eta c) garrantzitsuak dira.

96.- Baliabide asistentzial medikoen arteko komunikazio arinerako modu egokiak hauek guztiak, bat izan ezik. Adierazi zein EZ:

a) Ikastaro kliniko partekatua lurraldeko Osasun-sistema Informatikoaren bidez.
b) Telefonoz.
c) Burofaxa.
d) Konfidentzialtasunari eta enkriptazioari buruzko araudia betetzen duen posta elektronikoa.

97.- Hauek guztiak medikuaren eta pazientearen arteko elkarrizketaren puntu garrantzitsuak dira, bat izan ezik. Adierazi zein EZ:

a) Hasieran egoki agurtzea.
b) Jarrera enpatikoa.
c) Elkarrizketaren dokumentu bidezko erregistro nahitaezkoa eta pribatua.
d) Tokia apainduta egotea fakultatiboaren titulazio markoztatuekin.

98.- Medikuaren paziente baten aurreko hitzik gabeko komunikazioak hau hartzen du barne:

a) Begirada.
b) Keinuak.
c) Gorputz-jarrera.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

99.- Komunikazio eraginkorraren bost gakoen artean hauek guztiak daude, bat izan ezik. Adierazi zein EZ:

a) Argitasuna.
b) Laburtasuna.
c) Derrigortzea.
d) Zehaztasuna.

100.- Paziente baten tratamenduarekiko atxikidura hobetzeko, alderdi hauek garrantzitsuak dira, bat izan ezik. Adierazi zein EZ:

a) Jarrera babesle paternalista.
b) Komunikazio argia.
c) Erabaki-hartze partekatua.
d) Ahal den neurrian, erregimen terapeutikoa pazientearen ohituretara eta errutinetara egokitzea.

101.- Gaixotasun neurodegeneratiboei dagokionez, zein da zuzena?

a) Gehienek ez dute tratamendu sendagarririk.
b) Heldu gazteei eragin diezaiekete.
c) Normalean ezintasun progresiboa eragiten dute.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

102.- Helduen patologia neurologiko progresibo hauek guztiak prebalentzia handienetakoak dira, bat izan ezik. Adierazi zein EZ den:

a) Dementzia.
b) Garuneko gaixotasun baskularra.
c) Atrofia Multisistemikoa.
d) Parkinson-en gaixotasuna.

103.- Parkinson-en gaixotasunari dagokionez, adierazi erantzun okerra (EZ):

a) Bigarren gaixotasun neurodegeneratibo ohikoena da, Alzheimer-en ondoren.
b) Neurona glutamatergikoen galera da oinarri histologikoa.
c) Nerbio-sistemaz gain, baliteke beste organo eta sistema batzuetan eragina izatea.
d) Dardarak ez du zertan beti egon.

104.- Hauek guztiak Parkinson-en gaixotasun aurreratuaren sintomak dira, bat izan ezik. Adierazi zein EZ:

a) Apatia.
b) Loaren nahasmendua.
c) Disfagia.
d) Progeria.

105.- Adieraz ezazu zein den erantzun zuzena esklerosi anizkoitzari dagokionez:

a) Ohikoagoa da emakumeetan.
b) Gaixotasun neurodegeneratibo ohikoena da gazteen artean.
c) Etiologia ezezaguna da.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

106.- Ohiko heriotza-kausak esklerosi anizkoitzean:

a) Gernu-infekzioak.
b) Gaixotasun interkurrenteak.
c) Bronkoxurgapenak.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

107.- Alboko esklerosi amiotrofikoari dagokionez, adierazi erantzun okerra (EZ):

a) Bereziki eragina du 40 eta 70 urte bitarteko pertsonetan.
b) Motoneuronen galera da haren ezaugarria.
c) Motoneuronen erasana gaixotasun honetan bakarrik dago.
d) Diziplina anitzeko aditu-taldeen arretak nabarmen handitzen du erasandako gaixoen bizi-kalitatea.

108.- Huntington-en gaixotasuna:

a) Ondoretasun autosomiko gainartzailekoa da.
b) 30 eta 50 urte artean dituzten pertsonetan hasten da azaltzen.
c) Desgaitasuna eta heriotza dakartza, normalean diagnostikoa egin eta 15 eta 20 urteren buruan.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

109.- Parkinsonismoa (Parkinson-en antzeko klinika, baina izan gabe) zenbait patologiatan agertzen da. Patologia hauetako zeinetan agertzen da?

a) Paralisi supranuklear progresiboa.
b) Atrofia multisistemikoa.
c) Lewy-ren gorputzek eragindako gaixotasuna.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

110.- Gaixotasun neurodegeneratibo larrietan, eutanasiaren eskariari eta suizidio-arriskuari dagokienez:

a) Eutanasia legeztatu duten herrialdeetan, gaixotasun neurologikoak dira eutanasia eskatzeko bigarren arrazoia.
b) Suizidio-ideiagintza paralisi supranuklear progresiboan (PSP) handiagoa da Parkinson-en gaixotasunean baino.
c) Nahiko ohikoa da Huntington-en gaixotasuna diagnostikatutako pertsonek eutanasia eskatzea.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

111.- Dementziei dagokienez, adierazi erantzun okerra (EZ):

a) Dementziarik ohikoena Alzheimer-en gaixotasuna da.
b) Parkinson-i lotutako dementziak eta Alzheimer-ek bilakaera desberdina dute.
c) Gizonek dementzia garatzeko arrisku handiagoa dute emakumeek baino.
d) Urtero, batez beste 10 milioi kasu berri izaten dira munduan.

112.- Faktore hauek dementzia-arriskua areagotzen dute:

a) Tabakoak eta alkoholak.
b) Depresioak.
c) Hipertentsio arterialak.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

113.- Dementzien narriadura globalaren eskalan (GDS), zein da zuzena?

a) Zu, azterketa egiten ari zaren hori, GDS 1 zara.
b) GDS 2n memoria-galeraren kexa subjektiboak dira nagusi, narriadura funtzionalik gabe.
c) GDS 7 estadioak mendekotasun funtzional larria edo absolutua dakar.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

114.- Apetitua galtzea (hiporexia-anorexia) oso ohikoa da dementzian. Hauen artean, zein EZ da ohiko kausa bat?

a) Dastamen-papilen galera edo atrofia.
b) Medikamentuak.
c) Jehovaren lekukoa izatea.

d) Tabakismoa.

115.- Minari dagokionez, adierazi erantzun okerra (EZ):

a) Esperientzia sentsorial eta emozional subjektiboa da.
b) Normalean desatsegina da, baina ez beti.
c) Giroak ez du eraginik minaren pertzepzioan.
d) Minaren eboluzio-denborak eragina du minaren pertzepzioan eta tolerantzia indibidualean.

116.- OMEren eskala analgesikoak maila analgesikoak definitzen ditu. Erantzun hauetako zein EZ da zuzena?

a) Lehen maila, min arina: opioiderik ez.
b) Bigarren maila, min moderatua: opioide ahulak +/- opioiderik ez.
c) Hirugarren maila, min gogorra: opioide indartsuak +/- opioiderik ez.
d) Farmako gehigarriak hirugarren mailan baino ez dira sartu behar.

117.- Opioideen hartzaile endogenoak:

a) Mu.
b) Kappa.
c) Delta.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

118.- Opioideei dagokienez, zein da erantzun zuzena?

a) Tramadola eta kodeina opioide ahultzat hartzen dira.
b) Metadona eta fentaniloa agonista puruak dira.
c) Naloxona eta naltrexona antagonistak dira.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

119.- Opioideen ondorio posibleetatik, adierazi okerra (EZ):

a) Analgesia.
b) Goragaleak eta gorakoak.
c) Espasmoak gernu-maskurian.
d) Midriasia.

120.- Naloxonari dagokionez, adierazi erantzun okerra (EZ):

a) Hartzaile opiazeoen antagonista purua da.
b) Mu, delta eta kappa hartzaileak inhibitzen ditu.
c) Batez besteko bizitza luzea du: >8 ordu.
d) Haren ahoko bioerabilgarritasuna % 5 baino gutxiago da.

121.- Tramadolari dagokionez, zein da zuzena?

a) Mu hartzaileen agonista ahula da.
b) Serotoninaren eta noradrenalinaren birkaptazioa inhibitzen du.
c) Gutxi gorabehera 6 orduko erdibizitza du heldu osasuntsuetan.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

122.- Morfinari dagokionez, zein da okerra?

a) Morfina esaten zaio Morfeo ametsen jainko grekoaren ohorez.
b) Ahoko bioerabilgarritasuna % 20-40koa da.
c) Ez da gomendagarria larruazalpetik ematea, maila plasmatikoak ezin badira monitorizatu.
d) ZBko morfina 10 aldiz indartsuagoa da ZBko tramadola baino.

123.- Zein dira fentaniloa emateko bide posibleak?

a) Ahotik.
b) Zain barnetik.
c) Mihipetik.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

124.- Metadonari dagokionez:

a) Opiazeo sintetikoa da.
b) Ahotik hartuz gero, efektuek gutxi gorabehera 6 ordu irauten dute, baina iraupena bikoitza edo gehiago luza liteke kronikoki kontsumitzen bada, gibelak funtzio normala duenean.
c) Ahotik hartu ohi da gehienbat, likido edo konprimatu bidez.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

125.- Oxikodona:

a) Mendekotasun handia eragiten du.
b) Ahotik eman ohi da.
c) Eragina batez ere mu hartzaileetan, morfinan adibidez, izaten du.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

126.- Paziente batek gaixotasun aurreratua du eta etxean artatzen ari dira. Halakoetan, erabakien aurretiko plangintza honako hau da:

a) Lege-dokumentu bat, erabakiak hartzean lehentasunezkotzat jo beharrekoa, ondorengo deliberazio kliniko guztien gainetik.
b) Prozesu deliberatibo dinamiko bat, etorkizuneko egoeren aurrean arretaren balioak, lehentasunak eta helburuak aztertzeko.

c) Izapide bat, mendekotasun aurreratua duten edo bizitza-amaiera hurbileko egoeretan dauden pazienteentzat.
d) Tresna bat, batez ere ahalegin terapeutikoa mugatu dadin, hala indikatuta dagoenean.

127.- Paziente batek disnea errefraktarioa du, eta zainketa aringarriak hartzen ari da etxean. Hori horrela, zein da aukerarik egokiena?

a) Opioideak kontraindikatuta daude arnas zentroaren depresioagatik.
b) Bentzodiazepinak lehen aukerako tratamendua dira disnea errefraktario guztietan.
c) Furosemida lainoztatua aukera bat izan liteke, bestelako neurriei erantzun ezean.
d) Disnea handia badago baino ez da oxigenoa erabili behar, saturazioa eta testuinguru klinikoa edozein izanik ere.

128.- Sedazio aringarria agintzeko, zein da funtsezko irizpideetako bat?

a) Familiak nahi izatea pazienteak ordu gehiago lo egin dezan, insomnio errefraktarioa edo bizi-larritasuna dagoenean.
b) Sintoma errefraktarioa egotea ebaluazio egokia —barne hartuta deliberazio klinikoaren prozesua eta egokitzapen etikoa— egin ondoren.
c) Biziraupen balioetsia 72 ordu baino gutxiagokoa izatea eta sufrimendu-datu objektiboak egotea.
d) Lehen aukerako farmakoei erantzunik ez izatea sintomak kontrolatzeko.

129.- Etxeko zainketa aringarrietako hipodermoklisiari dagokionez, adierazi erantzun zuzena:

a) Ohiko moduan erabili behar da fase terminaleko paziente guztiekin, gehiegizko deshidrataziorik egon ez dadin eta erosotasuna hobetzeko.
b) Kasu jakin batzuetan azter daiteke, erosotasun-helburuen eta testuinguru klinikoaren arabera.
c) Etxeko zerbitzuan kontraindikatuta dago beti, batez ere bizitzaren amaierako egoeretan.
d) Erabiltzeak zainketa aringarrietako pazienteen biziraupena luzatzen du.

130.- Etxeko aringarrietako pazienteen nutrizio enteralari buruzko adierazpen hauetatik, zein da egokia?

a) Sistematikoki agindu behar da irensteko zailtasunarekin lotutako pisu-galerarik badago.
b) Ez da inoiz zerbitzu aringarrietan erabili behar, pazientearen oinarrizko eskubideak urratzen baititu.
c) Indikazioa honako hauen araberakoa da: pronostikoa, helburu terapeutikoak, digestio-funtzionaltasuna eta onura-karga balantzea.
d) Aginduta dago disfagia dagoen aldiro, euskarri-neurri iragankor gisa, bestelako tratamenduei erantzuteko zain.

131.- Etxeko aringarrietako pazienteekin, larruazalpeko infusio jarraiturako nahaste bat prestatzen badugu sintomak kontrolatzeko, printzipio hauetako zein da egokiena?

a) Infusioan farmako gehiago egotea lotzen da tratamendua efiziente eta efikazagoa izatearekin.
b) Infusore berean pazientearen medikazio guztia sartzen saiatu behar da, ahotik eman beharrik ez egoteko.
c) Komeni da nahastutako farmakoak gehienez 4 izatea, bateraezintasun- edo ezegonkortasun-arazoak gutxitzeko.
d) Nahastearen egonkortasuna, funtsean, diluitzailearen bolumen osoaren araberakoa da.

132.- Etxeko zainketa aringarrietako paziente batek mina, disnea, goragaleak eta agitazio psikomotorra baditu, konbinazio hauetako zein izango litzateke egokiena larruazalpeko infusore jarraitu batean?

a) Morfina + midazolama + hioszina butilbromuroa + dexametasona.
b) Diazepama + haloperidola + metamizola + metoklopramida.
c) Morfina + haloperidola + ondantsetrona.
d) Midazolama + morfina + metoklopramida + hioszina butilbromuroa.

133.- Etxeko zainketa aringarrietan, paziente onkologikoen goragale errefraktarioak kontrolatzeko, farmako hauetako bat lurrazalpetik erabili ohi da. Zein?

a) Midazolama.
b) Dexametasona.
c) Haloperidola.
d) Metoklopramida.

134.- Larruazalpeko infusoreko metoklopramidari dagokionez, hauetako zein da zuzena?

a) Antiemetiko prozinetiko erabilgarria da paziente batzuetan, baina haren nahastea ez da unibertsalki onartu behar edozein konbinaziotan; testuinguruaren eta bateragarritasun ezagunaren araberakoa da.
b) Hesteetako buxadura osoaren susmoa dagoenean agindu ohi da beti, hioszina butilbromuroarekin eta dexametasonarekin konbinatuta.
c) Ez da baliagarria larruazalpetik zainketa aringarrietan, ondansetron bidezko tratamendua hobea baita.
d) Haren indikazio nagusia da mendekotasuna duten pazienteetan delirium hipoaktiboa tratatzeko.

135.- Zainketa aringarrietan larruazalpeko bidea erabiltzeari buruzko adierazpen hauetako zein da zuzena?

a) Edema orokortua badago baliteke zailago xurgatzea, eta hori kontuan hartu behar da ziztatzeko eremua aukeratzean.
b) Larruazalpeko bidearekin xurgatze jarraitua lortzen da, gorabeherarik gabe; ondorioz, beti hobea izango da zainketa aringarrietan.
c) Ziztatzeko eremuak ez du garrantzirik infusorearen bolumena txikia bada.
d) Eremuaren saturazioagatik intolerantzia lokala egoteak ez dakar normalean txertatze-gunea aldatzea.

136.- Etxeko zainketa aringarrietako paziente bati insomnioa agertu berri zaio. Aukera hauetako zein da egokiena?

a) Hipnotiko batekin hastea berehala, eta ahal den neurrian bentzodiazepinak baztertzea.
b) Insomnioa hartzea minaren kontrol txarraren ondoriozko sintomatzat; beraz, lehenengo neurria tratamendu analgesikoa doitzea izango da.
c) Tratamendua agindu aurretik, itzulgarriak izan litezkeen kausak baloratzea, hala nola mina, disnea, antsietatea, deliriuma, nikturia eta efektu farmakologikoak.
d) Batez besteko bizitza luzeko bentzodiazepina bat agintzea beti lehen aukera gisa, esnatze goiztiarrik egon ez dadin.

137.- Etxeko aringarrietako paziente baten pruritoari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Gaixotasun hematologiko aurreratuarekin lotutako pruritoa duten pazienteen kasuan, kortikoide sistemikoak aukera egokia izan litezke.
b) Jatorri onkologikoko pruritoa duten pazienteetan, antihistaminikoak dira aukerarik onena.
c) Kolestasiaren ondoriozko pruritoa duten pazienteen kasuan, errifanpizina da ebidentzia handiena duen farmakoetako bat.
d) Naltrexona erabiltzea zuzena bada ere, konplexua da opioide bidezko tratamendua duten pazienteetan.

138.- Etxeko zainketa aringarrietan dagoen paziente batek gaueko antsietatearekin lotutako lokartzeko insomnioa badu, deliriumaren eta disnea gaizki kontrolatuaren daturik gabe, farmako hauetako zein da zentzuzkoena aukera sintomatiko gisa?

a) Larruazalpeko midazolama dosi txikietan, errutinako lehen neurri gisa.
b) Bentzodiazepina dosi txikietan, testuinguru klinikora egokituta, eta erantzuna zein kontrako efektuak berriz ebaluatzea.
c) Ahotiko edo larruazalpeko haloperidola izango da lehen aukera.
d) Paziente horretan, aukerarik onena izango da neuroleptiko eta antidepresiboen bidezko tratamendu konbinatua, bentzodiazepinak baztertuta.

139.- Paziente batek zotin iraunkorra eta neurri orokorretarako errefraktarioa badu, eta jatorri zentral edo narritagarri iraunkorra duela susmatzen bada, farmako hauetako zein azter daiteke zainketa aringarrietarako aukera terapeutiko erabilgarrien artean?

a) Gabapentina erabiltzea baliozko aukera izan liteke.
b) Intsulina azkarra emateak sintoma kontrolatuko du kasu batzuetan.
c) Hioszina butilbromuroa zotinaren lehen aukerako tratamendu etiologiko unibertsala da.
d) Loperamida iraunkorki erabiltzea baliagarria izan liteke zotina berriz agertzea prebenitzeko.

140.- Paziente batek (89 urte) honako ezaugarri hauek ditu: dementzia aurreratua, 10 puntuazioa Barthel indizean, mendekotasun osoa, ia mintzatu ez, bronkoxurgapeneko gertakari errepikatuak, likido eta solidoekiko disfagia larria, pisu-galera progresiboa eta bi ingresu azken hiru hilabeteetan arnasbideetako infekzioagatik. Familiak gastrostomia jartzeko eskatu du, "ito ez dadin eta indarrak berreskura ditzan". Horrelako kasu batean, zein da jokabide zuzena?

a) Gastrostomia lehentasunez agintzea, frogatuta baitago bronkoxurgapena murrizten duela, eta, dementzia aurreratuan, bizirautea hobetzen duela.
b) Automatikoki aholkatzea nutrizio-euskarririk erabili ez dadin, kontraindikatuta baitago adin handia eta narriadura kognitiboa direla kausa.
c) Zaintzen helburuei buruzko deliberazio klinikoa eta etikoa egitea, eta azaltzea dementzia aurreratuan nutrizio enteralak ez duela bermatzen xurgapenak prebenitzea, ezta bizi-raupena eta bizi-kalitatea modu sendoan hobetzea ere.
d) Etxeko nutrizio parenterala agintzea gastrostomiaren alternatiba ez hain inbaditzaile gisa, eta, pazientearen bilakaera berriz ebaluatu ondoren, aztertzea gastrostomia jarri behar den.

141.- Espainiako egungo legediaren arabera, zein da hiltzeko laguntza eskatzeko funtsezko baldintzetako bat?

a) Ahozko eskaera bakar bat aurkeztea bi lekukoren aurrean, eta haiek eskaera aldi berean sinatzea.
b) Kausa onkologikoko gaixotasun terminal bat, tratatzeko aukerarik gabekoa, izatea bakarrik.
c) Eskaera libre, boluntario eta informatua egitea, legeak ezarritako prozeduraren eta bermeen barruan.
d) Familiak ordezkapen bidezko baimena sinatzea, bestela asumitzen baita pazientearen egoerak ez duela prozesua hastea justifikatzen.

142.- **Paziente batek (67 urte) obulutegiko adenokartzinoma aurreratua, peritoneoko kartzinomatosia, hesteetako suboklusioak eragindako bi ingresu —duela gutxi— eta gorako fekaloideoak ditu. Zein da prozedura egokiena?**

a) Aringarrietako pazientea izanik, prozedura kirurgikoak baztertzea, neurria gehiegizkoa eta terapeutika egokitik kanpokoa baita.
b) Deskarga-kolostomia agintzea, uste bada teknikoki egingarria dela eta sintomak aritzeko arrazoizko itxaropena badago.
c) Etxean sueroterapiari lotutako tratamendu antiemetikoa eta antisekretorea hastea, kirurgia aringarriak ez lukeelako pazientearen bizi-kalitatea hobetuko.
d) Beste edozein aukera baloratu aurretik, nutrizio parenteral osoa agintzea pazientearen oinarrizko egoera hobetzeko.

143.- **Paziente batek (72 urte) honako ezaugarri hauek ditu: prostatako minbizi metastasiko oseo ezaguna, bizkarreko min progresiboa, beheko gorputz-adarretako agerpen azpiakutuko ahulezia, ibileraren alterazioa eta, berriki, mikziorako zailtasuna. Miaketan, urritasun motor progresiboa eta orno-muineko konpresioarekin bateragarria den maila sentikorra antzeman zaizkio. Aurretiko egoera orokorra onargarria da, eta bizi-itxaropen ez oso mugatua. Zein jarrera hartuko zenuke kasu horretan?**

a) Opioideak ematen hastea eta 72 orduren buruan etxean berriz ebaluatzea, orno-muineko konpresioak adierazten baitu bizitzaren amaiera oso hurbil dagoela.
b) Orno-muineko konpresioa larrialdi onkologikotzat hartzea eta deskonpresio kirurgikoa eta/edo erradioterapia lehenbailehen baloratzea, kasuaren arabera.
c) Kortikoideak baztertzea, bilakaera neurologikoa ez estaltzeko eta berrebaluazio egokia ahalbidetzeko.
d) Sedazio aringarri goiztiarra agintzea, bizi-itxaropen oso laburreko paziente aurreratuaren konplikazio neurologikoa delako.

144.- **Paziente batek (70 urte) urdaileko minbizi aurreratua, peritoneoko metastasi ugariak eta irteera gastrikoko buxaduraren ondoriozko gorako iraunkorrak ditu. Horrez gain: maila kognitibo ona, min kontrolatua, zenbait hilabetetako bizi-itxaropena, eta, ahal izanez gero, ahotik kantitate txikiak berriz hartzeko gogo esplizitua. Teknikoki egingarritzat joz gero, aukera hauetako zein izango da arrazoizkoena?**

a) Pazientearen egoera basala dela-eta prozedura inbaditzaileak baztertzea eta hustuketa gastrikorako zunda nasogastrikoa jartzea.
b) Baloratzea protesi endoskopiko bat edo helburu sintomatiko argia duen deribazio-prozedura bat jartzea.
c) Etxeko nutrizio parenterala agintzea, hasierako tratamendu lehenetsi gisa, eta, ondoren, egoera berriz ebaluatzea.
d) Dieta absolutua, sueroterapia eta kortikoide ahiz oktreotido bidezko tratamendua mantentzea, aukera bakar gisa.

145.- Paziente batek (76 urte) honako ezaugarri hauek ditu: neoplasia pelbiko aurreratua, aldebiko ureterohidronefrosia, giltzurrun-funtzioaren narriadura progresiboa eta lunbalgia, eta horrekin batera, narriadura funtzional larria, aldizkako deliriuma, ia beti ohean eta argi eta garbi azken fasean dagoen gaixotasuna. Familiak nefrostomia perkutaneoaz galdetu du, "giltzurrunak berriro funtziona dezan". Zein jarrera hartuko zenuke kasu horretan?

a) Beti aldebiko nefrostomia agintzea, giltzurrun-funtzioa berreskuratzeko aukerek prozedura justifikatzen dutelako.
b) Pazientearen adina dela-eta, nefrostomiak jartzea baztertzea.
c) Prozeduraren proportzionaltasuna kritikoki baloratzea, kontuan hartuta bizitza-amaierako testu inguru horretan espero den onura klinikoa ez dela ebakuntza horien arriskua eta kostua baino handiagoa.
d) Hasieran dialisia agintzea, eta, ondoren, indikazioa berriz ebaluatzea bilakaera klinikoaren arabera.

146.- Sufrimenduaren edo larritasun existentzialaren aurreko sedazio aringarriari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Errefraktariotasuna, proportzionaltasuna eta testuinguru klinikoa kontu handiz baloratu behar dira.
b) Salbuespenezko egoeretan erabiltzean pentsa daiteke, kausak, alternatibak zorrotz aztertu eta pazientearekin deliberazio klinikoa egin ondoren.
c) Pazienteak bizitzen jarraitu nahi ez duela adierazten duen guztietan agindu behar da, nahiz eta interakzio ona izan eta erabili gabeko beste aukera terapeutiko batzuk egon, pazientearen borondatea errespetatzeko betebeharra baitago.
d) Argi eta garbi errefraktarioak diren beste sintoma fisiko batzuetan baino zuhurtzia handiagoa behar da, eta deliberazio-prozesua luzeagoa izan behar da, beste sintoma batzuk aldi berean agertzeak ez badu mugatzen.

147.- Etxeko zainketa aringarrietako larruazaleko tumore-lesioei dagokienez, zein da zuzena?

a) Tumore-lesio batean usain txarra egoteak infekzio inbaditzaile bat dagoela adierazten du beti, eta sintomak hobetzeko, antibioterapia sistemikoa hastera behartzen du.
b) Sendaketen helburu nagusia lesioa erabat orbaintzea izan behar da, nahiz eta erabilitako prozedurek mina eta manipulazioa areagotzea ekarri.
c) Sendaketa-plana, lehentasunez, kontrol sintomatikora eta bizi-kalitatearen gaineko eraginera bideratu behar da; neurri horien barruan, antibioterapia ezar daiteke exudatua murrizteko.
d) Sendaketak ahalik eta maiztasun handienarekin egin behar dira, lesioa erabat lehor mantentzeko eta pazienteak sufrimendurik izan ez dezan.

148.- Tumore-lesio mingarri eta hauskor batean, exudatu ugari duena, neurri hauetako zein da egokia sendaketetan mina murrizteko?

a) Sutsuki garbitzea desbridatze ebakitzaile baten bidez, sendaketa bakoitzean desbitalizatutako ehun guztia kentzeko.

b) Apositu itsaskorrak erabiltzea tumore-geruzaren mugikortasuna murrizteko eta sendaketak maiz ez egitea.
c) Manipulazioa minimizatzea, apositu atraumatikoak erabiltzea eta sendaketa aurretik analgesia erabiltzea, beharrezkoa bada.
d) Airearekiko esposizioa mantentzea beratzea gutxitzeko eta materialekin kontakturik egon ez dadin.

149.- NEPCAL tresnari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Haren helburu nagusia da zainketa aringarriak behar dituzten pazienteen biziraupena zehatz-mehatz 30 egunera ezartzea.
b) Gaixotasun aurreratua eta behar aringarriak dituzten pertsonak identifikatzera bideratutako tresna bat da, eta balorazio kliniko sakonagoa egitea aktibatzen du.
c) Gaixotasun aurreratua duten paziente onkologikoei bakarrik aplika dakieke, sintomak kontrolatzeko.
d) Balorazio kliniko integralerako tresna bat da, eta, zainketa aringarrien barruan, askotariko konplexutasun-mailetako pazienteak identifikatzeko aukera ematen du.

150.- Zainketa aringarrietako IDC-Pal bitarteko konplexutasun-diagnostikoari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Aringarrietako pazienteentzako arretaren barruan, egoera ez-konplexuak, konplexuak eta oso konplexuak bereiztea ahalbidetzen du.
b) Hura erabiltzeak barne hartzen du kasuak behar duen baliabide-maila edo esperientzia profesionala orientatzea.
c) Konplexutasun handiko elementuak badaude, baliteke zainketa aringarrietako talde espezifikoen esku-hartzea justifikatuta egotea.
d) Pazienteak behar duen tratamenduaren karga sintomatiko fisikoan eta zailtasun-mailan oinarritzen da.

151.- Nutrizio-ebaluazioari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Nutrizio-urritasunak eta gehiegizko nutrizioa identifikatzea du helburu.
b) Nutrizio-formulak preskribatzea du helburu.
c) Gizabanako baten osasun-egoera eta nutrizio-ongizatea deskribatzeko erabiltzen diren metodoen multzoa da (antropometrikoak, biokimikoak, klinikoak eta dietetikoak).
d) a) eta c) zuzenak dira.

152.- Balorazio Orokor Subjektiboari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Pazienteak A-B-C sailkatzen ditu; hau da, ondo elikatuta, desnutrizio moderatua edo desnutrizio larria.
b) 1987an, Detski-k Balorazio Orokor Subjektiboa (SGA) estandarizatu zuen.
c) Pisu-galera, egungo ahorakin eskasa eta beste parametro interesgarri batzuk historia klinikoan agertzea azpimarratzen du.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

153.- Desnutrizioari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Desnutrizioa arazo arrunta da gaixotasun kronikoak edo larriak dituzten pazienteetan.
b) Ospitaleko desnutrizioaren prebalentzia % 20 eta % 50 artekoa da, kontuan hartuta hura zehazteko zer irizpide erabili diren eta pazientearen ezaugarriak.
c) Gauza jakina da nutrizio-egoerak okerrera egiten duela ospitalizazioan, neurri batean medikuek gutxi detektatzeagatik eta praktika kliniko desegokiengatik.
d) Hainbat ikerketak behin eta berriz frogatu dute desnutrizio klinikoa ez dela lehentasunezko arazoa ospitaleratutako pazienteetan.

154.- Desnutrizioari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Nutrizio-arreta egokiak ospitaleko desnutrizioaren prebalentzia eta haren kostuak murrizten dituela frogatu da.
b) Ingresatutako gaixo guztiei nutrizio-gehigarriak emateak gaixotasunari lotutako desnutrizioa eragozten du.
c) Nutrizio-ebaluazio goiztiarra funtsezkoa da nutrizio-terapia egokia hasteko eta konplikaziorik egon ez dadin.
d) Nutrizio-ebaluazioa funtsezkoa da desnutrizioa goiz detektatzeko.

155.- Desnutrizioari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Herrialde garatuetan, desnutrizioa gertatu ohi da biztanleen ahorakin dietetikorik ezaren ondorioz.
b) Herrialde garatuetan, desnutrizioa ospitaleratutako pazienteen arteko arazo partikular bat da.
c) Desnutrizioaren atzean arrazoi asko daude; besteak beste, gaixotasuna bera.
d) Desnutrizioa mantenugai-urritasunak eragindako egoera mediko bat da, ahorakina gutxituagatik, galerak handitzeagatik eta premiak handitzeagatik.

156.- Zein faktorek laguntzen dute gaixotasunari lotutako desnutrizioa garatzen? Adierazi erantzun ZUZENA:

a) Zenbait prozedura diagnostiko eta terapeutikok.
b) Osasun-langileek pazienteen nutrizio-egoera ondo ez ezagutzeak eta horretan interes gutxi izateak.
c) Baraualdiak eragozteko estrategiarik ez izateak.
d) Erantzun guztiak ZUZENAK dira.

157.- Desnutrizioari buruzko adierazpen hauetatik, zein da OKERRA?

a) Gaixotasunari lotutako desnutrizioa suspertze motelagoa izatearekin lotzen da.
b) Gaixotasunari lotutako desnutrizioa gaixotze-tasa eta heriotza-tasa handiagoarekin lotzen da.
c) Gaixotasunari lotutako desnutrizioa ospitaleko egonaldi luzearekin eta kostu sanitarioen igoerarekin lotzen da.

d) Gaixotasunari lotutako desnutrizioa ez da berringresu-tasa altuagoak izatearekin lotzen.

158.- Nutrizio-balorazioa egiteko tresna klasikoen artean hauek guztiak daude, OKERRA den bat izan ezik:

a) Historia dietetikoa.
b) Azken 24 orduetan ura edatea.
c) Zangosagarraren zirkunferentzia eta brakiala.
d) Larruazaleko tolesak.

159.- Balorazio morfofuntzionalari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Desnutrizioko eta gehiegizko nutrizioko egoera klinikoei balio diagnostikoa ematen die.
b) Desnutrizioko eta gehiegizko nutrizioko egoera klinikoei balio pronostikoa ematen die.
c) Gorputz-osaeraren miaketa erradiologikoa da.
d) Aldaketak zehatz monitorizatzea ahalbidetzen du.

160.- Hauek guztiak nutrizio-balorazio klasikoa interpretatzeko mugak dira, bat izan ezik. Aukeratu erantzun OKERRA:

a) Deshidratazioa.
b) Giltzurrun-gutxiegitasuna.
c) Depresio-egoerak.
d) Deskonpentsazio hidropikoak.

161.- Ekografia nutrizionala:

a) Teknika emergentea, ekonomikoa, eramangarria eta ez-inbaditzailea.
b) Muskulu-masaren morfologia eta egitura aztertzen ditu.
c) a) eta b) zuzenak dira.
d) a) eta b) okerrak dira.

162.- Hauek guztiak nutrizio-arriskua bahetzeko metodoak dira, bat izan ezik. Hautatu OKERRA:

a) Balorazio Orokor Subjektiboa.
b) MUST desnutrizioa bahetzeko tresna unibertsala.
c) MNA miniebaluazio nutrizionala.
d) Nutrizio-egoeraren baheketa.

163.- Berrelikadura-sindromeari dagokionez, zein da zuzena?

a) Hipergluzemia, hiperpotasemia eta hipermagnesemia ditu ezaugarri.
b) Baliteke agertzea malnutrizioa duten eta baraualdi luzea izandako pazienteetan nutrizioa berriz hasi ondoren.
c) Lehenengo egunetik erabateko nutrizioa hasiz prebenitzen da, eskaera guztiak betetzeko.
d) a) eta b) zuzenak dira.

164.- Paziente batentzako energia-ekarpenari dagokionez, aukeratu erantzun ZUZENA:

a) Zuzeneko kalorimetria egin behar dugu kalkulatu ahal izateko.
b) Formula prediktibo zuzendu bat aplikatu beharko dugu beti kalkulatzeko.
c) Gida klinikoek gehien erabiltzen eta gomendatzen duten ekuazio sinplea: 20-25 kcal/kg/egun.
d) BUNa baloratu beharko da kalkulatzeko.

165.- Proteina-ekarpenari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Pazienteak giltzurrun-funtzio normala badu, baina GGK arriskua (diabetesa, TAO, monorrenoa, etab.): 1 g proteina baino gutxiago/kg/egun.
b) Giltzurrun-gutxiegitasun arina - moderatua (I. eta III. estadioak): 1 g proteina/kg/egun.
c) Giltzurrun-gutxiegitasun larria (IV. eta V. Estadioak): 1 g proteina/kg/egun.
d) Pazienteak dialisia badu: 0,6 g proteina/kg/egun.

166.- Energia-gastu basala (EGB) honi dagokio (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Pertsona batek ariketak egitean gastatzen duen energia-kantitatea.
b) Pertsona batek baraurik dagoenean (12-18 ordu lehenago), atsedenean eta lasai eta giro-tenperatura atseginean egunero gastatzen duen energia-neurria.
c) Pertsona batek egunero gastatzen duen energia-kantitatea guztira.
d) Biosintesi-prozesuak areagotzen dituzten substantzia kimikoen multzoa.

167.- Adierazpen hauetako zein da OKERRA?

a) Nutrizio-tratamenduaren helburua oreka kalorikoa eta sintesi proteikoa mantentzea da.
b) Pertsona osasuntsuak 1 g proteina behar du pisu-kg eta egun bakoitzeko.
c) Gaixo batek 1 eta 1,7 g proteina artean behar ditu pisu-kg eta egun bakoitzeko.
d) Gaixo batek 40 eta 50 kcal artean behar ditu pisu-kg eta egun bakoitzeko.

168.- Nutrizio artifizialari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) b) eta c) zuzenak dira.
b) Nutrizio enterala erabiltzeak eragin trofikoa du hesteetako mukosan.
c) Nutrizio enteralaren erabilera fisiologikoagoa da parenterala baino.
d) Nutrizio enterala erabiltzeak kostu handiagoa du parenteralak baino.

169.- Nutrizio artifizialari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Azken hamarkadetan, aurrerapen teknologikoek material berriak garatuta digestio-sistemarako bidea ireki dute.
b) Azken hamarkadetan, aurrerapen teknologikoek prozedura berriak garatuta digestio-sistemarako bidea ireki dute.
c) 4-6 aste baino gutxiagoko nutrizio enteraleko aldiak erabakiz gero, zunda nasogastrikoa da bide lehenetsia.
d) Gaur egun erabiltzen diren materialen tolerantzia ona dela-eta, zunda nasogastrikoa 6 hilabete baino gehiagoko aldietan eduki daiteke.

170.- Nutrizio enterala duten paziente guztiek bronkoxurgapen-gertakari bat izan lezakete eboluzioaren edozein unetan, baina halakorik gertatzeko aukerarik handienak kasu hauetan daude. Adierazi OKERRA:

a) Adinekoetan.
b) Kakexia duten adinekoetan.
c) Gastroparesia duten pazienteetan.
d) Dementzia duten adinekoetan.

171.- Paziente batean ahotiko nutrizioa mantentzeko, honako hau behar da (aukeratu erantzun ZUZENA):

a) Prestakinek itxura, usain eta zapore atsegina izatea.
b) Pazienteak heste-igarotze egokia izatea egunero.
c) Pazienteak nutrizio-tratamendua ulertzea.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

172.- Zunda nasoenterikoari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Zunda nasoenterikoa normalean duodenoaren bigarren edo hirugarren zatian edo jeiunoan jartzen da.
b) Digestio-sistema anatomikoki osoa eta funtzionala duten pazienteetan agintzen da.
c) Kontzientzia-maila ona duten pazienteetan agintzen da.
d) Erraz sartzen da metodo itsua edo berezko igarotzea erabiliz.

173.- Gastrostomia bat egiteko, zer behar da? Adierazi erantzun ZUZENA:

a) Gaixotasun primariorik gabeko urdaila.
b) Hustuketa gastriko eta duodenal normala.

c) Hestegorriko errefluxu minimoa edo batere ez.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

174.- Honako hauek gastrostomiaren kontraindikazioak dira. Aukeratu erantzun OKERRA:

a) Espero den biziraupena 6 aste baino gutxiago izatea.
b) Koagulazioaren alterazio larria.
c) Kontzientziaren alterazio larria.
d) Bihotz-gutxiegitasun desorekatua.

