Osakidetza



FARMAZIAKO FAKULTATIBO TEKNIKOA

GALDERAK

1. **Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia (AEMPS) sortu eta bere estatutua onartzen duen 1275/2011 Errege Dekretuaren arabera, EZ DA AEMPSeko Giza Erabilerarako Medikamentuen Batzordearen EGINKIZUNA:**

   a) Aukerako izaeraz, Agentziaren zuzendariak eskatuta, gizakientzako sendagaiekin lotutako prozedurei buruzko txostenak emango ditu.
   b) Gizakientzako sendagaiak baimentzeko prozeduren efizientzia eta gardentasuna zaintzea.
   c) Agentziari proposatzea beharrezkotzat jotzen dituen azterlan eta ikerketak egin ditzan, giza erabilerarako sendagaien farmakozaintza hobetzeko.
   d) Giza erabilerarako sendagaiak ebaluatzeko eta beren erabilgarritasun terapeutikoa aztertzeko prozeduretan, batzorde eta lantaldeak koordinatzea.

2. **Hauetako zein EZ da Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziaren (AEMPS) eginkizuna?**

   a) Giza erabilerarako eta albaitaritzako sendagaiak ebaluatzea eta baimentzea.
   b) Medikamentuekin egin beharreko saiakuntza klinikoak baimentzea eta produktu sanitarioekiko ikerketa klinikoak baimentzea.
   c) Sendagaiak behin merkaturatuta, beren segurtasun eta eraginkortasunaren etengabeko jarraipena eta kalitatearen kontrola egitea.
   d) Medikamentu eta produktu sanitarioak banatzeko sistema eraginkor eta segurua ezartzea.

3. **Giza erabilerarako sendagaiaren Segurtasun Oharrak (Farmakozaintza), Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) 2024an argitaratu zuenak, gomendio berriak ezartzen ditu valproatoa gizatalde honetan erabiltzeari buruz:**

   a) Gizonezkoak.
   b) Neskak eta adin ugalkorrean dauden emakumeak.
   c) Gibeleko gutxiegitasuna duten pertsonak.
   d) Epilepsiaren kontrako beste sendagai batzuekin batera erabiltzea.

4. **Sendagaien hornidura-arazoak areagotzen direla ikusita, Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) hainbat ekintza jarri ditu martxan, hau IZAN EZIK:**

   a) Medikamentuen Hornidura Bermatzeko Plana.
   b) AEMPSen webgunean hornidurarik ezak eta balizko alternatibak argitaratzea.
   c) «CISMED» sistema (Medikamentuen Hornidurari buruzko Informazio Zentroa) sortzea.
   d) Atzerriko medikamentuak inportatzeko baimena ematea.



5. **Giza erabilerarako medikamentuen farmakozaintza arautzen duen 2013ko uztailaren 577/2013 Errege Dekretuaren arabera, giza erabilerarako sendagaien Farmakozaintzaren Espainiako Sistema hauek osatzen dute:**

   a) Autonomia-erkidegoetako organoek, farmakozaintzaren arloan eskumena dutenek, eta beraiei adskribatuta dauden unitate edo zentro autonomikoek, Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak eta osasun-langileek.
   b) Autonomia-erkidegoetako organoek, farmakozaintzaren arloan eskumena dutenek, eta beraiei adskribatuta dauden unitate edo zentro autonomikoek, Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak, osasun-langileek eta herritarrek.
   c) Autonomia-erkidegoetako organoek, farmakozaintzaren arloan eskumena dutenek, eta beraiei adskribatuta dauden unitate edo zentro autonomikoek, eta Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak.
   d) Beste erantzun guztiak oker daude.

6. **Osasun Produktuak Ziurtatzeko Zentro Nazionalaren Buruzagitzaren titularra honek izendatuko du:**

   a) AEMPSen zuzendariak.
   b) AEMPSen presidenteak.
   c) AEMPSen Kontseilu Nagusiak.
   d) Osasunerako estatu-idazkariak.

7. **Gaur egun, EZ da Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziaren (AEMPS) batzordea:**

   a) Osasun Produktuen Batzordea.
   b) Albaitaritza Medikamentuen Segurtasunerako Batzordea.
   c) Giza Erabilerarako Sendagaien Farmakozaintzaren Espainiako Sistemako Batzorde Teknikoa.
   d) Baimen osteko Azterketen Koordinazio Batzordea.

8. **1/2015 Legegintzako Errege Dekretuak, uztailaren 24koak, Sendagaien eta Osasun-produktuen Bermeen eta Erabilera Zentzuzkoaren Legearen testu bategina onartzen du; dekretu horren arabera, Sendagaien Prezioetarako Ministerioarteko Batzordeak ezar al dezake mediku-preskripziorik behar ez duten sendagai eta osasun-produktuen publikoarentzako salmenta-prezioaren gehieneko zenbatekoa?**

   a) Bai, salbuespenezko egoera sanitario batean, osasun publikoa babesteko.
   b) Bai, edozein kasutan.
   c) Ez, inoiz ere ez.
   d) Espainiako Gobernuak bakarrik du eskumen hori, betiere biztanleriaren osasuna babesteko.



9. Sendagaien eta Osasun-produktuen Bermeen eta Erabilera Zentzuzkoaren Legearen testu bategina onartzen duen uztailaren 24ko 1/2015 Legegintzako Errege Dekretuaren arabera, publikoari zuzendutako publizitatea egin ahal izango da kasu honetan:

a) Doxilamina duen sendagaia bada, noizbehinkako insomnioaren tratamendu sintomatikoan erabiltzekoa.
b) Tapentadola duen sendagaia bada, hotzeria tratatzeko erabiltzen dena.
c) Printzipio aktibo gisa salbutamola baliatzen duen inhalagailua bada.
d) Aurrekoetako bat ere ez.

10. Medikamentuen egoera bereziei buruzko 1015/2009 Errege Dekretua dela eta, hautatu erantzun zuzena:

a) Sendagai bat Espainian baimenduta eta merkaturatu gabe badago, Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) –prozedura egokiei jarraikiz– baimen dezake sendagai hori erabiltzea.
b) Paziente batek erabilera errukior bidez jaso ahal izango du sendagaia, baita saiakuntza klinikoaren sustatzaileak edo merkaturatzeko baimenaren eskatzaileak onartzen ez duenean ere.
c) Sendagai baten erabilera errukior bat ezin izango da baimendu erabiltzeko aldi baterako baimenaren bidez.
d) Baimendutako sendagaiak fitxa teknikoan ezarritakoak ez diren baldintzetan erabiltzea ez da hartuko salbuespenezkotzat.

11. Sendagaien eta Osasun-produktuen Bermeen eta Erabilera Zentzuzkoaren Legearen testu bategina onartzen duen uztailaren 24ko 1/2015 Legegintzako Errege Dekretuaren arabera, EZ da saiakuntza klinikoen bermea:

a) Jabetza industriala babesteko bermea.
b) Egokitasun-bermea.
c) Postulatu etikoak betetzeko bermea.
d) Erantzukizun-bermea.

12. Hauetako zein EZ da Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzian (AEMPS) dagoen Giza Erabilerarako Sendagaien Segurtasun Batzordearen eginkizuna?

a) Agentziari proposatzea azterlan eta ikerketak egin ditzan, giza erabilerarako sendagaien farmakozaintza hobetzeko.
b) Agentziaren aholkulari gisa aritzea, Farmakozaintzaren Espainiako Sistema planifikatu, ebaluatu eta garatzeko.
c) Aukerako izaeraz, Agentziaren zuzendariak eskatuta, gizakientzako sendagaiekin lotutako prozedurei buruzko txostenak ematea.
d) Nahitaezko txostenak ematea giza erabilerarako sendagaiak merkaturatzeko baimenak eteteko edo baliogabetzeko prozeduretan.



13. **Sendagaiak merkaturatzeko baimenaren titular batek bere rivaroxabana 20 mg EFG lehen aldiz merkaturatzeko asmoa badu, Espainian, Alemanian eta Frantzian bakarrik, hautatu erantzun zuzena:**

    a) Batasunaren baimentze-prozedura zentralizatu bidez baimendu behar da nahitaez, 726/2004 (EE) Erregelamenduarekin bat.
    b) Elkarrekiko aitorpeneko prozeduraren bidez baimen daiteke aipatutako herrialdeetako bakoitzean.
    c) Aipatutako herrialdeetako bakoitzari dagokion prozedura nazionalaren bidez egin behar du.
    d) Prozedura deszentralizatuaren bidez egin dezake.

14. **Hornikuntza-arazoek eta hornikuntzarik ezak inpaktu handia izaten dute sistemaren efizientzian eta herritarren osasunean. Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak, bere eskumenen baitan, zenbait jarduketa egin ditzake hornikuntza-arazoen inpaktua saihestu edo gutxitzeko, hauek IZAN EZIK:**

    a) Ikuskapenak farmazia-laborategietan, hornikuntza-arazoak eragiten dituzten urritasunak detektatzeko.
    b) Salbuespen gisa, hornikuntza-arazoak dituzten sendagaiak bere kabuz fabrikatzea.
    c) Atzerriko sendagaiak inportatu eta kudeatzea.
    d) Salbuespenez merkaturatzeko baimenak.

15. **«Medikamentuak hornitzeko arazoa» honi deitzen zaio:**

    a) Sendagai baten falta puntuala, medikamentuak emateko baimena duten entitateetan.
    b) Sendagai batek merkaturatzeko baimenik jada ez duenean, Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) hartutako erabakiaren ondorioz.
    c) Sendagai batek merkatuan bestelako aukera terapeutikorik ez duenean.
    d) Sendagai baten hornidura eskari nazionalaren azpitik dagoenean.

16. **Domperidona administratzeari lotutako arritmien kasuak jakinarazi direnez eta ondoren egindako saiakuntza klinikoaren emaitzak oinarri hartuta, sendagaiaren fitxa teknikoa aldatu da. Aukeratu erantzun ZUZENA:**

    a) Ezabatu egin da domperidonaren indikazio pediatrikoa haur eta nerabeengan.
    b) Domperidona baimenduta dago helduengan, baita 12 urte edo gehiago dituzten nerabeengan ere, baldin eta gutxienez 25 kilogramoko gorputz-pisua badute.
    c) Domperidona baimenduta dago helduengan, baita 12 urte edo gehiago dituzten nerabeengan ere, baldin eta gutxienez 35 kilogramoko gorputz-pisua badute.
    d) Domperidona baimenduta dago 10 urte edo gehiago dituzten nerabeengan, baldin eta gutxienez 25 kilogramoko gorputz-pisua badute.

17. **Sendagaien Prezioetarako Ministerioarteko Batzordea ezar al dezake publikoarentzako salmenta-prezioaren muga mediku-preskripziorik behar ez duten sendagai eta osasun-produktuen kasuan?**

    a) Bai, beti.



b) Gobernuak bakarrik du eskumen hori, betiere biztanleriaren osasuna babesteko.
c) Bai, salbuespenezko egoera sanitario batean, osasun publikoa babesteko.
d) Ez, inoiz ere ez.

18. Fabrikazio industrialeko terapia aurreratuko sendagaiak baimentzeari dagokionez, hautatu erantzun ZUZENA:

a) Prozedura nazional bidez baimentzen dira, eta Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia (AEMPS) da horretarako eskumena duen erakundea.
b) Prozedura zentralizatu bidez baimentzen dira, Medikamentuen Europako Agentziak (EMA) ebaluatu eta estatu kide guztietan baimena lortu ondoren.
c) Elkarrekiko aitorpeneko prozeduraren bidez baimentzen dira, EMAk ebaluatu eta estatu kide guztietan baimena lortu ondoren.
d) Prozedura deszentralizatuaren bidez baimentzen dira, EMAk edo –erabiliko diren ospitalearen arabera– AEMPSek ebaluatu ondoren.

19. Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) segurtasun-komunikazioak –sendagaiei eta arriskuak prebenitzeko neurriei buruzkoak– argitaratzen ditu profesionalak informatzeko webgunean. Horien artean EZ daude:

a) Segurtasunari buruzko informazio-oharrak.
b) AEMPSen hileko txostenak.
c) Hornidurarik ezari buruzko txostenak.
d) Laborategiek osasun-langileei bidaltzen dizkieten segurtasun-gutunak.

20. 1015/2009 Errege Dekretua, medikamentuak egoera berezietan eskura egotea arautzen duena, kasu hauetako zeinetan EZ da aplikatu behar:

a) Ikerketa-aldian dauden medikamentuen erabilera errukiorra.
b) Espainian baimenduta ez dauden baina beste herrialde batzuetan merkaturatzen diren medikamentuak eskuratzea.
c) Sendagaiak baimendutakoak ez diren baldintzetan erabiltzea.
d) Sendagaiak saiakuntza kliniko baten baitan erabiltzea.

21. Ondoko baieztapen hauetatik zeinek deskribatzen du ondo Medikamentuen Europako Agentziaren (EMA) Priority Medicines (PRIME) programa?

a) Bete gabe dauden behar medikoei erantzuteko sendagai berrien garapenerako laguntza sendotzeko programa da.
b) Europar Batasunean baimenduta dauden medikamentu guztien arrisku-kudeaketa ebaluatzeko programa da.
c) Pediatrian erabiltzeko sendagaiak garatzeko laguntza zientifiko eta normatiboa eskaintzen duen programa da.
d) Terapia aurreratuko sendagaien kalitatea, segurtasuna eta eraginkortasuna ebaluatzeko programa da.



22. Sendagaien eta Osasun-produktuen Bermeen eta Erabilera Zentzuzkoaren Legearen testu bategina onartzen duen uztailaren 24ko 1/2015 Legegintzako Errege Dekretuaren arabera, Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) sendagai baten baimena eten edo baliogabetu ahal izango du batzuetan, kasu honetan IZAN EZIK:

a) Sendagaia terapeutikoki eraginkorra ez denean.
b) Sendagaiaren onura-arrisku erlazioa aldekoa ez denean, segurtasun- eta/edo eraginkortasun-datuetan oinarrituta.
c) Sendagaia Osasun Sistema Nazionalean farmazia-prestaziotik kanpo geratu denean, ez baititu betetzen kostu-eraginkortasunaren irizpideak.
d) Baimenaren titularrak eskatuta, betiere aldez aurretik arrazoi teknologiko edo zientifikoekin justifikatuta, baldin eta erabakiak hutsune terapeutikorik eragiten ez badu.