175.- Gastrostomia erradiologiko perkutaneoa:

a) Endoskopioa igarotzeko zailtasuna dagoenean erabil daiteke.
b) Transiluminazioa ezinezkoa denean erabil daiteke.
c) Bereziki agintzen da gibel-zirrosia, portako hipertentsioa eta aszitis esanguratsua daudenean.
d) a) eta b) zuzenak dira.

176.- Jada txertatuta dagoen zunda baten bidez elikatzen hasi aurretik, aurretiko balorazio batzuk egin behar dira. Adierazi erantzun ZUZENA:

a) Zunda behar bezala jarrita dagoen egiaztatu behar da.
b) Pazientea 40-45º agondu behar da.
c) Eguneko kaloria- eta proteina-beharrak kalkulatu behar dira.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

177.- Adierazpen hauen artean, zein da ZUZENA?

a) Nutrizio enteralerako formularik egokiena aukeratzeko, batez ere haren eraginkortasun klinikoan oinarritu behar da.
b) Nutrizio enteralerako formularik egokiena aukeratzeko, batez ere haren kostu ekonomikoan oinarritu behar da.
c) Oro har, zuntzez aberastutako formula polimerikoak paziente guztietan agintzen dira.
d) Oro har, zuntzez aberastutako formula hiperproteikoak paziente zahar guztietan agintzen dira.

178.- Etxeko Nutrizio Parenteralari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Tronbosi benosoa da konplikazioetako bat.
b) Nutrizio-egoera leheneratzeko edo mantentzeko behar diren mantenugai guztiak zain bidez ematea da.
c) Jarraipena eta arreta urgentea Etxeko Ospitalizazioko Unitateen bidez bideratu daitezke.
d) Larrialdi Zerbitzuek, oro har, ez dute oso ondo ezagutzen etxeko nutrizio parenteralaren teknika.

179.- Etxeko nutrizio parenteralaren konplikazioak (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Kateterraren buxadura/haustura.
b) Kateterrari lotutako infekzioa.
c) Kateterraren posizio okerra.
d) a) eta b) zuzenak dira.

180.- Etxeko Nutrizio Parenterala luzaro erabiltzearen konplikazioetan honako hauek daude, bat izan ezik. Adierazi OKERRA:

a) Gibeleko esteatosia.
b) Hepatokartzinoma.
c) Behazun-lokatza eta kolelitiasia.
d) Kolestasi intrahepatikoa.

181.- Etxeko Nutrizio Parenteralean, kateterrari lotutako infekzioa dagoenean, honako hauetako zein da kateterra kentzeko irizpidea? (adierazi ZUZENA)

a) Kateterra ez da inoiz kendu behar.
b) Onddoek edo tratatzeko zailak diren mikroorganismoek, hala nola *E. Colli*ak, eragindako infekzioak egotea.
c) Kanaleko infekzioa badago.
d) Sukarra edo bakteriemia oraindik egotea tratamendua hasi eta 6-10 orduren buruan.

182.- Pazienteari Etxeko Tratamendu Mediko Nutrizionala agindu eta etxera bideratzeko baldintzak betetzen dituela egiaztatu ondoren, zer da beharrezkoa? (adierazi erantzun ZUZENA)

a) Honako hauen preskripzioa ezartzea: formulak (behar diren mantenugaiekin), emateko bideen erabilgarritasuna eta egoera klinikorako nahiz etxeko girorako jarraibide egoki zehatzak.
b) Jarduketa-plan zehatz bat egitea.
c) Nutrizio-helburuak ezartzea, bai epe laburrera, bai epe luzera.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

183.- Etxeko Tratamendu Mediko Nutrizionalaren indikazioa bertan behera utzi behar da. Aukeratu erantzun OKERRA:

a) Ez da jada beharrezkoa pazientearentzat, proposatutako helburuak lortu direlako.
b) Tratamenduak paziente motarako kalkulatutako kostua gainditzen du.
c) Tratamenduaren onurak tratamenduak dakartzan kargak baino txikiagoak dira.
d) Tratamenduak ez lortu espero ziren onurak ematea.

184.- Gastrostomia-zundei dagokienez, zein da ZUZENA?

a) Zunda jarri eta hilabetera aldatuko da baloi erako batez.
b) Zunda ez da aldatuko, non eta beste neurri batzuekin konpondu ezin diren arazoak (buxadurak) ez dauden, edo hausturak edo kalteak gertatzen ez diren.
c) Gastrostomia-zunda sartu eta astebetera ustekabean ateratzea ez da larria, erraz konpontzen baita ordezko zunda batekin.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

185.- Etxeko nutrizio enterala duen paziente baten kontrolari eta monitorizazioari dagokienez, zein da ZUZENA?

a) Hasiera batean, pazienteak agindutako dieta eta pauta toleratzen dituela onartzen da, eta, beraz, monitorizazio klinikoa, funtsean, tratamendu horrekin lotutako konplikaziorik dagoen edo ez baloratzera mugatuko da.
b) Etxeko nutrizio enteralaren hasieran, garrantzitsua da kontrol-bisita bat egitea, pazienteak edo senideak teknika erabiltzeko gaitasuna duela egiaztatzeko.
c) Bisiten maiztasuna programatzeko. pazientearen independentzia-maila eta tratamendu-taldearen aukerak hartuko dira kontuan.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

186.- Etxeko Nutrizio Enteralaren konplikazioei dagokienez, zein da ZUZENA?

a) Etxeko nutrizio enteralaren konplikazioak saihesteko modurik onena da jakitea ager litezkeela.
b) Ohikoa da konplikazio hutsalak agertzea, eta gehien agertzen diren konplikazioak zundaren posizioarekin eta iragazkortasunarekin lotutakoak dira.
c) Pazientea jan ondoren gutxienez ordu erdi agonduta edukitzeak ez du bronkoxurgapena prebenitzen; heste-mailan zundak jarri behar dira.
d) Zunda nasoenteralak daramatzaten pazienteetan, konplikaziorik okerrena bidearen nekrosia da.

187.- Hauetako zein dago gastrostomiekin lotutako konplikazio ohikoenen artean? (adierazi erantzun ZUZENA)

a) Estomatik eduki gastrikoa ateratzea.
b) Estomaren infekzioa.
c) Zundaren barne-topea barrura sartzea (*Buried bumper syndrome*).
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

188.- Zein dira etxeko nutrizio enteralean sarrien ikusten den digestio-konplikazioak? (adierazi erantzun ZUZENA)

a) Idorreria.
b) Beherakoa.
c) Berrahoratzea.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

189.- Etxeko Nutrizio Enteralari dagokienez, zein da OKERRA?

a) Idorreria deshidratazioaren, jarduera fisikoa gutxitzearen eta medikazio konkomitantearen ondorio izaten da.
b) Paziente batek beherakoa badu, jarduketa-pauta jakin bat eduki behar da: infusio-abiadura edo boloaren bolumena murriztea, bolo bat atzeratzea, nutrizio enteraleko formularen ordez zuntz disolbagarri ugariko bat edo formula peptidiko bat jartzea, edo beherakoaren kontrako agenteak ematea.
c) Gorakoak formularekin lotuta daude beti.
d) Gorakoak eta nutrizio-formularen berrahoratzea faktore anitzeko etiologiakoak dira, eta baliteke bronkoxurgapenaren arazo larria ekartzea.

190.- Etxeko Nutrizio Parenterala duten pazienteen kasuan, oso garrantzitsua da jarraibideak ematea emateko metodoari buruz, bidea zaintzeari buruz eta izan litezkeen konplikazioak ohartarazten dituzten sintomak identifikatzeari buruz. Erantzun hauetako zein da OKERRA?

a) Ezinbestekoa da pazientea etxera eraman aurretik egitea.
b) Batzuetan baino ezin da egin etxean bertan, etxeko ospitalizazioko arreta izanez gero.
c) Prestakuntza ez da inoiz pazientearen etxean egin behar.
d) Entrenamendua pazienteari eta haren zaintzaile nagusiari zuzenduta egon behar da.

191.- Infekzio osteoartikularren testuinguruan, zein da diagnostiko mikrobiologikorako lagin lehenetsia?

a) Zauri kirurgikoaren azaleko frotisa.
b) Hemokultibo periferikoak bakarrik.
c) Ziztada edo kirurgia bidez lortutako hezur-ehunaren edo giltzadura-likidoaren lagina.
d) Larruazaleko bide fistulosoaren exudatua.

192.- Lagin mikrobiologikoak garraiatu eta kontserbatzeari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Bakterio-kultiborako likido zefalorrakideoa 15 minutuan baino gutxiagoan garraiatu behar da, eta 35 °C-an kontserbatu; inoiz ez hoztuta.
b) Bakterio-kultiborako gernu-laginak 24 ordu ere kontserba daitezke 2-8 °C-an, ez badira berehala prozesatzen.
c) Inokulatutako hemokultibo-flaskoak 2-8 °C-an gorde behar dira sistema automatizatuan sartu aurretik.
d) Bakterio-kultiborako ehun-laginak eta biopsiak 24 ordu ere kontserba daitezke 2-8 °C-an ez badira berehala prozesatzen.

193.- Paziente batek bronkiektasiak eta *Pseudomonas aeruginosa*k eragindako primoinfekzioa ditu, larritasun- eta immunoezabatze-irizpiderik gabe, zein da tratamendu lehenetsia?

a) Kolistimetatoa inhalatua monoterapian 3 hilabete.
b) Ahotik 750 mg ziprofloxazino, 12 orduan behin, 3 aste.
c) 112 mg tobramizina inhalatua, 12 orduan behin, etengabe.
d) 500 mg azitromizina, astean hiru aldiz, gehi ziprofloxazinoa ahotik.

194.- Paziente bat (68 urte) etxeko ospitalizazioan onartu dute, ezkerreko beheko gorputz-adarreko zelulitisaren tratamendua hasi ondoren. Antibiotiko bidezko tratamendua hasi eta 48 ordura, eremu eritematosoa pixka bat handitu da. Zein da jokabiderik egokiena?

a) Pazienteari jakinaraztea lehen 48 orduetan eritema handitzea espero izatekoa dela, eta horrek ez dakarrela infekzioa hedatzea; hala, antibiotikoari eutsiko zaio 72 orduren buruan berriz ebaluatu arte.
b) Lehen 48 orduetan eritemak aurrera egiten badu, zainbarneko antibioterapiara jotzea berehala.
c) Hemokultiboa eta analitika urgentea eskatzea 48 orduren buruan klinikak okerrera eginez gero.
d) Ahotiko antibiotikoaren ordez beste espektro bateko antibiotiko bat jartzea, eritema handitzeak porrot terapeutikoa adierazten baitu.

195.- Paziente bat etxeko ospitalizazioan artatzen ari dira eta anpizilinarekiko sentikorra den *Enterococcus faecalis*ek eragindako bakteremia du, endokarditis infekzioso eta bakteriemia konplikatuko irizpiderik gabe. Zein da lehen aukerako pauta antibiotikorik egokiena testuinguru horretan?

a) Bankomizina dosi altuetan (20-30 mg/kg/egun) etxeko etengabeko infusioan.
b) 2 g anpizilina, ZB, 4 orduan behin, eta harekin batera 2 g zefaltriaxona, ZB, 12 orduan behin, edo halakorik gabe.
c) 10-12 mg daptomizina, ZB, kg/egun, dosi bakarrean.
d) 600 mg linezolid ahotik, 12 orduan behin, lehen aukera gisa, etxeko erabilgarritasunagatik.

196.- *Enterococcus faecalis*ek eragindako infekzioen tratamendu antibiotikoari dagokionez, aukera hauetako batek EZ du balio lehen aukerako edo erreskateko tratamendu egoki gisa egoera kliniko bakar batean. Zein?

a) Zainbarneko anpizilina, aminopenizilinekiko sentikorra den *E. faecalis*en aurkako jardueragatik.
b) Zainbarneko bankomizina, betalaktamikoekiko erresistenteak diren *E. faecalis*en anduietan edo haiei alergia larria dieten pazienteetan.
c) Daptomizina, dosi altuetan, bankomizinarekiko erresistentea den *E. faecalis*ek eragindako bakteriemian, beste aukera batzuek porrot egin baitute.
d) Ertapenema monoterapian, anpizilinarekiko sentikorra den *E. faecalis*ek eragindako infekzio larrien alternatiba karbapenemiko gisa.

197.- **Paziente batek (58 urte) 2 motako diabetes mellitusa du eta kirurgiatik etxeko ospitalizazioko unitatera alta eman diote, 4 cm-ko gibeleko abzesu piogeniko lokulubakarraren drainadura perkutaneoaren ondoren. Tratamendu antibiotikoa etxean bukatzea erabaki da. Zein da antibioterapia enpirikoko pautarik egokiena paziente horrentzat?**

a) 875/125 mg amoxizilina-azido klabulaniko, 8 orduan behin, ahotik monoterapian.
b) Zainbarneko 2 g zeftriaxona, 24 orduan behin, gehi 500 g metronidazol, zortzi orduan behin.
c) Zainbarneko anpizilina-sulbaktama, lehen aukera enpiriko gisa.
d) 500 mg ziprofloxazino, 12 orduan behin, ahotik monoterapian.

198.- **Paziente batek II. graduko kolezistitis akutua du eta tratamendu antimikrobianoa hartzeko hautagaia da. Pazientea ebaluatzeko orduan, mediku arduradunak baloratzen du ea arriskurik dagoen espektro zabaleko betalaktamasak (ESBL) sortzen dituzten enterobakterioek eragindako infekzioa gertatzeko, antibioterapia enpirikoa doitzeko. Arrisku-faktore hauetako zein lotzen da modu espezifikoen, testuinguru biliar horretan, ESBLek eragindako infekzioarekin?**

a) Emakumea eta 50 urtetik beherakoa izatea.
b) Behazun-litiasi bakarra egotea, aurretiko kolangitis-gertakaririk gabe.
c) Espektro zabaleko antibioterapia erabiltzea aurreko 3 hilabeteetan, eta ESBLek eragindako infekzioaren edo kolonizazioaren aurrekaria.
d) 24 ordu baino gutxiagoko eboluzioko eskuineko hipokondrioko mina, sukarrik gabe.

199.- **Paziente bat (45 urte), komorbilitaterik gabe, etxeko ospitalizazioan ingresatu dute tratamendu antibiotikoa osatzeko, ospitalez kanpoko jatorri apendikularreko peritonitis sekundarioagatik kirurgia egin ondoren. Bilakaera kliniko ona du, eta ahoko tolerantzia. Zein da zainbarneko lehen aukerako antibiotikoa etxeko tratamenduaren fase parenteralerako?**

a) Zainbarneko imipenema monoterapian, lehen aukera enpiriko gisa.
b) Zainbarneko bankomizina monoterapian, *Staphylococcus aureus* erresistentearen arriskua dela-eta.
c) Zainbarneko piperazilina-tazobaktama, ospitale barneko peritonitiserako lehen aukerako pauta gisa.
d) Zainbarneko zefotaxima edo zeftriaxona gehi metronidazola, ospitalez kanpoko peritonitis sekundarioaren lehen aukerako eskema gisa.

200.- Paziente bat (55 urte) I. graduko kolangitis akutuagatik (arina) ingresatuta dago. Pazienteari behazun-drainatze endoskopiko eraginkorra egin diote, eta zainbarneko antibioterapia du, zeftriaxonarekin. 48 orduren buruan sukarrik gabe dago; hobekuntza klinikoa du, eta ahoko tolerantzia egokia du. Etxeko ospitalizazioan jarraitzea erabaki dute. Zein da irizpiderik ZUZENENA egoera horretan tratamendu antibiotikoaren iraupenari dagokionez?

a) Tratamendu antibiotikoari gutxienez 14 egun eutsi behar zaio beti, drainatzeari emandako erantzuna edozein dela ere.
b) Erantzun kliniko ona izanez gero, antibiotikoa piperazilina-tazobaktamera igaro behar da, etxeko tratamendua osatzeko.
c) Behazun-drainatzea eraginkorra izan bada, tratamendu antibiotikoa ken daiteke ematen hasi eta 3 eta 5 egun artean igarota.
d) 48 orduren buruan sukarrik ez izateak antibioterapia berehala etetera behartzen du, ziklorik osatu gabe.

201.- Etxeko ospitalizazioko taldea giltzurruneko transplantea izandako paziente bat artatzen ari da etxeko tratamenduan, zainbarneko antibiotiko bidez. Plasman zitomegalobirusaren (ZMB) birus-karga kuantitatiboki zehazteko eskatu da, monitorizatzeko. Laborategiko zer teknika erabil daiteke kuantifikazioa egiteko?

a) *Western blot*, serumean.
b) Giemsa tindaketa, odol periferikoan.
c) PCR kuantitatiboa denbora errealean (qPCR).
d) Alboko fluxuaren immunokromatografia, antigenoa detektatzeko.

202.- Tratamendu antimikrobianoaren testuinguruan, paziente batek metizilinarekiko sentikorra den *Staphylococcus aureus*ek (MRSA) eragindako osteomielitis kronikoa du, eta zainbarneko kloxazilina bidezko tratamendua hasi du. Eraginkortasun farmakodinamikoa optimizatzeko, hura emateko estrategia hauetako zein da egokiena?

a) Guztizko dosia maizko administrazioetan zatikatzea, ahalik eta denbora gehienean GKIa baino kontzentrazio handiagoak izateko.
b) Dosien arteko tartea handitzea, antibiotiko osteko efektu luzea gram-positiboen aurka aprobetxatzeko.
c) Eguneko guztizko dosia infusio bakar batean ematea, Cmax maximizatzeko.
d) Lehen egunetik kloxazilinaren etengabeko infusioa hastea, karga-dosirik gabe, ez baita beharrezkoa kontzentrazioek goia jotzea.

203.- Paziente batek *Escherichia coli*k eragindako pielonefritisa du, eta etxeko ospitalizazioko taldeko mediku batek 2 g/24 h zefaltriaxona ematen hastea baloratu du. Zefaltriaxonak dituen propietate farmakozinetikoak direla-eta bereziki erakargarria da tratamendu anbulatorio parenteralerako, horri dagokionez, hauetako zein da ZUZENA?

a) Eliminazio-erdibizitza laburrekoa (< ordubete) duenez, etengabeko infusioa behar da t > GKI egokiari eusteko.

b) Banaketa-bolumen handia (≈ 4 l/kg) izateak beste betalaktamiko batzuen ehuneko penetrazioa baino handiagoa bermatzen du.

c) Eliminazio-erdibizitza luzekoa (≈ 8 ordu) denez, eguneko dosi bakarrean eman daiteke, eta horrek erregimen anbulatorioa errazten du.

d) Kontzentrazio-mendeko jarduera du, eta, beraz, eguneko dosi baten pautak Cmax/GKI ratioa maximizatzen du.

204.- Etxeko ospitalizazioko unitate batean gentamizina dosi luzatuan (*once-daily*) erabiltzea planteatu dute, *Pseudomonas aeruginosa* sentikorrak eragindako infekzioa tratatzeko. Oinarri farmakodinamiko hauetako zeinek justifikatzen du gehienbat estrategia hori erabiltzea ohiko dosi zatikatuen erregimenaren aurrean?

a) Gentamizinak denbora-mendekotasun jarduera du, eta, ondorioz, GKIaren gainetik denbora luzeagoan mantentzen diren kontzentrazioek eraginkortasun kliniko handiagoa dakarte.

b) Dosi altu eta ezohikoak emanez gero, farmakoaren kontzentrazio-mendekotasuna eta antibiotiko osteko efektu luzea aprobetxatzen da gram-negatiboen aurka, eta Cmax/GKI ratioa maximizatzen da.

c) Dosi luzatuek nefrotoxikotasuna murrizten dute, farmakoa giltzurruneko tubulu proximalean metatzea guztiz ezabatzen baitute.

d) Bankomizinak eta aminoglukosidoek eraginkortasuna iragartzeko parametro farmakodinamiko bera dute, eta, beraz, eguneko dosi bakarraren estrategia berdin aplika dakieke biei tratamendu antimikrobianoan.

205.- Paziente batek MSRAk eragindako bakteriemia du eta etxean tratatzen ari dira. Hala bada, etxeko ospitalizazioko taldeak bankomizina etengabeko infusioan erabiltzea pentsatu du ohiko aldizkako erregimen konbentzionalaren (1 g/12 h) alternatiba gisa. Estrategia horri buruzko adierazpen hauetako zein da ZUZENENA eskuragarri dagoen ebidentziaren arabera?

a) Saiakuntza kliniko ausazkotuek guztiz babesten dute bankomizinaren etengabeko infusioa, eta, aldizkako erregimenaren aldean, haren nagusitasuna erakusten dute mikrobiologia desagerrarazten, batez ere etxeko ospitalizazioaren testuinguruan.

b) Bankomizinaren eliminazio-erdibizitza laburragatik (< ordubete) etengabeko infusioa erabili behar da kontzentrazio terapeutikoak mantentzeko.

c) Bankomizinaren etengabeko infusioak etxean kontzentrazio serikoak monitorizatzeko beharra ezabatzen du, eta pazientearen kudeaketa sinplifikatzen du.

d) Kontuan hartuta bankomizinak denbora-mendekotasun jarduera duela eta gram-positiboen aurkako 2-3 orduko antibiotiko osteko efektua (AOE) duela, etengabeko infusioak t > GKI maximiza lezake; aitzitik, mugatua da aldizkako erregimenaren gaineko nagusitasun klinikoaren ebidentzia, eta arazo praktiko garrantzitsuak daude, hala nola bateragarritasuna eta tronboflebitisa.

206.- Paziente bat (38 urte) etxeko ospitalizazioko jarraipenean dago. Sinusitisaren eraginez 2 cm-ko garun-abzesua du lobulu frontalean, baina masa-efekturik gabe eta erdiko lerroaren desplazamendurik gabe. Hemodinamikoki egonkor dago, badira 5 egun sukarrik ez duela, eta klinikoki hobetzen ari da zainbarneko antibioterapiaren bidez. Zein da irizpiderik egokiena tratamendu antibiotikoaren iraupenari dagokionez?

a) Tratamendu antibiotikoa etetea 2 aste egin ondotik, pazienteak sukarrik ez duelako eta klinikoki hobetzen ari delako.
b) Tratamenduari 6-8 aste eustea, iraupen laburragoak errekurrentzia-arriskua handitzen baitu.
c) Tratamendua 6 hilabetera arte luzatzea, fokua nerbio-sistema zentralean esterilizatzen dela ziurtatzeko.
d) Iraupena 4 astera mugatu behar da; denbora hori nahikoa da behin kapsula berantiarra eratu ondoren.

207.- Garuneko abzesuaren antibioterapia enpirikoari dagokionez, konbinazio hauetako zein da egokiena erraietako fokutik transmisio hematogenoa susmatzen bada?

a) Metronidazola (karga-dosia: 15 mg/kg, eta, ondoren, 7,5 mg/kg/8 h) gehi hirugarren belaunaldiko zefalosporina bat.
b) Zeftazidima (2 g/8 h) gehi bankomizina (15 mg/kg/12 h).
c) Bankomizina (15 mg/kg/12 h) gehi meropenema (2 g/8 h).
d) Linezolida monoterapian, aukera enpiriko gisa.

208.- Paziente bat etxeko ospitalizazioko programan sartu da garuneko abzesu baten tratamendua egiteko. Antibioterapia zuzena hasi eta 18 egunen buruan, pazienteak sukarra du oraindik, eta ez du hobekuntza klinikorik. Kontrolerako erresonantzia magnetikoak lesio egonkorra erakusten du, tamaina gutxitu gabe. Zein da jokabide aproposena?

a) Antibiotiko-erregimen berari eustea 8 aste bete arte, proba osagarri gehiago egin gabe, garuneko abzesuan erantzuteko denbora motela baita.
b) Kultiboak eta irudi-probak errepikatzea, eta baloratzea ea drainatze kirurgikoa egin edo pauta antibiotikoa aldatu beharra dagoen.
c) Kortikoterapia sistemikoa modu enpirikoan gehitzea edema gutxitzeko eta erantzun klinikoa hobetzeko.
d) Espektro zabaleko tratamendu antifungiko enpirikoa hastea, tratamendu antibiotikoari ez baitio erantzuten.

209.- Etxean zainbarnetik ematen diren antibiotikoen propietate fisiko-kimikoei dagokienez, adierazpen hauetako zein da ZUZENA?

a) Infusio-soluzioaren osmolaritatea eta nahastearen pH-a faktore garrantzitsuak dira sarbide baskular periferikoa edo zentrala hautatzeko.
b) Antibiotiko baten izaera besikatzailea neutralizatu egiten da infusio-abiadura murriztuz gero; hori horrela, infusio erritmoa motela bada, etxean onargarria da kateter periferiko labur bidez farmako besikatzaileak ematea.

c) 5 eta 7,5 arteko pH-a arrisku handikotzat jotzen da administrazio periferikorako, eta, ondorioz, sarbide zentral bat kanalizatu behar da beti.
d) a) eta b) zuzenak dira.

210.- Etxeko ospitalizazioko paziente batek zainbarneko antibiotiko bat hartu behar du. Antibiotikoak 630 mOsm/L-ko osmolaritate neurtua eta 3,8 pH-a ditu, eta aurreikusten da tratamenduak 14 egun irautea. Sarbide baskularra hautatzeko irizpideen arabera, zein kateter mota da egokiena?

a) Zain-kateter periferiko laburra, kateterrarekin lotutako bakteriemia-arrisku txikiena duena delako.
b) Erdiko lerroko (*midline*) kateterra, 7 eta 14 egun arteko tratamenduetan agintzen baita, soluzioaren ezaugarriak edozein direla ere.
c) Zain-kateter zentrala, soluzioak >600 mOsm/L osmolaritatea eta pH < 4 baititu, eta ondorioz arrisku handikotzat hartzen da.
d) Sarbide baskular guztiek balio dute infusio-tasa murrizten bada.

211.- Zainbarneko tratamendu antimikrobianoaren testuinguruan, zein antibiotiko izango litzateke onargarria, adierazitako kontzentrazioan eta diluitzailean, zain-kateter periferiko labur baten bidez emateko, 5 eguneko tratamenduan?

a) 10 mg/mL bankomizina (1000 mg/100 mL % 5eko SGan), 254 mOsm/L-ko osmolaritatea eta 3,61eko pH-a.
b) 20 mg/mL zeftriaxona (1 g/50 mL % 5eko SGan), 404 mOsm/L-ko osmolaritatea eta 6,57eko pH-a.
c) 5 mg/mL aziklobir (500 mg/100 mL % 0,9ko GSan), osmolaritatea 288 mOsm/L eta 11,04ko pH-a.
d) 4 mg/mL bankomizina (1000 mg/250 mL % 5eko SGan), 285 mOsm/L-ko osmolaritatea eta 3,70eko pH-a.

212.- Paziente batek, etxeko ospitalizazioan, metizilinarekiko sentikorra den *Staphylococcus aureus*ek eragindako infekzio osteoartikularra du. Zainbarneko tratamendu antibiotikoa 6 astean egin behar du. Tratamendu osorako sarbide baskular egokiena zein den baloratzean, adierazpen hauetako zein da OKERRA?

a) Tratamenduaren iraupenak —hilabete baino gehiago— iraupen luzeko zain-sarbide zentralaren indikazioaren alde egitea dakar, kateter periferiko laburraren aldean.
b) 20 mg/mL kloxazilina erabiltzen bada (osmolaritatea: ~261 mOsm/L % 0,9 gatz-serumean; pH-a: ~4,90; ez-besikatzailea), haren profil fisiko-kimikoa arrisku moderatuari dagokio pH-agatik, eta horrek kateterra aukeratzean ere orienta dezake.
c) PICC bat (*peripherally inserted central catheter*) aukera egokia da etxeko eremuan hilabete baino gehiagoko tratamenduetarako.
d) Zain-kateter periferiko laburra da sarbide gomendatua 6 astetik gorako tratamendu antibiotikoetarako, baldin eta antibiotikoak arrisku fisiko-kimiko txikia badu.

213.- Paziente bat (68 urte) etxeko ospitalizazio-unitatean ingresatu da, gerriko espondilodiszitis baten tratamendu antibiotikoa egiteko. Aurreko hemokultiboak negatiboak izan ziren, eta ordenagailu bidezko tomografiak (OT) gidatutako hezur-biopsiak metizilinarekiko sentikorra den *Staphylococcus aureus* (MSSA) isolatu zuen. 7 egunean zainbarneko zefazolina hartu ondoren, bilakaera kliniko ona du eta PCRa pixkanaka jaitsi da; hori horrela, ahotiko antibiotiko-terapiara pasatzea planteatu da. Ahotiko biderako sekuentziazioaren gaineko adierazpen hauetatik, zein da ZUZENA?

a) Kontraindikatuta dago, *S. aureus*ek eragindako espondilodiszitisak zainbarneko tratamendua behar duelako, gutxienez 6 aste, kasu guztietan.
b) Baliozko aukera da, aho-bioerabilgarritasun handia eta hezur-penetrazio ona duten antibiotikoak erabiltzen badira, hala nola fluorokinolonak eta kotrimoxazola, baina *S. aureus*ek eragindako infekzioan, tratamendu osoa gutxienez 8 aste luzatu behar da.
c) Ahotiko betalaktamikoak lehen aukera dira osteomielitisean sekuentziaziorako, bioerabilgarritasun handia eta hezur-penetrazio ona dutelako.
d) Edozein unetan egin daiteke, eboluzio klinikoa positiboa bada, alde batera utzita mikroorganismo kausala zein den eta abzesurik dagoen.

214.- Etxeko ospitalizazioaren testuinguruan osteomielitis kronikoaren diagnostiko mikrobiologikoari dagokionez, adierazpen hauetako zein da OKERRA?

a) Torunda bidezko azpiko ultzeraren kultiboak korrelazio eskasa du hezur-biopsia bidez lortutako kultiboarekin, eta ez da erabili behar behin betiko tratamendua gidatzeko.
b) Hezur-biopsiaren kultiboa lehen saiakeran negatiboa bada, bigarren lagina hartu baino 48-72 ordu lehenago antibiotikoa bertan behera uztea gomendatzen da, eta onddo eta mikobakterioentzako prozesamendua gehitzea.
c) Fistula-zulotik lortutako jariakinaren kultiboak hezur-biopsia ordezka dezake behin betiko tratamendu antibiotikoa gidatzeko, betiere aurrez gatz-serumaz garbituta egiten bada.
d) Hezur-biopsiaren analisi histopatologikoan eremu bakoitzeko 5 neutrofilo baino gehiago egotea infekzioaren diagnostikoa da, nahiz eta kultiboak negatiboak izan.

215.- Paziente batek (54 urte) eskuineko tibiako osteomielitis kronikoa du, eta terapia antibiotiko ezabatzailerako (TAE) hautagaia da, denbora-mugarik gabe, desbridatze kirurgikoak larriki konprometituko lukeelako gorputz-adarraren funtzioa. Epe luzeko terapia antibiotiko ezabatzailerako antibiotikorik egokiena aukeratzeari dagokionez, hauetako zein EZ litzateke farmako lehenetsia izango?

a) Linezolida.
b) Kotrimoxazola.
c) Doxiziklina.
d) Ahoko zefalosporinak.

216.- Paziente bat etxeko tratamendu antimikrobianoa hartzen ari da; hala, difusore elastomerikoa gorputzari itsatsita darama egunean zehar. Antimikrobianoa gehiegizko tenperaturagatik ahalik eta gutxien degradatzeko, garrantzitsua da jarraibide hauetako bat pazienteari alta jasotakoan ematea. Zein?

a) Lorik ez egitea difusorea ohe-jantzien azpian dagoela, eta ez jartzea eguzkitan zuzenean; gaueko atsedenaldian gorputzetik kanpo gordetzea.
b) Difusorea hozkailuan edukitzea infusio osoan, degradatu ez dadin.
c) Difusorea leunki astintzea bi orduz behin, soluzioa homogeneizatzeko.
d) Difusorea arropan biltzea, hotzetik babesteko eta tenperatura egonkorra mantentzeko.

217.- Etxeko ospitalizazio-zerbitzu bat etxean *Pseudomonas aeruginosa* multirresistenteak eragindako infekzio osteoartikular bat tratatzeko aukera ebaluatzen ari da; hain zuzen ere, zeftazidima-abibaktamaren bidez, 24 orduko etengabeko infusioan. Difusoreak astebete lehenago prestatu eta hozkailuan gordeko lirateke. Zein da praktika onartu aurretik kontuan hartu beharreko segurtasun-arazo nagusia?

a) Abibaktam-kontzentrazioa % 90etik behera jaisten da hotzean biltegiratu bitartean, eta horrek farmakoaren eraginkortasuna arriskuan jartzen du.
b) Zeftazidima-abibaktama ez da bateragarria etxean erabiltzeko difusore elastomerikoekin, eta ponpa elektronikoen bidez baino ezin da eman.
c) Zeftazidima guztiz degradatzen da hotzean biltegiratutako astean, eta, hortaz, ez da bideragarria aldez aurretik prestatzea.
d) Baliteke piridinak —zeftazidimaren degradazioaren produktu toxikoa— Europako Farmakopeak baimendutako muga jada gainditzea hotzean biltegiratzean, pazienteak infusioa hasi aurretik.

218.- Paziente batek (67 urte) metizilinarekiko sentikorra den *Staphylococcus aureus*ek eragindako bakteriemia (MRSA) du, foku endobaskularrik gabe eta protesirik gabe. Tratamenduaren hirugarren egunean etxeko ospitalizazioan onartu dute. 72 orduren buruan egindako kontrol-hemokultiboak negatiboak dira; sukarra jaitsi zaio, eta hemodinamikoki egonkor dago. Zein da zainbarneko etxeko tratamenduarekin jarraitzeko antibiotiko lehenetsia?

a) 25-30 mg/kg bankomizina karga-dosian, eta ondoren, 12 orduan behin doitzea.
b) Zainbarneko 2 g zefazolina, 8 orduan behin.
c) Zainbarneko 6-10 mg/kg/egun daptomizina.
d) 600 mg linezolid, 12 orduan behin, ahotik.

219.- Paziente bat (52 urte) etxeko ospitalizazioan onartu dute, metizilinarekiko erresistentea den *Staphylococcus aureus*ek (MSRA) eragindako ornoetako osteomielitisa (espondilodiszitisa) diagnostikatuta. Bi (2) astean zainbarneko bankomizina hartu du, eta erantzun kliniko zein analitikoa ona izan da; kontrol-hemokultibo negatiboak izan dira, eta EMNean hobekuntza egon da. Etxeko ospitalizazioko taldeak ahotiko tratamendura igarotzea pentsatu du. Trantsizioari buruzko adierazpen hauetako zein da ZUZENA?

a) Infekzio osteoartikularrean, saiakuntza kliniko bakar batek ere ez du ahotiko biderako trantsizioa bermatzen, eta ez egitea aholkatu behar da sistematikoki.
b) Ahotiko bankomizina da aukera lehenetsia MSRAk eragindako osteomielitisa osatzeko, zainbarneko formulazioaren espektro bera mantentzen baitu.
c) MSRAk eragindako osteomielitis akutuan, tratamendu antibiotikoaren iraupen osoa 12 astekoa izan behar da beti, bilakaera edozein dela ere.
d) Ahotiko bidera igarotzea praktika segurua da honako alderdi hauek badaude: hobekuntza kliniko eta analitikoa, hemokultibo negatiboak 48-72 orduren buruan, eta baldin badago anduiaren aurka aktiboa den eta ahoko bioerabilgarritasun ona duen antibiotiko bat.

220.- Paziente bat etxeko ospitalizazioan dago MSRAk eragindako larruazaleko eta atal bigunetako infekzioagatik. Zainbarneko tratamendua 5 egunean jaso du, eta hobekuntza klinikoa eta analitikoa izan du. Zain-sarbidea alde batera uzteko aukeraren aurrean, taldeak terapia sekuentzial eraginkorra egitea zer farmakok ahalbidetzen duten baloratu du. Hauetatik guztietatik —denak formulazio parenteralean eta ahokoan eskuragarri—, zein EZ litzateke ahotik hartzeko preskribatu beharko infekzio hori tratatzeko?

a) 600 mg linezolid 12 orduan behin.
b) Kotrimoxazola, pisuaren eta giltzurrun-funtzioaren arabera doitutako dosian.
c) 200 mg tedizolid 24 orduan behin.
d) 500 mg bankomizina 6 orduan behin.

221.- Tratamendu antimikrobianoaren testuinguruan, gizon batek (70 urte) prostatako hiperplasia onbera (PHO) eta gernu-traktuko infekzio (GTI) sukartsua (38,8 ºC-ko tenperatura, hotzikarak, pubis-gaineko mina) ditu. Zainbarneko zeftriaxona 48 ordu hartu ondoren, hemokultibo negatiboak eta hobekuntza kliniko nabarmena ditu. Urokultiboak fosfomizina, nitrofurantoina, kotrimoxazol eta ziprofloxazinoarekiko sentikorra den *Escherichia coli* bakterioa isolatu du. Ahotiko bidera igarotzea pentsatu dute tratamendua etxean osatzeko. Ebidentzia eskuragarriaren arabera, zein dira ahotiko antibiotiko lehenetsia eta gutxieneko iraupen oso gomendatua?

a) 100 mg/12 h nitrofurantoina 5 egun, giltzurrun-parenkiman penetrazio bikaina duelako eta adineko gizonetan duen segurtasun-profilagatik.
b) 500 mg/12 h ziprofloxazino gutxienez 14 egun tratamendua hasten denetik; izan ere, prostatako erasana maiz gertatzen da GTI sukartsua duten gizonezkoetan, eta fluorokinolonek abantaila farmakozinetikoak dituzte prostata-ehunean penetratzeko.
c) 3 g fosfomizina trometamol, dosi bakarrean, germenaren sentikortasuna eta etxeko erosotasun posologiko handiagoa aprobetxatuta.

d) 160/800 mg kotrimoxazol 12 orduan behin 7 egun, giltzurrun-funtzioa kontserbatuta duten adineko gizonezkoetan baliozko eta ondo toleratutako ahotiko alternatiba gisa.

222.- Emakume batek (58 urte) GTI konplikatua du, ESBLak sortzen dituen *Klebsiella pneumoniae* bakterioak (fluorokinolona, kotrimoxazol eta zefalosporinekiko erresistentea; ZBko ertapenem eta fosfomizinarekiko sentikorra) eragindakoa. Emakumea hautagaia da zainbarneko 1 g ertapenem bidezko tratamendua, 24 orduan behin, jasotzeko. Etxeko ospitalizazioan onartu eta 4 egunen buruan, pazienteak 38,5 ºC-ko sukarra du, beherakorik eta rashik gabe. Duela 5 egun PICC bat jarri diote. Zein da jokabiderik egokiena?

a) Antitermikoekin hastea eta 24-48 ordu etxean behatzea, aurrez aurre baloratu beharrik gabe, sukarra moderatua delako eta PICCak 7 egun baino gutxiago daramatzalako.
b) Zainbarneko meropenemera enpirikoki aldatzea, ertapenemek GTI-ESBLen aurka porrot terapeutikoa izan duela iradokitzen baitu sukarrak.
c) Balorazio klinikoa aurrez aurre egitea, hemokultibo periferikoak eta PICCeko hemokultiboak ateratzea, eta, sukarraren kausa posibleen artean, kateterrari lotutako oinarrizko infekzioaren edo bakteriemiaren progresioa kontuan hartzea.
d) PICCa berehala kentzea eta pazientea ingresatzea, tratamendua ospitalean jarraitzeko; izan ere, kateter zentrala edukita sukarra izateak kateterrari lotutako bakteriemia esan nahi du beti.