23. Presbide tresnak atxikimendua kalkulatzea hartzen du barnean. Atxikimendua egokitzat jotzen da, baldin eta:

a) % 80-100 bitartekoa denean.
b) % 80-110 bitartekoa denean.
c) % 90 baino handiagoa denean.
d) % 85 baino handiagoa denean.

24. Vademecum korporatiboa medikamentuen biltegi bakarra da, ondoko guztiak elikatzen dituena, hau izan ezik:

a) Esparru asistentzial guztietako errezeta elektronikoa.
b) «eOsabide», medikamentuak ospitalean preskribatu, eman eta administratzeko sistema gisa.
c) OnkoBide. Preskripzio onkologikoa.
d) NutriBide. Dieten preskripzioa.

25. Errezeta elektronikoan, lehenago preskribatutako sendagai baten posologia handitzen denean:

a) Sistema «kreditu gehigarri» bat sortzen du automatikoki, hau da, preskripzio akutu bat, behar diren ontzien kantitatearekin.
b) Sistemak abisu bat erakusten du, non «kreditu gehigarri» bat egitea iradokitzen baita, behar diren ontzien kantitatea proposatuta.
c) Medikuak –posologia handitzean– ontzi gehiago behar izan daitezkeela aurreikusi behar du, eta, hala bada, «kreditu gehigarria» sortu.
d) Posologia handitzeak ez du emateko arazorik sortzen.

26. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Farmazia Zuzendaritzak ezagutzera eman duen «Preskripzio edota dispentsazio baldintza mugatuak dituzten medikamentuak» izeneko dokumentuaren arabera, printzipio aktibo hauetako zeinek behar du Ikuskaritzaren aurretiko ikus-onespena, Osasun Sistema Nazionalaren bidez finantzatua izateko eta farmazia-bulegoetan emateko?

a) Bimatoprostek.
b) Azenokumarolek.
c) Klopidogrelek.
d) Dapagliflozinak.

27. Sendagai hauetako zein ordezka daiteke preskripzioa egin duen medikuaren esanbidezko baimenik gabe?

a) Terbutalina.
b) Azenokumarola.
c) Intsulina.
d) Errisperidona.

28. Mediku-errezeta batean OTI 003 kodeak esan nahi du erabiltzaileak ekarpen bat egin behar duela. Zein?

a) % 10.
b) % 40.
c) % 50.
d) % 60.

29. Sendagaiak fitxa teknikoan baimendutakoak ez diren baldintzetan erabiltzea dela eta, hautatu erantzun okerra:

a) Salbuespenezko kasua izango da.
b) Baimendutako aukera terapeutikorik ez dagoenean bakarrik onartuko da.
c) Tratamenduaren aurreikusitako iraupena adierazi beharko da.
d) Mediku arduradunak behar bezala justifikatu beharko du historia klinikoan.

30. Sendagaien eta Osasun-produktuen Bermeen eta Erabilera Zentzuzkoaren Legearen testu bategina onartzen duen uztailaren 24ko 1/2015 Legegintzako Errege Dekretuaren arabera, gizatalde hauetako zein EZ dago salbuetsita farmazia-prestazioko ekarpenetik?

a) Bizitzeko gutxieneko diru-sarreraren onuradun diren pertsonak.
b) Desgaitasuna duten adingabeak, baldin eta % 33ko edo gehiagoko desgaitasun-maila aitortuta badute.
c) Semea edo alaba ardurapean edo adingabe bat familia-harrera iraunkorrean edo adopzioa helburu duen zaintzapean edukitzeagatik Gizarte Segurantzatik prestazio ekonomikoa jasotzen duten pertsonak.
d) Gizarte Segurantzako pentsiodunak, beren urteko errenta, pertsona fisikoen errentaren gaineko zergaren aitorpenean, oinarri likidagarri orokorraren eta



aurrezkiaren laukian agertzen dena 11.200 euro baino gutxiago bada; aitorpena aurkeztu behar ez badute, urtean 22.400 euro baino gutxiagoko errenta jasotzen dutenak.

31. Errezeta medikoari eta dispentsazio-aginduei buruzko 1718/2010 Errege Dekretuaren arabera:

a) Errezeta medikoak, publiko zein pribatuak, dagoeneko ezin dira paperean egin eskuz betetzeko; euskarri informatikoan egitea baino ez da onartuko.
b) OTI 002 kodea % 60ko ekarpena egin behar duten erabiltzaileei dagokie.
c) OTI 004 kodea % 50eko ekarpena egin behar duten erabiltzaileei dagokie.
d) Lisinoprila emateko errezeta batean gehienez ere 4 ontzi jar daitezke.

32. Errezeta medikoari eta dispentsazio-aginduei buruzko 1718/2010 Errege Dekretuaren arabera, oro har, tratamenduaren gehieneko iraupena, errezeta batean preskriba daitekeena, 3 hilabetekoa da. Osasun-administrazio eskudunek hala xedatzen badute, tratamenduaren iraupena luzatu ahal izango da:

a) Gehienez ere lau hilabetera arte, mediku-preskripzio berriztagarri bidez ematen diren sendagaiak tratamendu kronikoak dituzten pazienteei preskribatzeko, eta administrazio horiek –Estatuko Osasun Sistemaren Lurraldearteko Kontseiluaren txostena jaso ondoren– berariazko osasun-programak eta esanbidez baimendutako zentroetan egiteko beharrezkotzat jotzen dituzten tratamenduetarako.
b) Gehienez ere bost hilabetera arte, mediku-preskripzio berriztagarri bidez ematen diren sendagaiak tratamendu kronikoak dituzten pazienteei preskribatzeko, eta administrazio horiek –Estatuko Osasun Sistemaren Lurraldearteko Kontseiluaren txostena jaso ondoren– berariazko osasun-programak eta esanbidez baimendutako zentroetan egiteko beharrezkotzat jotzen dituzten tratamenduetarako.
c) Gehienez ere sei hilabetera arte, mediku-preskripzio berriztagarri bidez ematen diren sendagaiak tratamendu kronikoak dituzten pazienteei preskribatzeko, eta administrazio horiek –Osasun Sistema Nazionalaren Lurraldearteko Kontseiluaren txostena jaso ondoren– berariazko osasun-programak eta esanbidez baimendutako zentroetan egiteko beharrezkotzat jotzen dituzten tratamenduetarako.
d) Ezin da luzatu tratamenduaren iraupena.

33. Presbide preskripziorako aplikazio informatikoak badauka «egokitzapena» izeneko funtzio bat, osasun-langileek bakarrik erabiltzeko txosten bat PDF formatu inprimagarrian eskuratzea ahalbidetzen duena; txostenak hau jasotzen du:

a) Pazientearen tratamenduan egon daitezkeen interakzioei buruzko informazioa.
b) Pazientearen tratamenduan izan daitezkeen bikoiztasunei eta gehieneko dosia gainditzeari buruzko informazioa.
c) Pazientearen tratamenduan antzemandako karga antikolinergiko altuari buruzko informazioa.
d) Aurreko informazio guztia jasotzen du.

34. Preskripzioa egiten laguntzeko tresna gisa, Osakidetzak gomendio batzuk prestatu ditu zitikolina bidezko tratamenduari buruz; horien artean EZ dago:

a) Baimendutako indikazioetan zitikolinaren egokitasuna tratamendu berri bat ezarri aurretik aztertzea, eraginkortasun gutxi duelako.
b) Narriadura kognitibo baskularrean eta dementzia baskularrean erabiltzeko aukera baloratzea.
c) Zitikolina baimendutakoak ez diren indikazioetan ez erabiltzea.
d) 1,5-3 hilabetetik gorako tratamenduen onurak ebaluatzea eta tratamendua eteteko aukera aztertzea.

35. Sendagai hauek emateko orduan, bat bakarrik ordezkatu ahal izango da preskripzioa egin duen medikuaren esanbidezko baimenik gabe. Zein?

a) Fenitoina.
b) Isotretinoina.
c) Enoxaparina.
d) Bilanterola.

36. Osasun Sistema Nazionaleko mediku-errezeta elektronikoa dela eta, hautatu erantzun OKERRA:

a) Preskripzioa egiten duenak bere identitatea egiaztatu eta preskripzioa elektronikoki sinatu beharko du.
b) Preskripzioa egiten duenak osasun-txartel indibiduala eskatuko du, sisteman identifikazio-kode pertsonala sartzeko.
c) Sendagaiak eta osasun-produktuak ezarritako plan terapeutikoaren arabera preskribatuko dira, zehaztu diren eta sei hilabete gainditu ezin duten tratamendu-tarteetan oinarrituta, araudiak sendagai estupefazienteen preskripziorako ezartzen dituen mugak errespetatuz.
d) Preskripzioa egiteko unean, pazienteak babesa eta konfidentzialtasuna eska dezake tratamenduren bat emateko.

37. 954/2015 Errege Dekretuak erizainek gizakientzako sendagaiak eta osasun-produktuak aholkatu, erabili eta banatzeko baimena izan dezaten arautzen du. Hautatu erantzun zuzena dekretu horren arabera:

a) Osasun Ministerioaren titularrari dagokio erizainak akreditatzea, gizakientzako sendagaiak eta osasun-produktuak –medikuaren preskripzioa behar dutenak– aholkatu, erabili eta banatzeko.
b) Erizainek, beren lanbide-jardunean, gizakientzako sendagaiak eta osasun-produktuak –mediku-preskripziorik behar ez dutenak– aholkatu, erabili eta ematea baimendu ahal izango dituzte, modu autonomoan, dispentsazio-aginduaren bidez.
c) Akreditazioa lortzeko, erizainek gutxienez urtebeteko lanbide-esperientzia frogatu beharko dute, baita osasun-administrazioak doan eskaintzen duen egokitzapen-ikastaro egoki bat egin ere.
d) Denak dira okerrak.

38. Preskripzio elektronikorako sistema, Osakidetzan errezeta elektronikoaren zirkuituan integratua, esparru asistentzial guztiek (lehen mailakoa, ospitalea, osasun mentala, soziosanitarioa) erabil dezaketen tresna partekatu bakarra, izen honekin ezagutzen da:

a) eRezeta.
b) eOsabide.
c) Presbide.
d) eBotika.

39. Errezeta medikoari eta dispentsazio-aginduei buruzko abenduaren 17ko 1718/2010 Errege Dekretuarekin bat, Osakidetzaren errezeta elektronikoan, zein da tratamenduaren gehieneko iraupena, preskripzio kroniko batean ezar daitekeena?

a) Hiru hilabete.
b) Sei hilabete.
c) Urtebete.
d) Bi urte.

40. Errezeta medikoari eta dispentsazio-aginduei buruzko abenduaren 17ko 1718/2010 Errege Dekretuarekin bat, zenbat ontzi preskriba daitezke gehienez ere mediku-errezeta bakoitzean, dosi anitzeko bialetan dauden intsulinen kasuan?

a) Ontzi bat.
b) Bi ontzi
c) Hiru ontzi.
d) Lau ontzi.

41. Farmaziako Zerbitzu Korporatiboak (DAS) «Presbide berrikuntzak» buletinean argitaratutako informazioaren arabera, funtzionalitate hauetako zein dago txertatuta Presbide preskripzio-sisteman?

a) Iragazketa Glomerularraren (IG) azken analitikaren balioaren bistaratzea.
b) «Hornidurarik eza» botoia, hornidura-eza garrantzitsuen zerrenda ikustea ahalbidetzen duena.
c) Formula magistralak (FM) preskribatzeko aukera, hala finantzatuak nola finantzatu gabeak.
d) Aurreko guztiak.

42. Erizainek gizakientzako sendagaiak eta osasun-produktuak aholkatu, erabili eta banatzeko baimena izan dezaten arautzen duen 954/2015 Errege Dekretuaren arabera, hain zuzen, bere testu bateginaren arabera, zein organok dauka akreditazioa emateko eskumena, profesional horiek gaitasuna izan dezaten medikamentuak gomendatzeko, erabiltzeko eta ematea baimentzeko?

a) Osasun, Kontsumo eta Gizarte Ongizate Ministerioak.
b) Probintzia bakoitzeko Erizaintza Elkargo Ofizialak.



c) Dagokion autonomia-erkidegoan, osasunaren arloan eskumena duen organoaren titularrak.
d) Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzak.

43. Errezeta medikoari eta dispentsazio-aginduei buruzko abenduaren 17ko 1718/2010 Errege Dekretuaren arabera, Osasun Sistema Nazionaleko (OSN) osasun-zerbitzu desberdinen artean interoperabilitatea bermatzeko, zein informazio agertu behar da derrigorrez mediku-errezeta elektronikoetan, lurralde nazional osoan baliozkotasuna izan dezaten?

a) OSNko erabiltzailearen identifikazio-kode unibokoa, medikamentuaren identifikazio-kodea eta tratamendua zehazteko gainerako parametroak, OSNko izendegi ofizialean agertzen direnak.
b) Osasun-txartel indibidualaren kodea (OTI) eta eskualdeko elkarreragingarritasun-nodoaren balidazioa.
c) Osasun-txartel indibidualaren kodea (OTI) eta sendagaiaren nazioarteko izendapen komuna (NIK).
d) OSNko erabiltzailearen identifikazio-kode unibokoa, sendagaiaren nazioarteko izendapen komuna (NIK) eta errezetaren balidazioa osasun-sistema autonomikoan.

44. Oro har, ondoz ondoko prestazioko hornidura- eta zerbitzu-kontratu publikoetan, kontratuaren iraupenak, egon daitezkeen luzapenak barne, ez du gaindituko muga hau:

a) 4 urte.
b) 5 urte.
c) 7 urte.
d) 10 urte.

45. Kontratazio publikoaren arloan, Euskal Autonomia Erkidegoko sektore publikoko erakundeen berariazko organo aholku-emailea, zein da?

a) Kontrol Ekonomikoko Bulegoa.
b) Sailkatzeko Batzordea.
c) Kontratazio Publikoaren Aholku Batzordea.
d) Kontratuen inguruko Errekurtsoen Administrazio Organoa.

46. Kontratazio arloko errekurtso bereziak, erreklamazioak eta deuseztasun-gaiak, Euskal Autonomia Erkidegoko administrazioko eta lurralde horretako toki-administrazioetako sektore publikoetan integratuta dauden botere esleitzaileek egindako kontratuetan jarritakoak, hiru foru-aldundiak kenduta, honek ebatziko ditu:

a) Kontratuen inguruko Errekurtsoen Administrazio Organoa.
b) Kontratazio Publikoaren Aholku Batzordea.
c) Kontrol Ekonomikoko Bulegoa.
d) Sailkatzeko Batzordea.



47. Nola deitzen da Eusko Jaurlaritzaren lizitazio elektronikorako plataforma, Euskadiko kontratazio publikoko espedienteen kudeaketa elektronikoa ahalbidetzen duena?

a) e-Kontratu.
b) KontratazioA.
c) Eginbide.
d) Kontratubide.

48. Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, kontratazio-organoak merkatuko aldez aurretiko kontsultak egiten dituenean, emaitzak txosten batean jaso behar dira; txosten hau:

a) Isilpekoa da eta Kontu Hartzailetzak baino ezin du kontsultatu.
b) Nahitaez argitaratu behar da kontratazio-organoaren kontratatzailearen profilean.
c) Ez da beharrezkoa, kontratuaren aurrekontua 100.000 euro baino gutxiago bada.
d) Kontratua adjudikatu zaien enpresei bakarrik entregatuko zaie.

49. Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, zein da gehieneko epea kontratazio arloko errekurtso berezia jartzeko, adjudikazioa jakinarazi ondoren?

a) Hamar egun baliodun.
b) Hamabost egun baliodun.
c) Egutegiko hamabost egun.
d) Egutegiko hogeita hamar egun.

50. Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, sendagaien kontratazioan, esparru-akordioaren helburua da:

a) Sendagaiak zuzenean eskuratzeko bidea ematea, aditzera eman eta lizitazioa egin beharrik gabe.
b) Kontratazioa Administrazioak lehenago homologatu dituen enpresetara mugatzea.
c) Kontratazio-prozedura irekien ordez erosketa-sistema zentralizatuak ezartzea.
d) Aldi jakin batean adjudikatuko diren kontratuek bete beharko dituzten baldintzak zehaztea (bereziki prezioei dagokienez).

51. Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, funtzio hauen artean, hautatu Kontratazio Mahaiari dagokiona:

a) Kontratazio-espedientea eta dagokion gastua onartzea.
b) Kontratua eskaintza onena aurkeztu duen lizitatzaileari adjudikatzea eta egikaritzen hasteko baimena ematea.
c) Prozedura murriztuan hautagaiak aukeratzea, kontratazio-organoak eginkizun hori eskuordetu badu eta administrazio-klausula berezien agirian hala agertzen bada.
d) Adjudikazioaren aurka jar daitezkeen kontratazio arloko errekurtso bereziak ebaztea.



52. Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, sistema hauetako zein erabil daiteke Administrazio Publikoetan kontratuen adjudikazioa arrazionalizatu eta antolatzeko?

a) Esparru-akordioak.
b) Eskuratze-sistema dinamikoak.
c) Kontratazio-zentralak.
d) Aurreko guztiak.

53. Sendagaiak erosteko publizitaterik gabeko prozedura negoziatua EZIN da erabili:

a) Produktuak ikerketarako ez bestetarako fabrikatzen direnean.
b) Aurretik ikusi ezin diren gertaerek eragindako premiazko urgentzia bat dagoenean.
c) Arrazoi teknikoengatik lehia dagoenean.
d) Kontratua isilpeko edo erreserbatu deklaratu denean, edo kontratua egikaritzeko segurtasun-neurri bereziak ezarri behar direnean indarrean den legeriaren arabera.

54. Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, zein EZ da kontratuak adjudikatzeko prozedura mota?

a) Irekia
b) Murriztua
c) Berrikuntzarako elkartzekoa
d) Zeharkakoa

55. Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, kontratu bat noiz hartzen da txikitzat?

a) 15.000 eurotik beherako hornidura denean.
b) 10.000 eurotik gorako hornidura denean.
c) 15.000 eurotik gorako hornidura denean.
d) 10.000 eurotik beherako hornidura denean.

56. Nork erabakitzen du zer hartzen den kontratazio zentralizatutzat Osakidetzan?

a) Osasun Saileko Farmazia Zuzendaritzak.
b) Osakidetzako Administrazio Kontseiluak.
c) Osakidetzako Ekonomia Zuzendaritzak.
d) Osakidetzako Farmaziako Batzorde Korporatiboak.

57. Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, adjudikatu al dakioke sorta bat baino gehiago lizitatzaile berari?

a) Bai, beti.
b) Bai, kontratazio-organoak baimentzen badu.
c) Bai, formuletan oinarritutako irizpideak badaude.
d) Ez, inoiz ere ez.

58. Osakidetzan, nork eman ahal dio hasiera sendagaien hornidura kontratatzeko prozedura bati?

a) Herri Kontuen Euskal Epaitegiak.
b) Osakidetzako Farmaziako Batzorde Korporatiboak.
c) Osasun Saileko Farmazia Zuzendaritzak.
d) Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiak.

59. Kontrataziorako baldintza teknikoen agirietan jasotako dokumentuen artean, hautatu Kontratazio Organoari aurkezten zaion C gutun-azalean sartu behar dena:

a) Medikamentua merkaturatzea baimentzen duen ebazpena eta, hala badagokio, geroztiko aldaketak.
b) Azken hiru urteetan eskainitako sendagaiak direla eta, Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) eta nazioarteko mailako beste edozein medikamentu-agentziak aditzera emandako segurtasun-alerta edo oharrei buruzko txostena, laborategiko zuzendari teknikoarena.
c) Sendagaien osaeran sartzen diren printzipio aktiboen eta eszipienteen kalitatea Espainiako Errege Farmakopearen arabera ezarri da, edo bestela, justifikatutako kasuetan, AEMPSek onartutako beste monografia edo farmakopea batzuen arabera.
d) Aurreko guztia aurkeztu behar da.

60. ...ondorioz Osasun Administrazioak berehala jardun behar duenean, larrialdiko izapidetzea erabiliko da (hautatu erantzun OKERRA):

a) Segurtasun nazionalari eragiten dioten premien...
b) Arrisku larria sortzen duten egoeren...
c) Hondamendi-egoeren...
d) Egiturazko ekonomia-krisien...

61. Kontratua ez betetzea zigortzeko zehapenak aurreikus daitezke?

a) Bai, baldintza-agirietan edo azalpen-agirian.
b) Bai, txosten teknikoan.
c) Bai, baina prozedura irekietan bakarrik.
d) Ez, inoiz ere ez.

62. Eskaintza onenen kasuan jarri beharreko behin betiko bermea, Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera:

a) Inola ere ez da eskatzen behin betiko bermerik.
b) Eskainitako azken prezioaren % 1, BEZ gabe.
c) Eskainitako azken prezioaren % 2, BEZ gabe.
d) Eskainitako azken prezioaren % 5, BEZ gabe.



63. Kontratua egikaritzen hasteko epeei dagokienez, Sektore Publikoko Kontratuei buruzko azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera:

a) Presaz izapidetutako kontratua egikaritzen hasteko epea ezingo da izan hilabete baino gehiagokoa, kontratua formalizatzen denetik.
b) Larrialdi gisa izapidetutako kontratua egikaritzen hasteko epea ezingo da izan bi hilabete baino gehiagokoa, kontratua formalizatzen denetik.
c) Larrialdi gisa izapidetutako kontratua egikaritzen hasteko epea ezingo da izan hilabete baino gehiagokoa, kontratua formalizatzen denetik.
d) Larrialditzat jotako espedienteek lehentasuna izango dute izapidetzean esku hartu duten organoetan; organo horiek 5 eguneko epea izango dute dagozkion txostenak egiteko edo izapideak betetzeko.

64. Sektore Publikoko Kontratuei buruzko 9/2017 Legearen arabera, nork egiaztatu behar du behin betiko bermea jartzea?

a) Inola ere ez da eskatzen bermerik.
b) Lizitatzaile guztiek.
c) Behin-behineko bermea baino ezin da eskatu.
d) Eskaintza onena aurkeztu duten lizitatzaileek.

65. Balio-judizioan oinarritutako irizpideek formuletan oinarritutakoek baino haztapen handiagoa dutenetan, nori dagokio irizpide horiek baloratzea?

a) Adituen batzordeari.
b) Osakidetzako kontratazio-organoari.
c) Osasun Saileko Farmazia Zuzendaritzari.
d) Osakidetzako Farmaziako Zerbitzu Korporatiboari.

66. Hautatu Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziaren (AEMPS) jarduketak, sendagaien hornikuntza-arazoen inpaktua saihestu edo gutxitzeko:

a) Medikamentu kritikoen eskaria, stocka eta aurreikuspenak kudeatzea.
b) Espainian baimenduta dagoena bezalako sendagai bat merkatuan sartzeko salbuespenezko merkaturatzea, sendagai hori beste herrialde batzuetarako egokituta dagoenean eta, ondorioz, etiketa beste hizkuntza batean duenean.
c) Hornikuntza-arazoak dituzten sendagaiak lurralde nazionaletik ateratzeko mugak jartzea eta unitate horiek Espainiako merkatuaren beharrak betetzera bideratzeko agindua ematea.
d) Guztiak dira AEMPSen jarduketak, sendagaien hornikuntza-arazoen inpaktua saihestu edo gutxitzeko.

67. Osakidetza-Euskal osasun zerbitzua Ente Publikoaren Estatutuak ezartzen dituen azaroaren 11ko 255/1997 Dekretuaren arabera, nor da kontratazio-organo eskuduna kontratazio zentralizatuak egiteko?

a) Osakidetzako Administrazio Kontseilua.



b) Ente Publikoaren Zuzendaritza Nagusia.
c) Eusko Jaurlaritzako Osasuneko sailburua.
d) Farmaziako Batzorde Korporatiboa.

68. Osakidetza-Euskal osasun zerbitzua Ente Publikoaren Estatutuak ezartzen dituen azaroaren 11ko 255/1997 Dekretuaren arabera, zer jotzen da «hornigaien erosketa integratutzat» Osakidetzaren arloan?

a) Askotariko hornigai sanitarioak sorta batean elkartzen dituzten erosketak, baterako kudeaketa optimizatzeko.
b) Ente Publikoaren Administrazio Kontseiluak –Zuzendaritza Nagusiak ezarritako homologazio-prozeduren bidez– zehazten dituen erosketak (garrantzi estrategikoa dutelako).
c) Ente Publikoko erakunde guztiei aplikatzen zaizkien kontratazio zentralizatuak, berariaz planifikatzen direnak, horniduraren hartzaile direnen partaidetzarekin.
d) Lehenago homologatutako hornitzaileen katalogoak erabiliz egiten diren erosketak, Ente Publikoko hainbat erakunde hornitzeko baldintza komunak ezarrita.

69. Ospitaleetako sendagaien erosketak kudeatzeari dagokionez, 1/2015 Legegintzako Errege Dekretuak, uztailaren 24koak, Sendagaien eta Osasun-produktuen Bermeen eta Erabilera Zentzuzkoaren Legearen testu bategina onartzen duenak, funtzio hau esleitzen die farmazia-unitate edo -zerbitzuei:

a) Sendagaiak erosteko erantzukizun teknikoa bermatzea eta bere gain hartzea, kontratazio-organoekin lankidetzan.
b) Medikamentuak kontratatzeko prozedurak negoziatzea, kontratazio publikoari buruzko araudia eta hornidura-baldintzak betetzen direla bermatuta.
c) Kontratazio Mahaiaren aholkulari gisa aritzea sendagaiak erosteko prozeduretan, irizpide kliniko eta ekonomikoekin bat.
d) Ospitaleko medikamentu-erosketen kudeaketan parte hartzea eta koordinatzea, kudeaketa horren efizientzia bermatzeko.

70. Osakidetza-Euskal osasun zerbitzua Ente Publikoaren Estatutuak ezartzen dituen azaroaren 11ko 255/1997 Dekretuan ezarritakoaren arabera, zein organori dagozkio «integratutzat» jotzen diren hornigaien erosketak zehaztea eta gauzatzea?

a) Erakunde Sanitario Integratuetako (ESI) bakoitzari.
b) Farmaziako Batzorde Korporatiboari.
c) Administrazioko eta gestio korporatiboko Erakunde Zentralari.
d) Osasun Saileko Farmazia Zuzendaritzari.

71. Herri Kontuen Euskal Epaitegia euskal sektore publikoaren finantza- eta kontularitza-jarduerak fiskalizatzen dituen organo gorena da, eta:

a) Ogasun eta Ekonomiako sailburuak izendatzen du, eta sail horren mendean jarduten du.



b) Ogasun eta Ekonomiako sailburuak izendatzen du, baina independentzia osoz jarduten du epaitegiak, Legebiltzarretik aparte.
c) Eusko Legebiltzarrak izendatzen du, eta Legebiltzarraren mendean jarduten du.
d) Eusko Legebiltzarrak izendatzen du, baina independentzia osoz jarduten du epaitegiak, Legebiltzarretik aparte.

72. Hauetako zein ez da Herri Kontuen Euskal Epaitegiak egin behar duen lana?

a) Euskal Autonomia Erkidegoaren Kontua.
b) Foru-aldundien kontuak.
c) Udalen diagnostiko-txostenak.
d) Hauteskunde-gastuen kontuak, Eusko Legebiltzarrerako edo Batzar Nagusietarako hauteskundeei dagozkienak.

73. Herri Kontuen Euskal Epaitegiak fiskalizatu egingo ditu:

a) Euskal sektore publikoak egiten dituen kontratuak.
b) Euskal sektore publikoaren ondarearen egoera eta aldaketak.
c) Aurrekontuko diru-sarreren legezkotasuna, erregulartasuna eta eraginkortasuna.
d) Herri Kontuen Euskal Epaitegiak horiek guztiak fiskaliza ditzake.

74. Herri Kontuen Euskal Epaitegia organo honen mendean dago:

a) Eusko Jaurlaritza.
b) Eusko Legebiltzarra.
c) Eusko Jaurlaritzako Ekonomia eta Ogasuneko sailburua.
d) Aurrekoetako bat ere ez.