223.- Bakteriuria asintomatikoaren (BA) diagnostikoari eta adineko pazientean hura tratatzeari dagokienez, zein da ZUZENA egungo ebidentziaren arabera?

a) BA 80 urtetik gorako paziente instituzionalizatu guztietan tratatu behar da, gernu-sepsirako progresio-arrisku handia dagoelako.
b) Gernu-inkontinentzia kronikoa duen adineko paziente batean urokultibo positiboa eta piuria izatea irizpide nahikoa da GTI bat diagnostikatzeko eta tratatzeko.
c) Diabetes mellitusa ondo kontrolatuta duten adineko emakume postmenopausikoetan BA tratatu egin behar da GTI sintomatikoa izateko arriskua murrizteko.
d) BA ez da tratatu behar adineko paziente instituzionalizatuetan; hura tratatzeak ez du GTI sintomatikoaren arriskua murrizten, eta kontrako ondorioak sortzen ditu, hala nola *Clostridioide difficile*k eragindako infekzioak eta mikrobioen aurkako erresistentziak handitzea.

224.- Paziente batek (72 urte) zeftriaxonarekiko sentikorra den *Escherichia coli*k eragindako pielonefritis akutua eta bakteriemia ditu. Etxean zainbarneko tratamenduan 72 ordu egon ondoren, hobekuntza kliniko argia, ahoko tolerantzia eta < 37,5 °C-ko tenperatura ditu. Ahotiko antibioterapiara igarotzea pentsatu da, tratamendua etxean osatzeko. Espainian, tokiko erresistentzien eredua kontuan hartuta, zein da ahotiko antibiotikoa aukeratzeari buruzko ebidentzia erabilgarrira gehien egokitzen den adierazpena?

a) Ahotiko ziprofloxazinoa aukera baliagarria da, baldin eta *E. coli*ren fluorokinolonekiko tokiko erresistentzia-tasa % 10etik beherakoa bada; hala ere, Espainian, *E. coli*ren fluorokinolonekiko erresistentzia % 15-31 artekoa da, eta horrek erabilera enpirikoa mugatzen du, eta antibiogramaren bidez gidatzea gomendatzen du.

b) Espainian ahotiko bidera igarotzeko lehen aukera hau da: kotrimoxazola 160/800 mg 12 orduan behin 14 egun, kostu txikia eta eskuragarritasun handia duelako.

c) Nitrofurantoina ahotiko alternatiba baliagarria da pielonefritisaren tratamendua *step-down*ean osatzeko, batez ere giltzurrun-funtzio murriztua duten adineko pazienteetan.

d) Ahotiko fosfomizina trometamola, dosi bakarrean, da pielonefritisean *step-down*erako hautatu beharreko aukera, Espainian erresistentzia-tasarik txikienak baititu.

225.- Prostatitis akutu bakterianoari (PAB) dagokionez, zein da OKERRA?

a) Bakterio gram-negatibo enterikoak —bereziki *Escherichia coli*— dira prostatitis akutuaren agente etiologiko ohikoenak.

b) Prostatako masajea kontraindikatuta dago prostatitis akutuan, bakterioak barreiatzeko arriskua dagoelako.

c) Prostatitis akutuan, pazienteak gernu-erretentzioa garatzen badu, gomendagarria da gernu-iragazkortasuna maskuriko zundaketaren edo pubis-gaineko kateterraren bidez leheneratzea, eta urologiako kontsulta urgentea egitea.

d) Fluorokinolonak kontraindikatuta daude prostatitis kroniko bakterianoan, eta baztertu egin behar dira eta doxiziklina edo azitromizina erabili, prostata-penetrazio handiagoa baitute.

226.- Paziente batek (68 urte) diabetes mellitusa eta artritis erreumatoidea ditu. Halaber, belauneko monoartritis akutua du, eta 38,5 ºC-ko sukarra. Antibioterapia hasi aurretik artrozentesia egin da. Likido sinobialaren kultiboa negatiboa da, baina koadro klinikoa eta likidoaren analisia bateragarriak dira artritis septikoarekin. Likido sinobialaren kultiboaren errendimendu diagnostikoari dagokionez, adierazpen hauetako zein da ZUZENA?

a) Gram tindaketa erreferentziako teknika *(gold standard*) da artritis septikoaren diagnostiko mikrobiologikorako.

b) Likido sinobiala atera eta berehala hemokultiboko flaskoetan zuzenean inokulatzeak errendimendua hobetu eta kutsadura-tasa murrizten du.

c) Likido sinobialaren kultibo negatiboak fidagarritasunez baztertzen du etiologia bakterianoko artritis septikoa.

d) Artritis septikoan Gram tindaketaren sentikortasuna % 80tik gorakoa da era guztietako germenetan.

227.- Paziente batek (55 urte) ez du medikamentuengatiko alergia ezagunik. Larrialdietan bisitatuta, belauneko artritis septiko komunitarioa diagnostikatu diote. Likido sinobialaren gram-a negatiboa da. Etxeko ospitalizazioan sartzea pentsatu dute. Zein izango litzateke tratamendu antibiotiko enpiriko lehenetsia, Gram negatiboa edo egin gabea duen artritis septiko komunitariorako egungo gomendioen arabera?

a) Zainbarneko 1 g bankomizina, 12 orduan behin, monoterapian.
b) Zainbarneko 2 g zeftazidima, 8 orduan behin + zainbarneko 1 g bankomizina, 12 orduan behin.
c) Zainbarneko 1 g meropenem, zortzi orduan behin + zainbarneko 8-10 mg/kg daptomizina, 24 orduan behin.
d) Zainbarneko 2 g kloxazilina, 4 orduan behin + 2 g zeftriaxona, 24 orduan behin.

228.- Artritis septikoa duen pazientea etxeko ospitalizazioan kudeatzeko hautatzeari dagokionez, egoera hauetako zein izango litzateke etxeko programarako kontraindikazio edo BAZTERTZEKO irizpide bat?

a) Pazienteak (60 urte), komorbilitaterik gabe, MSSAk eragindako belauneko artritis septikoa du. Zainbarneko 7 eguneko tratamendua osatu ondoren, ez du sukarrik eta PCRa jaisten ari da. Etxe egokia eta zaintzailea ditu.
b) Pazienteak (65 urte) belauneko artritis septikoa du, Gächter-en IV. estadioan (pannus-sorrera eta erradiologikoki ikus daitezkeen higadura subkondralak). Desbridatze kirurgikoa berriz egin behar da, eta ez dago bilakaera kliniko egokirik.
c) Pazienteak (70 urte) *Streptococcus agalactiae*k eragindako orkatilako artritis septikoa du. Tratamenduan —zainbarneko 2 g zeftriaxona, 24 orduan behin— 10 egun egon da eta bilakaera ona du.
d) Pazienteak (58 urte) ebakuntza osteko eskumuturreko artritis septikoa du; zeftriaxona bidezko tratamenduan dago, sukarrik gabe, beheranzko PCRa, eta bi asteko tratamendua osatu behar du.

229.- Etxeko ospitalizazioan antimikrobianoen erabilera optimizatzeari dagokionez, adierazpen hauetako zeinek erakusten du hoberen Antibiotikoen Erabilera Optimizatzeko Programaren (AEOP) eta Mikrobioen Aurkako Zain Barneko Etxeko Tratamenduaren (MAZBET) arteko harremana?

a) AEOP eta MAZBET estrategia kontrajarriak dira berez: MAZBETk tratamendu parenteralaren jarraitutasuna lehenesten du eraginkortasuna bermatzeko, eta AEOPk, berriz, zainbarneko antibiotikoen erabilera murriztea lortu nahi du, eta, ondorioz, ezin da praktika klinikoan integratu.
b) Etxeko ospitalizazioko AEOP mugatu behar da larrialdietan preskribatutako hasierako tratamendu enpirikoaren egokitasuna zaintzera, eta ez du esku hartu behar tratamenduaren iraupenean eta ahotiko biderako trantsizioan, eskumen horiek pazientearen mediku arduraduna baino ez baititu.
c) AEOP MAZBETn integratzeak kostu ekonomikoaren arloko onurak baino ez dakarzkio ospitaleari, eta ez dago inpaktu frogaturik pazientearen emaitza klinikoetan, ez eta mikrobioen aurkako erresistentzia-ereduetan ere.
d) AEOPen eta MAZBETen arteko itxurazko kontraesana konpon daiteke AEOP etxeko ospitalizazio-unitatean aktiboki integratuz gero. Hala, sortuko diren sinergien bitartez antibiotikoaren egokitzapena hobetuko da, tratamenduaren

iraupena laburtuko da, eta ahotiko bidera igarotzea optimizatuko da, hilkortasuna eta berrospitalizazioak handitu gabe.

230.- Etxeko ospitalizazio-unitate batean integratutako AEOP programa baten esparruan, ertapenema erabiltzea aztertzen ari dira. Mikrobioen aurkako zainbarneko etxeko tratamenduaren testuinguruan, AEOPk antibiotiko horri dagokionez betetzen duen rolari buruzko adierazpen hauetatik, zein da ZUZENA?

a) Baliteke ertapenemaren erabilera modu desegokian zabaltzea, hura eguneko dosi bakarrean ematea erosoa izanik bereziki erakargarria baita etxeko ingurunerako. Horrenbestez, AEOPk aktiboki zaindu behar du nola erabiltzen den, komenentzian oinarrituta hautatu ez dadin, baizik eta behar den espektroan oinarrituta.
b) Etxeko ospitalizazioan, gernu-infekzio konplikatu guztietarako, ertapenema lehen aukerako antibiotikoa izan behar da, antibiograma alde batera utzita, giro-tenperaturan egonkorra delako eta espektro zabala duelako.
c) Etxeko ospitalizazioan, ertapenemaren indikazio nagusia hauxe da: komunitatean hartutako pneumonia, larritasun ertainekoa, penizilinekiko alergia dokumentatua duten pazienteetan.
d) AEOPk ez du esku hartu behar etxeko ospitalizazioan ertapenema aukeratu edo ez erabakitzean, larrialdietako taldeak preskribatu badu, hura hautatzea gainbegiratze anbulatorioaren irismenetik kanpo gelditzen baita.

231.- Mikrobioen aurkako tratamendu enpirikoari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Antibiograma dagoenean bakarrik hasi behar da.
b) Foku probablean, koadroaren larritasunean eta espero daitekeen epidemiologian oinarritzen da.
c) Tratamendua osatu arte mantendu behar da beti, nahiz eta mikroorganismoa identifikatu.
d) Ez da aldatu behar, nahiz eta kultiboek erresistentzia frogatu.

232.- Tratamendu etiologikoari dagokionez, zein da zuzena?

a) Lagin mikrobiologikoak lortu aurretik emandako tratamendua da.
b) Espektro antimikrobianoa ahalik eta gehien zabaltzea du xede.
c) Mikroorganismoaren identifikazioan oinarritzen da, eta, ahal denean, haren sentikortasunean.
d) Infekzio larrietan baztertu egin behar da.

233.- Mikrobioen aurkako terapia sekuentziala honetan datza:

a) Hasieratik zainbarneko bi antibiotiko ematean.
b) Sukarra desagertzen denean, ahotiko tratamendutik zainbarnekora aldatzean.
c) Antimikrobiano etiologiko baten ordez enpiriko bat jartzean.
d) Pazientea egonkor dagoenean eta ahotiko alternatiba eraginkorra dagoenean, zainbarneko bidetik ahotikora igarotzean.

234.- Mikrobioen aurkako tratamendu konbinatuari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Ohiko indikazioa dago infekzio komunitario arinetan.
b) Ez da inoiz erabili behar protesia duten pazienteetan.
c) Erabil daiteke espektroa zabaltzeko, sinergia lortzeko eta hautatutako egoeretan porrot-arriskua murrizteko.
d) Monoterapia baino hobea dela frogatu du egoera kliniko guztietan.

235.- Adierazi AEOP programei buruzko adierazpen OKERRA:

a) Emaitza klinikoak hobetu nahi dituzte.
b) Kontrako ondorioak eta erresistentziak minimizatzea dute xede.
c) Helburu eta adierazle neurgarrietan oinarritu behar dira.
d) Helburu bakarra dute: ospitaleko kostuak murriztea.

236.- Endokarditis infekziosoaren mikrobioen aurkako tratamendu anbulatorioari (OPAT) dagokionez, zein da zuzena?

a) Errutinaz eskaini behar da lehen tratamendu-egunetik.
b) Hasierako fase kritikoak ospitale barruko kudeaketa behar izaten du.
c) Bihotz-gutxiegitasun aktiboak etxerako alta laguntzen du.
d) Ez du jarraipen esturik edo diziplina anitzeko koordinaziorik behar.

237.- Antimikrobiano parenteral berri baten lehen dosia etxean emateari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Ezin da inoiz ospitaletik kanpo eman.
b) Etxean eman daiteke, gainbegiratu gabe, pazienteak hala eskatzen badu.
c) Etxean eman daiteke, anafilaxia tratatzeko gaitasuna eta prestakuntza duten langileek gainbegiratuta.
d) Pazienteak farmako hori aldez aurretik hartu badu baino ezin da eman etxean.

238.- Paziente bat egonkor dago, mikrobioen aurkako zainbarneko etxeko tratamenduan (MAZBET/OPAT), eta giltzurrun-funtzio egonkorra du. Zenbatean behin da ohiko monitorizazio analitiko gomendatua?

a) Hilabetean behin.
b) Astean behin.
c) Tratamenduaren hasieran eta amaieran bakarrik.
d) Beti 48 orduan behin.

239.- Helduetan, baldin eta mikrobioen aurkako zainbarneko etxeko tratamenduaren (MAZBET/OPAT) ziklo laburra, 14 egunetik beherakoa, behar badute, honako hau erabil daiteke gehienbat:

a) Erdiko lerroko (*midline*) kateterra.
b) Larruazalpeko gordailua.
c) Fistula arteriobenosoa.
d) Kateter tunelizatua soilik.

240.- Pazienteek giltzurruneko gaixotasun kroniko aurreratua badute eta mikrobioen aurkako etxeko tratamendua (MAZBET/OPAT) behar badute, IDSA (*Infectious Diseases Society of America*) gidak zein gomendatzen du lehentasunez?

a) Beti PICCa.
b) *Midline* mugagabea.
c) Egunero aldatzen den bide periferiko laburra.
d) Zain-kateter zentral tunelizatua PICCa baino lehen.

241.- Hodi barneko kateterrari lotutako infekzioaren prebentzioari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Eskularruak erabiltzeak eskuetako higienea ordezten du.
b) Kateterra sartu ondoren soilik garbitu behar dira eskuak.
c) Eskuak kateterra manipulatu aurretik eta ondoren garbitu behar dira.
d) Bakteriemia-susmoa dagoenean bakarrik garbitu behar dira eskuak.

242.- Hodi barneko kateter bat sartu aurretik, zer nahiago da larruazalaren antisepsiarako?

a) Serum fisiologiko esterila.
b) Klorhexidina alkoholikoa >% 0,5.
c) Ur oxigenatua.
d) Pobidona iododun akuosoa, aukera lehenetsi absolutu gisa.

243.- Helduetan, zer gomendatzen da zain-kateter zentralari lotutako infekzioaren eta tronbosiaren arriskua murrizteko?

a) Ahal den guztietan, bena femorala baztertzea.
b) Bena femorala sistematikoki lehenestea.
c) Lehenik, bena femorala erabiltzea, eta subklabioa erreskate gisa bakarrik.
d) Operadorearen erosotasunaren arabera bakarrik aukeratzea sarbidea.

244.- Sukar-neutropenia duten pazienteetan kudeaketa anbulatoriorako hautagaiak aukeratzeko, zer gomendatzen da?

a) Pazientearen adina bakarrik erabiltzea.
b) Tenperatura maximoan bakarrik oinarritzea.
c) Irizpen klinikoa eta tresna baliozkotuak —MASCC adibidez— konbinatzea.
d) Hipotentsiorik gabeko paziente guztiak anbulatoriotzat hartzea.

245.- Osteosintesiko eta giltzadura-protesien materialari lotutako infekzioetan, DAIR —desbridatzea, antibiotikoak eta inplante-atxikipena— estrategia:

a) Oso eboluzio luzeko infekzio kronikoetarako erreserbatuta dago.
b) Lehentasunezko aukera da oraindik infekzio akutu jakin batzuetan.
c) Erabat baztertu da gaur egungo praktikan.
d) Sorbaldako protesietan baino ezin da aplikatu.

246.- Giltzadura-protesiaren infekzioan berriki agertutako ebidentziaren arabera, kontrol kirurgiko egokia egin ondoren, hauxe azter daiteke:

a) Tratamendu sistemikoa beti 6 hilabete baino gehiago luzatzea.
b) Tratamendua inola ere ez laburtzea.
c) Kirurgia kentzea eta tratamendu ezabatzaileari bakarrik eustea.
d) Egoera jakin batzuetan iraupen sistemikoa laburtzea.

247.- Giltzadura-protesiaren infekzio estafilokozikoan, errifanpizina:

a) Formalki kontraindikatuta dago, ez duelako biogeruzaren gaineko jarduerarik.
b) Oraindik ere funtsezko farmakotzat hartzen da, baina ikerketa berrietan zeregin zehatza berriz ebaluatzen ari dira.
c) Monoterapia gisa erabili behar da beti.
d) Ez du interakzio garrantzitsurik.

248.- Mikrobioen aurkako terapia ezabatzailea zertarako utzi ohi da protesi-infekzioan?

a) Kontrol kirurgiko osoa lortu ezin den egoeretarako.
b) Paziente gazteen edozein infekzio akuturako.
c) Kasu guztietarako, protesia ordeztu eta denbora jakin batean.
d) Kultibo negatiboa duten paziente guztientzat.

249.- Hauetako zein da endokarditis infekziosoaren irizpide nagusia?

a) Sukarra >38 ºC.
b) Kardiopatia hartaratzailea.
c) Ekokardiografian balbula-begetazioa edo abzesua egotea.
d) Fenomeno baskular periferiko isolatuak.

250.- Duke-ISCVID 2023 irizpideen aldaketen artean, adierazi erantzun zuzena:

a) 24 orduko aldearekin lortutako hemokultiboak nahitaez eskatzen dituzte.
b) Irudi aurreratuaren erabilgarritasuna ezabatzen dute.
c) Bartonella-ren serologia irizpide nagusi gisa baztertzen dute.
d) Jada ez dituzte eskatzen tenporizazioaren eta bena-ziztada bereizien lehengo baldintzak irizpide mikrobiologikoa betetzeko.

251.- Duke-ISCVID 2023 irizpideetan, aldaketa garrantzitsua:

a) Bihotzeko tomografia teknika erabilgarri gisa baztertzea.
b) Irizpide mikrobiologikoak erabat ezabatzea.
c) Irudi eta mikrobiologia molekularreko teknika berriak sartzea.
d) Protesi-balbularen gainean endokarditisa diagnostikatzeko ezintasuna.

252.- Endokarditis infekziosoan, kirurgia-indikazio klasiko nagusiek hauek barne hartzen dituzte:

a) Bihotz-gutxiegitasuna, kontrolatu gabeko infekzioa eta enbolien prebentzioa kasu hautatuetan.
b) 48 orduko sukar iraunkorra bakarrik.
c) Kultibo negatiboak dituen paziente oro.
d) Konplikaziorik gabeko eskuineko endokarditis oro.

253.- Endokarditis infekziosoan, mikrobioen aurkako zainbarneko etxeko tratamenduari (MAZBET/OPAT) dagokionez, zein da zuzena?

a) Hasierako fase kritikoa ospitalean kudeatu ohi da, eta oso egonkor dauden paziente hautatuak baino ez dira OPATera igarotzen.
b) Paziente oro lehen egunetik igaro daiteke etxera, hemokultiboak positiboak badira.
c) Bihotz-gutxiegitasuna izateak OPATerako alta goiztiarra laguntzen du.
d) Berringresua ezohikoa eta garrantzirik gabekoa da hautaketan.

254.- Sukar-neutropenian, zer da gomendagarria kudeaketa anbulatorioa erabakitzeko?

a) Leukozito kopuruan bakarrik oinarritzea.
b) Irizpen klinikoa tresna baliozkotuekin, hala nola MASCC indizearekin, konbinatzea.
c) Anbulatorioa kontsideratzea antipiretikoak hartu ondoren sukarrik ez duten paziente guztientzat.
d) Balorazio psikosoziala beti baztertzea.

255.- Anbulatorioki kudeatutako sukar-neutropenia duen paziente baten altaren aurretik, zenbateko behaketa gomendatzen da gutxienez?

a) 30 minutukoa.
b) 1 ordukoa.
c) 4 ordukoa.
d) 24 ordukoa, nahitaez.

256.- Sukar-neutropenia dela-eta kudeaketa anbulatoriorako hautagai diren arrisku txikiko pazienteetan, zein da gomendatzen den ahotiko eskema?

a) Fluorokinolona gehi amoxizilina/klabulanikoa; edo klindamizina, penizilinari alergia izanez gero.
b) Errifanpizina gehi kotrimoxazola.
c) Linezolida monoterapian.
d) Metronidazola gehi doxiziklina.

257.- Sukar-neutropenia anbulatorioan fluorokinolonak erabiltzeari dagokionez, zein da zuzena?

a) Beti erabili behar dira, pazienteak fluorokinolonaren bidezko profilaxia hartzen badu ere.
b) Ez dira inoiz konbinatuta erabili behar.
c) Monoterapian tratamendu lehenetsia dira arrisku handirako.
d) Fluorokinolonan oinarritutako ahotiko eskema ez dago gomendatuta, baldin eta pazienteak haren bidezko profilaxia hartzen bazuen sukarraren aurretik.

258.- Paziente batek sukar-neutropenia anbulatorioa du, eta hasierako antibioterapia enpirikotik 2-3 egun igarota ez zaio sukarra jaitsi. Kasu horretan, zein da jardunbide egokia?

a) Plan berari eustea, berriz ebaluatu gabe.
b) Berriz ebaluatzea eta ospitaleko ingresua kontsideratzea.
c) Antibiotikoak etetea.
d) Antifungikoa kasu guztietan gehitzea, balorazio berririk gabe.

259.- Mikrobioen aurkako zainbarneko etxeko tratamenduan (MAZBET/OPAT), antibiotikoek eragindako neutropenia, tipikoki, noiz diagnostikatu ohi da?

a) Lehenengo 24-48 orduetan.
b) Tratamendua hasi eta 7. egunean.
c) Hirugarren/laugarren astean, 25 egun inguruko mediana egonik.
d) Tratamendua egiten 6 hilabete igaro ostean.

260.- OPATen zehar neutropenian maizen inplikatutako antibiotikoen artean hauek daude:

a) Fosfomizina eta azitromizina.
b) Daptomizina eta metronidazola bakarrik.
c) Amikazina eta flukonazola dira nagusiak.
d) Bankomizina eta zeftriaxona.

261.- Mikrobioen aurkako zainbarneko etxeko tratamendua (MAZBET/OPAT) duten pazienteetan, bankomizinarekin tratatuta ez badaude, zein da antibiotikoek eragindako neutropenia detektatzeko monitorizazio-estrategia baliagarri bat?

a) Hemograma, tratamenduaren 3. Astearen aldean.
b) Hemograma, alta ematean bakarrik.
c) Hemograma, bi hilean behin.
d) Kontrol analitikorik ez egitea pazienteak ez badu sintomarik.

262.- Mikrobioen aurkako zainbarneko etxeko tratamenduan (MAZBET/OPAT), betalaktamiko batek eragindako neutropenia badago, aukera hau bideragarria dela frogatu da:

a) Berriro farmako bera sartzea dosi handiagoetan.
b) Egitura desberdineko albo-katea duen beste betalaktamiko batera aldatzea.
c) Antibiotikoa aldaketarik gabe mantentzea, berez leheneratu arte.
d) G-CSFa gehitzea eta mikrobioen aurkako tratamendua ez aldatzea inoiz.

263.- GIBa duten pazienteetan, MACaren aurkako profilaxi primarioari dagokionez, zein da egungo gomendioa?

a) Sistematikoki agintzea GIBa duen pertsona orori.
b) Hari eustea, nahiz eta pazientea erretrobirusen kontrako tratamendu eraginkorra eta birus-ezabatzea eduki.
c) Lehenestea errotrobirusen kontrako tratamendu eraginkorra hastea pazienteek ez badute errotrobirusen kontrako tratamendurik, biremikoak badira eta erregimen guztiz ezabatzailea izateko aukerarik ez badute.
d) Aurretik toxoplasmosiaren historia badago agintzea bakarrik.

264.- Efabirenzean oinarritutako errotrobirusen kontrako tratamendua jasotzen duten GIBdunei dagokienez, biriketako tuberkulosi aktiborako alternatiba gisa 4 hilabeteko erregimena gomendatu da, honako hauekin:

a) Errifapentina, isoniazida, pirazinamida eta moxifloxazinoa.
b) Errifanpizina, etanbutola, klaritromizina eta linezolida.
c) Isoniazida eta kotrimoxazola bakarrik.
d) Bedakilina eta pretomanida, beste farmakorik gabe.

265.- GIBa duen paziente batek infekzio oportunista duela susmatzen bada, zer sartuko da monitorizazio klinikoan

a) Gorputzeko tenperatura bakarrik.
b) Birus-karga bakarrik, beste parametrorik gabe.
c) Balorazio klinikoa, immunologikoa, birologikoa eta toxikotasun/interakzioena, kasuaren arabera.
d) Ez da jarraipenik egin behar apetitua hobetzen bazaio.

266.- GIBa duten helduen/nerabeetan garuneko toxoplasmosiaren aurka nahiago den profilaxi primarioa:

a) Azitromizina, astean behin.
b) Kontzentrazio bikoitzeko TMP-SMX konprimatu bat, egunean behin.
c) Flukonazola, egunean behin.
d) Isoniazida gehi piridoxina.

267.- Mikrobioen aurkako zainbarneko etxeko tratamenduan (MAZBET/OPAT), betalaktamikoen etengabeko infusioaren abantaila farmakozinetikoetako bat:

a) Esposizio luzeagoa izatea, gutxieneko kontzentrazio inhibitzailearen (GKI) gainetik.
b) Monitorizazio klinikoaren beharra ezabatzea.
c) Zain-sarbidearen edozein konplikazio saihestea.
d) Antibiotiko guztien egonkortasun unibertsala bermatzea 24 ordu 37 ºC-an.

268.- Ponpa elastomerikoei dagokienez, zein da zuzena?

a) Tenperaturak eragin txikia du antibiotikoen egonkortasunean.
b) Meropenema antibiotiko egonkorrenetako bat da 37 ºC-an.
c) Antibiotiko betalaktamiko guztiek egonkortasun baliokidea dute edozein diluitzailetan.
d) Tenperatura muga kritikoa da, eta antibiotiko batzuk, meropenema adibidez, bereziki ezegonkorrak dira 37 ºC-an.

269.- Antibiotikoek etxeko infusio elastomerikoan duten bideragarritasunari dagokionez, zein da zuzena?

a) Amoxizilina-klabulanikoa konposatu egonkorrenetako bat da, eta 24 ordu 37 ºC-an mantentzeko errazenetako bat.
b) Egonkortasuna ez da tanpoi edo indargetzailearen eta diluitzailearen araberakoa.
c) Bentzilpenizilina tanpoitua eta temozilina egonkortasun erlatibo onena duten konposatuen artean daude.
d) Zeftazidimak ez du inolako kezkarik sortzen degradazio-azpiproduktuengatik.

270.- Gailu elastomerikoen bidezko mikrobioen aurkako zainbarneko etxeko tratamenduan (MAZBET/OPAT), zein dira deskribatutako kontrako ondorio ohikoenak?

a) Hipogluzemia larriak.
b) Sarbide baskularraren konplikazioak.
c) Miokardiopatia dilatatua.
d) Sindrome serotoninergikoa.

271.- Arnas gutxiegitasun akutuan oxigenoa emateari dagokionez, zein da oxigeno-saturazioaren helburua CO2 atxikitzeko arriskua duten paziente gehienetan?

a) Oxigeno-saturazioa % 85-89 artean mantentzea.
b) Oxigeno-saturazioa % 88-92 artean mantentzea.
c) Oxigeno-saturazioa % 94-98 artean mantentzea.
d) Oxigeno-saturazioa % 99ren gainetik mantentzea.

272.- Intsulina hauetako zein da intsulina basalen taldekoa?

a) Lispo intsulina.
b) Aspart intsulina.
c) Glargina intsulina.
d) Intsulina erregularra.

273.- 2 motako diabetes medillitusa duen paziente zahar edo ahul baten kasuan, helburu gluzemikoa izan behar da:

a) Beti oso zorrotza, eta HbA1C % 6tik behera.
b) Komorbilitate, ahultasun eta hipogluzemia-arriskuaren arabera indibidualizatua.
c) Komorbilitaterik gabeko paziente gazte batena bezalakoa.
d) Gluzemia basalean oinarritua bakarrik.

274.- Diabetes esteroideoari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Diabetes esteroideoaren prebalentzia oso aldakorra da (% 5 eta % 50 artean aurretik DMrik ez duten pazienteetan).
b) Diagnostikatzeko irizpiderik erabilgarriena: gluzemiak >200 mg/dL.
c) Aurretik diabetikoak ez ziren pazienteetan lehen aukerako tratamendua ahotiko antidiabetikoak dira.
d) Dagoeneko intsulinizatutako diabetesa duten pertsonetan, intsulina-dosia % 20-30 handituko da.

275.- Neurri hauetako zein dago gibeleko entzefalopatiaren ohiko tratamenduaren barruan?

a) Laktulosa, sabel-huste kopurura egokitua.
b) Proteinen murrizketa absolutu eta luzea.

c) Betablokeatzaileak gehieneko dosian.
d) Antikoagulazio sistemikoa.

276.- Etxeko paziente batek zirrosi aurreratua eta hematemesia edo melenak ditu, zein izan behar da hasierako jarrera?

a) Eboluzioa 2-3 egun itxarotea.
b) Laktulosa-dosia handitzea.
c) Urgentziatzat hartzea, digestio-hemorragia handia egon litekeelako.
d) Etxean dieta absolutua agintzea bakarrik.

277.- Gainbehera funtzionalaren sindromea definitzen duten alterazioak dira guztiak, bat izan ezik. Adierazi erantzun okerra:

a) Eremu funtzionala: okerrera egitea eguneroko bizitzako oinarrizko jardueretan eta jarduera instrumentaletan.
b) Eremu kognitiboa: insomnioa, bakartze soziala, antsietate-nahasmendu depresiboa, narriadura kognitiboa.
c) Eremu nutrizionala: desnutrizio energetiko-proteikoa, pisu-galera, anorexia.
d) Itxaronaldi soziala: duela gutxiko alarguntasuna, egoera sozioekonomiko prekarioa, arestiko bizileku-aldaketa.

278.- Adinekoaren ahultasunari dagokionez, zein da zuzena?

a) Ahultasunak eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerekiko mendekotasuna baino ez dakar.
b) Ahultasuna erreserba fisiologikoa gutxitzearekin eta kontrako gertaeren aurreko zaurgarritasun handiagoarekin lotzen da.
c) Ahultasuna eta komorbilitatea termino baliokideak dira.
d) Ahultasunak ez du pronostiko-eraginik hilkortasunean, instituzionalizazioan baino ez.

279.- Neurri hauetako zein EZ da etxeko ospitalizazioko praktika on bat zainbarnetik burdina eman baino lehen?

a) Beti dosi bera ematea, izan litezkeen erreakzioak minimizatzeko.
b) Egin beharreko prozeduraren berri ematea pazienteari, bai eta epe laburrean ager litezkeen kontrako ondorioen berri ere.
c) Aurretik eman bada, izan diren alergiak edo kontrako efektuak egiaztatzea.
d) Indikazioa, dosia, komorbilitatea, neurketa konkomitantea eta prozeduraren arriskuak berrikustea.

280.- Burdina zainbarnetik ematearekin lotutako Fishbane sindromeari dagokionez, zein da zuzena?

a) IgE-k bideratutako erreakzio anafilaktiko larria da kasu guztietan.
b) Normalean, toraxeko, gerrialdeko edo muskuluetako min iragankorra eragiten du perfusioan.
c) Etorkizunean burdina zainbarnetik ematea kontraindikatzea dakar beti.
d) Laringeko edemarekin eta shock errefraktarioarekin lotzen da.

281.- Paziente onkologikoaren etxeko ospitalizazioari buruzko adierazpen hauetako zein da zuzenena?

a) Egoera terminalean dauden pazienteentzat bakarrik da mesedegarria.
b) Helburu aktiboarekin nahiz aringarriarekin aplika daiteke, betiere indikazio klinikoa eta segurtasun asistentziala badaude.
c) Kontraindikatuta dago pazienteak tratamendu antineoplasikoa jasotzen badu.
d) Ez du baimen informaturik behar, ezta pazientearen onarpenik ere, fakultatiboaren indikazioa bakarrik.

282.- Paziente onkologiko baten etxeko ospitalizazioa planteatzeko moduko egoera klinikoen barruan, adierazi aukera okerra:

a) Hemoderibatuen eta/edo plaketen transfusioa, edo zainbarneko burdinarena, tratamenduaren toxikotasun hematologikoaren tratamendu gisa.
b) Zainbarneko antibiotiko bidezko tratamendua konplikazio infekziosoak kudeatzeko.
c) Zainbarneko edo larruazalpeko tratamendu kimioterapikoa etxean.
d) Sukar-neutropenia <100/µL eta/edo 7 egun baino gehiagoko iraupena.

283.- Biriketako enbolia duten pazienteak etxeko ospitalizaziorako hautatzean, zein tresna iragarle da bereziki baliagarria?

a) CHA_2DS_2-VASc eskala.
b) Child-Pugh eskala.
c) PESI edo sPESI eskalak.
d) Glasgowko eskala.

284.- Paziente batek biriketako enbolia akutua du; tentsio normala du, baina troponina altua, eta eskuineko bentrikuluaren disfuntzioaren zeinu ekokardiografikoak ditu. Zer ondorioztatuko dugu?

a) Arrisku txikia eta etxeko ospitalizaziorako lehentasunezko hautagaia.
b) Arrisku ertaina, eta ospitalean baloratzeko behar zorrotza dago.
c) Pronostikorako garrantzirik ez, sukarrik ezean.
d) Alta emateko zuzeneko hautagaia, jarraipenik gabe.

285.- Paziente batek biriketako enbolia eta minbizi aktiboa ditu, zein da kontsideraziorik egokiena?

a) Minbizi aktiboak beti kontraindikatzen du etxeko tratamendua.
b) Kudeaketa indibidializatu behar da, honako hauen arabera: egonkortasuna, arrisku hemorragikoa, karga tronbotikoa, etxeko laguntza eta interakzio terapeutikoak.
c) K bitaminaren antagonista erabili behar da beti.
d) Kasu hautatuetan baino ez du behar arrisku hemorragikoaren baloraziorik.

286.- Biriketako enbolian eragin zuzeneko ahotiko antikoagulatzaile erabiltzeari buruzko adierazpen hauetatik, zein da zuzena?

a) Baztertu egin behar dira etxeko ospitalizazioan tratatutako paziente guztietan, tronbo-arrisku handiagatik.
b) Paziente hautatuetan kudeaketa errazten dute, betiere giltzurrun-funtzioa, interakzioak eta kontraindikazioak baloratzen badira.
c) Nahitaezko ospitaleko ingresua behar dute INRa egunero monitorizatzeko eta tratamendu osoan zehar dosiak etengabe doitzeko.
d) Hemorragia aktiboa edo antikoagulaziorako kontraindikazioa duten pazienteentzat ere indikatuta daude.

287.- Adineko polimedikatuen kasuan, zein da polifarmaziarekin lotutako arrisku nagusietako bat?

a) Kontrako efektuak, interakzioak eta ospitalizazioak handitzea.
b) Eroriko-arriskua sistematikoki murriztea.
c) Atxikidura terapeutikoa etengabe hobetzea.
d) Narriadura funtzionalaren arriskua murriztea.

288.- Adinekoei preskripzioak egitearen gaineko adierazpen hauetako zein da zuzenena?

a) Adin handiak prebentzio-tratamendu oro kontraindikatzen du.
b) Indibidualizatu behar da honako hauen arabera: ahultasuna, komorbilitatea, pronostikoa eta helburu terapeutikoak.
c) Tratamendu kroniko oro mantendu behar da, betiere toxikotasun larririk ez badago.
d) Polifarmazia saihestezina da eta ez du aldizkako berrikuspenik behar.

289.- Adineko ahulen depreskripzioari dagokionez, zein da zuzena?

a) Farmako prebentibo guztiak kentzea besterik ez da.
b) Beti bat-batean egin behar da.
c) Medikamentuak berrikusteko, kentzeko, ordezkatzeko edo doitzeko prozesu egituratua da.
d) Kontraindikatuta dago pazienteak bost tratamendu baino gehiago baditu.

290.- Bihotz-gutxiegitasuna duen adineko pazientearen kasuan, zer alderdik zailtzen du bereziki diagnostikoa?

a) Komorbilitatea, ahultasuna eta narriadura funtzionala atipikoki agertu eta aldi berean egoteak.
b) Normalean komorbilitaterik ez izateak.
c) Peptido natriuretikoak erabili ezinak.
d) Kasu guztietan arnas sintomarik ez izateak.

291.- Bihotz-gutxiegitasuneko Henle-lakioko diuretikoei dagokienez, zein da adierazpen zuzena?

a) Ez dira eraginkorrak giltzurrun-gutxiegitasun arina badago.
b) Ez dute erantzun klinikoaren araberako doikuntzarik behar.
c) Edemak desagertzen direnean, eten egin behar dira beti.
d) Kongestioaren tratamendu sintomatikoaren oinarri dira.

292.- Adineko paziente ahul batek bihotz-gutxiegitasun kronikoa, narriadura funtzional progresiboa eta polifarmazia ditu, zein izango litzateke estrategia terapeutikorik egokiena?

a) Aurretiko tratamendu guztiei eustea, etorkizunean deskonpentsazio kardiobaskularrik egon ez dadin.
b) Preskribatutako medikamentuen kopuru guztia murriztea bakarrik lehenestea.
c) Helburu terapeutikoak indibidualizatzea, eta honako hauek baloratzea: pronostikoa, funtzionaltasuna, karga sintomatikoa eta farmako bakoitzaren arriskua-onura.
d) Adin handia izanik, prebentzio-tratamendu kardiobaskularrak sistematikoki etetea.

293.- Ospitaleratutako adinekoaren deliriumari buruz, zein da adierazpenik zuzenena?

a) Aurretik narriadura kognitiboa egoteak delirium akutuaren diagnostikoa baztertzen du.
b) Delirium hipoaktiboa pronostiko okerragoari lotu ohi zaio, eta maiz oharkabean pasatzen da.
c) Eguneroko fluktuazio klinikoak edozein dementzia aurreratutik erraz bereiztea ahalbidetzen du.
d) Farmakologikoki goiz tratatzeak geroko konplikazio funtzional gehienak saihesten ditu.

294.- Bihotz-gutxiegitasun aurreratuko tratamendu diuretikoari dagokionez, adierazpen hauetako zein da egokiena?

a) Kongestio klinikoak irauteak Henle-lakioko diuretikoaren dosia mugarik gabe handitzea dakar beti.
b) Diuretikoak hartzen hasi ondoren giltzurrun-funtzioak arin okerragotzeak kontraindikatu egiten du deskongestio-estrategia oro.

c) Erantzun diuretikoa baloratzean parametro klinikoak, hemodinamikoak eta analitikoak integratuta erabili behar dira.
d) Diuretikoen konbinazioa formalki kontraindikatuta dago adineko pazienteetan, arrisku elektrolitikoagatik.

295.- Hauetatik, zein egoeratan dago justifikatuta, oinarri handienarekin, despreskripzio-estrategia?

a) Pazientea independentea da, itxaropen funtzional luzea du, eta tratamendua ondo toleratzen du.
b) Prebentzio-indikazioak dirau, zentzuz espero izandako onura klinikoarekin.
c) Tratamendu potentzialki desegokiak daude, eta helburu klinikoa ez dago argi eta garbi indarrean.
d) Gertakari koronario akutu baten ondoren tratamendu kardiobaskular egonkorra hasi berri du.

296.- Adineko batek bihotz-gutxiegitasuna, giltzurruneko narriadura kronikoa eta hipotentsio ortostatikorako joera ditu, zein da jarrera egokiena tratamendu diuretikoari buruz?

a) Dosi altu egonkorrak mantentzea, kongestio-egoera basala edozein izanik ere.
b) Tratamendua doitzea honako hauen arabera: kongestio klinikoa, giltzurrun-funtzioa, tentsio arteriala eta sintoma funtzionalak.
c) Diuretikoak ez erabiltzea, haiekin lotuta giltzurrun-funtzioak okerragotzeko arrisku potentzialagatik.
d) Kontrol analitikoa bakarrik lehenestea hondar-kongestioaren balorazio klinikoaren gainetik.

297.- Adineko pazienteen deliriumari buruz, hauetako zein da okerra?

a) Immobilizazio luzeak eta murrizketa fisikoek hura agertzen laguntzen dute.
b) Alterazio sentsorialak faktore hartaratzaile garrantzitsuak dira.
c) Deliriumak arretaren alterazioa eta fluktuazio klinikoa ekarri ohi ditu.
d) Agitazio psikomotor esanguratsurik ez egoteak ia-ia baztertu egiten du diagnostikoa.

298.- Adineko ahularen polifarmaziari dagokionez, zein da adierazpenik zuzenena?

a) Gaixotasun asko egoteak aldez aurretik hasitako edozein tratamenduri eustea justifikatzen du.
b) Farmakoen kopuru absolutuak berez baldintzatzen du egokitzapen terapeutiko globala.
c) Azterketa farmakologikoak funtzionaltasuna, atxikimendua, helburu terapeutikoak eta onura-itxaropena barne hartu behar ditu.
d) Baztertu egin behar da prebentzio-farmakoak kentzea, berehala deskonpentsatzeko arrisku handia dagoelako.

299.- Ospitaleko deliriumaren prebentzioaren gaineko zein adierazpen da egokiena?

a) Esku-hartze ez-farmakologiko egituratuek intzidentzia eta lotutako konplikazioak murrizten dituztela erakutsi dute.
b) Neuroleptikoak prebentzioz erabiltzeak nabarmen murrizten du deliriumari lotutako hilkortasuna.
c) Gaueko mugikortasunaren murrizketak nabarmen murrizten du nahasmendu-gertakariak izateko arriskua.
d) Sedazio farmakologiko goiztiarra da prebentzio-estrategia eraginkorrena paziente ahulentzat.

300.- Adineko batek bihotz-gutxiegitasun aurreratua eta maizko berringresuak ditu, zein ikuspegi kliniko da egokiena?

a) Eskura dauden tratamendu guztiak areagotzea, helburu teoriko estandarrak lortu arte.
b) Kontrol sintomatikoa, funtzionaltasuna, bizi-kalitatea eta arreta-helburu indibidualizatuak integratzea.
c) Parametro ekokardiografikoak soilik lehenestea, ondoz ondoko aldaketa terapeutikoak erabakitzeko.
d) Tratamenduak ez dira murriztu behar, intolerantzia klinikoa edo narriadura funtzional progresiboa egonagatik ere.

301.- Adineko paziente ahul eta konplexuen depreskripzioari dagokionez, adierazi aukerarik zuzenena:

a) Ahal dela, ezegonkortasun klinikoko gertakari akutuetan egin behar da erretiratze terapeutikoa.
b) Depreskripzio-prozesuan berrebaluazio klinikoa egin behar da gerora, erretiratzea desegokia izan den eta kontrako ondorioak detektatzeko.
c) Tratamendu asko aldi berean eteteak erretiratze-sindrome posibleak hobeto identifikatzen laguntzen du.
d) Inplikatutako zenbait espezialista egonez gero, aurrez ezarritako tratamendu kronikoak aldatzea kontraindikatuta dago.

302.- Etxeko Ospitalizazio Unitate bateko (ETXOSP) ekografia klinikoaren erabilgarritasunari dagokionez, zein da zuzena?

a) Ekografia klinikoa prozedura inbaditzaileak gidatzeko baino ez da baliagarria, eta ez du informazio garrantzitsurik ematen hasierako balorazio diagnostikoan.
b) ETXOSPan ekografia klinikoa sartzeak aukera ematen du diagnostiko-gaitasuna hobetzeko eta pazientearen etxean erabaki-hartze prozesua arintzeko.
c) Ekografia klinikoak sistematikoki ordezten ditu ospitalean egiten diren ohiko proba erradiologikoak.
d) Bihotz-gutxiegitasun aurreratua eta arnas gaixotasun kronikoa duten pazienteekin bakarrik erabiltzen da ekografia klinikoa ETXOSPan.

303.- Etxeko ospitalizazioko ekografia klinikoaren mugei dagokienez, adierazi aukera zuzena:

a) Ekografia klinikoaren muga nagusia da teknikoki ezinezkoa dela ospitaleetatik kanpo gailu eramangarriak erabiltzea.
b) ETXOSPan egindako ekografia klinikoak aldakortasun handia du, erabiltzen duen profesionalaren esperientziaren eta prestakuntzaren arabera.
c) ETXOSPko ekografia klinikoaren mugak historia kliniko elektronikoarekiko konexio ezaren ondorio baino ez dira.
d) Etxean ekografia klinikoa erabiltzeko, erradiologiako espezialista bat egon behar da beti.

304.- Etxeko ospitalizazioko ekografiaren aplikazio klinikoei dagokionez, adierazi erantzun zuzena:

a) Ekografia klinikoak aukera ematen du ohiko egoerak etxeko ingurunean baloratzeko, hala nola biriketako kongestioa, pleurako isuria eta gernu-erretentzioa.
b) Etxeko ekografia klinikoak erabilera kardiobaskularra baino ez du, eta ez du aplikaziorik abdomen nahiz biriketarako.
c) ETXOSPan ekografia klinikoa erabiltzea mugatuta dago gailu benoso zentralak dituzten pazienteen jarraipena egitera.
d) Ekografia klinikoak ez du informazio garrantzitsurik ematen deskonpentsazio infekziosoaren edo arnasbideetakoaren susmoa duten pazienteetan.

305.- Etxeko ospitalizazioko ekografia klinikoak antolaketan duen eraginari dagokionez, hautatu aukera zuzena:

a) ETXOSPan ekografia klinikoa erabilgarri izateak laguntzen du ospitalerako bideratzeak murrizten eta baliabide asistentzialak optimizatzen.
b) Ekografia klinikoa erabiltzeak nahitaez handitzen du azterketa diagnostikoak egiteko ospitaleko ingresuen kopurua.
c) Etxeko ekografia klinikoa irakaskuntzarako baino ez da interesgarria, eta ez du eragin asistentzial esanguratsurik.
d) ETXOSPan ekografia klinikoa erabiltzeak ez ditu aldatzen erantzun klinikoko denborak, ezta hartutako erabaki terapeutikoak ere.

306.- iSGLT2 bat hasi da GGK duen paziente batekin, ondoren, glomerulu-iragazketa zenbatetsiaren beherakada ikusi da hasieran. Zein da jokabiderik egokiena azken giden arabera?

a) Farmakoa etetea glomerulu-iragazketaren hasierako beherakada dagoen aldiro.
b) Tratamenduari eustea beherakada moderatua bada, eta bilakaera klinikoa nahiz giltzurrun-funtzioa zaintzea.
c) Hartzaile mineralokortikoide ez-esteroideoaren antagonista batez ordezkatzea sistematikoki.
d) Analitika errepikatzea, baldin eta edemak, hiperpotasemia edo bihotz-gutxiegitasunaren sintomak agertzen badira bakarrik.

307.- 2024ko KDIGO giden arabera, hauetako zein egoerak definitzen du giltzurruneko gaixotasun kronikoa?

a) Glomerulu-iragazketaren beherakada isolatu eta iragankorrak (lau astean baino gutxiagoan).
b) Gertakari akutu batean glomerulu-iragazketa eta hematuria mikroskopiko isolatua egoteak.
c) Hiru hilabete baino gehiago giltzurruneko alterazio estruktural edo funtzional iraunkorrak egoteak.
d) Zainbarneko kontrastea eman ondoren kreatinina serikoaren gorakada akutua egoteak.

308.- Giltzurrun-gutxiegitasun akutuarekin ospitaleratutako paziente baten hasierako balorazioan, jarduketa hauetako zein da egokiena?

a) Larritasuna sailkatzea diagnostikoaren uneko kreatinina-kantitate absolutuaren arabera bakarrik.
b) Faktore prezipitatzaileak identifikatzea, nefrotoxikoak aztertzea, bolemia baloratzea eta kreatinina nahiz diuresia monitorizatzea.
c) KDIGO 2 estadioa duten paziente guztietan ordezko giltzurrun-terapia goiztiarra hastea.
d) Ebaluazio etiologikoa atzeratzea, giltzurruneko lesioak hiru hilabete baino gehiago irauten duen egiaztatu arte.

309.- Neurri hauetako zein da funtsezkoa ospitaleko giltzurrun-gutxiegitasun akutua prebenitzeko?

a) Arriskua duten paziente guztietan Henle-lakioko diuretikoak profilaktikoki erabiltzea.
b) Hidratazio egokia mantentzea eta saihesteko moduko nefrotoxikoekiko esposizioa minimizatzea.
c) Zainbarneko bikarbonatoa sistematikoki ematea kontrasteak egin aurretik.
d) Nefrotoxikoak izan daitezkeen farmakoen doikuntza atzeratzea, oliguria baieztatu arte.

310.- Paziente batek giltzurrun-gutxiegitasun akutu oligurikoa du, zein parametrok du garrantzirik handiena hasierako monitorizaziorako?

a) Sodio plasmatikoaren aldaera isolatuek, lotutako aldaketa klinikorik gabe.
b) Diuresiaren, kreatinina serikoaren eta egoera hemodinamiko globalaren bilakaera.
c) 24 orduko gernuko proteinuria kuantitatiboaren determinazio bakarra.
d) Azido urikoaren kontzentrazio serikoa, giltzurrun-funtzioa edozein dela ere.

311.- Zein da oxigenoa emateko gailu lehenetsia arnas gutxiegitasun akutu hiperkapnikoa —hasierako fasean— duen paziente batean?

a) Erreserboriodun maskara.
b) Fluxu handiko sudurreko oxigeno-kanulak, FiO_2-aren kontrolik gabe.

c) Venturi motako maskara.
d) Aireztapen mekaniko inbaditzailea.

312.- Ondorio hauetako zein lotzen da arnas gutxiegitasun akutu hiperkapnikoa duten pazienteei kontzentrazio altuko oxigenoa emateareKin?

a) Aireztapen albeolarra handitzearen ondorioz, CO_2-aren tentsio arteriala gutxitzea.
b) Aireztapena/perfusioa erlazioa aldatzearen ondorioz, hiperkapnia okertzea.
c) Kimiorrezeptore zentralek bideratutako arnas estimulua handitzea.
d) Hipoxemia eta hiperkapnia aldi berean zuzentzea.

313.- Oxigenoa emateko gailu hauetako zein jotzen da fluxu handiko sistematzat?

a) Sudurreko oxigeno-kanulak.
b) Maskara sinplea.
c) Erreserboriodun maskara.
d) Venturi motako maskara.

314.- Paziente batek BGBKaren ondoriozko arnas gutxiegitasun akutu hiperkapnikoa du, CO_2-aren erretentzio kronikoarekin, zein da oxigeno-saturazioaren helburu gomendatua?

a) Oxigeno-saturazioa >% 98.
b) Oxigeno-saturazioa: % 94 eta 96 artean.
c) Oxigeno-saturazioa: % 88 eta 92 artean.
d) Oxigeno-saturazioa >% 85 bakarrik.

315.- Zein da tratamendu lehenetsia etxeko ospitalizazioan kudeatutako bihotz-gutxiegitasunaren deskonpentsazioan?

a) Zainbarneko diuretikoak.
b) Fase akutuan, betablokeatzaileak dosi altuetan.
c) Kaltzio-antagonista ez-dihidropiridinikoak.
d) Antikoagulazio sistematikoa.

316.- Irizpide hauetako zein da egokia etxeko ospitalizazioan bihotz-gutxiegitasuna kudeatzeko?

a) Ezegonkortasun hemodinamiko iraunkorra.
b) Zainbarneko farmako baso-eragileen beharra.
c) Egonkortasun klinikoa eta etxeko laguntza egokia.
d) Aireztapen mekaniko inbaditzailearen beharra

317.- Parametro hauetako zein da funtsezkoa etxeko ospitalizazioan bihotz-gutxiegitasuna duen pazientea monitorizatzeko?

a) Gorputz-pisua.
b) Hezurraren dentsitate minerala.
c) Orkatila/besoa indizea.
d) Begi barneko presioa.

318.- Bihotz-gutxiegitasunarekin lotutako etxeko ospitalizazioari buruzko adierazpen hauetako zein da OKERRA?

a) Infekzio nosokomialak izateko arriskua murrizten du.
b) Jarraitutasun asistentziala laguntzen du.
c) Paziente guztiei aplikagarri zaie, egoera klinikoa edozein dela ere.
d) Pazientearen gogobetetasuna hobetzen du.

319.- Bihotz-gutxiegitasuna duten pazienteetan, zein onura nagusi du, besteak beste, etxeko ospitalizazioak ohiko ospitaleko ingresuaren aldean?

a) Prozedura inbaditzaileak areagotzea.
b) Ospitalizazioari lotutako konplikazioak murriztea.
c) Egonaldi luzeagoa izatea.
d) Etengabeko monitorizazio inbaditzailearen beharra.

320.- Terapia-estrategia hauetako zein da egokia etxeko ospitalizazioan bihotz-gutxiegitasun deskonpentsatua kudeatzeko?

a) Tratamendu diuretikoa pixkanaka doitzea, erantzun klinikoaren arabera.
b) Gaixotasuna aldarazten duten farmako guztiak sistematikoki etetea.
c) Kongestio-fasean betablokeatzaileak dosi altuetan hastea.
d) Paziente guztietan likidoak guztiz murriztea.

321.- Etxeko ospitalizazioan bihotz-gutxiegitasuna kudeatzean, zein tresna da bereziki baliagarria okerragotze klinikoa goiz detektatzeko eta berringresuak murrizteko?

a) Etxeko telemonitorizazioa.
b) Ohiko gaueko polisomnografia.
c) Bihotz-kateterismo seriatua.
d) Asteko ergometria.

322.- Helburu hauetako zein da lehentasunezkoa bihotz-gutxiegitasuna duen pazientea etxeko ospitalizazioan osoki baloratzean?

a) Alterazio elektrokardiografikoak bakarrik detektatzea.
b) Egoera funtzionala, kognitiboa eta gizarte-euskarria ebaluatzea.
c) Balorazioa egoera hemodinamikora mugatzea.

d) Kontrol analitikoa bakarrik lehenestea.

323.- Bihotz-gutxiegitasuna duten pazienteak etxeko ospitalizazioan artatzeko orduan, zer egoerak dakar etxeko kudeaketa berriz aztertzea eta ospitalera eraman dezaten baloratzea?

a) Disnearen hobekuntza progresiboak.
b) Tratamendu diuretikoari erantzun ona emateak.
c) Giltzurrun-funtzioaren okerragotzeak edo hipotentsio sintomatikoak.
d) Edema periferikoa gutxitzeak.

324.- Bihotz-gutxiegitasunarekin lotuta, antolaketa-abantaila hauetako bat etxeko ospitalizazioaren ereduari egozten zaio. Zein?

a) Zatikatze asistentziala handitzea.
b) Maila asistentzialen arteko koordinazioa gutxitzea.
c) Ospitaleko ohiko oheak optimizatzea.
d) Jarraipen anbulatorioa erabat ordeztea.

325.- Bihotz-gutxiegitasun kongestiboa duten pazienteak etxeko ospitalizazioan artatzean, zein neurri terapeutiko gomendatzen da kongestio klinikoak irauten badu ahotiko ohiko tratamendu diuretikoa hartuagatik ere?

a) Diuretiko guztiak etetea eta ur gehiago edatea.
b) Erantzun klinikora egokitutako zainbarneko tratamendu diuretikora igarotzea.
c) Sistematikoki tratamendu antibiotikoa hastea.
d) Kaltzio-antagonista ez-dihidropiridinikoak gehitzea.

326.- Zein da etxeko nutrizio parenteralaren indikazio nagusia helduetan?

a) Traktu gastrointestinala modu eraginkor eta seguruan erabiltzeko ezintasuna.
b) Apetitu-galera iraunkorra.
c) Dieta hipokalorikoaren beharra.
d) Laktosarekiko intolerantzia arina izatea.

327.- Irispide benoso hauetako zein da egokiena etxeko nutrizio parenterala epe luzera emateko?

a) Zain-kateter periferiko laburra.
b) Sartze periferikoko zain-kateter zentrala.
c) Larruazalpeko bidea.
d) Kateter arteriala.

328.- Konplikazio hauetako zein da ohikoena etxeko nutrizio parenterala duten pazienteetan?

a) Kateterrari lotutako infekzioa.
b) Odoljario digestibo altua.
c) Komunitatean hartutako pneumonia.
d) Pankreatitis akutua.

329.- Etxeko nutrizio parenteralari buruzko adierazpen hauetako zein da OKERRA?

a) Diziplina anitzeko lantalde baten partaidetza behar du.
b) Pazienteak edo zaintzaileek berariazko prestakuntza behar dute.
c) Aldizkako kontrol analitikorik gabe administra daiteke.
d) Paziente hautatuen bizi-kalitatea hobetzeko aukera ematen du.

330.- Zein da paziente bat etxeko nutrizio parenteraleko programa batean sartzeko behar diren irizpideetako bat?

a) Pazientearen egonkortasun klinikoa.
b) Zainketa intentsiboetako unitatean intentsiboki monitorizatzeko beharra.
c) Familia- edo gizarte-euskarririk ez izatea.
d) Astebete baino gutxiagoko bizi-itxaropena.

331.- Helburu hauetako zein da etxeko nutrizio parenteralaren onura nagusietako bat?

a) Paziente guztietan ahotiko bideak behin betiko ordeztea.
b) Ospitaleko ingresu luzeak murriztea eta pazientearen autonomia bultzatzea.
c) Jarraipen mediko espezializatua erabat saihestea.
d) Zaintzaileari heziketa sanitarioaren beharra kentzea.

332.- Etxeko nutrizio parenteralari dagokionez, neurri hauetako zein da funtsezkoa zain-kateter zentralari lotutako infekzio-arriskua gutxitzeko?

a) Kateterra teknika esterilik gabe manipulatzea.
b) Pazienteei eta zaintzaileei kateterra zaintzeko prestakuntza espezifikoa ematea.
c) Kateterraren garbiketak aldizka etetea.
d) Antibiotiko profilaktiko jarraituak soilik erabiltzea.

333.- Parametro hauetako zein monitorizatu behar da aldizka etxeko nutrizio parenteraleko programetan sartutako pazienteetan?

a) Funtzio hepatikoa eta parametro biokimiko nutrizionalak.
b) Hezurraren dentsitate minerala, astean behin.
c) Bihotz-biriketako esfortzu-proba, hilean behin.
d) Garezur-barneko presioa.

334.- Kontraindikaziorik ez dagoenean, zein da 2 motako diabetes mellitusaren lehen aukerako tratamendu farmakologikoa?

a) Metformina.
b) Intsulina basala.
c) DPP-4aren inhibitzaileak.
d) Sulfonilureak.

335.- Talde farmakologiko hauetako zein gomendatzen zaie bereziki 2 motako diabetes mellitusa eta jada gaixotasun kardiobaskular finkatua edo arrisku kardiobaskular handia duten pazienteei?

a) SGLTE2aren inhibitzaileak.
b) Sulfonilureak.
c) Meglitinidak.
d) Alfa glukosidasaren inhibitzaileak.

336.- Gomendio orokorren arabera, HbA1c-ren helburu hauetako zein da egokia 2 motako diabetes mellitusa duten heldu gehienetan?

a) ≤48 mmol/mol (% 6,5).
b) ≤42 mmol/mol (% 6,0).
c) ≤64 mmol/mol (% 8,0).
d) ≤75 mmol/mol (% 9,0).

337.- 2 motako diabetes mellitusari buruzko adierazpen hauetako zein da OKERRA?

a) Kontrol gluzemikoaren helburua indibidualizatu egin behar da.
b) Pisu-galera helburu garrantzitsua da gehiegizko pisua edo obesitatea duten pazienteetan.
c) Tratamendu farmakologikoa neurri ez-farmakologiko guztiek porrot egiten dutenean bakarrik hasi behar da.
d) Erabaki terapeutikoak hartzean arrisku kardiobaskularra baloratu behar da.

338.- Farmako hauetako zein gomendatzen zaie bereziki 2 motako diabetes mellitusa eta obesitatea duten pazienteei, pisu-galeran duen eraginagatik?

a) GLP-1 hartzailearen agonistak.
b) Sulfonilureak.
c) Intsulina azkarra.
d) Tiazolidinedionak.



339.- Egoera hauetako batek intsulina bidezko tratamendua aztertzea dakar 2 motako diabetes mellitusa duten pazienteetan. Zein?

a) Kontrol gluzemiko egokia, ahoko monoterapiarekin.
b) Hipergluzemia iraunkorra, intsulinarik gabeko tratamendu konbinatua izan arren.
c) HbA1c-a helburuan duen eta sintomarik ez duen pazientea.
d) Metforminarekiko intolerantzia arina.

340.- Sulfonilureekin tratatutako 2 motako diabetes mellitusa duten pazienteetan, zein da zaindu beharreko kontrako ondorio nagusietako bat?

a) Hipogluzemia.
b) Hiperkaltzemia.
c) Bradikardia larria.
d) Hipernatremia.

341.- Neurri hauetako zein dago 2 motako diabetes mellitusaren hasierako kudeaketa ez-farmakologikoaren barruan?

a) Hezkuntza diabetologikoa eta bizimodu-aldaketa.
b) Paziente guztietan karbohidratoak erabat murriztea.
c) Atsedenaldi fisiko iraunkorra.
d) Obesitatea duten pazienteetan jarduera fisikoa etetea.

342.- 2 motako diabetes mellitusa eta giltzurruneko gaixotasun kronikoa dituzten pazienteetan, zein talde farmakologikok frogatu ditu giltzurruneko eta bihotz-hodietako onurak?

a) SGLTE2aren inhibitzaileek.
b) Sulfonilureek.
c) Meglitinidek.
d) Alfa glukosidasaren inhibitzaileek.

343.- Zein da biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren diagnostiko-irizpide espirometrikoa?

a) Bronkodilatadorea erabili ondoren, FEV1/FVC erlazioa <0,7 izatea.
b) Bronkodilatadorea erabili aurretik FEV1/FVC erlazioa <0,8 izatea.
c) FEV1 balio teorikoaren % 80tik behera izatea.
d) FVC balio teorikoaren % 70etik behera izatea.

344.- Zein da biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa garatzeko arrisku-faktore nagusia?

a) Tabakismoa.
b) Alergenoekiko esposizioa.
c) Haurtzaroan infekzio birikoak izatea.

d) Sedentarismoa.

345.- Farmako hauetako zein da biriketako gaixotasun buxatzaile kroniko egonkorraren tratamendu farmakologikoaren oinarria?

a) Bronkodilatatzaile inhalatuak.
b) Kortikoide sistemikoak.
c) Antibiotikoak modu kronikoan.
d) Antihistaminikoak.

346.- Biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoan arnastutako kortikoideei buruzko adierazpen hauetako zein da OKERRA?

a) Aginduta daude exazerbazioak maiz dituzten pazienteentzat.
b) Pneumonia izateko arriskua areagotzen dute.
c) Paziente guztietan monoterapian erabiltzen dira hasierako tratamendu gisa.
d) Paziente jakin batzuetan bronkodilatadoreekin lotzen dira.

347.- Zein da tratamendu lehenetsia biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren exazerberazio akutu moderatu batean?

a) Eragin laburreko bronkodilatadoreak.
b) Antikoagulazio terapeutikoa.
c) Antihistaminikoak.
d) Antidepresiboak.

348.- Irizpide hauetako batek biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren exazerbazio larria definitzen du. Zein da?

a) Ospitaleko ingresuaren beharra.
b) Disnea arinki areagotzea, tratamendu gehigarririk gabe.
c) Eragin klinikorik gabeko eztul isolatua.
d) Espektorazioa handitzea, tratamendu-aldaketarik gabe.

349.- Neurri EZ-farmakologiko hauetako batek frogatu du biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren pronostikoa hobetzea. Zein da?

a) Tabakismoa uztea.
b) Arnas errehabilitazioa.
c) Gripearen kontrako txertaketa.
d) Paziente guztietan sistematikoki bitamina-gehigarriak jartzea.

350.- GOLD 2024 dokumentuaren arabera, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa duten paziente hauetako batekin bereziki indikatuta dago etxeko oxigenoterapia kronikoa baloratzea. Zein da?

a) Pazientea: saturazio basal iraunkorra ≤% 88 edo hipoxemia larri kronikoa.
b) Pazientea: noizbehinkako disnea eta % 96ko saturazioa.
c) Pazientea: eztul kroniko isolatua, hipoxemiarik gabe.
d) Pazientea: FEV1 normala eta erradiografia patologiko isolatua.

351.- Hospital Infection Control Practices Advisory Committee batzordearen ebakuntza-eremuaren infekzioa prebenitzeko gidaren arabera, nola sailkatzen da peritonitis fekal finkatuak eta prestatu gabeko kolonak eragindako heste-erresekzioa?

a) Zauri garbi-kutsatua (II. klasea), kolona teknikoki kontrolatuta ireki zelako.
b) Zauri kutsatua (III. klasea), programatutako heste-erresekzioak beti baitakar traktu gastrointestinala irekitzea.
c) Zauri zikina/infektatua (IV. klasea), ebakuntza aurreko infekzio bakteriano finkatu bat dagoelako, peritonitis zornetsu edo fekaloidearekin.
d) Zauri garbia (I. motakoa), ebakuntza aurreko profilaxi antibiotiko zuzena egin bada.

352.- Laparotomia arrunt baten etxeko ebakuntzaondokoan, 7. egunean zauriaren luzeraren % 50 den dehiszentzia partziala egiaztatu da, larruazalpeko ehun zelularra agerian, tripak atera gabe eta infekzio-zeinu sistemikorik gabe. Zein da etxeko ospitalizazioko hasierako kudeaketa ZUZENA?

a) Serum bidez garbitzea, hurbilketa-zerrenda itsasgarria jartzea eta programan alta ematea; 48 orduren buruan azterketa anbulatorioa eginda.
b) Apositu heze esterilaz estaltzea, sabelaldeko gerrikoz eustea eta lehenbailehen ospitalera eramatea, balorazio kirurgikoa egiteko; izan ere, faszia-dehiszentziarako eta tripak ateratzeko arriskua ezin da etxean baztertu.
c) Ahotiko antibioterapia hastea eta gaza lehorren bidezko sendaketa oklusiboa egitea, eta 24 orduren buruan aztertzea.
d) Zauria etxean berehala grapez ixtea, pazientea mugitu beharrik ez izateko.

353.- Kolezistektomia laparoskopikoa egin ondoren epe luzeko ohiko behazun-konplikazio bat izan liteke, kirurgia egin eta hilabeteen edo urteen buruan kolestasi, ikterizia eta kolangitis errepikatuarekin batera agertzen dena. Zein da konplikazio hori?

a) Luschka-ren hoditik gertatutako behazun-ihesa (ebakuntzaondoko lehen egunetan agertzen da).
b) Hondar-koledokoaren litiasia (ez da lotzen konplikazio berantiarrekin).
c) Behazun-bide nagusiaren estenosia, lesio termikoaren edo nahigabeko klipajearen ondoriozkoa; baliteke kolangitis errepikatua eta behazun-zirrosi sekundarioa eragitea, goiz tratatu ezean.
d) Hemobilia (berehalako ebakuntzaondokoan agertzen da beti).

354.- Ebakuntza-eremuaren infekzioa prebenitzeko jarraibideen arabera, pazientearen mendeko faktore hauetako batzuek ebakuntza-eremua infektatzeko arriskua modu INDEPENDENTEAN handitzen dute. Zein dira?

a) Prozedura, ohiko ingresuan egin ordez, erregimen anbulatorioan egitea eta 50 urte baino gutxiago izatea.
b) Desnutrizioa, diabetes mellitusa, ebakuntza-inguruko kontrol gluzemiko txarra eginda, eta immunoezabatzea.
c) Anestesia orokorra erabili ordez anestesia lokorregionala erabiltzea, eta prozedurak 60 minutu baino gutxiago irautea.
d) Kirurgialariaren esperientzia eta heltze mota dira arrisku-faktore independente bakarrak.

355.- Ebakuntza-eremuaren infekzioa prebenitzeko giden arabera, zein da profilaxi antibiotiko kirurgikoaren lehen dosia emateko unerik onena, ebakia egiteko unean ehun-maila bakterizidak bermatzeko?

a) Zauri kirurgikoa ixteko unea, ebakuntzaondoko kolonizazioa prebenitzeko.
b) Ebakia egin baino 30-60 minutu lehenago, zainbarneko bidea erabilita.
c) Ebakuntzaondoko lehen 24 orduetan, infekzio-arrisku geroratua estaltzeko.
d) Ebaki kirurgikoa egin eta berehala, ebakuntza aurreko erresistentzien hautespena egon ez dadin.

356.- KHAk ingresudun kirurgiaren aldean dituen abantaila dokumentatu hauetatik, zein da OKERRA?

a) Osasun-arretarekin lotutako infekzioak (OALI) izateko arrisku txikiagoa.
b) Pazientearen gogobetetze handiagoa, bere familia-ingurunean suspertzeagatik.
c) Eraginkortasun kliniko handiagoa frogatu da prozedura guztietan, pazientearen konplexutasuna edozein dela ere.
d) Osasun-sistemarako kostuak murriztea eta ospitaleko ohe gutxiago okupatzea.

357.- Paziente batek (ASA III) ezaugarri hauek ditu: ondo kontrolatutako diabetes mellitusa (HbA1c: % 6,8), BGBK moderatua etxean oxigenoa eduki gabe (FEV1: % 62) eta 33 kg/m^2-ko GMIa. Kolezistektomia laparoskopiko selektiboa egitea aztertzen ari dira, KHA erregimenean. Zein da balorazio ZUZENA?

a) KHArako hautagaia da, mugarik gabe, ASA III pazienteak beti hautatu ahal baitira kirurgia anbulatoriorako.
b) 33 kg/m^2-ko GMIa izatea kontraindikazio absolutua da KHAren guztietan.
c) Hautagai izan daiteke komorbilitatea egonkor eta konpentsatuta badago, ez badu etxeko O^2-rik behar eta GMIa 35 kg/m^2 baino txikiagoa bada; azken erabakia kirurgia- eta anestesiologia-taldeari dagokio, prozedura zehatzaren arabera.
d) BGBK moderatua (FEV1: % 62), KHAn, kontraindikazio absolutua da anestesia orokorrerako.

358.- Adierazpen hauetako zeinek bereizten ditu ZUZEN Aldrete-ren eskala aldatua eta PADSS eskala?

a) Aldrete-ren eskalak ahotiko tolerantzia eta ebakuntzaondoko mina baloratzen ditu; PADSS eskalak O2 saturazioa eta kontzientzia-maila baloratzen ditu.
b) Bi eskalak baliokideak dira, eta berdin erabil daitezke etxerako alta ematea erabakitzeko.
c) Aldrete-ren eskalak berehalako errekuperazio anestesikoaren bost parametro —jarduera, arnasketa, zirkulazioa, kontzientzia, oxigeno-saturazioa— baloratzen ditu ABUtik egokitzeko gelara eramateko; PADSS eskalak, haiez gain, ahotiko tolerantzia, mikzioa, minaren kontrola eta zauriko odoljarioa gehitzen ditu etxerako behin betiko alta erabakitzeko.
d) PADSS eskalak gutxienez 8/10 puntuazioa behar du etxerako alta emateko; Aldrete-ren eskalak 7/10 behar ditu gutxienez.

359.- Kirurgia anbulatorioaren ondoko paziente batek PADSS eskalako 8/10 puntuazioa du ingurunera egokitzeko gelan. Zein da jokabide ZUZENA?

a) Etxerako berehalako alta ematea, 8/10 puntuazioa nahikoa baita.
b) EZ da alta eman behar 8/10 puntuazioarekin. PADSS eskalak 9/10 behar du gutxienez; pazientea behaketan eduki behar da, eta 30-60 minuturen buruan berriz ebaluatu.
c) Alta baldintzatua emango zaio, senide baten ardurapean, eta larrialdietan nahitaez aztertuko dute 6 ordu igaro baino lehen.
d) Ohiko ospitaleko ingresua, Aldrete-ren eskalako irizpideak betetzea ezinezkoa delako.

360.- Faktore hauetako zeinek lagundu du GEHIEN, azken 20 urteetan, KHAn egin daitezkeen prozeduren katalogoa zabaltzen?

a) Ebakuntzaondoko telefono bidezko kontrola kentzeak (unitateen karga asistentziala murrizten du).
b) Kirurgia minimoki inbaditzailean eta suspertze azkarreko teknika anestesikoetan egindako aurrerapenek (prozedura anbulatorizagarrien kopurua handitu dute).
c) 60 minutu baino gutxiago dirauten prozedura kirurgiko guztiak erregimen anbulatorioan egiteko legezko derrigortasunak.
d) KHArako zentro akreditatuetan pazientea hautatzeko baldintzak desagertzeak.

361.- Paziente batek gibeleko transplantea jaso duenetik 19. egunean —ETXOSPan takrolimus eta mikofenolatoa hartzen ditu— ezaugarri hauek ditu: transaminasen igoera handia (AST 620, ALT 510 UI/L), 38,4 ºC-ko sukarra eta mina eskuineko hipokondrian. Gibeleko Dopplerra normala da, eta kolangio-EMak behazun-konplikazioak baztertu ditu. Takrolimusaren kontzentrazio minimoa 4,2 ng/mL-koa da. Zein da diagnostiko probableena eta lehen aukerako jarrera terapeutikoa?

a) ZMBek eragindako infekzioa: ZBko ganziklobirra hastea eta immunoezabatzea % 50era gutxitzea.

b) Takrolimusaren maila azpiterapeutikoak eragindako errefus akutu zelularra; tratamendua: ZBko metilprednisolona boloak (500-1.000 mg/egun, 3 egun), immunoezabatzaile basalak handitzea eta gibeleko biopsia, histologia baieztatzeko.
c) Mentuaren disfuntzio primarioa: berriz ebakuntza egitea lehenbailehen birtransplantea egiteko.
d) Takrolimusek eragindako hepatotoxikotasuna: berehala kentzea eta ziklosporinaz ordeztea.

362.- Gibeleko transplantearen ondorengo behazun-konplikazioei dagokienez, behazun-estenosi EZ-ANASTOMOTIKOA (iskemikoa) anastomotikotik honako honengatik bereizten da:

a) Estenosi ez-anastomotikoak pronostiko hobea du, eta anastomotikoak baino hobeto erantzuten dio baloiaz egindako dilatazio endoskopikoari.
b) Estenosi ez-anastomotikoak kausa tekniko-kirurgikoa du bakarrik.
c) Estenosi ez-anastomotikoak jatorri iskemikoa du (gibeleko arteriako tronbosia, iskemia-denbora luzea, errefus kronikoa); foku anitzekoa da; pronostiko okerragoa du, eta baliteke mentuaren disfuntzioa eta birtransplantea egin beharra ekartzea; anastomotikoa, aldiz, bakarra da, kausa teknikoa du, eta tratamendu endoskopikoari hobeto erantzuten dio.
d) Bi motek kausa eta banaketa anatomiko bera dute, eta berdin erantzuten diote tratamendu endoskopikoari.

363.- Zein da gibeleko transplantean gaur egun gehien erabiltzen den immunoezabatzeko mantentze-erregimena?

a) Metotrexatoa gehi mofetil mikofenolatoa gehi azatioprina.
b) Takrolimusa (edo ziklosporina) gehi mofetil mikofenolatoa (edo azatioprina) gehi kortikoideak, beheranzko pautan.
c) Ziklofosfamida gehi prednisona gehi sirolimusa.
d) Basiliximaba gehi metotrexatoa gehi azatioprina mantentze-monoterapian.

364.- Gibeleko Transplantearen Espainiako Elkarteak (2024) errekuperazio areagotuari buruzko adostasun-dokumentuaren arabera, ebakuntza-inguruko neurri hauetako zeinek erakutsi du eragin HANDIENA konplikazioak murrizteko orduan eta transplantatutako pazientearen errekuperazio funtzionala hobetzeko orduan?

a) Ebakuntza aurreko baraualdi luzeak (12 ordu baino gehiago), traktu gastrointestinala erabat husteko.
b) Ebakuntza aurreko aurre-gaikuntza nutrizional eta fisikoak, ebakuntzaondoko mobilizazio goiztiarrak, nutrizio enteral goiztiarrak eta ebakuntza-inguruko sueroterapiaren murrizketak (transplantera egokitutako RICA gidaren printzipioen arabera).
c) Berehalako ebakuntzaondokoan paziente guztiei ZBko albumina sistematikoki emateak, giltzurruneko disfuntzioa prebenitzeko.
d) Transplantea egin ondoko lehen 72 orduetan, ohean erabateko atsedena hartzeak, mentuaren oxigeno-kontsumoa minimizatzeko.