75. Fiskalizatzeko eginkizunaren gai-esparrua, Herri Kontuen Euskal Epaitegiaren 1/1988 Legean ezarritakoa, hau egiaztatzea da, hitz gutxitan:

a) Euskal sektore publikoa osatzen duten entitateen jarduera ekonomiko eta finantzarioaren legezkotasuna.
b) Euskal sektore publikoaren jarduera ekonomiko eta finantzarioaren eraginkortasuna eta efizientzia.
c) Aurkeztutako dokumentazio finantzarioetan aplikatu beharreko kontularitza-printzipioak betetzen ote diren.
d) Guztiak dira fiskalizazio-eginkizunaren gaia.

76. Osakidetza-Euskal osasun zerbitzua Ente Publikoaren Estatutuak ezartzen dituen azaroaren 11ko 255/1997 Dekretuan ezarritakoaren arabera, Kontu Hartzailetzak:

a) Organikoki, zuzendariordetza-maila du, eta soilik Zuzendaritza Orokorraren mendean dago.
b) Zuzendaritzaren maila organikoa du; organikoki, Zuzendaritza Nagusiari adskribatuta dago, eta, funtzionalki, Kontrol Ekonomikoko Bulegoari.



c) Kontrol Ekonomikoko Bulegoaren mendean dago soilik, organikoki Zuzendaritza Nagusiari adskribatuta egon gabe.
d) Funtzionalki, Zuzendaritza Nagusiaren mendean dago, organikoki Kontrol Ekonomikoko Bulegoari adskribatuta egon arren.

77. Herri Kontuen Euskal Epaitegiaren fiskalizazio-eginkizunak oinarrizko hiru irizpide bete behar ditu; zeintzuk?

a) Legezkotasuna, egokitasuna eta egiazkotasuna.
b) Eraginkortasuna, efizientzia eta ekonomia.
c) Independentzia, eraginkortasuna eta efizientzia.
d) Independentzia, efizientzia eta gardentasuna.

78. Osakidetza-Euskal osasun zerbitzua Ente Publikoaren Estatutuak ezartzen dituen azaroaren 11ko 255/1997 Dekretuan ezarritakoaren arabera, zein organo da eskuduna Ente Publikoaren jarduerari finantza-kontrol iraunkorra egiteko?

a) Osakidetzako Zuzendaritza Nagusia, Osasun Sailak eskuordetuta.
b) Herri Kontuen Euskal Epaitegia, Eusko Legebiltzarraren kanpoko organo fiskalizatzaile gisa.
c) Osakidetzako Kontu Hartzailetza, Kontrol Ekonomikoko Bulegoaren Zuzendaritzaren izenean eta hark eskuordetuta.
d) Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza, Ente Publikoaren Administrazio Kontseiluak eskuordetuta.

79. Farmaziako Batzorde Korporatiboari medikamentu berri bat eskatzeko txostenak aipatutako guztiak jasotzen ditu, hau IZAN EZIK:

a) Segurtasun-alderdiak.
b) Ekonomia-ebaluazioa.
c) Alderdi etikoak.
d) Eraginkortasunaren ebaluazioa.

80. EZ da Farmaziako Batzorde Korporatiboaren eginkizuna:

a) Osakidetza Ente Publikoan medikamentuen zentzuzko erabilera sustatzeko neurriak proposatzea.
b) Osakidetza Ente Publikoan egiten den kontsumo farmazeutikoaren ebaluazio jarraitua egitea.
c) Laguntza teknikoa eskaintzea Osakidetza Ente Publikoan egiten diren medikamentu-kontratazio guztietan.
d) Laguntza teknikoa eskaintzea Osakidetza Ente Publikoaren aplikazio informatikoetan Farmazia-kudeaketa lantzeko eta ezartzeko.

81. Norena da Farmaziako Batzorde Korporatiborako hasieran izendatutako kideak ordezkatzeko edo, kasua bada, beste kide batzuk sartzeko eskumena?

a) Osakidetzako Giza Baliabideen Zuzendaritzarena.
b) Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzarena.
c) Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiarena.
d) Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Farmazia Zuzendaritzarena.

82. Osakidetzan tabakoarekiko mendekotasuna gainditzeko tratamendu bat finantzatzeko, erabiltzaileak baldintza hau bete behar du:

a) Egunean 10 zigarro edo gehiago erretzea.
b) Fagerström testaren arabera ≥5eko mailako mendetasuna izatea.
c) Oro har, urtean behin finantzatuko saialdiak 2 hilabete iraungo du gehienez.
d) Urtean erretzeari uzteko 3 saialdi finantzatuko dira gehienez ere.

83. Osakidetzako Farmaziako Batzorde Korporatiboak kide hauek ditu:

a) Presidentea, ordezko presidentea, 16 batzordekide eta idazkari bat.
b) Presidentea, ordezko presidentea, 14 batzordekide eta idazkari bat.
c) 8 batzordekide medikuak izango dira, espezialitate desberdinetakoak.
d) Osasun Saileko Farmazia Zuzendaritzako kide den farmazialari bat egongo da.

84. Osakidetzako Farmaziako Batzorde Korporatiboak posizionamendu terapeutikoa ezarri behar dien sendagaien zerrendak EZ DITU BARNEAN HARTZEN:

a) Sendagai zurtzak.
b) Arriskuak kudeatzeko programa baten bidez onartutako sendagaiak; programa horrek zehazten ditu sendagaien balizko arriskuak eta segurtasuna.
c) Aurrekontuan eragin handia duten sendagai berriak.
d) Sendagai bioantzeko berriak.

85. Hauetako bat Osakidetzako Farmaziako Batzorde Korporatiboaren eginkizuna da:

a) Osakidetzan aurrera eramaten diren sendagaien kontratazio konplexuak ebaztea.
b) Osakidetzaren aplikazio informatikoetan Farmazia-kudeaketa landu eta ezartzea.
c) Osakidetzan sendagaien zentzuzko erabilera sustatzeko neurriak proposatzea.
d) Osakidetza Ente Publikoan egiten den kontsumo farmazeutikoari mugak jartzea.

86. Osakidetzako Farmaziako Batzorde Korporatiboak eginkizun hauek ditu, bat IZAN EZIK:

a) Sendagaien zentzuzko erabilera sustatzeko neurriak proposatzea.
b) Sendagaien kontratazio konplexuei buruzko txostenak egitea eta erabaki teknikoak hartzea.

c) Aholkua ematea pazientearen ezaugarri klinikoak direla-eta erabaki azkar bat hartzea eskatzen duten sendagaien erabilerari buruzko baimen banakatuetan.
d) Farmakoak eta osasun-produktuak ospitaleetan eskuratzeko, kudeatzeko, biltegiratzeko, banatzeko eta administratzeko erabiltzen diren prozedurak proposatzea.

87. Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuan farmaziako batzorde korporatibo bat eratu eta berari eginkizunak esleitzeko eta bere kideak izendatzeko 2010eko maiatzaren 13ko Erabakian xedatutakoaren arabera, zein da batzorde horren eginkizuna, Osakidetzako ospitaleetan sendagai berriak erabiltzen hasteari dagokionez?

a) Sendagai berriak ospitale bakoitzaren gida farmakoterapeutikoan sartzeko baimena ematea.
b) Ospitaleko sendagaiak finantzatzeko prezioak ezartzea.
c) Ospitalean erabiltzeko sendagaien kontratazio-espedienteak –sendagai berriak sartzeko proposamenen ondoriozkoak– onartzea.
d) Medikamentu berriak sartzeko proposamenen posizionamendu terapeutiko korporatiboa, jarraipen klinikorako irizpideak eta aurrekontu-inpaktua proposatzea.

88. Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuan farmaziako batzorde korporatibo bat eratu eta berari eginkizunak esleitzeko eta bere kideak izendatzeko 2010eko maiatzaren 13ko Erabakian xedatutakoaren arabera, zein da Batzordearen izaera organikoa?

a) Osakidetza Ente Publikoaren kide anitzeko organoa.
b) Osasun Sistema Nazionalaren Lurraldearteko Kontseiluaren ordezko organoa.
c) Osakidetza Ente Publikoaren hornigaiak erosketa zentralizatuaren bidez eskuratzeko kontratazio-organoa.
d) Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari adskribatutako organo betearazlea.

89. Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuan farmaziako batzorde korporatibo bat eratu eta berari eginkizunak esleitzeko eta bere kideak izendatzeko 2010eko maiatzaren 13ko Erabakian xedatutakoaren arabera, noiz proposa daiteke I. eranskineko posizionamendu terapeutiko korporatiboa ezartzeko sendagaien zerrendan dauden kategoriak aldatzea edo berri batzuk gehitzea?

a) Soilik erreferentzia den medikamentuaren patentea iraungitzen denean.
b) Etorkizunean ekonomia-, eraginkortasun- edo segurtasun-irizpideei lotutako inguruabarrak gerta daitezkeenean.
c) Osakidetzako ospitaleetako farmazia-zuzendaritzen proposamenez bakarrik.
d) Inoiz ez; I. eranskina itxita dago eta ezin da aldatu.

90. AEMPSek sendagaien posizionamendu terapeutikoko txostenak egiteko proposamenaren arabera, lehenengo txostena honek egingo du:

a) AEMPSek berak.
b) AEMPSeko bi kidek eta autonomia-erkidegoen bi ordezkarik osatutako lantaldeak.
c) Posizionamendu Terapeutikoaren Koordinazio Taldeko kideek, txostena egiteko interesa eta prestasuna agertzen dituztenek.



d) Posizionamendu Terapeutikoaren Koordinazio Talde osoak.

91. Euskadiko Medikamentu Berrien Ebaluazio Batzordean jarraitzen den Lanerako Prozedura Arautuaren arabera, sendagai berrien ebaluazioa egiteko, alderdi hauek eta ordena honetan ebaluatzen dira:

a) Segurtasuna, eraginkortasuna, kostua, pauta.
b) Eraginkortasuna, segurtasuna, kostua, pauta.
c) Segurtasuna, eraginkortasuna, pauta, kostua.
d) Eraginkortasuna, segurtasuna, pauta, kostua.

92. Andaluzia, Euskal Autonomia Erkidego, Katalunia, Aragoi eta Nafarroako Medikamentu Berrien Ebaluazio Batzorde Mistoan jarraitzen den Lanerako Prozeduraren arabera, ebaluatzen den medikamentuaren kostu konparatuak, egokitzat jotzen diren alderatzaileekiko, irizpide honen arabera kalkulatuko dira:

a) Prozesu akutuetan, dosi akutua erabiltzen duen tratamenduaren eguneko kostua.
b) Prozesu kronikoetan, jarraipena emateko dosia erabiltzen duen tratamenduaren eguneko kostua.
c) Analisi konparatiboan erreferentzia-prezioa erabiliko da, eskuragarri dagoen guztietan.
d) Erantzun guztiak dira zuzenak.

93. STOPP/START irizpideak:

a) 65 urtetik gorako pertsonen kasuetan desegokiak izan daitezkeen preskripzioak detektatzeko erabiltzen dira.
b) Kanadako Geriatria Elkarteak proposatutako irizpideak dira.
c) Urtero eguneratzen dira.
d) Lehenen aldiz 2010ean argitaratu ziren.

94. Sakubitriloa/balsartana izeneko sendagaiaren posizionamendu terapeutikoko txostenaren arabera, zein da sakubitriloa eta balsartana konbinatuz gero hobekuntza nabarituko lukeen paziente helduaren profila?

a) Bihotzeko gutxiegitasun kroniko sintomatikoa duten pazienteak (II-III gradua), tratamenduaren kontrol txarra badute, AEBI edo AHA II dosi egonkorrak eta, aldi berean, beta-blokeatzaileak eta aldosteronaren antagonistak dosi onargarri altuenetan (intolerantziaren edo kontraindikazioaren kasuan izan ezik) jasotzen dituzten arren.
b) Bihotzeko gutxiegitasun kroniko sintomatikoa duten pazienteak (II-III gradua), eiekzio-frakzio murriztua badute (ezker-bentrikuluko eiekzio-frakzioa ≤ % 35) eta BNP edo NT-pro-BNP plasma-maila altuak badituzte.
c) Bihotzeko gutxiegitasun kroniko sintomatikoa duten pazienteak (II-III gradua), BNP edo NT-pro-BNP plasma-maila altuak badituzte.
d) Aurreko irizpide guztiak betetzen dituzten pazienteak, egiaztatu eta gero kontrol txar hori ez dela tratamendua ez betetzearen ondoriozkoa.

95. Preskripzio zuhurraren printzipioak kontuan hartuta, terapiak huts egiten badu, ezer baino lehen:

a) Erabilitako sendagaiaren dosia igo behar da.
b) Aurrekoaren ordez, beste ekintza-mekanismo bat duen sendagairen bat erabili behar da.
c) Aurrekoarekin batera, beste ekintza-mekanismo bat duen sendagairen bat erabili behar da.
d) Tratamenduarekiko atxikimendua egiaztatu behar da.

96. Posizionamendu terapeutikoko txostenak egiteari dagokionez, erakunde hauetako zeinek EZ du esku hartzen sendagai berri bat ebaluatzeko prozesuan?

a) Medikamentuen eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak.
b) Osasun Sistema Nazionaleko Lurraldearteko Kontseiluak.
c) Autonomia-erkidegoetako farmazia-zuzendaritzek.
d) Osasun eta Farmazia Zerbitzu Nazionalaren Oinarrizko Zorroaren Zuzendaritza Nagusiak.

97. Eusko Jaurlaritzako Farmazia Zuzendaritzak sendagaiak zentzuz erabiltzeko eman dituen gomendioen arabera, hain zuzen, «Hipogluzemiatzaileen desintentsifikazioa adineko pertsonetan» izeneko oharraren arabera, pazienteen artean, zeintzuk EZIN litezke izan desintentsifikazio horren onuradun?

a) Diabetesaren urte ugariko bilakaera duten pazienteak, bereziki 20 urtetik gorakoa bada.
b) Morbilitate anizkuna duten paziente instituzionalizatuak.
c) 70 urtetik gorako pazienteak.
d) Hainbat komorbilitate dituztenak, batez ere 5 edo gehiago dituzten horiek.