365.- Immunoezabatze hirukoitzarekin egindako gibeleko transplantean, transplante ondoko aldi batetik aurrera handitzen da nagusiki infekzio oportunistak izateko arriskua —besteak beste, *Pneumocystis jirovecii*k eragindako pneumonia, ZMBk barreiatutako infekzioa eta aspergilosi inbaditzailea—. Noiz da hori?

a) Transplante ondoko lehen astean, immunoezabatzeak goia jotzen duenean.
b) Transplante ondoko lehen eta seigarren hilabeteen artean, immunoezabatze garbi metatuak, orduan, infekzio oportunistak eta infekzio latenteen berraktibatzea gertatzen laguntzen baitu.
c) Transplante ondoko bigarren urtetik aurrera, mantentzeko immunoezabatzea gutxieneko mailetan baitago.
d) Ez dago denbora-eredu zehatzik; infekzio oportunistak edonoiz agertzen dira, transplante ondoko denborarekinko loturarik gabe.

366.- Babes-ileostomiari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Behin betiko estoma gisa eratzen da ondesteko minbizi erauziezina duten pazienteetan.
b) Aldi baterako deribazio fekal gisa eratzen da, kolon eta ondesteko beheko zatiko edo kolon eta uzkialdeko arrisku-anastomosi bat babesteko; 2-3 hilabeteren buruan ixtea planifikatzen da, konplikazio anastomotikorik ezean.
c) Bolumen txikiko eginkari erdieratuak sortzen ditu, deshidratatzeko arriskurik gabe.
d) Hura ondoren ixtea konplexuagoa da Hartmann-en kolostomia terminalarena baino.

367.- Etxeko ospitalizazioan alta jaso eta 48 orduren buruan, kolostomia terminala duen paziente batek kolore morexka-beltzaxka du kanporatutako estoma osoan. Zein da jokabide ZUZENA?

a) 48-72 ordu behatzea eta sendaketa lokalak egitea, lehenengo egunetan kolore iluna izatea normala baita edema erreaktiboaren ondorioz.
b) Zunda mehe lubrifikatu bat sartzea, nekrosi iskemikoak abdomeneko fasziaren mailaren azpiko eraginik duen baloratzeko; hala bada, lehenbailehen berriz ebakuntza egin beharko da; azalekoa bada, kudeaketa kontserbatzailea egin eta zorrotz zainduko da.
c) Pisu molekular txikiko larruazalpeko hidrogel- eta heparina-aposituak aplikatzea iskemia lehengoratzeko.
d) ETXOSPko programan alta ematea eta kirurgia-kontsultan aztertzea 7-10 egunen buruan.

368.- Ostomien konplikazio hauetako batek intzidentzia metatu handiena du epe luzera, eta, gainera, gerora ebakuntza berriz egiteko kausa nagusia ere bada paziente ostomizatuan. Zein?

a) Estomaren nekrosia; berehalako ebakuntzaondokoan ia bakarrik agertzen da.
b) Estomaren prolapsoa; lehen 24 orduetako konplikaziorik ohikoena da.
c) Hernia paraestomala; % 30-50 arteko intzidentzia metatua du 5 urteetara, eta gerora berriz ebakuntza egiteko kausa nagusia da.
d) Estoma barrenera sartzea; ia paziente guztiek dute lehen 6 hilabeteetan.

369.- Paziente bati babes-ileostomia egin diote, eta ETXOSPko laugarren egunean honako ezaugarri hauek ditu: 2800 ml/24 h-ko emaria, 128 mEq/L Na+, 2,9 mEq/L, K+ eta 2,1 mg/dL kreatinina (basala: 0,8). Zein da jarduketa URGENTEENA?

a) Kudeaketa anbulatorioa mantentzea, ahotik hartutako ura handitzea likido isotonikoen bidez, eta ahotiko potasio gehigarriak eranstea.
b) Ospitalera lehenbailehen eramatea, bolumena eta elektrolitoak zainbarnetik birjartzeko; izan ere, pazienteak giltzurruneko porrot akutu prerrenala —hiponatremia eta hipopotasemia barne— du, eta ezin da etxean segurtasunez kudeatu.
c) Etxean loperamida ematen hastea, eta ur-murrizketa ezartzea, efluentearen bolumena gutxitzeko.
d) Babes-ileostomia lehenbailehen ixtea ondorengo 48 orduetan.

370.- ETXOSPko paziente bati eskuineko hemikolektomia laparoskopikoaren ebakuntza egin diote, eta, 5 egun igarota, honako ezaugarri hauek ditu: abdomeneko drainadura 280 ml-ko eduki zornetsu eta fekaloideoarekin; 38,9 ºC-ko sukarra, 102 t/m-ko takikardia eta 22 mg/dL-ko PCEa. ETXOSPko paziente kirurgikoa monitorizatzeko eta lekualdatzeko irizpideen arabera, egoera hori:

a) Bateragarria da ebakuntzaondoko normalarekin; ahotiko antibioterapiarekin eta 48 orduren buruko azterketarekin kudea daiteke.
b) Ospitalera lehenbailehen lekualdatzeko irizpidea da; izan ere, infekzio-zeinu sistemikoak eta drainadurako emari fekaloideoa batera agertzeak dehiszentzia anastomotikoa iradokitzen du. Konplikazio hori ezin da etxean segurtasunez kudeatu, eta OT urgentea nahiz balorazio kirurgikoa egin behar dira.
c) Etxean kudea daiteke, drainadura serum fisiologikoz garbituta eta ahotiko antibioterapia handituta.
d) 39 ºC-tik gorako sukarra 48 ordu baino gehiago jarraian badu baino ez dago lekualdatzea justifikatuta.

371.- Zein eskala erabiltzen da gehien presio-ultzeren arriskua baloratzeko?

a) Glasgow.
b) Braden.
c) Barthel.
d) Eskala Bisual Analogikoa (EBA).

372.- Zer interbentzio da funtsezkoa, etxean, presio-ultzerak prebenitzeko?

a) Antibiotikoak ematea.
b) Gorputz-jarreraren aldaketak.
c) Sendaketa lehorra egitea.
d) Hidratazioa bakarrik.

373.- Aurkikuntza hauetako zeinek adierazten du zehaztasun handienaz zauri bateko infekzio lokala?

a) Eritemak.
b) Minak.
c) Zorne-jarioak.
d) Beroak.

374.- Noiz erabili behar da antibiotiko sistemikoa zauri bat zaintzeko?

a) Kolonizazioa dagoenean.
b) Infekzio sistemikoaren zeinu klinikoak daudenean.
c) Exudatua dagoenean.
d) Zauriari kiratsa darionean.

375.- Zein faktorek baldintzatzen du zuzenean ehunerako oxigeno- eta mantenugai-ekarpena?

a) Adinak.
b) Perfusioak.
c) Sexuak.
d) Aposituak.

376.- Zer fenomeno lotzen da maiz eboluzio geldiko zauri batekin?

a) Epitelizazioa.
b) Erresoluzioa.
c) Biofilma.
d) Sendaketa.

377.- Etxeko ospitalizazioan baloratu dutenez, zauri bati darion kiratsa lotzen zaio dagoen ehun desbitalizatuari. Zein esku-hartze dago indikatuta?

a) Tratamendurik gabeko behaketa.
b) Ehun ez-bideragarria desbridatzea.
c) Sendaketak bertan behera uztea.
d) Larruazala hidratatzea soilik.

378.- Zein da zain-ultzeraren erreferentziako tratamendua, kontraindikazio baskularrik ez badago?

a) Sendaketa lehorra.
b) Erabateko atsedena.
c) Ohiko antibiotiko sistemikoa.
d) Konpresio-terapia.

379.- Zer ikusiko dugu ehunen lesio sakon batean?

a) Azaleko lesioa bakarrik.
b) Hasieran ikusten ez den kalte sakona edo anpoila hematikoa.
c) Eritema arin iragankorra.
d) Ehun epitelial heldua.

380.- Etxean erabiltzen den desbridatze entzimatikoaren ezaugarria:

a) Bisturia erabiltzea.
b) Entzima endogenoak aktibatzea.
c) Entzima topikoak erabiltzea.
d) Arrastatze mekanikoa.

381.- Zein da entzima-desbridatzearen helburua etxeko ospitalizazioan?

a) Mina gutxitzea.
b) Ehun ez-bideragarria ezabatzea.
c) Hezetasuna handitzea.
d) Zauriaren neurria txikiagotzea.

382.- Apositu mota batek batez ere desbridatze autolitikoa laguntzen du ohantzeari hezetasuna dakarkiolako. Zein?

a) Filmak.
b) Hidrogelak.
c) Gazak.
d) Alginatoak.

383.- Apositu mota baten ezaugarria da exudatua xurgatzeko gaitasun handia izatea. Zein?

a) Hidrogelak.
b) Film gardenak.
c) Poliakrilatozko apositu superxurgatzaileak.
d) Hidrokoloide meheak.

384.- Zein da zauri batean exudatu gehiegi egotearekin lotutako ohiko konplikazioa?

a) Epitelizazio azeleratua.
b) Larruazal perilesionala beratzea.
c) Infekzio-arriskua gutxitzea.
d) Zauria berez konpontzea.



385.- Nola jaso behar da zauriko kultibo bat?

a) Zauria garbitu gabe.
b) Garbitu ondoren, ehun bideragarrian.
c) Ehun nekrotikoan.
d) Esfazeloetan.

386.- Ehun esfazelatuen ezaugarria:

a) Kolore beltz gogorra.
b) Kolore hori-zurixka.
c) Kolore gorri distiratsua.
d) Ehun epiteliala.

387.- Zauri edo ultzera bateko fase inflamatorio luzearen ezaugarria:

a) Epitelizazioa.
b) Biofilma egotea eta metaloproteasak handitzea.
c) Orbain-ehuna.
d) Guztiz ixtea.

388.- Zein da zauri baten infekzioaren ondorio nagusia?

a) Orbaintze hobea.
b) Inflamazio txikiagoa.
c) Orbaintzea atzeratzea.
d) Epitelizazioa handitzea.

389.- Presio-lesio kroniko aurreratuek baliteke honako hauek izatea:

a) Gainazaleko ertz erregularrak.
b) Zulo forma duten ertzak.
c) Inolako exudaturik ez egotea.
d) Kokapen distala soilik.

390.- Zauri edo ultzera batean, zer eragiten du ehunen hipoxiak?

a) Orbaintze azeleratua.
b) Orbaintzea atzeratzea.
c) Inflamazio txikiagoa.
d) Epitelizazio azkarra.

391.- Zauri kronikoak tratatzeko presio negatiboko terapiari (PNT) dagokionez, zein da ZUZENA?

a) PNTak ez du eraginkortasunik erakutsi zauri kronikoak tratatzean.
b) PNTak eraginkortasuna erakutsi du zauri kronikoen tratatzean.
c) PNTa presio-ultzeretan kontraindikatuta dago.
d) PNTa zauri akutuetan baino ez da eraginkorra, ez zauri kronikoetan.

392.- Etxeko ospitalizazioan presio-ultzerak sortzeko arriskua baloratzeari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Arriskua pazientearen ingresuan baino ez da baloratu behar.
b) Arriskua aldizka baloratu behar da, eta pazientearen egoeran aldaketak dauden aldiro.
c) Arriskua baloratzeko eskalak ez daude etxeko ospitalizazioan gomendatuta.
d) Norton-en eskala baino ez dago baliozkotuta etxean erabiltzeko.

393.- Estomen konplikazioei dagokienez, hauetako zein EZ da ohiko konplikazio bat?

a) Estomaren inguruko dermatitisa.
b) Hernia paraestomala.
c) Estomaren estenosia.
d) Estomaren tronbosi benoso sakona.

394.- Paziente kirurgikoak etxeko ospitalizazioan hartzeko irizpideei dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Komorbilitaterik gabeko pazienteak bakarrik har daitezke.
b) Etxeko ospitalizazioak aukera ematen du paziente kirurgiko hautatuei jarraipena ezarritako segurtasun-irizpideen arabera egiteko.
c) Adin handia kontraindikazio absolutua da ebakuntza osteko etxeko ospitalizaziorako.
d) Drainadura kirurgikoak dituzten pazienteak ezin dira etxeko ospitalizazioko programetan hartu.

395.- Beheko gorputz-adarreko ultzeren sailkapen etiologikoari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Zain-ultzerak beheko gorputz-adarreko ultzeren % 10 baino gutxiago dira.
b) Beheko gorputz-adarreko ultzeren artean, zain-etiologiako ultzerak dira ohikoenak.
c) Arteriaren ultzerak ohikoagoak dira zain-ultzerak baino.
d) Ultzera neuropatikoak 1 motako paziente diabetikoetan bakarrik agertzen dira.

396.- Presio-ultzerak prebenitzeko gorputz-jarreren aldaketei dagokienez, zein da ZUZENA?

a) Paziente guztiei gorputz-jarrera aldaketak 6 orduan behin egin behar zaizkie.
b) Gorputz-jarreren aldaketen maiztasuna pazientearen arriskuaren eta bermatzeko erabilitako euskarriaren arabera indibidualizatu behar da.
c) Gorputz-jarrera aldatzea ez da beharrezkoa pazienteak eskaren aurkako koltxoia badu.
d) Albo-etzanerako posizioa (90º-ra) da egokiena.

397.- Presio-ultzera estadioen arabera sailkatzeari dagokionez, zein da OKERRA?

a) I. estadioaren ezaugarria da larruazal kaltetugabean zurigarria ez den eritema egotea.
b) II. estadioan larruazalaren lodiera partzialki galtzen da, eta horrek epidermisean eta/edo dermisean eragina du.
c) III. estadioan larruazalaren lodiera guztiz galtzen da, eta larruazalpeko ehunean erasana dago.
d) IV. estadioa diagnostikatzen da eritema zurigarria badago baina larruazal-osotasuna galdu gabe.

398.- Estomaren inguruko narritadurazko dermatitisari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Ez da oso konplikazio ohikoa; pazienteen % 5ek baino gutxiagok dute.
b) Batez ere gertatzen da efluenteak estomaren inguruko larruazala ukitzegatik.
c) Antibioterapia sistemikoa da tratamendu lehenetsia.
d) Ez du zerikusirik ostomia-gailuaren doikuntzarekin.

399.- Orkatila/besoa indizeari (OBI) dagokionez, beheko gorputz-adarreko ultzeren balorazioan, zein da ZUZENA?

a) 0,9ko OBIak zain-gutxiegitasuna adierazten du.
b) 0.9ko OBIak konpromiso arteriala adierazten du, eta presio handiko konpresio elastikoa kontraindikatzen du.
c) OBIa ez da baliagarria beheko gorputz-adarreko ultzerak baloratzeko.
d) OBIa > 1,3 izateak perfusio arterial ona adierazten du.

400.- Presio-ultzeretan ehun nekrotikoa desbridatzeari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Desbridatze ebakitzailea indikatuta dago ehun nekrotiko zabala dagoenean.
b) Hidrogel bidezko desbridatze autolitikoa aukera bat da infektatu gabeko ehun nekrotikorako.
c) Entzima-desbridatzeak entzima proteolitikoak erabiltzen ditu ehun desbitalizatua ezabatzeko.
d) Desbridatzea kontraindikatuta dago III. eta IV. estadioetako presio-ultzera guztietan.

401.- Gibeleko transplanteari dagokionez, zein da behazun-konplikazioei buruzko adierazpen OKERRA?

a) Baliteke agertzea bai berehalako ebakuntzaondokoan, bai berantiarrean.
b) Kolangiografia diagnostiko-teknika erabilgarria da.
c) Behazun-konplikazioek ez dute eraginik mentuaren biziraupenean.
d) Tratamendua endoskopikoa, erradiologikoa edo kirurgikoa izan daiteke.

402.- Transplantea izan duten pazienteetan, honako adierazpen hauetako zein da ZUZENA?

a) Paziente horietan infekzio birikoak ohiz kanpokoak dira.
b) Zitomegalobirusa patogeno nabarmena da transplantea izandako pazienteetan.
c) Aldizkako zaintza mikrobiologikoa ez da beharrezkoa.
d) Onddoek ez dute inoiz infekziorik eragiten transplantea izandako pazienteetan.

403.- Estomak zaintzeari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Estoma duen pazientearen heziketak ez du eraginik konplikazioen prebentzioan.
b) Gailu biltzailea egunero aldatu behar da kasu guztietan.
c) Estoma aldizka baloratzeak konplikazioak goiz detektatzea ahalbidetzen du.
d) Dietak ez du inolako loturarik estomaren funtzionamenduarekin.

404.- Etxeko ospitalizazioan zauri baten sendaketak porrot egiteko arrazoi nagusia:

a) Zauri mota.
b) Diagnostikoa.
c) Adin handia.
d) Zaintzailearen atxikimendu txarra.

405.- Etxeko ospitalizazioari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Etxean prozedura konplexuak egitea eragozten du.
b) Pazienteak egoki hautatu eta taldea egoki koordinatu beharra dago.
c) Kontraindikatuta dago ebakuntza osteko pazienteetan.
d) Ohiko ospitalizazioarekin alderatuta, ez du pazientearen gogobetetasuna hobetzen.

406.- Presio negatibo topikoko terapiari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Granulazio-ehuna sortzen laguntzen du.
b) Zauriaren edema txikiagotzen du.
c) Zauri guztietan indikatuta dago, salbuespenik gabe.
d) Zauri motaren araberako kostua-eraginkortasuna baloratu behar da.

407.- Osakidetzaren presio-ultzerei buruzko protokoloaren arabera, zein da ZUZENA?

a) Gorputz-jarrera aldaketak 6-8 orduan behin egin behar dira.
b) Larruazala egunero miatzea funtsezko prebentzio-neurria da.
c) Hezur-prominentziak ez dira arrisku bereziko eremuak.
d) Presio-ultzerak sortzeko arriskua badago, kontraindikatuta dago pazientea mobilizatzea.

408.- CONUEIren arabera beheko gorputz-adarreko ultzerak kudeatzeari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Orkatila/besoa indizeak (OBI) perfusio arteriala baloratzeko aukera ematen du.
b) Konpresioa indikatuta dago beheko gorputz-adarreko ultzera guztietan.
c) Ez da beharrezkoa ultzeraren etiologia identifikatzea hura tratatzeko.
d) Arteriaren ultzerak dira ohikoenak.

409.- SASen presio-ultzerei buruzko gidaren arabera, zein da OKERRA?

a) Nutrizio-balorazioa garrantzitsua da presio-ultzerak dituzten pazienteetan.
b) Askotariko aposituak daude ultzeraren beharren arabera.
c) Presio-ultzeren I. estadioaren ezaugarria da larruazalaren lodiera osoa galtzea.
d) Prebentzioak kostu-eraginkor hobea du tratamenduak baino.

410.- Etxeko ospitalizazioaren testuinguruan, zein da erantzun ZUZENA transplantea izandako pazienteen jarraipenari dagokionez?

a) Transplantea izandako pazienteak ezin dira etxeko ospitalizazioan artatu.
b) Etxeko ospitalizazioak paziente konplexuen jarraipena neurri egokiekin egiteko aukera ematen du, baita transplantea izandako pazienteena ere.
c) Infekzio-arriskuak erabat kontraindikatzen du etxeko arreta.
d) Ez da beharrezkoa transplanteen taldearekin koordinatzea.

411.- Elementu hauetako zein da zailtasun bat gure inguruan telemedikuntzako baliabideak ezar daitezen?

a) Xede-populazioa zentro sanitarioetatik urrun egotea.
b) Profesional sanitarioek baliabide teknologikoetarako irispide handirik ez izatea.
c) Zentro sanitarioetan aurrez aurreko hitzorduak behar izatea osasun-arazo gehienak konpontzeko.
d) Profesional sanitarioen prestakuntza-beharra.

412.- Telemedikuntza tresna erabilgarria da honako egoera hauetan guztietan, batean IZAN EZIK:

a) Gaixotasun kronikoak dituzten pazienteen bizi-konstanteak monitorizatzeko.
b) Larruazaleko lesioen irudiak partekatzeko.

c) Kirurgiako itxarote-zerrenda laburtzeko.
d) Heziketa sanitarioa egiteko.

413.- Zer da egia telemedikuntzari eta informazioaren kudeaketari dagokienez?

a) Telemedikuntzako baliabideek ez dute pazienteen datu klinikoen konfidentzialtasuna ziurtatzeko betebeharrik.
b) Telemedikuntzako baliabide bat erabiltzen duten profesionalek ez dute historia klinikora sartzeko eskumenik, Pazienteen intimitatea babesteko.
c) Informazio sanitarioa erabiltzeak erronka bioetikoak dakartza.
d) Telemedikuntzako baliabideetan datu klinikoak kudeatzean ez dago arrisku espezifikorik.

414.- Urrutiko monitorizazio-gailuek EZIN dute kontrolatu:

a) Tentsio arteriala.
b) Bihotz-maiztasuna.
c) Oxigeno-saturazioa.
d) Presio-ultzera baten exudatu-kantitatea.

415.- Zertarako ez da erabilgarria telemedikuntzako baliabide bat?

a) Larrialdi Zerbitzuetako presio asistentziala murrizteko.
b) Gaixotasun kronikoetan osasun-hezkuntza egiteko.
c) Arreta aringarria behar duten pazienteei laguntza emozionala emateko.
d) Telefono-linearako sarbiderik ez duten pazienteei laguntza emateko.

416.- Zer eragin du telemedikuntzak ospitalizazioan?

a) Handitu egiten du, kontrol handiagoa dagoelako.
b) Ez dakar aldaketa nabarmenik.
c) Murriztu egiten du, kontrol klinikoa hobetzen baitu.
d) Larrialdietara egindako bisitak handitzen ditu.

417.- Zein da Telemedikuntza Unitatearen helburu nagusia?

a) Ohiko ospitalizazioa erabat ordezkatzea.
b) Paziente kronikoei bakarrik ematea telefono bidezko arreta.
c) Ospitaleko eremutik kanpo arreta proaktiboa, integrala eta jarraitua bermatzea.
d) Pazientearen jarraipenean lehen mailako arretaren parte-hartzea murriztea.

418.- Zein da aringarrietako pazientearen jarraipen programatuaren helburu nagusia?

a) Aringarrietako pazienteen arretan inplikatutako profesional kopurua murriztea.
b) Egonkortasun klinikoa denbora luzeagoan mantentzea eta pazientearen bizi-kalitatea hobetzea.
c) Ospitaleko ingresuak saihestea.
d) Pazientearen telefono-deien kopurua murriztea.

419.- Zer paziente mota artatzen dute Telemedikuntza Unitatean?

a) Gaixotasun akutu arinak dituzten pazienteak.
b) Pediatriako pazienteak bakarrik.
c) Gaixotasun kroniko aurreratuak dituzten pazienteak eta/edo aringarrietakoak.
d) Paziente kirurgikoak bakarrik.

420.- Telemedikuntza-zerbitzuen jasangarritasuna tradizioz oztopatu duten arrazoiak:

a) Telemedikuntza-zerbitzuek benetako aplikazio-potentziala garatzeko beharrezkoak zituzten azpiegiturak eta agertoki soziosanitarioak oker aukeratzea.
b) Inguruneko baldintza teknologiko eta soziosanitarioak, dinamikoak eta konplexuak; baldintza horiek aplikazio praktikoko erronka metodologikoak dakartzate zenbait alderditan, hala nola esperientzien ebaluazioan, transferentzian, ezarpenean eta eskalatzean.
c) Informazioaren eta komunikazioaren teknologien bilakaera eta dibertsifikazio azkarra. Eta halakoak telemedikuntza-zerbitzuen oinarria direnez, zaharkitze eta zailtasun operatiboko etengabeko egoera sortzen da.
d) Aurreko denak okerrak dira.

421.- Herrialde edo eskualde bateko telemedikuntzaren garapen jasangarriaz, zein da aukera zuzena?

a) Gutxieneko garapen- eta azpiegitura-baldintzak (energetikoak, telekomunikazioarenak, heziketarenak, osasunarenak, industriarenak eta ekonomikoak) behar dira.
b) Ez dago ezinbestean lotuta administrazio publikoek sustatutako plan esplizituak egotearekin.
c) Jarduketa-plan adostuek bultzatzen dute, eta plan horiek honako hauek hartu behar dituzte barne: hedapen-egoera posibleak, behar diren teknologiak eta baliabideak, eta ondo definitutako metrikak, helburuetan izandako aurrerapena monitorizatzeko.
d) Aurreko guztiak.

422.- Gela birtual bateko 4 alderdi pedagogiko hauetatik, zeinek du behar bezala esleituta jarduera edo baliabidea?

a) Alderdi informatiboa: talde-proiektua egitea.
b) Alderdi praktikoa: talde-jarduerak antolatu eta dinamizatzea.

c) Alderdi komunikatiboa: txatak eta barne-mezularitza.
d) Tutoretza- eta ebaluazio-alderdia: bideoklipak.

423.- Hauetako zein da MAST (Model for Assessment of Telemedicine applications) ereduko ebaluazio-domeinu bat?

a) Osasun-arazoa eta telemedikuntza aplikatzearen ezaugarriak.
b) Segurtasuna.
c) Alderdi soziokultural, etiko eta legalak.
d) a) b) eta c).

424.- Hona hemen sare sozialak erabiltzeak pazienteei ekarritako zenbait onura:

a) Informaziorako irispidea hobetzea, psikologikoki motibatzea, bakartzea saihestea eta norberaren osasunaren kontrola izatea.
b) Pazientea-medikua/zaintzailea/senidea komunikazioa hobetzea, monitorizazioa hobetzea eta psikologikoki motibatzea.
c) Informaziorako irispidea hobetzea, psikologikoki motibatzea, bakartzea saihestea eta haien gaixotasunen ikerketa sustatzea.
d) Pazientea-medikua/zaintzailea/senidea komunikazioa hobetzea, informaziorako irispidea hobetzea, psikologikoki motibatzea eta isolamendua saihestea.

425.- Profesionalek pazientearen diagnostikorako eta tratamendurako historia kliniko elektronikorako irispideari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Pazientearen idatzizko baimen informatua beti behar da.
b) Sarbideen erregistro bat egon behar da, identifikazioari eta autentifikazioari buruzko informazioa gordeta.
c) Posible da enkriptatutako datuak hirugarrenei lagatzea, osasun publikoko azterlan epidemiologikoak egiteko, irakaskuntzarako eta ikerketarako.
d) Baimendutako arduradunek baino ez dute irispiderik, ikuskatzeko, ebaluatzeko eta egiaztapena zein plangintza sanitarioa egiteko.

426.- IKTen berrikuntzaren erritmoa esponentziala izan ohi da, eta eragina izan ohi du erakundeetan. Adierazpen hauetako zein EZ da zuzena?

a) Zailtasuna, funtsean, aurrekontukoa da. Erakunde sanitarioek, HKE dagoeneko ezarrita egonik eta izan den eraldaketa digitala izanda, oinarri sendoa dute berrikuntza xurgatzeko eta digitalizazio-prozesua bizkortzeko.
b) Sortzen den arazoa da erakundeek berrikuntza xurgatzeko duten zailtasuna.
c) Erakunde sanitarioek egitura- eta antolaketa-zailtasunak dituzte pazienteen asistentzia sanitarioan IKTen berrikuntza xurgatzeko eta txertatzeko.
d) IKTen berrikuntzak praktika klinikoan txertatzeak praktika profesionalen kultura eta antolamendua eraldatzea eskatzen du.

427.- Jarraitutasun asistentziala modu askotara definitu da. Adierazpen hauetako zein da zuzena?

a) Pazienteek kontrol handiagoa dute jarraitutasun asistentzialearen gainean, luzetarako erantzukizunaren gainean baino, azken hori gehiago baitago profesionalen mende.
b) Zerbitzuak kudeatzen eta ematen dira biztanleei honako hauen jarraitutasuna bermatzeko moduan: sustapena, gaixotasunaren prebentzioa, diagnostikoa, bizitza osoan zeharreko eta haien beharren araberako tratamendua.
c) Jarraitutasun asistentzialaren determinatzailea da profesionalen eta maila asistentzialen arteko informazioaren jarraitutasuna.
d) Bi elementu hauek bereizten dute jarraitutasun asistentziala arretaren beste ezaugarri batzuetatik: denboran zeharreko arreta eta ikuspegia banako pazienteetan jartzea.

428.- Nola egiten da autonomia-erkidegoetako sistemen eta Osasun Ministerioaren arteko komunikazioa?

a) SARA sarearen bidez.
b) Intranet sanitarioaren bidez.
c) Internet bidez.
d) Ez daude komunikatuta.

429.- Zein EZ da informazio-sistema moderno baten funtsezko ezaugarria?

a) Estandarizatuta egotea.
b) Helburura egokituta egotea.
c) Integratua izatea.
d) Erdi digitalizatua egotea.

430.- Ezaugarri hauetako zein dagokio kronikotasunaren kudeaketa pazientearen beharretan eta teknologiaren aukeretan oinarrituta egiteari?

a) Paziente aktibo eta informatua izatea.
b) Ekimena, funtsean, pazientearena izatea (proaktibitatea).
c) Laguntzak asinkronoa izan behar da.
d) Aurrez aurreko laguntza izatea ezinbestekoa da.

431.- Telemedikuntzari dagokionez, zein da haren etorkizunari buruzko jarrerarik zuzenena?

a) Praktika klinikoan benetako ibilbiderik izango ez duen tresnatzat hartzea.
b) Ikuspegi zuhurra izatea, eta, hortaz, oinarririk gabeko baikortasuna saihestea, baina haren potentziala aitortzea.
c) Aurrez aurreko asistentzia epe laburrean erabat ordezkatuko duela onartzea.
d) Haren erabilgarritasuna testuinguru ez-asistentzialetara mugatzea.

432.- Zein da osasun-erakundeetan telemedikuntza behin betiko ezartzeko zailtasun nagusietako bat?

a) Ez dago garapen teknologiko erabilgarririk.
b) Erabilgarritasun klinikoari eta kostu-eraginkortasunari buruzko ebidentzia eztabaidaezinik ez egotea.
c) Gaixotasun kronikoei aplikatzeko ezintasuna.
d) Osasun-sistemek interesik ez izatea.

433.- Telemedikuntzaren ezarpenari buruzko analisien arabera:

a) Proiektu asko azkar finkatzen dira ohiko praktika klinikoan.
b) Proiektu askok ez dute hasierako bideragarritasun-fasea gainditzen.
c) Proiektu askok huts egiten dute monitorizazio-gailuen faltagatik bakarrik.
d) Proiektu asko lehen mailako arretan bakarrik garatzen dira.

434.- Honako arazo hauetako zein nabarmendu izan da eredu tradizionalak dituzten telemedikuntza-proiektuak ebaluatzean?

a) Benetako erabilera-baldintzetan egindako azterketa luze gehiegi egotea.
b) Sistema integralei buruzko emaitza eztabaidaezin ugari egotea.
c) Diseinu ez oso zorrotzak, iraupen laburra eta kanpo-balio eskasa izatea.
d) Antolaketa-aldagai garrantzitsurik ez izatea.

435.- Teknologiaz gain, zer behar da praktika asistentziala telemedikuntzan sartzeko?

a) Aldaketak egitea lan-prozesuetan eta rol profesionaletan.
b) Maila arteko koordinazioa ezabatzea.
c) Irizpen klinikoa desagertzea.
d) Erizainen parte-hartzea murriztea.

436.- Telemedikuntzaren ezarpen estentsiborako mediku askok hautemandako oztopoen artean, zein nabarmendu dira?

a) Pazienteek aurrez aurreko bisita nahiago izatea eta lan-karga handitzea.
b) Erizainek interesik ez izatea eta gehiegizko ebidentzia zientifikoa.
c) Jarraipena behar duten gaixotasun kronikorik ez izatea.
d) Datu klinikoak urrutitik erregistratzeko ezintasuna.

437.- Telemedikuntzaren antolaketa-inplementazioari buruzko azterlanetan, batez ere zeri lotu zaio arrakasta positiboki?

a) Aldaketarekiko erresistenteagoak diren sare profesional medikoei.
b) Erizaintzako lanbide-taldeari.
c) Jarraipen-protokoloak desagertzeari.
d) Aldez aurreko asistentzia-zirkuituak ordezteari.

438.- BGBK duten pazienteen etxeko telekontrolean, zein da sistemaren helburu nagusia?

a) Bronkoskopiak urrutitik egitea.
b) Parametro klinikoak zaintzea eta pazientearen egoeran aldaketak detektatzea.
c) Etorkizuneko bisita mediko guztiak ordeztea.
d) Zaintzaile nagusiaren rola murriztea.

439.- BGBK duten pazienteen etxeko telekontrolean datu klinikoak sistema zentralera bidaltzeari dagokionez:

a) Mediku arduradunak bakarrik bidal zitzakeen.
b) Ospitalera telefonoz deituta bakarrik bidal zitezkeen.
c) Pazienteak berak edo haren senideek bidal zitzaketen, urruneko transmisioaren bidez.
d) Ospitaleko ingresuan bakarrik bidal zitezkeen.

440.- BGBK duten pazienteen etxeko telekontrolean, alarma igortzea dagokionez:

a) Mediku arduradunak bakarrik bidal zitzakeen.
b) Ospitalera telefonoz deituta bakarrik bidal zitezkeen.
c) Pazienteak berak edo haren senideek bidal zitzaketen, urruneko transmisioaren bidez.
d) Ospitaleko ingresuan bakarrik bidal zitezkeen.

441.- Zer ahalbidetzen du komunikazio- eta kontrol-unitate zentralak etxeko telemedikuntzako programa batean?

a) Egoera kritikoak detektatzea, alarmak igortzea eta erabaki-hartzea erraztea.
b) Historia klinikoa ordeztea.
c) Langile sanitarioek jarraipenik ez egitea.
d) Datuen artxibo pasibora mugatzea.

442.- Etxeko ospitalizazioan, informazioaren eta telekomunikazioaren teknologia berriek zein helburu dituzte nagusiki?

a) Etxean jarraipena, komunikazioa eta laguntza hobetzea.
b) Zuzeneko balorazio klinikoa ordeztea kasu guztietan.
c) Langileen arteko koordinazioaren beharra murriztea.
d) Pazientea prozesu asistentzialetik kanpo uztea.

443.- Profesional sanitarioen eta pazienteen artean IKTak erabiltzeari dagokionez, zein da aukerarik egokiena?

a) Harreman asistentzialaren osagarri gisa erabiltzea, eta ez bereizi gabeko ordezkapen gisa.
b) Aurrez aurreko elkarrizketa klinikoa ordeztea beti.

c) Azkartasuna lehenestea konfidentzialtasunaren gainetik.
d) Egindako jardueraren erregistroa ezabatzea.

444.- Zer ezaugarri du 2.0 webguneak, besteak beste?

a) Erabiltzailearen norabide bakarra eta pasibotasuna.
b) Webgunearen eta erabiltzailearen artean gero eta interakzio gehiago egotea.
c) Programatzaileetarako sarbidea mugatzea.
d) Gizarte-osagairik ez egotea.

445.- Zein da 2.0 webguneari buruzko aukera zuzena?

a) Kontzeptu erabat itxia eta egonkorra da.
b) Erraz definitzen da eta ez da aldatu denborarekin.
c) Zaila da definitzen, eta etengabeko bilakaera du.
d) Ez du interesik osasunari buruzko informazioa kudeatzeko.

446.- Profesional sanitarioentzat Interneten tresna erabilgarri hauek daude, besteak beste:

a) Blogak, wikiak, elkarlaneko web-zerbitzuak eta sare sozialak.
b) Sarbide instituzionaleko datu-base itxiak baino ez.
c) Sare sozial orokorrak baino ez.
d) Foro ez-moderatuak bakarrik.

447.- Zein da sare sozialen kanalen erabilgarritasun nagusia profesional sanitarioarentzat?

a) Iturrien irakurketa kritikoa ordeztea.
b) Titularrak, laburpenak edo berriak modu bateratuan jasotzea.
c) Edukiaren kalitate zientifikoa bermatzea bere kabuz.
d) Jatorrizko iturrira sartzea ekiditea.

448.- Berrikusitako bibliografiaren arabera, osasun arloko aplikazio mugikorrak erabilgarriak izan daitezke:

a) Soilik pazientearen entretenimendurako.
b) Bai kontsultan erabiltzeko, bai pazienteei gomendatzeko.
c) Soilik ospitaleko kardiologian.
d) Soilik jarraipen klinikorik ez dagoenean.

449.- Osasun-aplikazioei dagokienez, zein da horiek baloratzeko irizpiderik egokiena?

a) Deskarga kopurua hartzea kalitate-adierazle bakartzat.
b) Erabilgarritasun kliniko potentziala, eta harekin batera fidagarritasuna eta helburura egokitzea.
c) Lotutako merkataritza-publizitatea.
d) Eguneratze eza.

450.- E-paziente kontzeptua honekin lotzen da hoberen:

a) Paziente pasiboa, erabakiekin eta informazio sanitario digitalarekin zerikusirik ez duena.
b) Paziente aktiboagoa, informatuagoa eta bere osasunaren kudeaketan gehiago parte hartzen duena.
c) Profesionalekiko harremana baztertzen duen pazientea.
d) Osasun-arreta sare sozialez ordezten duen pazientea.

KASU PRAKTIKOAK

451.- Paziente bat (56 urte): diabetikoa, intsulina-mendekoa (gaizki kontrolatuta), erretzaile aktiboa, alkohol-kontsumoa >100 g/egun. Kontsulta egin du eskuineko oin-aurreko ultzera batekin lotutako minagatik; hasiera batean marruskadurak eragindako ultzera zen, eta hiru astetik gorako eboluzioa du. Koadro klinikoa eta aurrekariak kontuan hartuta, minaren jatorria hauengatik guztiengatik izan daiteke, batengatik izan ezik. Markatu aukera OKERRA:

a) Zelulitis infekziosoa, ultzera sarrerako ate gisa.
b) Lotutako osagai baskular iskemikoa.
c) Neuropatia diabetikoari lotutako osagaia.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

452.- Paziente bat (56 urte): diabetikoa, intsulina-mendekoa (gaizki kontrolatuta), erretzaile aktiboa, alkohol-kontsumoa >100 g/egun. Kontsulta egin du eskuineko oin-aurreko ultzera batekin lotutako minagatik; hasiera batean marruskadurak eragindako ultzera zen, eta hiru astetik gorako eboluzioa du. Lesio inguruko infekzio zeinuak baloratzeaz gain, honako alderdi hauek guztiak baloratu beharko dira, bat izan ezik. Zein EZ litzateke baloratu beharko?

a) Pultsu distalak izatea edo ez izatea.
b) Sentsibilitatearen ebaluazioa (monofilamentua, adibidez)
c) Abdomen-perimetroa
d) Oinaren forma, hezurren deformazioak eta ibilera.

453.- Paziente bat (56 urte): diabetikoa, intsulina-mendekoa (gaizki kontrolatuta), erretzaile aktiboa, alkohol-kontsumoa >100 g/egun. Kontsulta egin du eskuineko oin-aurreko ultzera batekin lotutako minagatik; hasiera batean marruskadurak eragindako ultzera zen, eta hiru astetik gorako eboluzioa du. Minaren osagai neuropatiko bat baloratzen badugu, alde batera utzita gainerako kudeaketa terapeutikoa (antibiotikoak, diuretikoak eta abar), markatu erantzun OKERRA:

a) Opiazeoen bidezko tratamendua jartzea, baina ezartzen dugun ibilbide terapeutikoaren planera egokituta (posologia, iraupena eta abar).
b) Tratamendu lagungarriak izango dira, ziurrenik, tratamenduaren oinarri eraginkorrenak.
c) Ez dugu tratamendua hasi behar bizkar-gerrialdeko EMG eta EM bidezko azterketa osoa eduki arte.
d) Pazienteari argi azaldu behar zaizkio izan litezkeen konplikazio larriak, etorkizuneko anputazioa barne.

454.- Paziente bat (56 urte): diabetikoa, intsulina-mendekoa (gaizki kontrolatuta), erretzaile aktiboa, alkohol-kontsumoa >100 g/egun. Kontsulta egin du eskuineko oin-aurreko ultzera batekin lotutako minagatik; hasiera batean marruskadurak eragindako ultzera zen, eta hiru astetik gorako eboluzioa du. Ultzera bigarren intentzioz sendatu da azkenean, artatzen duen diziplina anitzeko osasun-taldearen ahaleginei esker. Hala ere, bere horretan segitzen dute diabetesaren kontrol metaboliko txarrak eta tabako- nahiz alkohol-kontsumoak. Minaren kontrol txarra dela-eta, analgesia pixkanaka igo zaio; azkenean, 50 µg/h-ko fentanilo-txaplata bat 3 egunean behin. Sei hilabete geroago, familiak larrialdietara eraman du pazientea, tratamendua gorabehera, eskuineko beheko gorputz-adarreko minaren kontrol txarragatik, eta azken egunetan desorientazioa izateagatik. Pazientea zuzenean baloratu aurretik, hauetako zein aukerak kezkatu behar zaitu gutxien?

a) Opiazeoek eragindako nahasmendu-koadro akutuak.
b) Jatorri iskemiko baskularreko min akutuak.
c) Eskuineko beheko gorputz-adarreko zelulitisak, horri lotutako egoera septikoarekin.
d) Tabakoak eta alkoholak eragindako migraina-egoera.

455.- Paziente bat (56 urte): diabetikoa, intsulina-mendekoa (gaizki kontrolatuta), erretzaile aktiboa, alkohol-kontsumoa >100 g/egun. Kontsulta egin du eskuineko oin-aurreko ultzera batekin lotutako minagatik; hasiera batean marruskadurak eragindako ultzera zen, eta hiru astetik gorako eboluzioa du. Etxeko ospitalizazioan zegoen bitartean deliriuma izan zuen, opioideek eragindakoa gure iritziz, eta, ondorioz, txandakatzea erabaki dugu. Aukeratu erantzun OKERRA:

a) 50 µg/h-ko fentanilo-txaplataren baliokideko ahotiko morfina-dosia ahotiko 60 mg/12 ordu izango litzateke.
b) Txaplata kendu ondorengo lehen 24 orduetan gutxienez, gomendagarria da erreskate-dosia mantentzea, eragin luzekoarekin hasi ordez.

c) Morfinari dagokionez, 12 orduan behin bereiz ematen denez, bigarren mailako ondorioak ez ditugu kontuan hartu beharko; hau da, somnolentzia eta gernu-erretentzio akutua.

d) Morfinaren ordez oxikodona-naloxona erabiltzen badugu, konplikazio gastrointestinalak hobetuko ditugu.

456.- Emakume batek (87 urte) ezaugarri hauek ditu: dementzia misto aurreratua, Barthel 10, mendekotasun osoa, inkontinentzia, hizkuntza oso urria, eta ia egun osoa ohean ematen du. Alaba batekin (zaintzaile nagusia) bizi da, eta ahizpa batek neurri batean laguntzen du. Azken lau hilabeteetan, % 11ko pisu-galera, eztarri-trabatze gertakari batzuk eta arnasbideetako bi infekzio izan ditu. Interakzio erraza egiten du une batzuetan, eta, noizean behin, testura aldatuko elikagai-kantitate txikiak onartzen ditu, batez ere gozoak eta postreak. Azken asteetan, gainera, toraxeko ezker paretako tumore-lesio ultzeradun bat atera zaio, bularreko minbiziaren birsortze lokorregionalaren errezidibaren eraginez; halaber, exudatua eta usain txarra ditu, mina sendaketetan, eta eritema periferiko arina, sukarrik eta ezegonkortasunik gabe. Familia bananduta dago: alaba batek PEG eskatu du, "gosez hil ez dadin", eta zainbarneko antibioterapia, "kiratsa dariolako"; besteak, ordea, "ez sufritzea lehenetsi behar" dela uste du. Euskarri nutrizional artifizialari buruz erabakitzearekin lotuta, zein da aukerarik egokiena?

a) PEG lehentasunez adieraztea, bronkoxurgapenak eragozten dituelako, eta, dementzia aurreratua duten pazienteetan, biziraupena nabarmen hobetzen duelako. Pazienteak aurretiazko jarraibideen dokumenturik ez duenez, alaben iritzia nagusitzen da.

b) Edozein deliberazio baztertzea; izan ere, % 10etik gorako pisu-galera eta Barthel indizean 20 puntutik behera izatea ahalegin terapeutikoa mugatzeko irizpideak dira.

c) Zaintzaren helburuei, pronostikoari eta aurretiazko balioei buruz eztabaidatzea, eta azaltzea nutrizio artifizialak ez duela xurgapenak prebenitzea bermatzen, eta testuinguru horretan ez dakarrela onura kliniko nabarmenik.

d) Etxeko nutrizio parenterala agintzea, ez baita PEG bezain inbaditzailea; ondoren, zunda nasogastrikora igarotzea baloratzea, eta, bilakaeraren arabera, PEG bat ezartzea erabakitzea.

457.- Emakume batek (87 urte) ezaugarri hauek ditu: dementzia misto aurreratua, Barthel 10, mendekotasun osoa, inkontinentzia, hizkuntza oso urria, eta ia egun osoa ohean ematen du. Alaba batekin (zaintzaile nagusia) bizi da, eta ahizpa batek neurri batean laguntzen du. Azken lau hilabeteetan, % 11ko pisu-galera, eztarri-trabatze gertakari batzuk eta arnasbideetako bi infekzio izan ditu. Interakzio erraza egiten du une batzuetan, eta, noizean behin, testura aldatuko elikagai-kantitate txikiak onartzen ditu, batez ere gozoak eta postreak. Azken asteetan, gainera, toraxeko ezker paretako tumore-lesio ultzeradun bat atera zaio, bularreko minbiziaren birsortze lokorregionalaren errezidibaren eraginez; halaber, exudatua eta usain txarra ditu, mina sendaketetan, eta eritema periferiko arina, sukarrik eta ezegonkortasunik gabe. Familia bananduta dago: alaba batek PEG eskatu du, "gosez hil ez dadin", eta zainbarneko antibioterapia, "kiratsa dariolako"; besteak, ordea, "ez sufritzea lehenetsi behar" dela uste du. Estrategia hauetako zein da zuzena pazientearen bilakaeraren puntu horretan?

a) Disfagiarako berariaz prestatuta ez dauden ahoko elikagaiak kentzea, xurgapen-arriskua dagoelako.
b) Ahoko elikadura erosoa mantentzea, kontu handiz egokituta, eta arriskua-onura zein helburuak berriz ebaluatzea.
c) Dieta librea mantentzea, testura aldatu gabe, pazientearen autonomia babesteko eta alaben nahiak errespetatzeko.
d) Nutrizio enterala hastea zunda nasogastriko bidez, eta noizbehinka ahotik ere ematea, mantenugai-kantitate egokia ziurtatzeko.

458.- Emakume batek (87 urte) ezaugarri hauek ditu: dementzia misto aurreratua, Barthel 10, mendekotasun osoa, inkontinentzia, hizkuntza oso urria, eta ia egun osoa ohean ematen du. Alaba batekin (zaintzaile nagusia) bizi da, eta ahizpa batek neurri batean laguntzen du. Azken lau hilabeteetan, % 11ko pisu-galera, eztarri-trabatze gertakari batzuk eta arnasbideetako bi infekzio izan ditu. Interakzio erraza egiten du une batzuetan, eta, noizean behin, testura aldatuko elikagai-kantitate txikiak onartzen ditu, batez ere gozoak eta postreak. Azken asteetan, gainera, toraxeko ezker paretako tumore-lesio ultzeradun bat atera zaio, bularreko minbiziaren birsortze lokorregionalaren errezidibaren eraginez; halaber, exudatua eta usain txarra ditu, mina sendaketetan, eta eritema periferiko arina, sukarrik eta ezegonkortasunik gabe. Antibioterapia hasteari buruzko balorazioari dagokionez, aukera hauetako zein iruditzen zaizu zuzena?

a) Espektro zabaleko antibioterapia sistemikoa hastea, kiratsak infekzio inbaditzailea adierazten duelako, eta tratamendu antibiotikoak sintomak kontrolatzen lagunduko duelako.
b) Usaina kontrolatzeko neurri lokalak lehenestea, hala nola metronidazol topikoa, eta antibioterapia sistemikoa ematea bakarrik infekzio inbaditzailearen zeinuak badaude edo onura sintomatiko argia badago.
c) Kontuan hartuta lesioaren itxura, eta konplikazioak minimizatzeko, etxeko larruazalpeko antibioterapia luzea agintzea.
d) Tumore-lesioak ez tratatzea inoiz, bakterio askok kolonizatuta baitaude beti.

459.- Emakume batek (87 urte) ezaugarri hauek ditu: dementzia misto aurreratua, Barthel 10, mendekotasun osoa, inkontinentzia, hizkuntza oso urria, eta ia egun osoa ohean ematen du. Alaba batekin (zaintzaile nagusia) bizi da, eta ahizpa batek neurri batean laguntzen du. Azken lau hilabeteetan, % 11ko pisu-galera, eztarri-trabatze gertakari batzuk eta arnasbideetako bi infekzio izan ditu. Interakzio erraza egiten du une batzuetan, eta, noizean behin, testura aldatuko elikagai-kantitate txikiak onartzen ditu, batez ere gozoak eta postreak. Azken asteetan, gainera, toraxeko ezker paretako tumore-lesio ultzeradun bat atera zaio, bularreko minbiziaren birsortze lokorregionalaren errezidibaren eraginez; halaber, exudatua eta usain txarra ditu, mina sendaketetan, eta eritema periferiko arina, sukarrik eta ezegonkortasunik gabe. Azken asteetan, pazienteak prurito bizia izaten du, gehienbat gauez, xerosi markatuagatik, eta sendaketetan lehen baino ondoez handiagoa izaten du. Datu klinikoek ez dute erreakzio alergiko akuturik iradokitzen. Zein izango litzateke neurri terapeutikorik egokiena kasu horretan?

a) Kortikoide sistemikoekin hastea, zainketa aringarrietan pruritoa tratatzeko tratamendu lehenetsia delako, eta inflamazioaren ondoriozko zeinuak eta sintomak hobetzen dituztelako.

b) Pruritoa sintoma txikitzat hartzea, eta plan terapeutikoa ez aldatzea, betiere hazkatzeren ondoriozko lesio handirik ez badago, aukera terapeutiko gehienen albo-ondorioengatik hazka-lesio luzerik ez badago.

c) Pruritoaren kausa posiblea baloratzea, eta, sintomak hala behar badu, konbinatzea larruazala zaintzeko neurri lokalak eta tratamendu farmakologiko indibidualizatua; adibidez, gauez mirtazapina erabiltzea.

d) Antihistaminikoak —hala nola hidroxizina— egunean hiru aldiz agintzea, pazientearen pruritoaren tratamendu espezifiko gisa. Gainera, pruritoaren ondoriozko ondoezaren sintomak arinduko ditu, lo-eragilea delako.

460.- Emakume batek (87 urte) ezaugarri hauek ditu: dementzia misto aurreratua, Barthel 10, mendekotasun osoa, inkontinentzia, hizkuntza oso urria, eta ia egun osoa ohean ematen du. Alaba batekin (zaintzaile nagusia) bizi da, eta ahizpa batek neurri batean laguntzen du. Azken lau hilabeteetan, % 11ko pisu-galera, eztarri-trabatze gertakari batzuk eta arnasbideetako bi infekzio izan ditu. Interakzio erraza egiten du une batzuetan, eta, noizean behin, testura aldatuko elikagai-kantitate txikiak onartzen ditu, batez ere gozoak eta postreak. Azken asteetan, gainera, toraxeko ezker paretako tumore-lesio ultzeradun bat atera zaio, bularreko minbiziaren birsortze lokorregionalaren errezidibaren eraginez; halaber, exudatua eta usain txarra ditu, mina sendaketetan, eta eritema periferiko arina, sukarrik eta ezegonkortasunik gabe. Pazienteak eboluzio txarra izan du, eta senideak ez daude ados neurriak egokitzeari dagokionez. Aukera hauen artean, zein aukeratuko zenuke horrelako kasu batean?

a) Senide gehienek babesten duten eskaera betetzea, desadostasunak benetako deliberazio klinikoa eragozten duelako.

b) Edozein erabaki atzeratzea, harik eta familiak berak bakarrik esparru sanitariotik at adostasun osoa lortzen duen arte, eta eztabaidarako eta elkarrizketarako tartea ematea.

c) Plan terapeutiko esplizitu eta proportzionatua ezartzea, pazientearen aurretiazko balioak aztertzea, deliberazioa dokumentatzea, eta baloratzea Etika Asistentzialeko Batzordeari kontsulta egitea, gatazka handirik badago oraindik.

d) Txosten kliniko bat helaraztea berehala Etika Asistentzialeko Batzordeari gatazka handitu ez dadin, eta azken erabakia haren esku uztea, erabaki adostuek balio erantsi handiagoa baitakarte.

461.- Aurrekari pertsonalak: Emakume batek (91 urte) honako aurrekari hauek ditu: hipertentsio arteriala (HTA), hipotiroidismo primarioa, barneko karotida arteriako aneurisma sesila (aurkikuntza intzidentala), depresio-sindromea, kolezistektomia, apendizektomia eta anexektomia bikoitzeko histerektomia. Mirtazapina eta lebotiroxina bidezko ohiko tratamendua du. Anamnesia: pazientea kanpoko kontsultetatik etxeko ospitalizaziora bideratu dute, balorazio osoa egiteko, koloneko polo zekalean neoplasia diagnostikatu ondoren. Bidalitako biopsia-laginean ez dago gaiztotasun-ebidentziarik, baina irudi makroskopiko bidez haren susmo handia dago. Hilabeteetako eboluzioko dispepsia, nahi gabeko pisu-galera eta abdomeneko ondoez zehaztugabea

jakinarazi ditu. Miaketa fisikoa: aurrekari klinikoak aztertu dira; medikazioaren kontziliazioa egin da, eta egoera funtzionala, kognitiboa, afektiboa, nutrizionala eta soziala baloratu dira. Bestalde, ahultasuna, sarkopenia eta osasunari lotutako bizi-kalitatea baloratu dira, eta hilkortasun-arriskuaren indizeak kalkulatu dira. Domeinu ebaluatua; parametroa; balioa: antropometria eta balorazio nutrizionala; 54,1 kg-ko pisua; 1,59 m garai; 21,4 kg/m2-ko GMIa; 6/12 puntu MNA-SFn (*Mini Nutritional Assessment - Short Form*); Biompedantziometria: sarkopenia; Gorputz-konposizioa: 22,2 kg-ko gorputz-gantza (% 34,6), 39,8kg-ko muskulu-masa totala (% 62,1), 22,8 kg-ko muskulu-masa enborrean, 17 kg-ko muskulu-masa apendikularra; 29,1 kg gorputz-ur (% 45,4), 12 erraietako gantz-maila, tasa metaboliko basala 1245 kJ. Pazienteari hauskortasuna diagnostikatu eta nutrizionalki ebaluatu zuten eta *Global Leaders hip International Malnutrition* (GLIM) irizpideen arabera; sarkopenia probablea, narriadura funtzionala eta gogo-nahasmendua ditu. Maila sozialean, laguntza soziofamiliar ona zuen. Historia nutrizionala: pazientearen gustuaren araberako egokitzapenik gabeko oinarrizko dieta orekatua. Ez dago disfagiaren daturik. Hortz-pieza osoak ditu, eta horietako batzuetan hortz-protesiak. 3 hilabetetan nahi gabe 11 kg inguru galdu ditu. Ahorakina ohikoaren ia erdira jaitsi da. Diagnostikoak• Koloneko neoplasia, eta neoplasia hori gaiztoa den susmo handia. Berriz ebaluatzeko eta hedapen-azterketa egiteko dago.• Diagnostiko nutrizionala. • Hauskortasun-sindromea.• Egungo egoera klinikoaren ondoriozko egokitze-nahasmendu probablea.• Sarkopenia-arriskua. Eboluzioa eta tratamendua: erabaki da aurre-gaikuntza programa pertsonalizatua antolatzea (hau da, tratamendu onkologiko espezifikoa hasi aurretik HP/HC nutrizio-gehigarria, dieta aberastea eta ariketa fisikoa), pazientearen nutrizio-beharrak eta gaitasun funtzionala kontuan hartuta. Eguneko proteina- eta kaloria-eskakizunak kalkulatu dira, eta beharrezkoa da agintzea ahotiko nutrizio-gehigarri (ANG) hiperproteiko eta hiperkalorikoka (formula osoa, hauekin: 32 g proteina, % 50 laktoproteina serikoa eta % 50 kaseina eta 3,6 g leuzina), baita osagai anitzeko ariketa fisiko egokitua ere. Egindako esku-hartze nutrizionala ANGetan oinarritzen zen: egunean 2 botila 6 hilabetez, ohiko dieta proteinekin aberastea eta ariketa fisikoa egitea astean 2 egunetan, ordu bat eguneko. Ariketa horiek Jarduera Fisikoaren eta Kirolaren Zientzietako profesional batekin egin behar ziren, eta gainerako egunetan etxean egiteko osagai anitzeko ariketa fisikoko programa bat (indarra eta erresistentzia, malgutasun kardiobaskularra eta oreka). Lehen kontsulta egin zenetik 6 astera, alegia, ariketa fisikoaren programa hasi eta 4 astera, aurrez aurre berrebaluatu da pazientea. Neurtutako parametroak nabarmen hobetu direla ikusi da, eta, ondorioz, hauen arrisku txikiagoa: ebakuntza-inguruko konplikazioak, kimioterapiaren eta erradioterapiaren ondoriozko toxikotasuna, narriadura funtzionala, instituzionalizazioa eta hilkortasuna. Azkenik, lesioa gaiztoa dela baieztatu da (koloneko adenokartzinoma), eta erabaki da hedapen-azterketa egin ondoren tratamendu onkologiko espezifikoa agintzea. Aurre-gaikuntzako programari esker, protokoloaren araberako tratamendu bat eman ahal izan zaio, ezaugarri bereko pertsona gazteago batek jasoko lukeenaren antzekoa. Zer diagnostiko nutrizional du paziente horrek? Aukeratu erantzun ZUZENA:

a) Ez du diagnostiko nutrizionalik.
b) Gaixotasunari lotutako desnutrizioa.
c) Oso eztabaidagarria litzateke paziente horri ANGak agintzea.

d) Kaloria-desnutrizio arina.

462.- Gizonezkoa (60 urte), medikamentuei alergiarik ez, erretzaile ohia diagnostikotik (2 pakete/egun). Aurrekari medikoen artean, hipertentsio arteriala eta hiperkolesterolemia (tratamenduan) nabarmentzen dira. Balorazio funtzionala: gizarte- eta familia-euskarri ona. Independentea eguneroko bizitzarako jarduerak egiteko. *Eastern Cooperative Oncology Group*(ECOG): 0. Pazientea 4 hilabeteko eboluzioko 1,5 cm-ko lesioa du atzeko eskuineko masailezur-eremuko aurpegi bestibularrean. Biopsia egin ondoren, bateragarria da zelula ezkatatsuetako kartzinoma (ZEZ) infiltratzailearekin, eta eskuineko hemimaxilektomia egin eta alde bereko zintzilikario tenporalaz berreraiki zaio. Anatomia patologikoaren emaitzak diferentziazio moderatuko 2,5 cm-ko ZEZ keratinizante bat deskribatzen du, eta ez dago ez nerbio-sistemaren inguruko inbasiorik, ezta inbasio linfobaskularrik ere iradokitzen duen irudirik. Masailezurreko hezur kortikala inbaditzen du. P-16 immunohistokimika negatiboa da. Ertzak libre ditu. Buruko eta Lepoko Tumore Batzordean aurkeztu da kasua, eta erradioterapia bidezko tratamendua egitera eta Etxeko Ospitalizazioko Unitateak baloratu eta jarraipena egitera bideratu da. Miaketa fisikoa: masailezurreko dentulismoa; eskuineko hustuketa zerbikalaren zauria egoera onean, infekzio-daturik gabe; masailezurpeko edema minimoa; ez da adenopatiarik nabaritu; birika-auskultazioa: aireztapen global ona; bihotz-auskultazioa: erritmikoa, ez da murmuriorik entzun; abdomena: zarata hidroaereoak, eta abdomen biguna, deprimigarria, minik ez ukitzean, organomegaliarik gabe; beheko gorputz-adarrak: oineko pultsuak, tronbosi benoso sakonaren zeinurik gabe. Pazienteak solido gogorretarako odinodisfagia duela esan du; horrenbestez, dietaren trinkotasuna egokitu egin da: bigunak/birrinduak, proteina erantsita. Ahorakina bost hartualditan egituratuta; dieta mediterraneoaren eredua. Ez du inoiz nutrizio-gehigarririk hartu. Ez du apetitua galdu. Ez du ez goragalerik, ezta gorakorik ere; hesteetako erritmoa alteratu gabe. Jarduera: paseatzea, jarduera fisiko programaturik gabe. Pisu-ebaluazioa: pisuaren % 12ren galera 3 hilabetean. Diagnostiko nutrizionala: GLIM irizpideen arabera, gaixotasunari lotutako desnutrizio larria du (pisua galtzeagatik) eta sarkopenia (Santos irizpideen arabera, muskulu-masa txikia zangosagar-perimetroan + dinamopenia). Zure ustez, zein jarrera terapeutiko da egokiena paziente horrentzat, haren nutrizioa ziurtatzeko eta proposatutako tratamenduak haren elikaduran dituen albo-ondorioak zuzentzeko? Aukeratu erantzun ZUZENA:

a) Dieta birrindu eta likido ugariko 5 hartualdi ezartzea, gutxienez.
b) Dieta birrindua, modulu proteikoko gehigarria duena ezartzea; 5 hartualdi, gutxienez.
c) Larruazalean zeharreko gastrostomia egitea, tratamenduan nutrizioa/hidratazioa bermatzeko.
d) a) eta b) zuzenak dira.

463.- **Emakumea (61 urte), aurrekari interesgarrietan duela 2 urte diagnostikatutako obulutegiko kartzinoma epitelial bat nabarmentzen da (estadioa: FIGOko IIIC2 eta AJCCko T3bN2M0), zeina tratatu baitzen laparotomia bidezko zitorredukzio osoaren bidez, kimioterapia eta erradioterapiako 6 zikloren bidez (28 saio, duela 4 hilabete azkena, eta guztizko dosi metatua:45,9 Gy) eta brakiterapia bidez. Pazientea Etxeko Ospitalizazioan ingredatu da Onkologia Medikotik etorrita, alterazio hidroelektrolitikoengatik. Pazienteak esan duenez, hilabete lehenago ez zuen sintomarik, eta astebete lehenago hasi zen koadro honekin: gorakoak (2-3 aldiz eguneko, janari, behazun eta ingesta ondokoaren gorakoak) eta beherakoa (3-4 sabel-huste egunean; likidoak eta ugariak). Larrialdietara joan zen, eta hipokaltzemia, hipopotasemia eta hipomagnesemia larriak objektibizatu ziren. Enteritis erradikoa erradioterapiaren ondorengo toxikotasun gastrointestinalak eragindako konplikazioa da, baldin eta egitura gastrointestinalak erradiazio-eremuaren barruan badaude. Erasana maila mikroskopiko eta makroskopikoan gertatzen da. Gerora agertzen denean beherakoa eta mikro eta makromantenugaien xurgapen txarra ditu ezaugarri. Diagnostikoa susmo kliniko egokian oinarritzen da (goragalea, gorakoak, abdomeneko mina, beherakoa, pisu-galera eta malnutrizioa). Diagnostikoari heltzean, koadroaren beste kausa batzuk baztertu behar dira, eta lesioaren hedapena zehaztu behar da. Pisua: 54 kg. Garaiera: 1,66 m. GMI: 19,6 kg/m2. Pazienteak 68 kg izan ohi zituela adierazi zuen, eta 4 hilabetean pisuaren % 20,58 galdu zuela. Tolestura trizipitala 17 mm-koa zen (p25), eta besoaren muskulu-perimetroa, 18 cm-koa (p25). Harris-Benedict-en ekuazioaren arabera, egunean 1589 kcal energia behar zuela kalkulatu zen. Abdomeneko OT egin zen, eta kirurgiaren ondoriozko aldaketak ikusi ziren, baina ez zen tumore-erradizibaren daturik jaso. PET-OTA: gaixotasun metabolikoki aktiboaren ebidentziarik gabe. Goiko eta beheko aparatu digestiboko endoskopietan ez da kalte makroskopikorik ikusi. Solairuan, zainbarneko K, Mg eta Ca bidezko tratamendua hasi zen, baita zuntzik gabeko HC-HP nutrizio-gehigarriekin ere. Etxeko ospitalizazioan, eguneroko ahotiko tratamendua jarri zitzaion, hauekin: magnesioa, potasioa, sodio fosfatoa, kaltzio karbonatoa, D3 bitamina eta nutrizio-gehigarria. Jarraipenean, etengabeko pisu-galera egiaztatu da, 39 kilo pisatzera iritsita (GMI: 14,15), baita alterazio hidroelektrolitikoak ere, ahotiko gehigarriak gorabehera. Etxeko nutrizio parenterala (ENP) hastea erabaki da, eta hobekuntza klinikoa nahiz analitikoa izan du. Azken azterketan, pazienteak hobekuntza klinikoa zuen; 8,5 kg berreskuratu ditu, eta alterazio hidroelektrolitikoak zuzendu dira. Etxeko Nutrizio Parentelari dagokionez, zein da ZUZENA?**

a) Etxean bertan has daiteke pazientea etxeko ospitalizazioan badago; izan ere, horrek esan nahi du talde espezializatu bat etxera joaten dela, eta baliabide eta azpiegitura egokiak dituela.

b) Entrenamendua pazientearen etxean egin daiteke; hau da, emateko metodoari, bidea zaintzari eta izan litezkeen konplikazioei buruzko n inguruan ohartarazten duten sintomak identifikatzeari buruzko entrenamendua.

c) Tratamenduak dakarren logistika guztia eskura izatea teknikan trebatzea eta izan litezkeen konplikazioak ezagutzea bezain garrantzitsua da.

d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

464.- **Emakumea (67 urte), deribatu egin dute etengabeko argaltzeagatik, eta horrez gain: astenia, anorexia, indar-galera, pirosia, berrahoratzea eta disfagia nahiz eztarri-trabatzeko gertakariak. Zisaprida eta pantoprazol bidezko tratamendua du. Ez du MKErik; goiko eta beheko gorputz-adarretako edema du, sei urteko eboluziokoa. Gainera, Raynaud-en fenomenoa; ukondo nahiz belaunetako artralgiak, eta esklerodaktilia, aurpegi eta lepoko aldaketa esklerodermiformeekin eta hiperpigmentazioarekin. Esklerodermia sistemikoaren diagnostikoa du —duela 3 urte—. Kontzientea eta orientatua; larruazala eta mukosak lehor eta tenkatuta, ildo eta zimurrik gabe; aurpegian hiperpigmentazio-eremuak ditu, eta ezin du ahoa guztiz ireki (2,5 cm-ko irekiera). Ez du fokalitate neurologikorik. Birika-auskultazioa: zarata patologikorik ez; murmurio besikularra, biriketako eremu guztietan entzungarria. Sat.: % 95, O2 gabe. Bihotz-auskultazioa: erritmikoa, murmuriorik gabe; bihotz-maiztasuna: 98/mi; TA: 160/90 mm Hg. Abdomena: peristaltismo areagotua, minik gabe; organomegaliarik ez, ezta defentsarik ere. Gorputz-adarrak: larruazala tenkatuta, eskuak pixka bat edematizatuta, eta hatzen atzerapena flexioan. Esku nagusiaren atzipen-indarra: 10. Beheko gorputz-adarrak: edemak galtzerdiengatik (++). Garaiera: 1,61 m; pisua: 49 kg. GMI: 18,9. Zangosagar-perimetroa: 23 cm. Azken hilabeteko pisu-galera: 2,8 kg (ohiko pisuaren % 5,7), eta ahorakina jan ohi zuenaren erdia da. 24 orduko oroitzapena: energia-beharren % 50 baino gutxiago eta proteina-beharren % 50 baino gutxiago. Goiko aparatu digestiboko endoskopia: likido behazuntsua esofagoan, eta 4 cm-ko hiato-hernia, higadura-esofagitis zirkunferentzialarekin. Esofago-manometria: esofagoaren erdiko eta beheko hereneko hipoperistaltismoa. MNA-baheketa= 6 Zer diagnostiko nutrizional du paziente horrek? Aukeratu erantzun ZUZENA:**

a) Horretarako balorazio morfofuntzionala egin behar dugu.
b) Egoeraren nutrizionalaren baheketa eta galdera-sorta bat egin beharko genituzke.
c) Bai, baina hori egiteko, analitika bat behar dugu.
d) Bai, miaketaren bidez ikus dezakegu pazienteak desnutrizioa duela, ziurrenik esklerodermia esofagoko erasanagatik eragiten ari zaion disfagiaren ondorioz.

465.- **Gizonezkoa (76 urte); 2 motako DMa du, intsulina motelaren bidezko tratamenduan duela 3 urtetik. Apendizitomia egin zioten duela 20 urte. Kontzientea; disartria larria; mukosen hidratazio ona, etengabeko lerde-jarioa; larruazalaren nahiz mukosen kolorazio ona. Pisua: 102 kg; garaiera (esandakoa): 1,80 m; aurpegi, beso eta izterreko hemiplegia; hemianestesia. Birika-auskultazioa: zarata patologikorik ez; murmurio besikularra du eremu guztietan. Sat.: O2 % 98, 1 l/mi O2 sudurreko oxigeno-kanuletan. Bihotz-auskultazioa: arritmikoa; tonu itzaliak. Bihotz-maiztasuna: 114; TA: 155/90. Azterketaren gainerakoan aurkikuntzarik ez. Gluzemia: 265; Kreatinina: 0,8 mg/dl; Na: 135 mE/l; K: 4,3 mE/l; P totalak: 6,5 g/dl; Albumina: 5 g/dl; Hb: 13,5 g/dl; Batez besteko bolumen korpuskularra: 93; Laktato deshidrogenasa: 1200; kolesterola: 280 mg/dl. Elektrokardiograma: fibrilazio aurikular bidezko arritmia osoa, erantzun bentrikular azkarrarekin. Ingresuan, ordenagailu bidezko garun-tomografia (OT) egin diote. Eskuineko erdiko garun-arteriako infartu baten zeinu goiztiarrak ikusi dira. Kontrola 72 orduren buruan. Eskuineko erdiko garun-arteriaren eremu osoko infartua ikusi da. Pazienteak eboluzioa ona du; erritmo sinusalera leheneratu da; badu**

oraindik ingresuan identifikatutako defizit neurologikoa, eta disfagia larria egiaztatu da. Gluzemiak egonkor daude 100-135 mg/dl-ko tartean. Fluidoterapia jarri zaio: 2000 cc/egun glukosalino + 40 mEq potasio kloruro. Solairuan ingresatzean zunda nasogastrikoa jarri zaio, eta PEG (gastrostomia endoskopiko perkutaneoa) eskatu; konplikaziorik gabe ezarri da; dieta toleratzen du; formula estandarra zuntzarekin (2000 kcal). Kontsultarteko orria etxeko ospitalizaziora (ETXOSP) bidali da. Bertan, ostomia zaintzeari eta dieta emateari buruzko prestakuntza ematen hasi zaizkio zaintzaile nagusiari; balorazioa egin ondoren, pazientea etxera lekualdatu dute. Ospitalizazio Unitatearen balorazioak erakusten duenez, etxea egokia da, eta higiene- nahiz erosotasun-neurriak ditu tratamendua behar bezala egiteko; harremanetarako telefonoa dute; pazientea klinikoki egonkor dago, eta familiak laguntzen du eta prestakuntzarako jarrera ona du. Pazientea etxera lekualdatu dute. Familiak teknika ondo ezagutzen duela erakutsi du; ingresuan, pazientea klinikoki egonkor dago, konstanteak ditu, eta gluzemien kontrol ona du (87 – 128 tartea). Ez du urdail-hesteetako konplikaziorik izan. Zundaren istripuzko irteera egon da, globoa hautsita, eta etxean birjarri diote. Nutrizio-balorazioa: 98 kg-ko pisua; 1,80 m-ko garaiera (esandakoa); 30,25eko GMIa (hilabetean 4 kg galdu ditu); 6,7 g/dl-ko proteina totalak; 5,8 g/dl-ko albumina; 2340 linfozito; 13,2 g/dl-ko Hb; 90eko batez besteko bolumen korpuskularra; 220 mg/dl-ko kolesterola. Etxeko fisioterapia jasotzen du, eta logopedarengana joatea gomendatu zaio. Zergatik jarri diote PEG bat paziente horri? Aukeratu erantzun ZUZENA:

a) Disfagia larria duelako.
b) Disfagiak 4 aste baino gehiago iraungo duela aurreikusten delako.
c) Estetikoki zunda nasogastrikoa baino hobea delako.
d) a) eta b) zuzenak dira.

466.- Gizonezkoa (71 urte), erretzaile aktiboa. BGBK larria (FEV1 % 40) eta 2 motako diabetes mellitusa du, eta metformina bidezko tratamenduan dago. Medikamentuei alergia ezagunik ez. Larrialdietara joan da, honako sintoma hauekin: 38,8 ºC-ko sukarra, eztul emankorra karkaxa zornetsu hori-berdexkarekin, eta 48 orduko eboluzioko disnea progresiboa. Bularraldeko erradiografian, kondentsazio bat ikusi da eskuineko behe-gingilean. Analitika: 16.000/mm³-ko leukozitosia, neutrofiliarekin; PCE, 148 mg/l; prokaltzitonina, 0,65 ng/ml; kreatinina, 0,9 mg/dl; sodioa, 136 mEq/l. Oinarrizko saturazioa: % 91. Arnasketa-maiztasuna: 22 arnasaldi/minutu. Tentsio arteriala: 118/74 mmHg. Pazientea bakarrik bizi da, baina familiak egunero gainbegiratzen du; jarraibideak ondo ulertu ditu, eta badu telefonorik. CURB-65 puntuazioa: puntu 1 (>65 urte). PSI puntuazioa: III mota (82 puntu). Jarraipena egitean, tratamendua hasi eta 5 egunen buruan, sukarra berriz agertu da (38,5 °C), disneak okerrera egin du, eta miaketan matetasuna agertu da eskuineko oinarrian. Zein da jokabiderik egokiena?

a) Zeftriaxonaren ordez zainbarneko 500 mg/24 h lebofloxazino jartzea, eta etxeko jarraipenarekin jarraitzea.
b) Egungo erregimenari metronidazola gehitzea, eta pentsatzea okerrera egiteko kausa probableena gaininfekzio anaerobioa dela.

c) Pazientea ospitalera bideratzea bularraldeko erradiografia eta ekografia edo ordenagailu bidezko tomografia egitera, pleurako isuri konplikatua edo enpiema baztertzeko.

d) *Streptococcus pneumoniae* eta *Legionella*rako antigenuria eskatzea, eta emaitzaren zain gelditzea tratamendua aldatu aurretik.

467.- Gizonezkoa (65 urte); bronkiektasia ez-fibrosi kistikoa eta BGBK moderatua du, eta karkaxan *pseudomonas aeruginosa*k kolonizatua (azken isolamendua duela 3 hilabete; zeftazidima zein piperazilina-tazobaktamarekiko sentikorra, eta ziprofloxazinoarekiko erresistentea). Ez du alergiarik. Etxeko ospitalizazioan ingresatu da, ezkerreko behe-gingilako pneumoniarekin exazerbazio akutua izateagatik 4 egun ospitaleratuta egon ondoren. Ingresuan 1 g/8h meropenem hartu zuen 4 egunean, eta hasierako erantzuna ona izan zen. Ospitaleko alta ematean, mikrobioe aurkako tratamendua jarraitzea planteatu da. Pazientearen ezaugarriak: sukarrik ez; % 94ko saturazioa, 18 arnasaldi/minutuko arnasketa-maiztasuna, 125/78 mmHg-ko tentsio arteriala, eta 88 t/m-ko bihotz-maiztasuna, sepsi-irizpiderik gabe. Kreatinina altan: 1,1 mg/dl. Karkaxa-kultiboa altan: *pseudomonas aeruginosa*, aurreko sentikortasun-patroi bera eta meropenemarekiko erresistentzia emergentea (GKI: 16 mg/l meropenem). Pazientea emaztearekin bizi da, eta tratamendua ematen lagun diezaioke. Pazienteak *pneumonas aeruginosa*k eragindako pneumonia du, eta tratamenduan meropenemarekiko erresistentzia emergentea agertu da. Zein da etxeko ospitalizazioan jarraitzeko aukera terapeutiko egokiena?

a) Meropenema ematen jarraitzea, dosi handiagoetan (2 g/8h 3 orduko perfusio luzatuan), pazienteak klinikoki erantzun baitu.

b) Zbko 400 mg/12 h ziprofloxazino ematen hastea, ahotiko terapia sekuentzialaren aurreko urrats gisa, *Pneumonas aeruginosa*rako erreferentziako fluorokinolona baita.

c) Etxean ZBko kolistina bidezko tratamendua hastea, monoterapian, multirresistentziaren aurkako erreskate gisa.

d) ZBko ezftolozano-tazobaktam edo zeftazidima-abibaktam planteatzea, sentikortasun handituko antibiogramaren arabera, eta jarraipen kliniko estua egitea.