98. Kontuan hartuta Eusko Jaurlaritzako Farmazia Zuzendaritzak sendagaiak zentzuz erabiltzeko eman dituen gomendioak, hain zuzen, «Hipogluzemiatzaileen desintentsifikazioa adineko pertsonetan» izeneko oharra, hautatu erantzun zuzena:

a) Sendagai asko hartzen dituzten eta bizi-itxaropen mugatua duten adineko pertsonen kasuan, helburu gisa HbA1c maila ez hain zorrotzak ezartzea gomendatzen da (% 7,5-8 bitartean).
b) Hipogluzemia eragiteko arrisku handiagoa duten sendagaien dosia (adibidez, intsulinarena) etetea edo murriztea gomendatzen da.
c) Hipogluzemia eragiteko arrisku gutxiago duen beste sendagai batera aldatzea gomendatzen da, adibidez, glikazidaren ordez glibenklamida hartzea.
d) Gibeletik kanporatzen diren hipogluzemiatzaileen dosia (adibidez, metforminarena) murriztea gomendatzen da.

99. Ahotiko semaglutidaren posizionamendu terapeutikoko txostenaren arabera, hautatu erantzun zuzena:

a) Euskal Autonomia Erkidegoan, ahotiko semaglutida finantzatuta dago –eta ikus-onetsita– II. motako diabetes mellitusa tratatzeko, soilik gorputz-masaren indizea (GMI) > 35 kg/m2 duten pertsona obesoetan, beste antidiabetiko batzuekin batera konbinatuta (ez monoterapian), baldin eta medikamentuok, dieta eta ariketarekin batera, ez badute lortzen gluzemiaren kontrol egokirik.
b) Ahotik administratzea abantaila bat da, bioerabilgarritasun txikia duelako.
c) Kontrako efektu ohikoenak urdail-hesteetakoak dira, eta batez ere efektu horien ondorioz eteten da tratamendua.
d) Kontrako efektu larrien artean, gibeleko toxikotasuna da nabarmentzekoa.

100. Euskadiko Medikamentu Berrien Ebaluazio Batzordean jarraitzen den lanerako prozedura arautuaren arabera, sendagai bat berriz ebaluatzeko:

a) Lanerako Prozedura Arautu laburtua erabili ahal izango da.
b) Ezin da berez egin berriz ebaluatzeko eskaera; ofizioz egin behar da.
c) Batzorde Mistoa osatzen duten batzordeetako edozein arduratuko da berriz ebaluatzeaz.
d) Ebaluazioa gutxienez 5 urte lehenagokoa duten sendagaiak baino ez dira berriz ebaluatuko.

101. Posizionamendu terapeutikoko txostenen kudeaketari dagokionez, posizionamendu terapeutikoa koordinatzeko taldeak kide hauek ditu:

a) AEMPSeko Giza Erabilerarako Medikamentuen Saileko bi ordezkari, Osasun eta Farmazia Zerbitzu Nazionalaren Oinarrizko Zorroaren Zuzendaritza Nagusiko bi ordezkari, eta taldean parte hartzeko interesa adierazi duten autonomia-erkidegoen ordezkari bana.
b) AEMPSeko Giza Erabilerarako Medikamentuen Saileko bi ordezkari, Osasun eta Farmazia Zerbitzu Nazionalaren Oinarrizko Zorroaren Zuzendaritza Nagusiko bi ordezkari, eta taldean parte hartzeko interesa adierazi duten autonomia-erkidego bakoitzeko bi ordezkari.
c) AEMPSeko Giza Erabilerarako Medikamentuen Saileko burua, Osasun eta Farmazia Zerbitzu Nazionalaren Oinarrizko Zorroaren Zuzendaritza Nagusiko burua, taldean parte hartzeko interesa adierazi duten autonomia-erkidego bakoitzeko bina ordezkari eta AEMPSeko idazkaritza.
d) AEMPSeko Giza Erabilerarako Medikamentuen Saileko burua, Osasun eta Farmazia Zerbitzu Nazionalaren Oinarrizko Zorroaren Zuzendaritza Nagusiko ordezkari bat, taldean parte hartzeko interesa adierazi duten autonomia-erkidego bakoitzeko ordezkari bat (gehienez ere 17) eta AEMPSeko idazkaritza.

102. SEFAPren jarrera pertsona ardatz duen medikazioaren berrikusketan. Egoeraren diagnostikoa. Aukeratu erantzun OKERRA:

a) Dimentsio anitzeko balorazio integrala da, denbora aurrera joan ahala aldatzen dena; pertsonaren dimentsio klinikoa, funtzionala, mentala eta soziala baloratzen dira.



b) Pazientearen ikuspegi globala erabakigarria da pertsona ardatz duen medikazioaren berrikusketan.
c) Pertsonak dimentsio desberdinetan dituen funtzionaltasuna, arazoak, beharrak eta gaitasunak detektatzean eta kuantifikatzean datza.
d) Pazientearen erreferentzia den erizaina bakarrik arduratzen da horretaz.

103. Sendagaien eta Osasun-produktuen Bermeen eta Erabilera Zentzuzkoaren Legearen testu bategina onartzen duen uztailaren 24ko 1/2015 Legegintzako Errege Dekretuaren arabera, sendagaien zentzuzko erabilerari laguntzeko, lehen mailako arretaren farmazia-unitateek edo -zerbitzuek eginkizun hauek beteko dituzte (hautatu erantzun zuzena):

a) Pazienteen tratamenduaren aldizkako jarraipena egiteko sistema bat ezartzea, terapiak betetzen direla eta sendagaiak segurtasunez eta preskribatu diren baldintzetan eskuratzen direla bermatzea, behar bezala zaintzen eta ematen direla garantizatuta.
b) Sendagaiak eta osasun-produktuak euren gain dituzten zentro eta egituretan banatzeko sistema eraginkor eta segurua ezartzea, beren autonomia-erkidegoko farmazia-laborategiekin eta sendagaien banaketarako erakundeekin.
c) Koordinazioa, talde-lana eta lankidetza bultzatzea ospitaleekin eta arreta espezializatuko zerbitzuekin, medikuak agindutako tratamenduen jarraipenaren bidez farmazia-prestazioaren kalitatea ziurtatzeko.
d) Osasun-egituren arteko koordinazioa bultzatzea farmakoterapian, pazienteen medikazioa ibilbide asistentzialen artean bateratzea bermatuta, eta sendagaien zentzuzko erabilera sustatzea, preskripzio eta emate zuhurraren printzipioak aplikatuz.

104. Euskadiko Medikamentu Berrien Ebaluazio Batzordean jarraitzen den Lanerako Prozedura Arautuaren arabera, sendagai berriak ebaluatzeko prozesuan konparatzen den eraginkortasuna dela eta, hautatu erantzun zuzena:

a) Sendagai berriak alderatzaileak baino eraginkortasun handiagoa du, baldin eta eraginkortasun hori frogatzen duten saiakuntza klinikoek barne-baliozkotasun egokia badute eta azterketaren emaitzak konparagarritzat jotzen badira, gutxienez, maila klinikoan.
b) Sendagai berriak alderatzaileak baino eraginkortasun handiagoa du, baldin eta eraginkortasun hori frogatzen duten saiakuntza klinikoek maila klinikoan emaitza hobeak izan dituztela jotzen bada; barne-baliozkotasuna mugatua izan daiteke, baldin eta azterketaren zehaztasunak erabilitako metodologiaren eraginkortasuna bermatzen badu.
c) Alderatutako eraginkortasuna frogatzen duten saiakuntza klinikoek barne-baliozkotasun egokia eta maila klinikoan esanguratsuak diren emaitzak erakutsi beharko dituzte; ohiko praktika klinikoan aplikatu daitezke.
d) Alderatutako eraginkortasuna frogatzen duten saiakuntza klinikoek agerian utzi ahal izango dituzte azken aldagai hauetako bati lotutako hobekuntzak: prozesu akutuetan, osasun-arazoa detektatzeko denbora, eta patologia kronikoetan, morbimortalitatea areagotzea eta/edo bizi-kalitatea hobetzea.

105. Euskadiko Medikamentu Berrien Ebaluazio Batzordean jarraitzen den Lanerako Prozedura Arautuaren arabera, alderatutako segurtasuna bermatzen duten saiakuntza klinikoek agerian utzi beharko dituzte hobekuntza esanguratsuak, hauei dagokienez (hautatu erantzun zuzena):

a) Aztertutako biztanleriaren mugak: praktika klinikoan onuradun izango diren eta saiakuntza klinikoetan arriskuan jarri diren biztanleen arteko aldeak aztertzea. Eztabaidarako aintzat hartu behar diren gizataldeetan ezin dira sartu: haurrak, haurdun dauden emakumeak eta bular-emaileak.
b) Medikazioan gerta daitezkeen akatsak: aztertu ea beharrezkoa den bereziki kontuz ibiltzea sendagaia administratzeko orduan, ezin baita zatitu edo txikitu, edota bereziki kontuz ibili behar den sendagaia emateko orduekin, otorduak edo elikagai motak aintzat hartu behar direlako.
c) Kontrako erreakzioak (MKE): MKE bakoitza ebaluatzeko, kontuan izango da intzidentzia, larritasuna, amaiera, aurreikusteko eta prebenitzeko aukera, alde batera utzita uzte-tasaren maiztasuna eta klase farmakologikoarekin partekatzen diren arriskuak.
d) Epe luzerako segurtasun-datuak: epe luzerako segurtasunari buruzko datuak eskura dauden jakinaraztea eta, hala bada, informazio hori azaltzea; jarraipenaren iraupenak 36 hilabetetik gorakoa izan behar du gaixotasun kronikoetan, eta 6 hilabetetik gorakoa, gaixotasun akutuetan.

106. Kontuan hartuta sendagaiak zuzen erabiltzeko oharra, «Denosumaba: kontuan hartu arriskuak, tratamendua hasi aurretik» izenekoa, hautatu erantzun zuzena:

a) Denosumabek posologia erosoagoa duenez, erraz dezake tratamenduari atxikitzea; hala ere, tratamendua jasoko duten pertsonak hautatzeko orduan kontuan izan behar da ornoetako haustura anizkoitza gertatzeko arriskua handitzen hasten dela tratamendua eten eta epe laburrean.
b) Pertsona gazteak dira hautagai aproposak denosumab bidezko tratamendurako, kontuan hartuta bisfosfonatoek baino eraginkortasun kliniko handiagoa duela gizatalde horretan, zenbait ondorio kaltegarri ere badituen arren, hala nola hipokaltzemia, masailezurreko osteonekrosia eta femurreko haustura atipikoak.
c) Denosumab bidezko terapia hasi aurretik, paziente bakoitzari azaldu behar zaio tratamendu alternatibo bat beharko duela denosumaba eteten denean, ornoetako haustura anizkoitza gertatzeko arriskuagatik; horrelakoetan, bisfosfonatoa kontraindikatuta egongo da denosumabaren azken dosia hartu eta 24 hilabetera.
d) Osteoporosiaren kontrako sendagaiak hartzeko denbora optimoa ez dago zehaztuta, baina segurtasunari buruzko 20 urte arteko informazioa dago denosumabaren bidezko tratamenduaren kasuan. Hori dela eta, gizatalde jakin batzuetan bisfosfonatoen ordez erabiltzen hasi da osteoporosiaren kontrako tratamendu lehenetsi gisa.

107. Tirzepatida (Mounjaro®) sendagaiaren posizionamendu terapeutikoko txostenaren arabera, kaloria gutxiko dieta baten eta ariketa fisiko gehiagoren osagarri gisa erabiltzen da pisua kontrolatzeko, pisu-galera eta mantentzea barne, obesitatea edo gainpisua eta komorbilitateak dituzten helduetan; hautatu erantzun zuzena:

a) Tirzepatida kaloria gutxiko dieta baten eta ariketa fisiko gehiagoren osagarri gisa erabiltzeko indikatuta dago, obesitatea duten helduen pisua kontrolatzeko, pisuarekin lotutako gutxienez hiru komorbilitate badituzte (hipertentsioa, dislipemia, loaldiko buxatze-apnea, gaixotasun kardiobaskularra, 1. eta 2. motako diabetes mellitusa).
b) Tirzepatidaren hasierako dosia 10 mg da, astean behin. 4 aste igarota, dosia 15 mg-ra igo behar da, astean behin hartzeko. Beharrezkoa izanez gero, ezarritako dosia gutxienez 4 astez hartu ondoren, dosia pixkanaka igo daiteke, astean bitan 15 mg emateko, larruazalpeko injekzio bidez.
c) Eraginkortasunaren ebidentziarik sendoena gorputz-masaren indizea 30 kg/m² baino handiagoa duten pazienteetan eta 65 urte baino gutxiago dutenetan ikusten da. Larruazalpeko tirzepatidaren epe luzerako segurtasuna ez da zehaztu, baina luze eman behar da pisuaren hobekuntzari eusteko.
d) Tirzepatida liraglutidarekin eta semaglutidarekin alderatzen dituzten burututako zuzeneko azterlanen arabera, tirzepatida eraginkorragoa da pisua kontrolatzeko. Tirzepatida tratamendu lehenetsia izateko aukeratzat hartzen da pertsona helduetan pisua kontrolatzeko, elikadura- eta ariketa-ohituren aldaketek huts egiten badute.

108. Antibiotikoekiko Erresistentziaren aurkako Plan Nazionaleko «Lehen Mailako Arretan antibiotikoen erabilera neurtzeko adierazleak» izeneko dokumentuak jasotzen dituen prebalentzia handieneko infekzio-prozesuetan preskripzioaren egokitasuna neurtzeko adierazleei dagokienez (adierazle kualitatiboak), hautatu erantzun zuzena:

a) Adierazle horiek denbora errealean eta modu automatizatuan lotzen dituzte preskripzioei buruzko informazioa eta diagnostikoak, pazienteen egoera klinikoak eta mikroorganismoen erresistentziari buruzko txosten metatuak, Osasun Atalean edo baliokidean egindakoak.
b) Pazientearen historia klinikoan dauden erregistroen kalitateak eta egindako diagnostikoen egiazkotasunak mugatzen dituzte adierazle horien bidez lortutako informazioaren zehaztasun-maila eta baliozkotasuna.
c) Familiako medikuntzari lotutako adierazleetako bat da hauetako bat tratatzeko antibiotikoa hartu duten pazienteen ehunekoa (J01): hotzeri arrunta, faringoamigdalitis akutua, sinusitis akutua, erdiko otitis akutua, mononukleosi infekziosoa, bronkitis akutua, komunitatean hartutako pneumonia akutua eta gernu-traktuko infekzioa.
d) Pediatriari lotutako adierazleetako bat da hauetako bat tratatzeko antibiotikoa hartu duten pazienteen ehunekoa (J01): hotzeri arrunta, faringoamigdalitis akutua, erdiko otitis akutua, arnas birus sintzitiala, gripearen birusa eta bronkitis akutua.



109. Kontuan hartuta «Hortz-prozesuetan antibiotikoak zentzuz erabiltzea» izenburuko INFAC buletina, hautatu erantzun zuzena:

a) Antibiotikoak tratamendua odontologikoaren adjubante gisa erabiltzea justifikatuta dago pulpitis akutuaren, periodontitisaren eta periinplantitisaren kasuan, barreiatze-zantzurik edo sintoma sistemikorik ez badago behintzat.
b) Infekzio odontogenikoetan hautatzen den antibiotikoa amoxizilina-azido klabulanikoa da, eta tratamenduaren iraupen gomendatua 7 egunekoa izaten da normalean, gaur egungo joera pauta laburragoak erabiltzea izan arren.
c) Ahoko eta Aurpegi Masailetako Kirurgiako Espainiako Elkarteak ahoko kirurgia txikian profilaxi antibiotikoa egitea gomendatzen du, eta gomendatutako pauta amoxizilinaren 2 g da, dosi bakarrean, ahotik, prozedura hasi baino 30-60 minutu lehenago.
d) Infekzio odontogeniko gehienetan, antimikrobianoen preskripzioa modu enpirikoan egiten da, eta aukeratzen den antibiotikoa amoxizilina izaten da.

110. «Sarnaren tratamendua» izeneko INFAC buletinaren arabera, hautatu erantzun zuzena, tratamendu eskabizidari dagokionez:

a) 6 urtetik beherako haurren kasuan, ibermektinaren konprimatuak irentsi aurretik xehatu behar dira, eta uretan disolbatuta hartu, janariarekin batera.
b) Ahotik hartzeko ibermektina, oro har, bigarren mailako tratamendu gisa gomendatzen da haurdun dauden emakumeetan.
c) Debido al riesgo de neurotoxikotasuna eta entzefalopatia agertzeko arriskua dela eta, ahotik hartzeko ibermektina 25 kg baino gehiagoko pisua duten haurren kasuetan baino ez dago baimenduta.
d) Ahotik hartzeko ibermektina permetrina topikoaren alternatiba izan daiteke larruazala oso handituta duten haurren kasuetan, horrelakoetan tratamendu topikoek efektu kutaneo eta sistemiko larriak eragin ditzakete-eta.

111. «Karga antikolinergikoa: nola arindu daiteke?» izeneko INFAC buletinean jasotako informazioaren arabera, jarduera antikolinergikoa duten sendagaiak konbinatzeak kontrako efektu metagarriak izan ditzake multimorbilitatea duten pertsonetan, eta arrisku hori areagotuz doa adinean eta hauskortasun-mailan gora egin ahala. Sintoma hauetako zein EZ da karga antikolinergiko altuaren ondorioa?

a) Ahoaren, begien eta larruazalaren lehortasuna.
b) Nahasmendu kognitiboak, nahasketa, desorientazioa.
c) Larruazaleko erupzioa.
d) Gernu-debekua, takikardia edo erekzioaren disfuntzioa.

112. STOPP/START irizpideen gaztelaniazko azken bertsioaren arabera (3. bertsioa, 2023), START irizpidetzat hartzen da:

a) Estatinak, ondo dokumentatutako bihotz-gutxiegitasun sistolikoan.
b) Diuretiko tiazidikoak kardiopatia iskemikoan.
c) Beta-blokeatzaileak kardiopatia iskemiko sintomatikoan.
d) Pneumokokoaren kontrako urteko txertoa.

113. Aukera hauen artean, zein da START irizpidea, STOPP/START irizpideen azken bertsioaren arabera (gaztelaniazko 3. bertsioa, 2023)?

a) Diuretiko tiazidikoak, hipopotasemia dagoenean.
b) AEBI, bihotzeko gutxiegitasunean, eiekzio-frakzio murriztua dagoenean.
c) AEBI edo AHA II, hiperpotasemia duten pazienteetan.
d) Diuretiko tiazidikoak, aurrekarietan hezueria agertzen denean.

114. Euskadiko adinekoen egoitzetarako 2024ko gida farmakoterapeutikoaren arabera, dementziari lotutako sintoma psikologikoak eta jokabide-sintomak kontrolatzeko antipsikotiko bat erabiltzen hastea erabaki aurretik..., hautatu erantzun zuzena:

a) Fase akutuaren ostean, mantendu dosi eraginkorra. Pixkanaka depreskribatu soilik albo-ondorioak agertzen direnean, aurrekarietan nahasmendu psikotikorik izan ez bada ere, jokabide-sintomak berriro agertzeko arriskua handia delako.
b) Identifikatu jokabide-nahasmenduak, sintoma bakanak eta espezifikoak oinarri hartuta, sindrome-multzotan elkartu gabe, tratamendu azkarra eta zuzendua ahalbidetzeko.
c) Kontuan izan behar da sendagai horien kontrako erreakzioen profila eta beharrezkoa izango da tratamenduaren arrisku/onura erlazioa aldian-aldian ebaluatzea, antipsikotikoa epe luzean segurtasunez erabiltzea bermatzeko, eta, beharrezkoa bada, dosia pixkanaka handitzeko.
d) Esku-hartzeen eraginkortasuna eta segurtasuna monitorizatu, ezarritako helburuen arabera. Epe labur, ertain eta luzean lortzen diren onurek medikazioaren arriskuak gainditu behar dituzte.

115. Euskadiko adinekoen egoitzetarako 2024ko gida farmakoterapeutikoaren arabera, preskripzio zuzenari buruzko esaldi hauek ikusita, hautatu erantzun OKERRA:

a) Erantzun terapeutiko egokia bermatzeko, arau orokor gisa, hasierako dosia fitxa teknikoan helduentzat gomendatzen dena izango da.
b) Sendagaia aukeratzean, ahal bada, saihestuko dira segurtasun gutxi dutenak, ondo aztertuta ez daudenak edo gutxitan erabili direnak.
c) Funtsezkoa da adineko pertsonetan maila farmakozinetikoan gertatzen diren aldaketak ezagutzea, eragina izan baitezakete tratamenduarekiko erantzunean.
d) Medikamentua benetan beharrezkoa den erabaki behar da. Lehenik eta behin, farmakologiaz kanpoko alternatibak aztertu behar dira.

116. «D bitamina helduengan: gainbaloratuta dago?» INFAC buletinean jasotako informazioaren arabera, hautatu erantzun zuzena:

a) 70 urtetik gorako pazienteen kasuan, D bitaminaren gomendatutako ahoratze dietetikoa 800 IU da.
b) Instituzionalizatu gabeko adineko biztanleen kasuan, justifikatuta dago D bitaminaren gehigarriak erabiltzea.
c) Adineko biztanle instituzionalizatuen kasuan, 25(OH)D monitorizatu behar da.



d) Instituzionalizatu gabeko adineko biztanleen kasuan, 25(OH)D-ren monitorizazioa justifikatuta dago.

117. Euskadiko adinekoen egoitzetarako 2024ko gida farmakoterapeutikoan jasota dagoenaren arabera, esaldi hauetako zein da OKERRA, erorikoak medikazioarekin lotzeari dagokionez?

a) Polimedikazioak eta dosi-aldaketek, egin berritan, eroriko-arriskua handitzen dutenez, medikazioa berrikustea funts-funtsezkoa da erorikoak prebenitzeko faktore anitzeko esku-hartzeak erabakitze aldera.
b) Hipogluzemianteak erorikoak gertatzeko arrisku handiagoari lotuta dauden sendagaiak dira.
c) Doxazosinak hipotentsio ortostatiko larria eragin dezake; ondorioz, erorikoak izateko arrisku handiagoa ekar dezake.
d) Medikamentuen erabileraren eta eroriko-arriskuaren arteko loturaren ebidentzia gehiena saiakuntza klinikoetatik dator, saiakuntza horietan parte hartzen duten adinekoak gutxi badira ere.

118. Paziente geriatrikoetan medikamentuen erabilera egokia dela eta, desegokiak izan daitezkeen preskripzioak edo sendagaien erabilera desegokia detektatzeko metodo hauetako zein EZ da metodo edo irizpide esplizitu bat?

a) Beers irizpideak.
b) MAI (Medication Appropriateness Index).
c) STOPP/START irizpideak
d) PRISCUS.

119. STOPP/START irizpideen gaztelaniazko azken bertsioaren arabera (3. bertsioa, 2023) hauetako zein da STOPP irizpidea?

a) Blokeatzaile alfa-1-adrenergikoak (silodosina izan ezik), pazienteak hipotentsio ortostatiko sintomatikoa edo sinkope-aurrekariak dituenean.
b) Libragarri osmotikoak (adibidez, laktulosa, makrogola, sorbitola), idorreri kroniko iraunkor idiopatikoan edo sekundario onberan.
c) Memantina, dementzia moderatu edo larria duten pazienteetan, beste alternatiba batzuk (seguruagoak eta eraginkorragoak) badaudelako.
d) Azido azetilsalizilikoa, kardiopatia iskemikoaren aurrekariak dituzten pazienteetan.

120. Lehen mailako arretan garatzen den farmazia-jarduera profesionalari lotutako eginkizun nagusien artean, sendagaien erabileran segurtasun-estrategiak ezartzea agertzen da. STOPP irizpide hauetako zein da OKERRA, STOPP/START irizpideen gaztelaniazko azken bertsioaren arabera (3. bertsioa, 2023):

a) Diuretiko tiazidikoak, pazienteak hipopotasemia (potasio serikoa < 3,0 mmol/l), hiponatremia (sodio serikoa < 130 mmol/l) edo hipokaltzemia (kaltzio seriko zuzendua < 2,65 mmol/l) larria duenean edota inoiz hezueria izan duenean (tiazidek hipopotasemia, hiponatremia, hiperkaltzemia eta hezueria eragin ditzakete).

b) Aldosteronaren antagonistak (adibidez, espironolaktona, eplerenona) potasio-mailak igo ditzaketen beste sendagai batzuekin batera (adib., AEBI, AHA II, amiloridea, triamterenoa), potasio serikoa monitorizatu ezean (> 6,0 mmol/l bada, hiperpotasemia larriaren arriskua dago; potasio serikoa aldian-aldian monitorizatu beharko litzateke, 6 hilabetean behin gutxienez).
c) Lakioko diuretikoak hipertentsioa tratatzeko, gernu-inkontinentzia badago.
d) Inhibidfosfodiesterasa-5 inhibitzaileak bihotz-gutxiegitasun larrian eta hipotentsioan (tentsio arterial sistolikoa < 90 mmHg).

121. «Antibioterapiaren iraupena: mitoak deseraikiz» INFAC buletinaren arabera, 18 kg pisatzen duen eta sukarrik edo alergia ezagunik ez duen 4 urteko neska bat tratatzeko, hautatu erantzun zuzena:

a) Komunitatean hartutako pneumoniaren (KHP) kasuan tratamendu lehenetsia V penizilina izango da, 5-7 egunez.
b) Aukerako tratamendu enpirikoa konplikaziorik gabeko zistitis akutuan zefixima izango da, 7-10 egunez.
c) Aukerako tratamendu enpirikoa konplikaziorik gabeko zistitis akutuan fosfomizina trometamola izango da, dosi bakarrean.
d) Aukerako tratamendua faringoamigdalitis estreptokoziko akutan, V penizilina izango da, 10 egunez.

122. Arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmendua duten 6 eta 17 urte bitarteko haur eta nerabeen insomnioa tratatzeko (loaren higiene-neurriak ez baitira nahikoak izan) melatonina (Slenyto®) erabiltzeari buruzko posizionamendu terapeutikoko txostena dela eta, hautatu erantzun zuzena:

a) Melatonina batez ere pubertaroko garapenean eragiten duen hormona exogenoa da; bigarren mailako funtzioa loa eragiten laguntzea da.
b) Tratamendua hasteko dosia 1-2 mg da eta gehienez ere 5 edo 10 mg-ra igo daiteke, erantzuna ez bada nahikoa.
c) Pixkanaka askatzen den melatonina indikazio honetarako lehen mailako sendagaia den doxilaminaren tratamendu adjubante gisa erabiltzen da.
d) Kontrako efektu larrien intzidentzia txikia antzeman da. Hemendik 2 urterako segurtasun-datuen arabera, ondorioak izan ditzake pubertaroko garapenean.

123. «Pediatrian kontsultak egiteko ohiko arrazoiak: sukarra eta gastroenteritis akutua» izeneko INFAC buletinaren arabera, sukarraren kontrako tratamendurako parazetamola eta ibuprofenoa erabiltzeari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Sukarra 39 ºC baino handiagoa denean, parazetamola eta ibuprofenoa txandaka erabiltzea gomendatzen da, monoterapia baino eraginkorragoa baita sukarra jaisteko eta giltzurrun- eta gibel-toxikotasun metatuaren arriskua murrizteko.
b) 6 hilabetetik gora, ahotik hartzeko parazetamola eta ibuprofenoa dira hautatu beharrekoak, haurrak eta familiak aukeratzen duenaren arabera.
c) Metamizola, antipiretiko moduan, 38 ºC-tik gorako sukarra denean erabili behar da, parazetamol eta ibuprofenoarekin alderatuta eraginkorragoa baita sukarra jaisteko.

d) Parazetamola ondestetik eman daiteke epe laburrean (<24 ordu) ahotik hartu beharrean (adibidez, 2 urtetik beherako haurren kasuan); horrela behar bezala xurgatzen denez, ahotik hartutakoak bezalako bioerabilgarritasuna izaten baitu gizatalde horretan.