468.- Emakumea (72 urte), ezaugarri hauekin: 2 motako diabetes mellitusa, intsulina-mendekoa, 3b estadioko giltzurruneko gaixotasun kronikoa (IGz 35 mL/min/1,73m2) eta MSRAk eragindako sudurreko kolonizazioa, aurretik ezagutzen zena (frotis positiboa duela 3 hilabete). Eskuin orpoko ultzera infektatuagatik ingresatu da. Halaber, lesioaren inguruko zelulitis zabala du (> 15 cm), jariatze zornetsu ugaria, 38,5 gradu C-ko sukarra eta 210 mg/L-ko PCEa. Likido-metaketaren xurgapenean hauek isolatu dira: *Staphylococcus aureus* (MSRA) metizilinarekiko erresistentea, eta *Pseudomonas aeruginosa* piperazila-tazobaktam eta meropenemarekiko sentikorra; halaber, zeftazidimarekiko sentikortasun ertaina du, eta ziprofloxazinoarekiko erresistentea da. Ordenagailu bidezko tomografiak osteomielitisa baztertu du. Fokua kontrolatuta (desbridatze kirurgikoa) eta bankomizina gehi piperazilina-tazobaktam bidezko tratamenduarekin izandako 5 eguneko ospitalizazioaren ondoren, pazienteak ez du sukarrik, inflamazio-markatzaileak jaitsi egin dira (PCE: 45 mg/L), eta etxeko ospitalizaziora

lekualdatzea proposatu da, ZBko tratamendua osatzeko. Etxeko ospitalizazioan ingresatuta, ZBko bankomizinarekin jarraitu du, monitorizazio farmakozinetikoaren bidez doituta, eta, horrez gain, ZBko piperazilina-tazobaktama, giltzurrun-funtzioari egokitutako dosian, giltzurrun-funtzioa 48-72 orduan behin aztertuta. Etxeko tratamenduaren hamabosgarren egunean, giltzurrun-funtzioak okerrera egin du (kreatinina 2,8 mg/dL; IGz 20 mL/min) eta bankomizinaren kontzentrazio minimoak gora egin du. Pazienteak ez du sukarrik eta lesioak hobera egin du. Zein da jokabiderik egokiena?

a) Bankomizina etetea eta haren ordez ZBko 6 mg/kg daptoizina ematea 24 orduan behin, giltzurrun-gutxiegitasuna indikazioa baita bankomizinaren ordez erabiltzeko.
b) Bankomizinari eustea, baina dosia erdira murriztuta, eta tartea 24 orduan behin izatea, 5 egunean mailak kontrolatu gabe.
c) Bankomizina etetea eta haren ordez ahotiko linezolida ematea (600 mg 12 orduan behin). Ez da giltzurrun-doikuntzarik behar, eta bankomizina baino hobea da, beste nefrotoxiko batzuk erabiltzen badira edo giltzurrun-gutxiegitasuna badago.
d) Bankomizina eta piperazilina-tazobaktam ematen jarraitzea, aldaketarik gabe, giltzurrunetako okertzea GGK basalaren progresioagatik izan liteke, eta ez farmakoagatik.

469.- Emakumea (82 urte); zentro soziosanitario batean bizi da, eta ezaugarri hauek ditu: narriadura kognitibo moderatua (GDS 4), 2 motako diabetes mellitus ondo kontrolatua, gernu-inkontinentzia kronikoa eta maskuriko zunda iraunkorra duela 10 egunetik, umetokiko prolapsoaren ondoriozko gernu-erretentzioagatik. Etxeko ospitalizazioko medikuak baloratu egin du honako zeinu hauek agertzeagatik: hipertermia (38,4 °C), takikardia (102 t/m), eta kontzientzia-mailaren narriadura oinarrizko egoeraren aldean, desorientazio nabarmena. Familiak dio azken 48 orduetan apetitua gutxitu ere egin zaiola. Miaketan, maskuriko zundan itxura uherreko gernua dago. Ez dago pubis gaineko min baloragarririk. Antibioterapia hasi aurretik maskuriko zunda ordeztu zaio, eta urokultiborako lagina hartu da. Odol-analitika egin da: leukozitosia (16.000/µL) eta 87 mg/L-ko PCEa. Pazientea tratatzeko antibiotiko enpirikoa aukeratzeari dagokionez, faktore hauetako zein da garrantzitsuena fluorokinolonak lehen aukera gisa erabiltzea BAZTERTZEKO?

a) Pazientearen adin handia eta fluorokinolonei lotutako hepatotoxikotasun-arriskua 75 urtetik gorakoetan.
b) Zentro soziosanitario batetik etortzea, horrek berekin baitakar mikroorganismo multirresistenteak izateko arrisku handiagoa eta fluorokinolonekiko erresistentzia-prebalentzia handia paziente-profil horretan.
c) Diabetes mellitusa egotea, fluorokinolonak erabiltzea kontraindikatzen baitu, hipogluzemia larria izateko arriskuagatik.
d) Ahotiko bidea erabiltzea, kontraindikatuta baitago gernu-infekzio handia duten paziente zundatuentzat.

470.- **Emakumea (68 urte); honako ezaugarri hauek ditu: 2 motako diabetes mellitusa (HbA1c % 8,1), obesitatea (GMI: 34 kg/m²) eta arteriopatia periferikoa beheko gorputz-adarretan. Traumatologiako solairutik etxeko ospitalizaziora bidali dute, eskuineko kalkaneoan osteomielitis kronikoa diagnostikatuta, oin-zolako presioak eragindako 6 asteko eboluzioko ultzeraren ondorioz. Larruazalean zeharreko hezur-biopsian *Pseudomonas aeruginosa* isolatu da, zeftazidima, piperazilina-tazobaktam eta ziprofloxazinoarekiko sentikorra, eta karbapenemikoekiko erresistentea. Kirurgialari baskularrak baztertu egiten du birbaskularizazioa egitea. Talde kirurgikoak ehun nekrotikoa desbridatu du, eta zauria irekita gelditu da, sendaketa hezearekin. Etxeko ospitalizazioko medikuak terapia antibiotiko ezabatzailea agindu du (ZBko 2 g zeftazidima, 8 orduan behin, infusio-ponpa bidez). Tratamendu antibiotikoa 6 aste eman ondoren, oin-zolako ultzera bat du, hobetzeko zantzurik gabekoa, hezurraren ageriko esposizioarekin, eta atsedenean mina duela dio. PCEa 78 mg/L mantendu da, azken 3 asteetan nabarmen jaitsi gabe. Etxeko ospitalizazioko medikuak egoeraren ebaluazioa egin du. Jokabide hauetako zein da egokiena?**

a) Antibiotikoen tratamendua areagotzea, *pseudomonas*en aurkako bigarren agente aktibo bat gehituta, eta antibiotikoen tratamendua beste 6 aste gehiago luzatzea, berriz ebaluatu aurretik.

b) Pazientea bideratzea diziplina anitzeko taldeak (kirurgia ortopedikoa, kirurgia baskularra, infekziosoak) ospitaleko berrebaluazioa egiteko; izan ere, 6 asteko tratamendu ezabatzailearen ondoren, oraindik inflamazio-markagailu altuak egoteak, hezur-esposizioak eta atsedeneko minak adierazten dute fokua kontrolatzeko lanak porrot egin duela, eta balitekeela anputatu beharra izatea behin betiko aukera terapeutikoa.

c) Etxean larruazalean zeharreko beste hezur-biopsia bat egiteko eskatzea, tratamendua aldatu aurretik mikroorganismoa aldatu dela eta erresistentziak garatu direla baztertzeko.

d) Egungo tratamendu ezabatzailea mugarik gabe mantentzea, terapia antibiotiko ezabatzaile mugagabea baita helburua birbaskularizatzeko aukerarik ez duten eta sendatzeko itxaropenik ez duten pazienteetan.

471.- **Gizonezkoa (68 urte), aurrekari hauekin: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, 3a estadioko giltzurruneko gaixotasun kronikoa eta balbulopatia mitral endekatzaile ezaguna. Kontsulta egin du 6 eguneko eboluzioko sukarra (38,7 °C-ra arte), astenia nabaria eta apetitu-galera izateagatik. Esan duenez, hiru aste lehenago hortzak atera dizkiote, antibiotikorik jarri gabe. Miaketan honako zeinu hauek ditu: 128/74 mmHg-ko TA, 96 t/m-ko bihotz-maiztasuna, % 97ko SatO2 basala eta murmurio mitral holosistoliko ezaguna, bihotz-gutxiegitasunaren zeinurik gabe. Analitika: 12.400/µL leukozito; 11,8 mg/dL-ko PCEa; 1,5 mg/dL kreatinina. Hiru hemokultibo egin dira, guztiak *Streptococcus gallolyticus*ean positiboak. Ekokardiografia transesofagikoan 9 mm-ko begetazio mugikorra ikusi da atzeko errezel mitralean, balbula inguruko abzesurik gabe. Ordenagailu bidezko garezur-tomografiak ez du enboliarik objektibatu, eta pazientea hemodinamikoki egonkor dago. Zainbarneko 14 eguneko antibioterapia gidatuaren ondoren, ez du sukarrik, hemokultiboak negatiboak dira, erreakzionatzaileak jaitsi dira eta ez dago konplikazio lokal edo berantiarraren daturik. Taldeak tratamendua etxeko ospitalizazioan**

jarraitzea baloratu du. Aurkikuntza hauetako zein da endokarditis infekziosorako irizpide nagusia paziente horretan?

a) 38 °C-tik gorako sukarra.
b) Aurretiko balbulopatia.
c) Ekokardiografia transesofagikoan begetazioa ikustea.
d) Aurretiko hortz-erauzketa.

472.- Gizonezkoa (68 urte), aurrekari hauekin: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, 3a estadioko giltzurruneko gaixotasun kronikoa eta balbulopatia mitral endekatzaile ezaguna. Kontsulta egin du 6 eguneko eboluzioko sukarra (38,7 °C-ra arte), astenia nabaria eta apetitu-galera izateagatik. Esan duenez, hiru aste lehenago hortzak atera dizkiote, antibiotikorik jarri gabe. Miaketan honako zeinu hauek ditu: 128/74 mmHg-ko TA, 96 t/m-ko bihotz-maiztasuna, % 97ko SatO2 basala eta murmurio mitral holosistoliko ezaguna, bihotz-gutxiegitasunaren zeinurik gabe. Analitika: 12.400/µL leukozito; 11,8 mg/dL-ko PCEa; 1,5 mg/dL kreatinina. Hiru hemokultibo egin dira, guztiak *Streptococcus gallolyticus*ean positiboak. Ekokardiografia transesofagikoan 9 mm-ko begetazio mugikorra ikusi da atzeko errezel mitralean, balbula inguruko abzesurik gabe. Ordenagailu bidezko garezur-tomografiak ez du enboliarik objektibatu, eta pazientea hemodinamikoki egonkor dago. Zainbarneko 14 eguneko antibioterapia gidatuaren ondoren, ez du sukarrik, hemokultiboak negatiboak dira, erreakzionatzaileak jaitsi dira eta ez dago konplikazio lokal edo berantiarraren daturik. Taldeak tratamendua etxeko ospitalizazioan jarraitzea baloratu du. Kasuaren mikroorganismo bat klasikoki endokarditisarekin lotzen da, eta, gainera, kolonaren azterketa egitera behartzen du. Zein da?

a) Staphylococcus epidermidisa.
b) Streptococcus gallolyticusa.
c) Enterococcus faeciuma.
d) Corynebacterium striatuma.

473.- Gizonezkoa (68 urte), aurrekari hauekin: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, 3a estadioko giltzurruneko gaixotasun kronikoa eta balbulopatia mitral endekatzaile ezaguna. Kontsulta egin du 6 eguneko eboluzioko sukarra (38,7 °C-ra arte), astenia nabaria eta apetitu-galera izateagatik. Esan duenez, hiru aste lehenago hortzak atera dizkiote, antibiotikorik jarri gabe. Miaketan honako zeinu hauek ditu: 128/74 mmHg-ko TA, 96 t/m-ko bihotz-maiztasuna, % 97ko SatO2 basala eta murmurio mitral holosistoliko ezaguna, bihotz-gutxiegitasunaren zeinurik gabe. Analitika: 12.400/µL leukozito; 11,8 mg/dL-ko PCEa; 1,5 mg/dL kreatinina. Hiru hemokultibo egin dira, guztiak *Streptococcus gallolyticus*ean positiboak. Ekokardiografia transesofagikoan 9 mm-ko begetazio mugikorra ikusi da atzeko errezel mitralean, balbula inguruko abzesurik gabe. Ordenagailu bidezko garezur-tomografiak ez du enboliarik objektibatu, eta pazientea hemodinamikoki egonkor dago. Zainbarneko 14 eguneko antibioterapia gidatuaren ondoren, ez du sukarrik, hemokultiboak negatiboak dira, erreakzionatzaileak jaitsi dira eta ez dago konplikazio lokal edo

berantiarraren daturik. Taldeak tratamendua etxeko ospitalizazioan jarraitzea baloratu du. Endokarditis infekziosoaren diagnostikoa eginda, pazientea etxeko ospitalizaziora bideratzea planteatu da. Datu hauetako zeinek babesten du gehien pazientea etxeko ospitalizaziora tratamendua osatzeko bideratzea?

a) Azken 48 orduetan sukarra izatea.
b) Hemokultiboak oraindik positiboak izatea.
c) Egonkortasun klinikoa eta hemokultibo negatibizatuak ospitaleko hasierako fasearen ondoren.
d) Balbula inguruko abzesuaren susmoa.

474.- Gizonezkoa (68 urte), aurrekari hauekin: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, 3a estadioko giltzurruneko gaixotasun kronikoa eta balbulopatia mitral endekatzaile ezaguna. Kontsulta egin du 6 eguneko eboluzioko sukarra (38,7 °C-ra arte), astenia nabaria eta apetitu-galera izateagatik. Esan duenez, hiru aste lehenago hortzak atera dizkiote, antibiotikorik jarri gabe. Miaketan honako zeinu hauek ditu: 128/74 mmHg-ko TA, 96 t/m-ko bihotz-maiztasuna, % 97ko SatO2 basala eta murmurio mitral holosistoliko ezaguna, bihotz-gutxiegitasunaren zeinurik gabe. Analitika: 12.400/µL leukozito; 11,8 mg/dL-ko PCEa; 1,5 mg/dL kreatinina. Hiru hemokultibo egin dira, guztiak *Streptococcus gallolyticus*ean positiboak. Ekokardiografia transesofagikoan 9 mm-ko begetazio mugikorra ikusi da atzeko errezel mitralean, balbula inguruko abzesurik gabe. Ordenagailu bidezko garezur-tomografiak ez du enboliarik objektibatu, eta pazientea hemodinamikoki egonkor dago. Zainbarneko 14 eguneko antibioterapia gidatuaren ondoren, ez du sukarrik, hemokultiboak negatiboak dira, erreakzionatzaileak jaitsi dira eta ez dago konplikazio lokal edo berantiarraren daturik. Taldeak tratamendua etxeko ospitalizazioan jarraitzea baloratu du. Endokarditisaren tratamendu anbulatorioari dagokionez, zein da aukera zuzena?

a) Tratamendua etxean hasi behar da beti, lehen egunetik.
b) Ospitaleko fasea kritikoa izan ondoren azter daiteke, pazientea zorrotz hautatuta.
c) Kontraindikatuta dago jatorrizko balbularen gaineko endokarditis guztietan.
d) Hautatzeko irizpide nagusia 65 urtetik beherakoa izatea da.

475.- Gizonezkoa (68 urte), aurrekari hauekin: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, 3a estadioko giltzurruneko gaixotasun kronikoa eta balbulopatia mitral endekatzaile ezaguna. Kontsulta egin du 6 eguneko eboluzioko sukarra (38,7 °C-ra arte), astenia nabaria eta apetitu-galera izateagatik. Esan duenez, hiru aste lehenago hortzak atera dizkiote, antibiotikorik jarri gabe. Miaketan honako zeinu hauek ditu: 128/74 mmHg-ko TA, 96 t/m-ko bihotz-maiztasuna, % 97ko SatO2 basala eta murmurio mitral holosistoliko ezaguna, bihotz-gutxiegitasunaren zeinurik gabe. Analitika: 12.400/µL leukozito; 11,8 mg/dL-ko PCEa; 1,5 mg/dL kreatinina. Hiru hemokultibo egin dira, guztiak *Streptococcus gallolyticus*ean positiboak. Ekokardiografia transesofagikoan 9 mm-ko begetazio mugikorra ikusi da atzeko errezel mitralean, balbula inguruko abzesurik gabe. Ordenagailu bidezko garezur-tomografiak ez du enboliarik objektibatu, eta pazientea

hemodinamikoki egonkor dago. Zainbarneko 14 eguneko antibioterapia gidatuaren ondoren, ez du sukarrik, hemokultiboak negatiboak dira, erreakzionatzaileak jaitsi dira eta ez dago konplikazio lokal edo berantiarraren daturik. Hauetako zein izango litzateke endokarditis infekziosoaren balorazio kirurgiko goiztiarraren indikazioa?

a) 2 mm-ko begetazioa birperfusio gabe.
b) PCE altua ingresuan.
c) Bihotz-gutxiegitasuna, balbula-disfuntzioagatik.
d) Kontrol mikrobiologiko ona eta egonkortasun hemodinamikoa.

476.- Gizonezkoa (87 urte), aurrekari hauekin: bihotz-gutxiegitasuna, eiekzio-frakzio kontserbatua egonik, hipertentsio arteriala, fibrilazio aurikular antikoagulatua, giltzurruneko gaixotasun kronikoa 3b estadioan eta narriadura funtzional moderatua. Emaztearekin bizi da, eta etxeko ospitalizazioan ingresatzea erabaki da, azken lau hilabeteetan kongestioagatik bi ingresu izan ondoren. Ohiko tratamendua: 40 mg/egun furosemida, espironolaktona, bisoprololaa, apixabana, enalaprilaa, lorazepamaa gauez eta omeprazola. Kontsulta egin du azken astean disnea, ortopnea eta maleoloetako edemen handitze progresiboagatik. Miaketan honako hauek egiaztatu dira: 102/64 mmHg-ko presio arteriala, krepitante bibasalak eta hanken erdiko herenerainoko edema. Analitika: 1,8 mg/dL kreatinina (1,4 basala), 131 mEq/L sodio eta 4,9 mEq/L potasio. Gainera, pazienteak dio goizetan somnolentzia duela eta azkenaldian ibiltzean zenbait ezegonkortasun-gertakari izan dituela. Zein izango litzateke jarrerarik egokiena une honetan?

a) Medikazio kardiobaskular guztia etetea lotutako giltzurruneko narriaduragatik.
b) Tratamendu diuretikoa handitzea eta monitorizazio kliniko zein analitiko zorrotza egitea.
c) Tratamendua aldaketarik gabe mantentzea hipotentsio larri esanguratsurik ez dagoelako.
d) Diuretikoak etetea eta etxean zainbarneko hidratazio intentsiboa ematea.

477.- Emakumea (91 urte), etxeko ospitalizazioan ingresatua zainbarneko zeftriaxonarekin tratatutako arnasbideetako infekzioaren ondoren. Aurrekariak: narriadura kognitibo arina, 2 motako diabetes mellitusa, hipertentsio arteriala eta artrosi larria. Ohiko tratamendua: metformina, intsulina basala, enalaprila, parazetamola, tramadola eta alprazolama gauean. Azken 24 orduetan zeinu hauek izan ditu: kontzientzia-mailaren gorabeherak, denbora- eta espazio-desorientazioa, lo/ernetasun erritmoa alderantzikatua eta gaueko asaldu-gertakariak. Balorazioa egin bitartean somnolentzia- eta kezka-aldiak txandakatu ditu. Ez du fokalitate neurologikorik. Saturazio basala: % 95; gluzemia: 132 mg/dL, eta tenperatura: 37,4 ºC. Familiak esan duenez, lehen autonomoa zen hitz egiteko eta senideak ezagutzeko. Zein da koadro klinikoari buruzko adierazpenik zuzenena?

a) Sukar handirik ez izateak baztertu egiten du kasik infekzioari lotutako deliriuma.
b) Fluktuazio klinikoak eta arreta-alterazioak nahasmendu-sindrome akutua iradokitzen dute.

c) Aurretik narriadura kognitiboa ere egoteak deliriumaren diagnostikoa baztertzea dakar.
d) Hasierako tratamendurik egokiena sedazio farmakologiko intentsibo goiztiarra da.

478.- Gizonezkoa (84 urte), ezaugarri hauekin: bihotz-gutxiegitasun aurreratua, 2 motako diabetes mellitusa, giltzurruneko gaixotasun kronikoa eta BGBKa. Azken sei hilabeteetan hiru ingresu izan ditu kongestioagatik. Bakarrik bizi da eta alabaren laguntza partziala du. Ohiko tratamendua: torasemida, espironolaktona, karbedilola, sakubitriloa/balsartana, dapagliflozina, inhalagailu bronkodilatadoreak, simvastatina, azido azetilsalizilikoa, omeprazola eta lorazepama. Muturreko nekea, zorabio ortostatikoa eta apetitu-galera dituela esan du. Miaketan: 94/58 mmHg-ko tentsio arteriala, kongestio garbirik eza eta 5 kg-ko pisu-galera 3 hilabetean. Analitika: kreatinina egonkorra eta sodio normala. Alabak galdetu du ea medikamentu guztiak oraindik beharrezkoak diren. Zein izango litzateke estrategiarik egokiena?

a) Tratamendu guztiei eustea bihotz-gutxiegitasun aurreratuaren aurrekariagatik.
b) Medikazio kardiobaskularra bakarrik etetea eta gainerakoari eustea azterketarik gabe.
c) Azterketa terapeutiko egituratua egitea eta preskripzio indibidualizatua baloratzea.
d) Diuretikoak bakarrik gutxitzea, beste tratamendu konkomitante batzuk birpentsatu gabe.

479.- Emakumea (88 urte), ezaugarri hauekin: bihotz-gutxiegitasun kronikoa, fibrilazio aurikularra eta narriadura funtzional moderatua. Kongestio-deskonpentsazio arinagatik etxeko ospitalizazioan ingresatu da. Zainbarneko furosemida hartu du eta tratamendu diuretikoa doitu diote. 72 orduren buruan, disnea hobetu egin zaio eta edemenak partzialki desagertu zaizkio, baina zeinu hauek hasi zaizkio: ahulezia handia, hipotentsio ortostatikoa eta ahotiko ahorakinaren murrizketa. Analitika: 127 mEq/L sodioa; 3,1 mEq/L potasio eta 2,1 mg/dL kreatinina (1,3 basala). Miaketan ez dago hondar-kongestio nabarmenaren zeinu argirik. Zein izango litzateke jarrerarik egokiena?

a) Diuretiko-dosia handitzea, harik eta edema periferikoa erabat normalizatzen den arte.
b) Oraingo pautari eustea, harik eta biriketako kongestioa erradiologikoki guztiz konpondu arte.
c) Tiazida bat ere jartzea, dagoen hondar-efektu deskongestionatzailea indartzeko.
d) Kongestio-deskongestio balantzea berriz ebaluatzea, eta tratamendu diuretikoa doitzea.

480.- **Gizonezkoa (90 urte), ezaugarri hauekin: bihotz-gutxiegitasuna eta eiekzio-frakzio kontserbatua, giltzurruneko gaixotasun kronikoa eta anemia kronikoa. Kongestio arineko gertakari bat izan ondoren, jarraipena etxeko ospitalizazioan egiten zaio. Torasemida, espironolaktona, bisoprolola eta kandesartana hartzen ditu. Azken egunetan, edemek pixkanaka okerrera egin dute, eta disnea izan du ahalegin urria eginda, nahiz eta Henle-lakioko diuretikoen dosiak progresiboki handitu. Oliguria erlatiboa du oraindik, eta 3 kg hartu ditu. Analitika: 1,9 mg/dL kreatinina, 129 mEq/L sodio eta NT-proBNP altua. Egoera hauetako zeinek deskribatzen du hoberen oraingo arazo klinikoa?**

a) Gehiegizko diuretikoaren ondoriozko hipobolemia, hondar-kongestioaren daturik gabe.
b) Erresistentzia diuretikoa, eta kongestio iraunkor klinikoki esanguratsua.
c) Anemia kronikoaren progresio esklusiboagatik tratamenduari ez erantzutea.
d) Giltzurrun-funtzioaren okertzea, bateraezina beste edozein estrategia deskongestiborekin.

481.- **Gizonezkoa (82 urte), Larrialdi Zerbitzura joan da zeinu hauengatik: 5 eguneko eboluzioko disnea progresiboa, ortopnea eta beheko gorputz-adarretako edemak handitzea. Esan duenez, diuresia gutxitu zaio eta azken astean 4 kg inguru hartu ditu. Ez du ez bularraldeko minik, ezta sukarrik ere. Aurrekari pertsonalak: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, giltzurruneko gaixotasun kronikoa (3b estadioa), fibrilazio aurikular iraunkorra (apixabanarekin antikoagulatuta), bihotz-gutxiegitasuna eiekzio-frakzio murriztuarekin (FEVI % 32), bihotz-gutxiegitasunagatiko bi ingresu azken urtean eta burdina-eskasiagatiko anemia. Erretzaile ohia. Ohiko tratamendua: 49/51 mg sakubitrilo/balsartana 12 orduan behin, 5 mg/24 h bisoprolol, 10 mg/24 h dapagliflozina, 25 mg/24 h espironolaktona, 40 mg/24 h furosemida, 40 mg/24 h atorbastatina, 5 mg/12 h apixaban. Egoera basala: emaztearekin bizi da, 85 puntu Barthel-en indizean, eta independentea da eguneroko bizitzako oinarrizko jarduera gehienetarako. Bihotz-gutxiegitasun Unitateak egiten dio ohiko jarraipena. Larrialdietako miaketa fisikoa: Kontzientea eta orientatuta. TA: 132/78 mmHg. Bihotz-maiztasuna: 96 t/m arritmikoa. Arnasketa-maiztasuna: 24 arnasaldi/minutu. Oxigeno-saturazioa: % 91 (basala). Ohiko pisua: 78 kg. Egungo pisua: 82 kg. Jugularraren handitze positiboa. Biriketako auskultazioan krepitante bibasalak. Bihotz-auskultazio arritmikoa, murmuriorik gabe. Bi hanken heren proximalerainoko edemak fobearekin. Analitika: 11,2 g/dL Hb; 2,1 mg/dL kreatinina (1,5 mg/dL basal); 32 ml/min/1,73 m^2-ko glomerulu-iragazketa; 131 mEq/L Na; 5,1 mEq/L K; 8.500 pg/ml NT-proBNP; 45 ng/ml ferritina; % 14ko transferrinaren saturazio-indizea. EKG: 95 t/m-ko bentrikulu-erantzuna duen fibrilazio aurikularra. Bularraldeko erradiografia: kardiomegalia eta aldebiko biriketako kongestio-zeinuak, eskuineko sinu kostofrenikoaren ziztadarekin. Ekografia klinikoa: aldebiko B lerro ugari, beheko kaba zaina dilatatuta eta arnas aldakortasun txikiarekin, eta zainetako Doppler patroia bateragarria kongestio sistemarekin. Larrialdietan, zainbarneko furosemida (80 mg) eta oxigenoterapia (2 l/min) ematen hasi zaio sudurreko oxigeno-kanulen bidez. Lehen orduetan klinikoki hobera egin du eta erantzun diuretiko egokia du. Etxeko Ospitalizazioak (ETXOSP) balorazioa egin ondoren, ETXOSPn ingresatzea erabaki da, zainbarneko**

tratamendu diuretikoa, monitorizazio kliniko zorrotza eta doikuntza terapeutikoa ematen jarraitzeko. Emaztearekin eta alabetako batekin bizi da hiri-eremuan, eta ingresu-modalitatea onartu dute. ETXOSPko ingresuan, zainbarneko furosemida eman zaio perfusio jarraituan eta kontrol kliniko eta analitiko seriatua egin zaio. Pazienteak hobekuntza progresiboa izan du disnean eta edemetan, 5 kg galdu ditu eta giltzurrun-funtzio hobea du. Alta eman aurretik, tratamendua optimizatu da eta haren baterako jarraipena koordinatu da Lehen Mailako Arretarekin eta Bihotz-gutxiegitasun Unitatearekin. Pazientea etxeko ospitalizazioan ingresatzea babesten duten irizpideei dagokienez, zein da erantzun zuzena?

a) Bihotz-gutxiegitasun deskonpentsatuak ETXOSPn kudeatzea kontraindikatzen du.
b) Egonkortasun hemodinamikoak eta zainbarneko tratamenduari hasieran emandako erantzun onak ETXOSPn ingresatzea babesten dute.
c) Fibrilazio aurikular iraunkorra ETXOSP baztertzeko irizpide absolutua da.
d) Giltzurruneko gaixotasun kroniko aurreratuak etxeko tratamendua kontraindikatzen du.

482.- Gizonezkoa (82 urte), Larrialdi Zerbitzura joan da zeinu hauengatik: 5 eguneko eboluzioko disnea progresiboa, ortopnea eta beheko gorputz-adarretako edemak handitzea. Esan duenez, diuresia gutxitu zaio eta azken astean 4 kg inguru hartu ditu. Ez du ez bularraldeko minik, ezta sukarrik ere. Aurrekari pertsonalak: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, giltzurruneko gaixotasun kronikoa (3b estadioa), fibrilazio aurikular iraunkorra (apixabanarekin antikoagulatuta), bihotz-gutxiegitasuna eiekzio-frakzio murriztuarekin (FEVI % 32), bihotz-gutxiegitasunagatiko bi ingresu azken urtean eta burdina-eskasiagatiko anemia. Erretzaile ohia. Ohiko tratamendua: 49/51 mg sakubitrilo/balsartana 12 orduan behin, 5 mg/24 h bisoprolol, 10 mg/24 h dapagliflozina, 25 mg/24 h espironolaktona, 40 mg/24 h furosemida, 40 mg/24 h atorbastatina, 5 mg/12 h apixaban. Egoera basala: emaztearekin bizi da, 85 puntu Barthel-en indizean, eta independentea da eguneroko bizitzako oinarrizko jarduera gehienetarako. Bihotz-gutxiegitasun Unitateak egiten dio ohiko jarraipena. Larrialdietako miaketa fisikoa: Kontzientea eta orientatuta. TA: 132/78 mmHg. Bihotz-maiztasuna: 96 t/m arritmikoa. Arnasketa-maiztasuna: 24 arnasaldi/minutu. Oxigeno-saturazioa: % 91 (basala). Ohiko pisua: 78 kg. Egungo pisua: 82 kg. Jugularraren handitze positiboa. Biriketako auskultazioan krepitante bibasalak. Bihotz-auskultazio arritmikoa, murmuriorik gabe. Bi hanken heren proximalerainoko edemak fobearekin. Analitika: 11,2 g/dL Hb; 2,1 mg/dL kreatinina (1,5 mg/dL basal); 32 ml/min/1,73 m^2-ko glomerulu-iragazketa; 131 mEq/L Na; 5,1 mEq/L K; 8.500 pg/ml NT-proBNP; 45 ng/ml ferritina; % 14ko transferrinaren saturazio-indizea. EKG: 95 t/m-ko bentrikulu-erantzuna duen fibrilazio aurikularra. Bularraldeko erradiografia: kardiomegalia eta aldebiko biriketako kongestio-zeinuak, eskuineko sinu kostofrenikoaren ziztadarekin. Ekografia klinikoa: aldebiko B lerro ugari, beheko kaba zaina dilatatuta eta arnas aldakortasun txikiarekin, eta zainetako Doppler patroia bateragarria kongestio sistemarekin. Larrialdietan, zainbarneko furosemida (80 mg) eta oxigenoterapia (2 l/min) ematen hasi zaio sudurreko oxigeno-kanulen bidez. Lehen orduetan klinikoki hobera egin du eta erantzun diuretiko egokia du. Etxeko Ospitalizazioak (ETXOSP) balorazioa egin ondoren, ETXOSPn ingresatzea erabaki da, zainbarneko

tratamendu diuretikoa, monitorizazio kliniko zorrotza eta doikuntza terapeutikoa ematen jarraitzeko. Emaztearekin eta alabetako batekin bizi da hiri-eremuan, eta ingresu-modalitatea onartu dute. ETXOSPko ingresuan, zainbarneko furosemida eman zaio perfusio jarraituan eta kontrol kliniko eta analitiko seriatua egin zaio. Pazienteak hobekuntza progresiboa izan du disnean eta edemetan, 5 kg galdu ditu eta giltzurrun-funtzio hobea du. Alta eman aurretik, tratamendua optimizatu da eta haren baterako jarraipena koordinatu da Lehen Mailako Arretarekin eta Bihotz-gutxiegitasun Unitatearekin. Bihotz-gutxiegitasun akutu kongestiboaren tratamendu diuretikoari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Giltzurrun-funtzioaren narriadura arina badago, tratamendu diuretikoa eten egin behar da.
b) Henle-lakioko diuretikoen zainbarneko admin8istrazioa da lehen aukerako tratamendua kongestioa duten pazienteentzat.
c) Oxigeno bidezko tratamendua eman behar da, egora basala edozein dela ere.
d) Diuretikoen zainbarneko perfusio jarraitua kontraindikatuta dago ETXOSPn.

483.- Gizonezkoa (82 urte), Larrialdi Zerbitzura joan da zeinu hauengatik: 5 eguneko eboluzioko disnea progresiboa, ortopnea eta beheko gorputz-adarretako edemak handitzea. Esan duenez, diuresia gutxitu zaio eta azken astean 4 kg inguru hartu ditu. Ez du ez bularraldeko minik, ezta sukarrik ere. Aurrekari pertsonalak: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, giltzurruneko gaixotasun kronikoa (3b estadioa), fibrilazio aurikular iraunkorra (apixabanarekin antikoagulatuta), bihotz-gutxiegitasuna eiekzio-frakzio murriztuarekin (FEVI % 32), bihotz-gutxiegitasunagatiko bi ingresu azken urtean eta burdina-eskasiagatiko anemia. Erretzaile ohia. Ohiko tratamendua: 49/51 mg sakubitrilo/balsartana 12 orduan behin, 5 mg/24 h bisoprolol, 10 mg/24 h dapagliflozina, 25 mg/24 h espironolaktona, 40 mg/24 h furosemida, 40 mg/24 h atorbastatina, 5 mg/12 h apixaban. Egoera basala: emaztearekin bizi da, 85 puntu Barthel-en indizean, eta independentea da eguneroko bizitzako oinarrizko jarduera gehienetarako. Bihotz-gutxiegitasun Unitateak egiten dio ohiko jarraipena. Larrialdietako miaketa fisikoa: Kontzientea eta orientatuta. TA: 132/78 mmHg. Bihotz-maiztasuna: 96 t/m arritmikoa. Arnasketa-maiztasuna: 24 arnasaldi/minutu. Oxigeno-saturazioa: % 91 (basala). Ohiko pisua: 78 kg. Egungo pisua: 82 kg. Jugularraren handitze positiboa. Biriketako auskultazioan krepitante bibasalak. Bihotz-auskultazio arritmikoa, murmuriorik gabe. Bi hanken heren proximalerainoko edemak fobearekin. Analitika: 11,2 g/dL Hb; 2,1 mg/dL kreatinina (1,5 mg/dL basal); 32 ml/min/1,73 m^2-ko glomerulu-iragazketa; 131 mEq/L Na; 5,1 mEq/L K; 8.500 pg/ml NT-proBNP; 45 ng/ml ferritina; % 14ko transferrinaren saturazio-indizea. EKG: 95 t/m-ko bentrikulu-erantzuna duen fibrilazio aurikularra. Bularraldeko erradiografia: kardiomegalia eta aldebiko biriketako kongestio-zeinuak, eskuineko sinu kostofrenikoaren ziztadarekin. Ekografia klinikoa: aldebiko B lerro ugari, beheko kaba zaina dilatatuta eta arnas aldakortasun txikiarekin, eta zainetako Doppler patroia bateragarria kongestio sistemarekin. Larrialdietan, zainbarneko furosemida (80 mg) eta oxigenoterapia (2 l/min) ematen hasi zaio sudurreko oxigeno-kanulen bidez. Lehen orduetan klinikoki hobera egin du eta erantzun diuretiko egokia du. Etxeko Ospitalizazioak (ETXOSP) balorazioa egin ondoren, ETXOSPn ingresatzea erabaki da, zainbarneko

tratamendu diuretikoa, monitorizazio kliniko zorrotza eta doikuntza terapeutikoa ematen jarraitzeko. Emaztearekin eta alabetako batekin bizi da hiri-eremuan, eta ingresu-modalitatea onartu dute. ETXOSPko ingresuan, zainbarneko furosemida eman zaio perfusio jarraituan eta kontrol kliniko eta analitiko seriatua egin zaio. Pazienteak hobekuntza progresiboa izan du disnean eta edemetan, 5 kg galdu ditu eta giltzurrun-funtzio hobea du. Alta eman aurretik, tratamendua optimizatu da eta haren baterako jarraipena koordinatu da Lehen Mailako Arretarekin eta Bihotz-gutxiegitasun Unitatearekin. Bihotz-gutxiegitasunaren deskonpentsazioan erabiltzen diren farmako pronostiko-aldatzaileei dagokienez, zein da erantzun zuzena?

a) Eten egin behar dira bihotz-gutxiegitasun akutuaren edozein gertakaritan.
b) iSGLT2ak kontraindikatuta daude bihotz-gutxiegitasuna eta 2 motako diabetes mellitusa duten pazienteetan.
c) Kreatinina igotzen den aldiro sakubitrila/balsartana kendu behar da beti.
d) Tratamendu pronostiko-aldatzaileak egoera klinikoaren eta hemodinamikoaren arabera mantendu behar dira.