124. «Pediatrian kontsultak egiteko ohiko arrazoiak: sukarra eta gastroenteritis akutua» izeneko INFAC buletinaren arabera, sukarraren kontrako tratamenduari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Sendagai antitermikoak fokurik gabeko sukarra (FGS), hau da, pediatrian ohikoena den sukar-prozesua prebenitzeko egokiak dira; sukarraldiak 3 egun baino gutxiago irauten du gehienetan, gehienez ere 7 eguneko iraupena izan dezakeen arren.
b) Fokurik gabeko sukarrean, ez da gomendatzen ahotik hartzeko antibiotikoak preskribatzea behar bezala txertatuta eta egoera orokor ona duten haurrei, faringoamigdalitis akutuaren susmorik ez badago behintzat.
c) Fokurik gabeko sukarrean, antibiotiko-tratamendu enpirikoa eman daiteke gernu-infekzioaren susmoa dagoenean, kultiboaren emaitza izan arte, gaixotasun meningokozikoaren susmoa dagoenean eta hilabete baino gutxiagoko adina duten haurren kasuan.
d) Sendagai antitermiko gisa parazetamola erabiltzea gomendatzen da 6 hilabetetik beherako haurren kasuan txertoak jarri ondorengo sukarra prebenitzeko, ebidentziak erakusten baitu sukar-konbultsioak izateko arriskua gutxitzen dela.

125. «Pediatrian kontsultak egiteko ohiko arrazoiak: sukarra eta gastroenteritis akutua» izeneko INFAC buletinaren arabera, gastroenteritis akutuan probiotikoak erabiltzeari eta mikrobioen aurkako tratamenduari dagokienez, hautatu erantzun zuzena:

a) Gastroenteritis akutu gehienek jatorri birikoa dute; antibiotikoak izan ohi dira aukeratzen den lehenengo tratamendua bakterio-jatorriko gehienetan, 6 urtetik beherako haurren kasuan, gaixoaldiak 48 ordu baino gehiago irauten badu.
b) Probiotikoen eraginkortasunak –sintomen iraupena eta intentsitatea murrizteko– ebidentzia-maila altua erakutsi du bakterio-jatorria duten gastroenteritis akutuetan.
c) *Salmonella*k eragindako gastroenteritis akutu ez-konplikatuan, koprokultiboaren bidez egiaztatu ondoren, 3 hilabetetik gorakoen populazio osasuntsuaren kasuan zefixima edo ziprofloxazino bidezko tratamendua da egokia; 3 hilabetetik beherakoak, aldiz, ospitalera bideratzen dira.
d) Tratamendu antibiotikoa beharrezkoa denean, haurren gastroenteritis akutuetan modu enpirikoan gehien erabiltzen diren mikrobioen aurkakoak azitromizina eta hirugarren belaunaldiko zefalosporinak dira.

126. «Pediatrian kontsultak egiteko ohiko arrazoiak: sukarra eta gastroenteritis akutua» izeneko INFAC buletinaren arabera, gastroenteritis akutuan antiemetikoak erabiltzeari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Gidetan sartzen ari da gastroenteritis akutuarekin lotutako gorakoen kasuan ahotik hartzeko ondansetrona erabiltzeko gomendioa, baina fitxa teknikotik kanpoko indikazioa denez, baimen informatua eskatzen du.

b) Ebidentziak iradokitzen du ondansetrona erabiltzea lotuta dagoela arritmiak izateko arriskua nabarmen handitzearekin, arrisku-faktorerik ez badago ere; bestalde, gorakoari lotutako bestelako diagnostiko larriak estaltzeko arriskua dago.
c) Domperidona edo metoklopramida bezalako sendagaiak gomendatzen dira, errehidratazioa laguntzeko terapia gisa. Fitxa teknikotik kanpoko indikazioa da, eta baimen informatua eskatzen du, albo-ondorio estrapiramidalak ager daitezkeelako.
d) Donperidona, albo-ondorio estrapiramidalak izateaz gain, arritmia bentrikular larriekin eta bat-bateko bihotz-heriotzarekin lotu da, eta ez da egokia errehidrataziorako terapia osagarri gisa 2 urtetik beherakoen kasuetan.

127. «Zainketa aringarriak: ikuspegi berri bat» izeneko INFAC buletinaren arabera, arreta aringarriaren beharra duten adin aurreratuko paziente ahulak artatzeari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Bizitzaren amaieran preskripzio egoki bat egiteko, sintomak arintzen ez dituzten arren bizitza luzatzen duten farmakoak lehenestea gomendatzen da.
b) Sendagai bat baino gehiago kentzea planteatzen bada, hobe da denak batera kentzea eta gainerakoen jarraibide posologikoak ahalik eta gehien sinplifikatzea.
c) IDC-Pal gaixotasun aurreratu eta terminal bat duten pazienteei sendagaien preskripzioa kentzen laguntzeko tresna da.
d) NECPAL arreta aringarria behar duten pazienteak identifikatzeko tresna da.

128. STOPP/START irizpideen gaztelaniazko azken bertsioaren arabera (3. bertsioa, 2023), hauetako zein EZ da START irizpidea?

a) Probiotikoak antibiotikoekin batera modu konkomitantean erabiltzea, arrisku immunologikorik edo osasun-arazo larririk ez duten pazienteen kasuan, *Clostridioides difficile*k eragindako beherakoa prebenitzeko.
b) Barizela/zosterraren birusaren aurkako txertoa, gida nazionalen arabera.
c) 2. motako sodio-glukosaren kogarraiatzailearen inhibitzaileak (kanaglifozina, dapagliflozina, empagliflozina, ertuglifozina), bihotzeko gutxiegitasun sintomatikoan, eiekzio-frakzio murriztu edo kontserbatuarekin, pazientea diabetikoa den ala ez kontuan izan gabe.
d) Lebotiroxina hipotiroidismo subklinikoa tratatzeko (T4 librea normal eta TSH altua, baina < 10 microU/l).

129. Adineko pertsonetan maila farmakozinetikoan gertatzen diren aldaketak direla eta, hautatu erantzun zuzena:

a) Gorputzeko gantzaren ehunekoa igotzen denez, jaitsi egiten da sendagai lipofiloak metatzeko eta gantzetik pixkanaka askatzeko arriskua.
b) Albumina serikoaren kantitateak behera egiten duenez, murriztu egiten da izaera azidoa duen sendagai askearen kantitatea.
c) Gibelaren masa eta odol-fluxua murrizten direnez, luzatu egiten da metabolizazio altuko sendagaien erdibizitza.
d) Ehunen perfusioa areagotzen denez, handitu egiten da sendagaiaren kontzentrazioa, bai xede-organoan, bai nerbio-sistema zentralean, albo-ondorio neurologikoak areagotuz.

130. Sendagaien karga antikolinergikoa neurtzeari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Komunztadura arin bat baino ez dago karga antikolinergikoa neurtzeko eskala desberdinen artean, eta horrek baliogabetzen ditu esposizio antikolinergikoaren neurketan oinarritutako azterlanak.
b) Eskala gehienak adituen iritzia oinarri hartuta sortu dira eta hiru hilean behin eguneratzen dira, sendagai merkaturatu berrietara egokitzeko.
c) «Drug Burden Index» (DBI) delakoa karga antikolinergikoa neurtzeko eskala bat da, dosia eta lasaigarriak kontuan izaten dituena.
d) «Anticholinergic Burden Calculator» izeneko tresna eskala antikolinergikoen erabilera sistematikoki berrikustean oinarritzen da eta aldi berean 12 eskala kalkulatzea ahalbidetzen du, baina ezin da modu irekian erabili.

131. Insomnioaren tratamendua baloratzean, gure gomendioa hau izango da:

a) Klonazepam-dosia jaistea.
b) Klonazepama bat-batean kentzea.
c) Oraingo dosia bi hartualditan banatzea (goizez eta gauez).
d) Paziente geriatrikoaren insomnioa tratatzeko, klonazepamaren ordez beste tratamendu bat –egokiagoa– proposatzea, eta farmakologikoak ez diren neurriak ezartzea.

132. 75 urtetik gorako paziente bati balorazio geriatriko integrala egiten zaio. Euskadiko adinekoen egoitzetarako 2024ko gida farmakoterapeutikoaren arabera, zer esparru baloratuko dira?

a) Klinikoa, fisikoa eta soziala.
b) Klinikoa, funtzionala eta soziala.
c) Klinikoa, mentala, funtzionala eta soziala.
d) Mentala, fisikoa eta soziala.

133. Solifenazinaren preskripzioari dagokionez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Solifenazina eta tamsulosina batera hartzea egokia da betetze-sintomak, moderatuetatik larrietara bitartekoak, tratatzeko, bai eta prostatako hiperplasia onberari lotutako huste-sintomak tratatzeko ere, 30 g baino prostata handiagoa duten gizonezkoetan.
b) Solifenazina egokia da premiazko inkontinentziaren eta/edo gernu-maiztasunaren areagotzearen tratamendu sintomatikoan, baita puxika hiperaktiboaren sindromea duten pazienteetan gerta daitekeen larritasunaren tratamenduan ere.
c) Solifenazina eta tamsulosina batera hartzea egokia da betetze-sintomak, moderatuetatik larrietara bitartekoak, tratatzeko, baita prostatako hiperplasia onberari lotutako huste-sintomak tratatzeko ere, monoterapia bidezko tratamenduari egoki erantzuten ez dioten gizonezkoetan.
d) Solifenazina karga antikolinergiko handia duen sendagaia da.



134. Child-Pugh indizea kalkulatzeko, EZ da aintzat hartzen parametro hau:

a) Aszitisa.
b) Bilirrubina.
c) Albumina.
d) Gorputz-azalera.

135. Gibeleko gaixotasun kronikoa duten paziente diabetikoetan, tratamendu-aukera seguruena hau da:

a) Metformina.
b) Errepaglinida.
c) Pioglitazona.
d) Intsulina.

136. «Triple Whammy» deitzen zaio hiru sendagairen interakzioari, giltzurrun-hutsegite akutua gertatzeko arriskua handitzen duenari. Angiotentsina II-ren entzima bihurtzailearen inhibitzaileez (AEBI) eta diuretikoez gain, zein da hirugarren sendagai-multzoa?

a) Beta-blokeatzaileak.
b) Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI).
c) Antiinflamatorio ez-esteroideak (AIEEak).
d) Estatinak.

137. Giltzurruneko gutxiegitasun kronikoa dela esaten da, gutxienez hiru hilabetez, iragazketa glomerularra hau baino txikiagoa bada:

a) 30 mL/min/1,73 m2.
b) 50 mL/min/1,73 m2.
c) 60 mL/min/1,73 m2.
d) 90 mL/min/1,73 m2.

138. Infekzio-kontrako hauetako zeintzuk jotzen dira seguruentzat haurdunaldian?

a) Kinolonak.
b) Zefalosporinak.
c) Trimetoprima.
d) Tetraziklinak.

139. «Medikamentuak nola erabili gibeleko gaixotasun kronikoan» INFAC buletinaren arabera, hautatu erantzun OKERRA:

a)
b) Child-Pugh indizearen balioak gibeleko erasan kronikoaren maila adierazten du.
c) Sendagai gehienak modu seguruan erabil daitezke zirrosia duten pazienteetan, zirrosiaren fase konpentsatuan zein deskonpentsatuan.

d) Gibeleko gutxiegitasun kronikoan sendagaiak agintzean, kontuan hartu behar da, besteak beste, sendagaia hepatotoxikoa den.
e) Hobe da sendagai ezagunak eta eskuarki erabiltzen direnak erabiltzea.

140. Sendagaien «Triple Whammy» efektuari dagokionez, ondoko esaldi guztiak dira egiazkoak, bat IZAN EZIK:

a) AIEE baten, diuretiko baten eta AEBI/AHA-II baten lotura hirukoitza da.
b) Kreatinina-mailak zorrotz monitorizatu behar dira.
c) Giltzurrun-hutsegite akutua izateko arriskua handitu egiten da tratamendua hasi denetik 6 hilabetera.
d) Potasio-mailak zorrotz monitorizatu behar dira.

141. Haurdunei sendagaiak preskribatzean zuhurki jokatu behar da; aldez aurretik, balorazio indibidualizatua egin behar da, kontuan hartuta onura-arriskuen erlazioa, alternatibak eta sendagaia ez emateak ekar ditzakeen ondorioak. Gainera, oinarrizko edo populazio-arrisku teratogenikoa aztertu behar da, baita alderdi hauek ere (hautatu erantzun zuzena):

a) Sendagai gehienek karena zeharkatzen dute; horrenbestez, onartu behar da fetuak ere neurri batean haiekiko esposizioa izango duela.
b) Sendagai baten arrisku teratogenikoa berdina da, emateko bidea edozein dela ere.
c) Sendagaiaren onura-arriskuen balorazioa haurdunaldiaren lehen hiruhilekoan zentratu behar da.
d) Hobe da terapia konbinatua erabiltzea, sendagaiaren dosi txikiagoak erabiltzea ahalbidetzeko.

142. Europar Batasunean, sendagai batzuetan, haurdunaldiari lotutako berariazko prebentzio-programa bat jarri da abian, hain zuzen, Haurdunaldiko Prebentzio Programa (HPP) izenekoa. Sendagai hauetako zein EZ DA AGERTZEN gaur egun HPP markarekin AEMPSen webgunean?

a) Balproatoa.
b) Bismodegiba.
c) Leflunomida.
d) Isotretinoina.

143. Gibeleko gutxiegitasun kronikoan edo zirrosian, Child-Pugh sailkapena erabiltzen da gibeleko erasan kronikoaren maila baloratzeko. Parametro hauetako zein EZ da hartzen kontuan Child-Pugh sailkapena baloratzeko?

a) Aszitisa.
b) Albuminuria.
c) INRa.
d) Bilirrubina.



144. «Medikamentuen dosifikazioa giltzurrun-funtzioaren alterazioa duten pazienteetan» izeneko INFAC buletinaren arabera, diabetesaren tratamenduetan, hautatu erantzun OKERRA:

a) Metformina eten behar da, iragazketa glomerularra 30 mL/min/1,73 m2 baino gutxiagokoa bada.
b) Linagliptina-dosia doitu behar da, iragazketa glomerularra 50 mL/min/1,73 m2 baino gutxiagokoa bada.
c) Ahotik hartzeko semaglutida eta larruazalpekoa ez dira gomendatzen, iragazketa glomerularra 15 mL/min/1,73 m2 baino gutxiagokoa bada.
d) Errepaglinida-dosia ez da doitu behar, giltzurrun-gutxiegitasunaren maila edozein dela ere.