484.- **Gizonezkoa (82 urte), Larrialdi Zerbitzura joan da zeinu hauengatik: 5 eguneko eboluzioko disnea progresiboa, ortopnea eta beheko gorputz-adarretako edemak handitzea. Esan duenez, diuresia gutxitu zaio eta azken astean 4 kg inguru hartu ditu. Ez du ez bularraldeko minik, ezta sukarrik ere. Aurrekari pertsonalak: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, giltzurruneko gaixotasun kronikoa (3b estadioa), fibrilazio aurikular iraunkorra (apixabanarekin antikoagulatuta), bihotz-gutxiegitasuna eiekzio-frakzio murriztuarekin (FEVI % 32), bihotz-gutxiegitasunagatiko bi ingresu azken urtean eta burdina-eskasiagatiko anemia. Erretzaile ohia. Ohiko tratamendua: 49/51 mg sakubitrilo/balsartana 12 orduan behin, 5 mg/24 h bisoprolol, 10 mg/24 h dapagliflozina, 25 mg/24 h espironolaktona, 40 mg/24 h furosemida, 40 mg/24 h atorbastatina, 5 mg/12 h apixaban. Egoera basala: emaztearekin bizi da, 85 puntu Barthel-en indizean, eta independentea da eguneroko bizitzako oinarrizko jarduera gehienetarako. Bihotz-gutxiegitasun Unitateak egiten dio ohiko jarraipena. Larrialdietako miaketa fisikoa: Kontzientea eta orientatuta. TA: 132/78 mmHg. Bihotz-maiztasuna: 96 t/m arritmikoa. Arnasketa-maiztasuna: 24 arnasaldi/minutu. Oxigeno-saturazioa: % 91 (basala). Ohiko pisua: 78 kg. Egungo pisua: 82 kg. Jugularraren handitze positiboa. Biriketako auskultazioan krepitante bibasalak. Bihotz-auskultazio arritmikoa, murmuriorik gabe. Bi hanken heren proximalerainoko edemak fobearekin. Analitika: 11,2 g/dL Hb; 2,1 mg/dL kreatinina (1,5 mg/dL basal); 32 ml/min/1,73 m^2-ko glomerulu-iragazketa; 131 mEq/L Na; 5,1 mEq/L K; 8.500 pg/ml NT-proBNP; 45 ng/ml ferritina; % 14ko transferrinaren saturazio-indizea. EKG: 95 t/m-ko bentrikulu-erantzuna duen fibrilazio aurikularra. Bularraldeko erradiografia: kardiomegalia eta aldebiko biriketako kongestio-zeinuak, eskuineko sinu kostofrenikoaren ziztadarekin. Ekografia klinikoa: aldebiko B lerro ugari, beheko kaba zaina dilatatuta eta arnas aldakortasun txikiarekin, eta zainetako Doppler patroia bateragarria kongestio sistemarekin. Larrialdietan, zainbarneko furosemida (80 mg) eta oxigenoterapia (2 l/min) ematen hasi zaio sudurreko oxigeno-kanulen bidez. Lehen orduetan klinikoki hobera egin du eta erantzun diuretiko egokia du. Etxeko Ospitalizazioak (ETXOSP) balorazioa egin ondoren, ETXOSPn ingresatzea erabaki da, zainbarneko**

tratamendu diuretikoa, monitorizazio kliniko zorrotza eta doikuntza terapeutikoa ematen jarraitzeko. Emaztearekin eta alabetako batekin bizi da hiri-eremuan, eta ingresu-modalitatea onartu dute. ETXOSPko ingresuan, zainbarneko furosemida eman zaio perfusio jarraituan eta kontrol kliniko eta analitiko seriatua egin zaio. Pazienteak hobekuntza progresiboa izan du disnean eta edemetan, 5 kg galdu ditu eta giltzurrun-funtzio hobea du. Alta eman aurretik, tratamendua optimizatu da eta haren baterako jarraipena koordinatu da Lehen Mailako Arretarekin eta Bihotz-gutxiegitasun Unitatearekin. Bihotz-gutxiegitasunean kongestioa izateari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Ekografia klinikoak aukera ematen du biriketako kongestioaren eta kongestio sistemikoaren zeinuak baloratzeko.
b) NT-proBNP baliagarria izan liteke kongestioaren ebaluazioan eta pronostikoan.
c) Alta jasotzean kongestioak irautea pronostiko okerragoari lotzen zaio.
d) Edema periferikoak desagertzeak erabat baztertzen du kongestioak irautea.

485.- Gizonezkoa (82 urte), Larrialdi Zerbitzura joan da zeinu hauengatik: 5 eguneko eboluzioko disnea progresiboa, ortopnea eta beheko gorputz-adarretako edemak handitzea. Esan duenez, diuresia gutxitu zaio eta azken astean 4 kg inguru hartu ditu. Ez du ez bularraldeko minik, ezta sukarrik ere. Aurrekari pertsonalak: hipertentsio arteriala, 2 motako diabetes mellitusa, giltzurruneko gaixotasun kronikoa (3b estadioa), fibrilazio aurikular iraunkorra (apixabanarekin antikoagulatuta), bihotz-gutxiegitasuna eiekzio-frakzio murriztuarekin (FEVI % 32), bihotz-gutxiegitasunagatiko bi ingresu azken urtean eta burdina-eskasiagatiko anemia. Erretzaile ohia. Ohiko tratamendua: 49/51 mg sakubitrilo/balsartana 12 orduan behin, 5 mg/24 h bisoprolol, 10 mg/24 h dapagliflozina, 25 mg/24 h espironolaktona, 40 mg/24 h furosemida, 40 mg/24 h atorbastatina, 5 mg/12 h apixaban. Egoera basala: emaztearekin bizi da, 85 puntu Barthel-en indizean, eta independentea da eguneroko bizitzako oinarrizko jarduera gehienetarako. Bihotz-gutxiegitasun Unitateak egiten dio ohiko jarraipena. Larrialdietako miaketa fisikoa: Kontzientea eta orientatuta. TA: 132/78 mmHg. Bihotz-maiztasuna: 96 t/m arritmikoa. Arnasketa-maiztasuna: 24 arnasaldi/minutu. Oxigeno-saturazioa: % 91 (basala). Ohiko pisua: 78 kg. Egungo pisua: 82 kg. Jugularraren handitze positiboa. Biriketako auskultazioan krepitante bibasalak. Bihotz-auskultazio arritmikoa, murmuriorik gabe. Bi hanken heren proximalerainoko edemak fobearekin. Analitika: 11,2 g/dL Hb; 2,1 mg/dL kreatinina (1,5 mg/dL basal); 32 ml/min/1,73 m^2-ko glomerulu-iragazketa; 131 mEq/L Na; 5,1 mEq/L K; 8.500 pg/ml NT-proBNP; 45 ng/ml ferritina; % 14ko transferrinaren saturazio-indizea. EKG: 95 t/m-ko bentrikulu-erantzuna duen fibrilazio aurikularra. Bularraldeko erradiografia: kardiomegalia eta aldebiko biriketako kongestio-zeinuak, eskuineko sinu kostofrenikoaren ziztadarekin. Ekografia klinikoa: aldebiko B lerro ugari, beheko kaba zaina dilatatuta eta arnas aldakortasun txikiarekin, eta zainetako Doppler patroia bateragarria kongestio sistemarekin. Larrialdietan, zainbarneko furosemida (80 mg) eta oxigenoterapia (2 l/min) ematen hasi zaio sudurreko oxigeno-kanulen bidez. Lehen orduetan klinikoki hobera egin du eta erantzun diuretiko egokia du. Etxeko Ospitalizazioak (ETXOSP) balorazioa egin ondoren, ETXOSPn ingresatzea erabaki da, zainbarneko tratamendu diuretikoa, monitorizazio kliniko zorrotza eta doikuntza

terapeutikoa ematen jarraitzeko. Emaztearekin eta alabetako batekin bizi da hiri-eremuan, eta ingresu-modalitatea onartu dute. ETXOSPko ingresuan, zainbarneko furosemida eman zaio perfusio jarraituan eta kontrol kliniko eta analitiko seriatua egin zaio. Pazienteak hobekuntza progresiboa izan du disnean eta edemetan, 5 kg galdu ditu eta giltzurrun-funtzio hobea du. Alta eman aurretik, tratamendua optimizatu da eta haren baterako jarraipena koordinatu da Lehen Mailako Arretarekin eta Bihotz-gutxiegitasun Unitatearekin. Etxeko ospitalizazioko altari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Altaren osteko jarraipena Lehen Mailako Arretara mugatu behar da.
b) Heziketa terapeutikoa eta diziplina anitzeko koordinazioa funtsezkoak dira berringresuak murrizteko.
c) Bihotz-gutxiegitasuna deskonpentsatu ondoren, ez da beharrezkoa tratamendu kronikoa berriz ebaluatzea.
d) Etxeko ospitalizazioa jarraitutasun asistentzial egituratuaren beharrik gabe amaitzen da.

486.- Emakumea (61 urte), aurrekari hauekin: 2 motako diabetes mellitusa —intsulinaren bidezko tratamenduan—, obesitatea (38 kg/m2-ko GMIa) eta polimialgia erreumatikoak eragindako kortikoterapia kronikoa (10 mg/egun prednisona). Erdiko laparotomia bidezko ebakuntza egin zioten atxikiduraren ondoriozko hesteetako oklusioagatik; hala bada, ileonen segmentu baten erresekzioa eta anastomosi primarioa egin zizkioten, CDCaren sailkapeneko III. motako zauria (kutsatua) eraginda. Ebakuntza aurreko zainbarneko 2 g zefazolina bidezko profilaxi antibiotikoa jaso zuen. ETXOSPrako alta jaso eta zortzi egunen buruan, pazienteak esandakoaren arabera, hiru eguneko eboluzioko 38,5 ºC-ko sukarra, mina zaurian eta mugitzeko ezintasuna zituen. Miaketa: 105/70 mmHg-ko TA, 101 t/m-ko bihotz-maiztasuna, % 97ko oxigeno-saturazio periferikoa; halaber, zaurian eritema, beroa, fluktuazioa beheko herenean, indurazioa goiko bi herenetan eta zorne-jariatze espontaneoa fluktuazio-eremuan. Peritonismorik gabe. Analitika: 24 mg/dL-ko PCEa, 18.200/uL leukozito (% 91 neutrofiloak), 278 mg/dL gluzemia, 1,4 mg/dL kreatinina (0,9 mg/dL basala). ETXOSPn kudeaketa zainbarneko antibioterapiaren bidez egin badaiteke, honako erregimen enpiriko hauetako zein izango da EGOKIENA immunokonprometitutako pazientearen abdomeneko zauri kutsatuaren infekzio horretarako?

a) Zainbarneko 500 mg/24 h azitromizina, espektro zabala baitu abdomeneko zauri kirurgikoetan ohikoak diren germen atipikoen aurka.
b) Zainbarneko 4 g/6 h piperazilina-tazobaktam; izan ere, gram-negatiboen, gram-positiboen eta anaerobioen aurkako estaldura ematen du, eta hori egokia da paziente immunokonprometituen abdomeneko zauri kutsatuaren infekziorako.
c) Zainbarneko 1 g/12 h bankomizina monoterapian, eragilea *S. aureus* bakarrik dela pentsatuta.
d) Zainbarneko 2 g/24 h zeftriaxona, berariaz estaltzen baitu abdomeneko *Pseudomonas aeruginosa* eta anaerobioen kontra.

487.- Gizonezkoa (48 urte); duela 19 egun gibeleko transplantea egin diote CHBak eragindako zirrosiaren ondorioz. Ospitaleko ebakuntzaondokoan konplikazio baskularrik gabe, eta behazun-konplikaziorik gabe. ETXOSPra alta eman zaio honako hauek jarrita: 5 mg/12 h tracolimus, 1 g/12 h mikofenolato eta 20 mg/24 h prednisona (beheranzko pauta), eta profilaxia trimetoprim-sulfametoxazol, balganziklobir eta flukonazol bidez. Hemeretzigarren egunean, ETXOSPko taldeak honako hauek detektatu ditu: 3 eguneko eboluzioko astenia nabaria, goragaleak, prurito orokortua eta ikterizia progresiboa, sukarrik gabe. Miaketa: sukarrik gabe, 125/80 mmHg-ko TA, 82 t/m-ko bihotz-maiztasuna; larruazal-mukosetako ikterizia nabaria eta hepatomegalia mingarri arina. ETXOSPko analitika: AST 890, ALT 1020, 480 UI/L-ko GGT, 320 UI/L-ko FA; 4,8 mg/dL bilirrubina total, (zuzenekoa: 3,9) eta 1,1 mg/dL kreatinina. Tacrolimusaren kontzentrazio minimoa: 4,2 ng/mL. Kontuan hartuta transplante ondoko 19. egunean esandako kolestasi-koadroa, zitolisiarekin, dagoela, LEHENTASUNEZKO zein diagnostiko diferentzial planteatu behar da?

a) Mentuaren gaineko CHB errepikatuak eragindako hepatitis akutua, hori izanik transplante ondoko lehen hilabeteko konplikaziorik ohikoena.
b) Errefus akutu zelularra, behazun-konplikazioa (estenosia edo ihesa), gibeleko arteriaren tronbosia eta toxikotasun farmakologikoa; sistematikoki eta premiaz baztertu behar dira, gibeleko Doppler eta kolangio-EM edo CPRE bidez.
c) Transplante ondoko sindrome metabolikoa; alegia, alterazio entzimatikoaren kausarik ohikoena lehen hilabetean.
d) ZMBak eragindako infekzio barreiatua; kolestasi sakonarekin gertatzen da beti, transaminasak igo gabe.

488.- Gizonezkoa (55 urte), ezaugarri hauekin: ASA II (HTA ondo kontrolatua 10 mg/24 h enalaprilarekin, beste komorbilitate garrantzitsurik gabe) eta KHAn ebakuntza egin diote eskuineko iztaiko hernioplastia laparoskopiko (teknika guztiz estraperitoneala) bidez, anestesia orokorra jarrita. 45 minutuko prozedura izan zen, intzidentziarik gabekoa. Ingurunera egokitzeko gelatik alta eman diote kirurgia egin eta 4 orduren buruan (PADSS eskalako 9/10 puntuazioa), emazteak lagunduta —bizilekua ospitaletik 25 minutura dago—, ahotiko analgesia pautatu eta jarraibide idatziak emanda. Altatik 14 ordu igarota, pazienteak KHAren unitateko guardiara deitu du, honako zeinu hauen berri emateko: abdomeneko min handia eta progresiboa (EBA: 8/10), abdomeneko distentsioa, 8 ordu obratzeko edo gasak kanporatzeko ezintasuna eta gorakoen gertakari bat. Sukarrik ez duela esan du. Teknika guztiz estraperitoneal laparoskopiko baten berehalako ebakuntzaondokoan koadro hori izanik, zein konplikazio baztertu behar da LEHENTASUNEZ?

a) Anestesia ondoko gernu-erretentzio akutua; konplikaziorik ohikoena da lehen orduetan, eta abdomeneko distentsioa eragiten du.
b) Disekzio laparoskopikoan edo sarea jartzean hesteetako lesioa (heste-zulaketa) gertatzea oharkabean. Baliteke gerora agertzea ileo edo peritonitisaren klinikarekin, eta abdomeneko OT bidez presaz baztertu behar da.
c) Iztaiko seroma; hernioplastiaren ohiko konplikazioa da, eta abdomeneko distentsio biziarekin gertatzen da.
d) Opioideek eragindako ebakuntzaondoko idorreria; kausarik probableena, pazienteak anestesia orokorra jaso baitzuen.

489.- **Emakumea (67 urte), ezaugarri hauekin: behe-ondesteko adenokartzinoma, aurreko ondeste ultrabaxuaren errekzioa egin diote, bai eta koloneko eta uzkiko anastomosia eta eskuineko hobi iliakoan babes-ileostomia ere. Ebakuntzaondoko zazpigarren egunean ETXOSPra alta eman diote. Aurrekari garrantzitsuak: giltzurrun-gutxiegitasun kronikoa 3a estadioan (glomerulu-iragazketa basala: 48 ml/min/1,73 m2) eta 2 motako diabetes mellitusa, metformina bidezko tratamenduan. ETXOSPko hirugarren egunean (ebakuntzaondoko hamargarrena), erizainak 3.400 ml/24 h-ko likido berde-horixkaren efluentearen berri eman du. Pazienteak esan duenez, ahoko lehortasuna du, zorabioak altxatzean eta astenia handia. Miaketa: 98/62 mmHg TA, 108 t/m-ko bihotz-maiztasuna, mukosa lehorrak, larruazaleko tolestura positiboa. Analitika urgentea: 126 mEq/L Na+, 2,7 mEq/L K+, 2,8 mg/dL kreatinina, 89 mg/dL urea, 7,31pH eta 17 mEq/L HCO3. Zein da diagnostiko nagusia eta zein larrialdi kliniko dakar?**

a) Ebakuntzaondoko beherako infekziosoa (Clostridium difficile), etxean ahotiko metronidazolaren bidez konpon daitekeena.

b) Emari handiko ileostomia (2.000 ml/24 h baino gehiago), eta harekin batera, deshidratazio larria, hiponatremia, hipopotasemia, azidosi metabolikoa eta giltzurrun-gutxiegitasun akutu prerrenala. Ospitalera urgentziaz lekualdatu beharra dago zainbarneko birjartze hidroelektrolitikoa eta monitorizazio zorrotza egiteko.

c) Ebakuntzaondoko hipotentsio ortostatiko onbera, ahotik ur gehiago hartuz kudea daitekeena.

d) Ihes anastomotikoa pelbiseko abzesuarekin, ileostomiaren emaria handitzea ekarrita.

490.- **Gizonezkoa (52 urte); orain dela 3 hilabete gibeleko tranplantea egin diote, zirrosi alkoholikogatik, eta ebakuntzaondo ona izan du. Honako hauek hartzen ditu: 3 mg/12 h tacrolimus, 750 mg/12 h mikofenolato eta 5 mg/24 h prednisona. Profilaxia: trimetoprim-sulfametoxazola astean hirutan, baita 900 mg/24 h balganziklobir eta 100 mg/24 h flukonazol ere. ETXOSPko bisitara joan denean honako hauen berri eman du: 5 eguneko eboluzioko 38,8 ºC-ko sukarra, eztul lehorra, ahaleginagatiko disnea progresiboa (orain atsedenean), astenia nabaria eta gaueko izerditze arina. Espektorazio zornetsurik ez duela dio. Oxigeno-saturazio periferikoa: % 88 giroko airean. Bihotz-maiztasuna: 98 t/m. Arnasketa-maiztasuna: 22 arnasaldi/min. Krepitante bilateral finak. Bularraldeko erradiografia: infiltratu bilateral interstizial zehaztugabeak. Analitika: 680 UI/L LDH (balio normala 250 UI/L baino gutxiago), 480/uL linfozito, 1,0 mg/dL kreatinina. Pazienteak esan duenez, 2 aste daramatza trimetoprim-sulfametoxazola hartu gabe, erostea ahaztu zitzaiolako. Deskribatutako testuinguruan, zein da pneumonia horren agente etiologiko PROBABLEENA?**

a) Streptococcus pneumoniaea, komunitatean hartutako pneumoniaren patogenorik ohikoena.

b) Pneumocystis jiroveciia (PCP), kontuan hartuta patroi klinikoa (eztul lehorra, ahaleginagatiko disnea progresiboa, infiltratu interstizial bilateral zehaztugabeak, LDH oso altua eta linfopenia) eta trimetoprim-sulfametoxazol bidezko profilaxia berriki eten izana.

c) Aspergillus fumigatusa; haren pneumoniak ezaugarri du infiltratu bilateral zehaztugabeak egotea transplante ondoko hirugarren hilabetean trimetoprim-sulfametoxazol bidezko tratamendua etenez gero.
d) Zitomegalobirusa (ZMB); izan ere, balganziklobirrak ez du birus hori erabat estaltzen gibeleko transplanteen hartzaileetan.

491.- Gizonezkoa (79 urte), ezaugarri hauekin: bihotz-gutxiegitasuna eiekzio-frakzio murriztuarekin, giltzurruneko gaixotasun kronikoa 3. estadioan eta burdin eskasiagatiko anemia sintomatikoa. Deskonpentsazioagatik bi ingresu izan ditu azken sei hilabeteetan, eta gaur egun egonkor dago eta jarraipena etxeko ospitalizazioan egiten diote. Pazienteak esan duenez, oso nekatuta dago eta funtzioen arloan okerrera ari da pixkanaka. Analitika: 9,6 g/dL hemoglobina, 48 ng/mL ferritina eta % 14ko transferrina-saturazioa. Ahotiko burdina gaizki toleratzen du, beherakoa eta goragale iraunkorrak eragiten baitizkio. Emaztearekin bizi da, mugitzeko zailtasuna du, eta ospitalera lekualdatzea zailtzen du horrek. Zein da jokabiderik egokiena?

a) Ahotiko burdinari bakarrik eustea, dosi txikietan, digestio-intolerantzia iraunkorra izanagatik ere.
b) Etxeko odol-transfusioa agintzea, lehen neurri terapeutiko estandar gisa.
c) Etxeko ospitalizazioan zainbarneko burdina ematea baloratzea, monitorizazio egokia eginda.
d) Burdina bidezko tratamenduak atzeratzea, hemoglobina berez normalizatu arte.

492.- Emakumea (83 urte); biriketako adenokartzinoma metastasiko bat du, tratamendu sistemiko aktiboan. Ohiko ospitalizazioan ingresatu da arrisku txikiko sukar-neutropeniaren gertakari bategatik, hasieran larrialdietan egonkortu ondoren. Hemodinamikoki egonkor dago, hipotentsiorik gabe eta kontrol sintomatiko onarekin. Alabarekin bizi da, eta azkar hel daiteke erreferentziazko ospitalera. Pazienteak adierazi duenez, nahiago du tratamendua etxean jarraitu, eta gomendio klinikoak behar bezala ulertzen ditu. Paziente horren kasuan, zein da irizpiderik garrantzitsuena etxeko ospitalizazioko kudeaketa egokitzat jotzeko?

a) Neutropenia izatea, alde batera utzita egonkortasun klinikoa eta infekzio-arriskua.
b) Egonkortasun klinikoa, konplikazio-arrisku txikia eta jarraipen zorrotzerako gaitasuna.
c) Pazientearen lehentasuna izatea bakarrik ohiko ospitaleko ingresurik ez izatea.
d) Aldibereko zainbarneko tratamendu antineoplasikoa nahitaez ematea.

493.- Gizonezkoa (72 urte); biriketako enbolia segmentarioa diagnostikatu zaio min pleuritikoa eta disnea arina duelako kontsulta egin ondoren. Normotentso dago, 86 t/m-ko bihotz-maiztasuna du, % 95eko saturazioa basala du eta ez du eskuin-bentrikuluaren gutxiegitasunaren zeinurik. Ez da bakarrik bizi eta tratamendu antikoagulatzailea behar bezala ulertzen du. Telefonoa du eta azkar hel daiteke ospitalera. Ez du aurrekari hemorragikorik, ezta giltzurrun-gutxiegitasun aurreraturik ere. Zein litzateke jokabiderik egokiena?

a) Nahitaez ingresatzea zainketa intentsiboetako unitatean, bat-bateko narriadura gertatzeko arriskua dagoelako.
b) Etxean edo etxeko ospitalizazioan kudeatzea, estratifikazio pronostiko egokia egin ondoren.
c) Ospitaleko behaketa luzea, hasierako bilakaera klinikoa edozein dela ere.
d) Antikoagulazioa etetea, sintomak berez konpontzen direla baieztatu arte.

494.- Gizonezkoa (81 urte), ezaugarri hauekin: bihotz-gutxiegitasuna eta giltzurruneko gaixotasun kronikoa, eta jarraipena etxeko ospitalizazioan egiten diote. Zainbarneko burdina ematea agintzen da, burdin eskasiagatiko anemia sintomatikoagatik. Perfusioa hasi eta minutu gutxira honako hauek ditu: lunbalgia, toraxeko opresio arina eta ondoeza orokorraren sentsazioa; hipotentsio, hipoxemia eta bronkoespasmorik gabe. Perfusioa berehala geldituta, pazienteak pixkanaka hobera egiten du minutu gutxi batzuen buruan. Zein da koadroaren interpretaziorik egokiena?

a) Erreakzio anafilaktiko larria, nahitaez shock errefraktarioari lotua.
b) Fishbane-ren sindromea, zainbarneko burdina emateari lotua.
c) Burdin eskasiagatiko anemiak bakarrik eragindako gertaera koronario akutua.
d) Perfusio ferrikoaren ondoriozko biriketako tronboenbolismoaren adierazpen tipikoa.

495.- Emakumea (76 urte); koloneko adenokartzinoma metastasiko bat du, tratamendu aringarrian. Sukarra eta ondoez orokorragatik egin du kontsulta. Goiko gorputz-adarrean zelulitis arina objektibatu da zain-sarbide periferikoari lotuta. Egonkor dago eta etxeko ospitalizazioak eguneroko jarraipena egiten dio. Zein izango litzateke ingresua etxeko ospitalizazioan jarraitzea babesten duen alderdirik garrantzitsuena?

a) Hasierako hemograman neutropeniarik ez egotea bakarrik.
b) Jarraipen zorrotza egiteko aukera eta ospitaleko birbaloraziorako irizpide argiak.
c) 80 urte baino gutxiago izatea hautatzeko irizpide nagusi gisa.
d) Ahotik baino ez hartzeko antibiotikoaren nahitaezko beharra.

496.- **Emakumea (62 urte), aurrekari hauekin: 2 motako diabetes mellitusa eta balbulopatia aortiko degeneratibo ezaguna (aortako estenosi moderatua). Larrialdietako kontsultara jonako hauengatik joan da: 10 eguneko eboluzioko 38,8 °C arteko sukarra, astenia progresiboa eta 4 kg-ko pisu-galera. Miaketa fisiko: 118/72 mmHg-ko TA, 88 t/m-ko bihotz-maiztasuna eta 38,6 ºC-ko tenperatura. 3/6 murmurio sistemikoa foku aortiko ezagunean. Azazkal azpiko petekiak eskuineko eskuko bi hatzetan. Hiru hemokultibo sorta atera dira. Ekokardiografia transesofagikoak (ETE): 12 mm-ko begetazioa ezkerreko errezel koronarioan, eta balbula aortikoaren erregurgitazio arina (agertu berria). Hemokultibo positiboak ampizilinarekiko (GKI: 0,5 mg/L) eta zeftriaxonarekiko sentikorra den *Enterococcus faecalis*erako. Anpizilina (2 g/4 h) eta zeftriaxona (2 g/12 h) bidezko zainbarneko tratamendua hasi da. Tolerantzia kliniko eta hemodinamiko ona. Tratamendua hasi eta 14 egunera, kontrol-hemokultibo negatiboak. Ez dago konplikazio enbolikorik eta disfuntzio balbular larriaren zeinurik. ETXOSPko taldea etxera lekualdatzea baloratzen ari da tratamendu antibiotikoa osatzera. Pazienteak *enterococcus faecalis*ek eragindako jatorrizko balbularen gaineko endokarditis infekziosoa du. Tratamenduari dagokionez eta pazientea etxeko ospitalizaziora (ETXOSP) lekualdatzeko irizpideei dagokienez, hauetako zein da ZUZENA?**

a) Tratamendu osoa 2 astekoa izan behar da, anpizilina + zeftriaxona bidezkoa. Pazintea edonoiz lekualda daiteke etxera sukarrik ez badu.

b) Tratamendua etxean egin daiteke anpizilinarekin (dosi handietan) eta zeftriaxonarekin, behin hemokultiboak negatibizatuta eta egonkortasun klinikoa eta hemodinamikoa egiaztatuta.

c) Bi asteko tratamendu konbinatuaren ondoren, zefaltriaxona bidezko monoterapiara igaro behar da modu anbulatorioan jarraitzeko.

d) Etxeko tratamendu lehenetsia ahotiko linezolida da, zain-bidea baztertzea ahalbidetzen baitu eta alta sinplifikatzen baitu.

497.- **Gizonezkoa (71 urte), ezaugarri hauekin: erretzaile ohia (60 pakete urtean), GOLD III estadioko BGBKa (FEV1 aurreikusitakoaren % 42) eta etxeko oxigenoterapia kronikoa (EOK), 1,5 l/min. Aurrekariak: HTA kontrolatua, dislipemia. Egoera basala: ohiko disnea, mMRC 2. Emaztearekin bizileku egokituan bizi da, eta ulermen zein atxikimendu terapeutiko ona du. Larrialdietara joan da honako hauengatik: 48 orduan disnea pixkana handitzea (mMRC 3-4), eztula eta karkaxaren bolumena nahiz zornadura handitzea. Ez du sukarrik edo bularraldeko minik. Miaketa: 26 arnasaldi/minutuko arnasketa-maiztasuna, % 83ko oxigeno-saturazio periferikoa 1,5 l/min-ko etxeko oxigenoterapia jarraituarekin (EOJ) (% 91ko hobekuntza Venturi maskararekin, % 28an), 148/86 mmHg-ko TA eta 96 t/m-ko bihotz-maiztasuna. Auskultazioa: hipofonesi zehaztugabea, *roncus* bilateral sakabanatuekin; ez du muskulatura osagarririk erabiltzen; kontzientzia-maila kontserbatua. Gasometria arteriala (% 28ko FiO2): 7,38 pH; 62 mmHg-ko PaO2; 51 mmHg-ko PaCO2; 30 mEq/L-ko HCO3. Bularraldeko erradiografia: hiperintsuflazio bilaterala, infiltraziorik eta pleurako isuririk gabe. Analitika: 11.200/mikro leukozito neutrofiliarekin; 48 mg/L PCE; 0,9 mg/dL kreatinina; 14,2 g/dL Hb; 380/microL eosinofilo. EKG: erritmo sinusala alterazio akuturik gabe. Behaketan lau orduan bronkodilatazio intentsiboa, kortikoide sistemikoak eta antibioterapia izan ondoren, pazienteak hobekuntza argia du: % 92ko oxigeno-saturazio periferikoa,**

2 l/min-ko EOJarekin, eta 18 arnasaldi/minutuko arnasketa-maiztasuna. DECAF eskalari dagokionez eta BGBKa larriagotutako pazientea etxeko ospitalizaziora (ETXOSP) lekualdatzeko aukerari dagokionez, zein da adierazpen ZUZENA?

a) DECAF eskalak eosinofilia dagoen, birika-sendotzea, azidosia, fibrilazio aurikularra eta disnea basalaren maila baloratzen ditu. Paziente horrek 3ko edo hortik gorako puntuazioa izango luke, eta, ondorioz, ez litzateke ETXOSPrako hautagai izango.

b) Fibrilazio aurikular kronikoa, erantzun bentrikular kontrolatuarekin, ETXOSPn ingresatzea baztertzeko irizpidea da BGBKa larriagotzen denean.

c) DECAF eskala ospitaleko hilkortasunaren iragarle sendoa da BGBK akutua duten paziente ingresatuentzat. Paziente horretan ez dago sendotze erradiologiko, azidosi eta arritmiarik, eta harekin batera, 2 graduko mMRC basala eta eosinofilia egonik, horrek guztiak dakar DECAF puntuazio apala (puntu 1), eta ETXOSPrako hautatzea babesten du.

d) Hiperkapnia (PaCO2 > 45 mmHg) egotea berariaz, pH-a alde batera utzita, ETXOSP baztertzeko irizpide absolutua da BGBKa larriagotzean.

498.- Gizonezkoa (86 urte), honako aurrekari hauekin: HTA, 2 motako diabetes mellitusa, giltzurrun-gaixotasun kronikoa 3a estadioan (glomerulu-iragazketa basala: 52 ml/min) eta dislipemia. Duela zortzi hilabete bihotz-gutxiegitasuna diagnostikatu diote, eiekzio-frakzio murriztuarekin (EFm-BG). Egoera basala: Barthel 80, narriadura kognitiborik gabe, eta NYHA II. Ohiko tratamendua: 160/5 mg/24 h balsartan/amlodipino, 40 mg/24 h furosemida, 850 mg/8 h metformina eta 40 mg/24 h atorbastatina. Larrialdietara joan da disnea pixkanaka handituz joan zaiolako (NYHA III), ortopnea duelako eta belaunetaraino edemak dituelako, 5 eguneko eboluzioarekin. Miaketa: 148/93 mmHg-ko TA, % 89ko oxigeno-saturazio periferiko basala, 104 t/m-ko bihotz-maiztasuna, bihotz-auskultazioan arritmia, jugularraren handitze positiboa, krepitante bibasalak eta belaunetarainoko edemak fobearekin. GMI: 31. Behaketan egindako analitika: 13 g/dL Hb, 128 mg/dL gluzemia, % 7,2 HbA1c, 56 mg/dL urea, 2,4 mg/dL kreatinina (glomerulu-iragazketa: 30 ml/min), 134 mEq/L Na, 5,4 mEq/L K, 1.550 pg/mL pro-BNP, 165 U/mL CA-125; 12 mikrog/L ferritina eta % 6ko transferrinaren saturazio-indizea (TSI). EKG: 90 t/m-ko bentrikulu-erantzuna duen fibrilazio aurikularra (FA). Ekokardiograma: FEVI % 35, azinesia segmentariorik gabe. Ekografia klinikoa: biriketako B lerroak, kolapsatzen ez duen beheko kaba zaina>20 mm, gibel gaineko Dopplerra D<S, % 30-49ko taupakaritasuna duen Doppler portala, giltzurrunetako Doppler monofasikoa. Behaketan zainbarneko tratamendu diuretikoa jarri ondoren, pazienteak ondo erantzun du, disneak hobera egin du eta edemak murriztu dira. Pazientea Larrialdietako behaketatik ETXOSPn ingresatzera igarotzea planteatu da, bertan zainbarneko tratamendu diuretikoa jarraitzeko eta doikuntza farmakologikoa egiteko. Pazientea Larrialdietako behaketatik ETXOSPn ingresatzeko aukerari dagokionez, hauetako zein EZ da baztertzeko irizpide bat?

a) Ezegonkortasun hemodinamikoaren zeinuak.

b) Larrialdietan hasitako tratamendu medikoari erantzunik ez ematea.

c) FA, erantzun bentrikular kontrolatuarekin (batez beste 90 t/m).

d) Bihotz-deskonpentsazioko lehen gertakaria izatea.

499.- Emakumea (83 urte), aurrekari hauekin: HTA, 2 motako diabetes mellitusa, fibrilazio aurikular kronikoa (azenokumarolaren bidez antikoagulatua), belaunetako artrosi larria eta narriadura kognitibo arina (24/35 MEC-Lobo azterketan, egoera basalean). Barthel 70 (mendekotasun arina). Senarrarekin bizi da, eta familiaren laguntza-sare ona du. Ohiko tratamendua: 9 farmako (azenokumarola, metformina, omeprazola, enalaprila, furosemida, atorbastatina, tramadola, 1 mg/gau lorazepam eta parazetamola). Barne-medikuntzako solairutik ETXOSPn ingresatu da, *E. coli*ak (hemokultibo positiboak) eragindako pielonefritis akutua, erasan sistemikoa egonik, tratatu ondoren. Ospitaleko ingresuan zehar, nahasmendu larriko gertakari bat izan zuen, 48 orduan konpondutakoa. ETXOSPra lekualdatzeko unean, pazientea orientatuta eta apiretiko dago, eta ahotiko tolerantzia ona du. Zainbarneko 1 g/24 h ertapenem agindu zaio, 14 eguneko tratamendua. ETXOSPn ingresatu eta laugarren egunean, erizainak medikuari abisatzen dio, pazienteak goizaldetik nahasmendu akutua, denbora- eta espazio-desorientazioa eta ikusmen-haluzinazioak zituelako Familiak esan duenez, goizean lasaiago zegoen, eta ia argi. Ez dago fokalitate neurologikoaren zeinurik. Ez du sukarrik. 132/78 mmHg TA, eta 82 t/m-ko bihotz-maiztasuna. Ez dago gernu-erretentzio akutuaren edo fekalomaren zeinurik. Zaintzaileak aitortu duenez, pazienteak bart 2 lorazepam hartu zituen, oso asaldatuta zegoelako. ETXOSPko pazientearen egungo koadroa diagnostikatu eta kudeatzeari dagokionez, zein da adierazpen ZUZENA?

a) Gertakarian asaldura kontrolatzeko tratamendu farmakologiko lehenetsia benzodiazepinak dira, pazienteak aurretik ere hartzen baitzituen.
b) CAM (Confusion Assessment Method) eskala, deliriumerako, espezifikotasun handiko laguntza diagnostikoko tresna bat da (% 98-100).
c) DSM-IV-TRren arabera, honako hauek dira deliriumaren ezaugarriak: kontzientziaren nahasmendua —arreta murriztuta—, aldaketa kognitiboak edo pertzepzio-alterazioak, ordu-egunetan hastea eta egunean zeharreko bilakaera gorabeheratsua. Pazienteak ezaugarri horiek guztiak ditu.
d) Pazienteak etxean deliriuma duenez, ohiko ospitalizazioan ingresatzea nahitaezkoa da beti.

500.- Gizonezkoa (67 urte), aurrekari hauekin: 2 motako diabetes mellitusa (HbA1c: % 8,4), aldebiko bena-gutxiegitasun kronikoa, duela 4 urteko tronbosi benoso sakonaren aurrekariarekin, eta 33 puntuko GMIa. Larrialdietara joan da zeinu hauengatik: tumefakzioa, eritema eta beroa eskuineko beheko gorputz-adarrean, hiru eguneko eboluziokoa, zeinu inflamatorioen progresio azkarrarekin. Tenperatura: 38,4 ºC. TA: 126/78 mmHg. Bihotz-maiztasuna: 92 t/m. Erasana orkatilatik belauneraino doa, eremuaren ertzak gaizki definituta, eta ez du fluktuazio-eremurik, ez eta larruazaleko nekrosirik ere. Ez dago ehunen krepitaziorik. Analitika: 14.800/mikroL leukozito (neutrofilia), 168 mg/L PCEa, 0,8 ng/mL prokalzitonina, 1,1 mg/dL kreatinina. Hemokultiboak egiteko daude. Oineko eta tibiako erradiografia: zati bigunetan ez dago gasik, ez eta osteomielitis-zeinurik ere. Zelulitis zabala diagnostikatu zaio, faszitis nekrosatzailerik gabe, eta ETXOSPn ingresatzea erabaki da, MAZBETekin. Zainbarneko tratamendu antibiotikoa (1 g/24 h

ertapenem) 14 egunekoa izatea aurreikusten da; horregatik, zain-sarbide egokia jartzea erabaki da. Etxeko tratamendua hasi eta 48 ordura, familiak ETXOSPko taldeari jakinarazi dio pazienteak oraindik sukarra duela (37,8 ºC) eta eritema-eremuaren tamaina ez dela aldatu. Erizainak balorazio-bisita bat egin du. Zelulitis hori ETXOSPn kudeatzeari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Tratamendu antibiotikoa jarri eta lehen 24-48 orduetan sukarra izatea alarma-zeinu bat da, eta ospitalean berehala berringresatzea dakar.

b) Fluktuazio-eremua, abzesu-susmoarekin, eta larruazaleko nekrosia alarma-zeinuak dira; berriz ebaluatu behar dira premiaz, eta baliteke berringresurik ekartzea.

c) Zainbarneko ertapenem bidezko 14 eguneko tratamendu baterako, baldintza estandarretan, zain-sarbide labur periferikoa da zain-sarbiderik egokiena.

d) Tratamendu antibiotikoan ukitutako gorputz-adarrean zeinu inflamatorio lokalen progresioa egoteak ez du etxeko jarrera terapeutikoa aldatzen.