145. «Medikamentuen erabilera haurdunaldian» izeneko INFAC buletinari jarraikiz, hautatu erantzun zuzena:

a) Penizilinak eta zefalosporinak haurdunaldian erabiltzea segurua da.
b) AIEEak haurdunaldian erabiltzea segurua da.
c) Haurdunaldiko diabetesean tratamendu lehenetsia ahotik hartzeko sendagaiak (diabetesaren kontrakoak) dira.
d) Parazetamola kontraindikatuta dago haurdunaldian.

146. «Medikamentuen erabilera haurdunaldian» izeneko INFAC buletinaren arabera, anemian eta gabezia-egoeretan sendagaiak erabiltzeko gomendioei dagokienez, hautatu erantzun zuzena:

a) Diabetesa, obesitatea, epilepsia (antikonbultsiboekin tratatzen dena) edota hodi neuralaren akatsen aurrekari pertsonalak edo familiarrak dituzten emakumeen kasuan, azido folikoaren dosia 5 mg/eguneko da (0,4 mg/eguneko izan beharrean), haurdunaldiaren lehenengo 3 hilabeteetan.
b) Gure ingurunean justifikatuta dago iodo-osagarri unibertsala hartzea; potasio-ioduroko 500 mcg/eguneko osagarri bat agindu behar da haurdunaldiaren lehenengo 3 hilabeteetan.
c) Gure ingurunean justifikatuta dago A bitaminaren osagarri unibertsala hartzea; 5.000 mcg/eguneko osagarri bat agindu behar da haurdunaldiaren lehenengo 3 hilabeteetan.
d) Gure ingurunean justifikatuta dago D bitaminaren osagarri unibertsala hartzea; garrantzitsua da egunean 600 IU baino gehiago ez hartzea haurdunaldiaren lehenengo 3 hilabeteetan.

147. «Medikamentuen erabilera haurdunaldian» izeneko INFAC buletinaren arabera, patologia digestiboetan sendagaiak erabiltzeko gomendioei dagokienez, hautatu erantzun zuzena:

a) Goragalearen eta gorakoen kasuan aukera daitekeen tratamendu farmakologikoa piridoxina eta doxilamina batera erabiltzea da. Kasu larrienetan eta egoerak hobera egiten ez badu, ondansetrona erabil daiteke.
b) Idorreriaren tratamendu farmakologikoa libragarri bolo-sortzaileak edo libragarri estimulatzaileak dira. Ez da gomendagarria gatz-enemak edo enema parafinikoak erabiltzea.



c) Dispepsia eta pirosiaren kontrako aukerako tratamendu farmakologikoa antiazido xurgaezinak dira. Kasu larrienetan eta egoerak hobera egiten ez badu, errabeprazola erabil daiteke.
d) Dispepsia eta pirosiaren kasuan, ez da gomendatzen sodio bikarbonatoa, alkalosi metabolikoaren eta likidoen erretentzioaren arriskua dakarrelako.

148. «Edoskitzaroa eta medikamentuak» izeneko INFAC buletinaren arabera, sendagaia amaren plasmatik esnera transferitzeari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Proteinekin lotzeko joera handia duten sendagaiek kontzentrazio plasmatiko handiagoa izango dute amarengan eta, beraz, kontzentrazio handiagoa ama-esnean.
b) Sendagaien lipodisolbagarritasuna zenbat eta handiagoa izan, orduan eta handiagoa izango da plasma/esnearen banaketa-koefizientea eta, beraz, kontzentrazio txikiagoa esnean.
c) Esnea plasma baino pixka bat azidoagoa denez, oinarrizko medikamentu ez-ionizatuak zailtasun handiagoz pasatzen dira ama-esnera eta, beraz, sendagai azidoek baino kontzentrazio txikiagoa izaten dute esnean.
d) Banaketa-bolumen handia duten sendagaiek amaren kontzentrazio plasmatiko txikiagoa ekarriko dute eta, beraz, kontzentrazio txikiagoa esnean.

149. «Edoskitzaroa eta medikamentuak» izeneko INFAC buletinaren arabera, sendagai hauetako zein dago kontraindikatuta edoskitzaroan?

a) Nifedipinoa eta berapamiloa.
b) Beklometasona, budesonida, hidrokortisona, metilprednisolona, prednisona eta prednisolona.
c) Ergotamina, bromokriptina, kabergolida.
d) Labetalola, metoprolola, propranolola.

150. «Medikamentuak nola erabili gibeleko gaixotasun kronikoan» INFAC buletinaren arabera, gibeleko gaixotasun kronikoaren tratamenduari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Child-Pugh indizearen balioak gibeleko kaltearen maila adierazten du eta dosia egokitzeko erabil daiteke. Indizeak lau maila izan ditzake: A maila gaixotasun konpentsatuari dagokio; D maila, aldiz, gaixotasun deskonpentsatuari.
b) Zirrosiaren etapa aurreratuetan gertatzen diren aldaketa hemodinamikoak direla eta, beharrezkoa izan daiteke tratamendu antihipertentsiboa ezartzea. AEBIek (hala nola enalaprilak) tolerantzia-profil egokia dute zirrosi deskonpentsatua eta aszitisa dituzten pazienteetan.
c) Dosi egokietan erabilitako parazetamola gibeleko gaixotasunen bat (zirrosia barne) duten pazienteen kasuan aukera daitekeen analgesikoa da, segurtasunagatik eta efektu lasaigarririk eta nefrotoxikotasunik ezagatik.
d) Opioideak gibelaren bidez metabolizatzen dira eta konplikazioak eragin ditzakete, hala nola giltzurrun-hutsegitea. Morfina da opioide egokia zirrosia eta giltzurrun-hutsegitea dituzten pazienteen kasuan.

151. Finerenona (Kerendia®) 2. motako diabetesari lotutako giltzurruneko gaixotasun kronikoan (albuminuriarekin) erabiltzeari buruzko posizionamendu terapeutikoko txostenaren arabera, hautatu erantzun zuzena:

a) Gomendatzen den hasierako dosia 20 mg/eguneko da glomerulu-iragazketaren tasa estimatua (GITe) ≥60 mL/min/1,73m2 duten pazienteetan; eta 5 mg/eguneko, GITe <25 mL/min/1,73 m2 duten pazienteetan. Lehenengo 4 asteetan albuminemia monitorizatzea gomendatzen da, dosia egokitzeko.
b) Mineralokortikoideen hartzailearen agonista selektibo ez-esteroidea da. CYP3A4ren inhibitzaile indartsua denez, potasioari eragiten dioten sendagaiekin batera emateak hiperpotasemiaren arriskua handi dezake.
c) Hiperpotasemia da kontrako gertaera garrantzitsuena, diuretiko potasio-aurreztaileekin batera administratzea onartzen bada ere, hala nola espironolaktonarekin, betiere potasio serikoaren monitorizazio zorrotza eginez.
d) AEBI edo AHA-II bat gehitu ahal da tratamenduan, dosi handienetan, 2. motako diabetesari lotutako giltzurruneko gaixotasun kronikoa eta potasio serikoa ≤4,8 mmol/L duten pazienteen kasuan, giltzurruneko gaixotasunaren eta/edo gaixotasun kardiobaskularraren progresio-arriskua badute (albuminuria 30-300 mg/g eta glomerulu-iragazketaren tasa estimatua 25-59 mL/min/1,73 m2; edo albuminuria > 300 mg/g eta GITe > 25 mL/min/1,73m2).

152. «Medikamentuen dosifikazioa giltzurrun-funtzioaren alterazioa duten pazienteetan» izeneko INFAC buletinaren arabera, giltzurrun-funtzioa estimatzeko erabilitako metodoei dagokienez, hautatu erantzun zuzena:

a) CKD-EPI ekuazioek erakutsi dute beren nagusitasuna iragazketa glomerularra estimatzeko, helduei aplikatzen bazaizkie; horiexek gomendatzen dira gaur egun.
b) Helduen populazio orokorrean, iragazketa glomerularra estimatzeko gomendatzen den erreferentzia-metodoa 24 orduko gernua bildu eta kreatininaren argitzea kalkulatzean datza.
c) Cockcroft-Gault-en ekuazioa iragazketa glomerularra estimatzeko metodo zehatzagoa da gorputz-masaren indizea 19 kg/m² baino txikiagoa edo 35 kg/m² baino handiagoa duten pazienteen kasuan.
d) Muskulu-masan aldaketa esanguratsuak izaten dituzten pazienteen kasuan, MDRD-4 edo MDRD-6 iragazketa glomerularra estimatzeko ekuazioak aukeratu behar den metodotzat jotzen dira.

153. «Medikamentuen dosifikazioa giltzurrun-funtzioaren alterazioa duten pazienteetan» izeneko INFAC buletinaren arabera, giltzurruneko gaixotasun kronikoa duten pazienteetan antipsikotikoak erabiltzeari dagokionez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Bai eskizofrenia bai nahasmendu bipolarra giltzurruneko gaixotasun kronikoa izateko arriskua handitzearekin lotuta daude.
b) Aripiprazolaren eta ketiapinaren dosia normalean ez da egokitu behar giltzurrun-funtzioaren arabera.
c) Potentzia antikolinergiko handia duten antipsikotikoak saihestea gomendatzen da, gernu-erretentzioa izateko arriskua handitzen dutelako.
d) Distoniak eta sindrome neuroleptiko gaiztoa agertzen ote diren zaintzea gomendatzen da, rabdomiolisiak gibel-hutsegite akutua eragin dezake eta.

154. Paziente baten iragazketa glomerularraren bilakaera tratamendu farmakologiko honen bidez egokitzen da: Enalaprila/Hidroklorotiazida 20/12,5 mg/24 ordu, zitaloprama 20 mg/24 ordu, lorazepama 1 mg/gauez, ketiapina 25 mg 1,5/egun, lebotiroxina 88 mcg/egun asteko 5 egunetan eta 100 mcg/egun asteburuan, eta lezotrola 2,5 mg/egun. Estimatutako iragazketa glomerularraren (eIG) bilakaera hau ikusi da: 60,25 mL/min (2018), 58,48 mL/min (05/2021), 55,33 mL/min (05/2022), 32,34 mL/min (09/2022) eta 16,72 mL/min (10/2022). Hautatu erantzun zuzena:

a) Iragazketa glomerularraren bat-bateko beherakada hori eragin dezakeen sendagaia lorazepama izan daiteke, medikamentu nefrotoxikoa delako.
b) Iragazketa glomerularraren bat-bateko beherakada hori eragin dezakeen sendagaia enalaprila izan daiteke.
c) Iragazketa glomerularraren bat-bateko beherakada hori eragin dezakeen sendagaia ketiapina izan daiteke, medikamentu nefrotoxikoa delako.
d) Iragazketa glomerularraren bat-bateko beherakada hori eragin dezakeen sendagaia lorazepama izan daiteke, potasio-balioak aldatzen dituen medikamentua delako.

155. Pazientearen iragazketa glomerularraren arabera, zein medikamentu daude kontraindikatuta edota zeintzuen dosi edo pauta egokitu behar da?

a) Zitaloprama.
b) Hidroklorotiazida kendu beharko litzateke, ez baita eraginkorra pazientearen oraingo iragazketa glomerularrean.
c) Sendagai guztiak dira egokiak, pazientearen iragazketa glomerularra kontuan hartuta.
d) A) eta b) erantzunak zuzenak dira.

156. 2. motako diabetes mellitus duten adineko pazienteen kasuan lortu nahi den hemoglobina glikosilatuaren balioa:

a) Paziente gazteagoetan bezain zorrotza ez izatea gomendatzen da.
b) Paziente gazteagoetan bezalakoa izatea gomendatzen da.
c) Paziente gazteagoetan baino zorrotzagoa izatea gomendatzen da.
d) Diagnostikoa orain dela gutxi jaso duten pazienteetan baino zorrotzagoa izatea gomendatzen da.

157. Prediabetesaren tratamenduari dagokionez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Metformina da tratamendu lehenetsia.
b) Ariketak eta dieta sendagaiak bezain eraginkorrak dira (edo eraginkorragoak) diabetesa prebenitzeko.
c) Gaur egun, sendagai hipogluzemianteak ez daude onartuta prediabetesa tratatzeko.
d) Metforminak diabetesaren intzidentzia jaisten du.

158. Hauetako zein da intsulina basala?

a) Aspart.
b) Detemir.

c) Glulisina.
d) Lispro.

159. Gaixotasun kardiobaskularraren lehen mailako prebentzioa:

a) Estatinen bidezko tratamendua hastea gomendatzen da, 40-75 urte bitarteko pertsonetan dosi baxu eta ertainekin, REGICOR ekuazioaren arabera hemendik 10 urteetara >% 5eko arrisku kardiobaskularra badute.
b) Estatinen bidezko tratamendua hastea gomendatzen da, 40-75 urte bitarteko pertsonetan dosi altuekin, REGICOR ekuazioaren arabera hemendik 10 urteetara >% 5eko arrisku kardiobaskularra badute.
c) Estatinen bidezko tratamendua hastea gomendatzen da, 40-75 urte bitarteko pertsonetan dosi baxu eta ertainekin, REGICOR ekuazioaren arabera hemendik 10 urteetara >% 15eko arrisku kardiobaskularra badute.
d) Estatinen bidezko tratamendua hastea gomendatzen da, 40-75 urte bitarteko pertsonetan dosi altuekin, REGICOR ekuazioaren arabera hemendik 10 urteetara >% 15eko arrisku kardiobaskularra badute.

160. PATHWAY-2 azterketaren arabera, hiru antihipertentsibo (AEBI/AHA-II, kaltzioantagonista eta diuretikoa) erabili arren hipertentsio arterial tratagaitza duten pazienteen kasuetan, arrazoizkotzat jotzen da hau gehitzea:

a) Bisoprolola.
b) Espironolaktona.
c) Doxazosina.
d) Karbedilola.

161. Hautatu erantzun OKERRA hipertentsio arterialari dagokionez:

a) Lortu nahi diren zenbaki orokorrak hauek dira: PAS<140 mmHg eta PAD<90 mmHg.
b) Komorbilitaterik ez duten pazienteetan, diuretiko tiazidikoa, AEBI bat edo kaltzioantagonista bat gomendatzen da hasierako tratamendurako.
c) Beta-blokeatzaileak ezin dira lotu berapamiloa edo diltiazema bezalako sendagaiekin.
d) Ez da gomendatzen tratamendua hastea 80 urtetik gorako pazienteen kasuan.

162. Estatinen kontrako efektuei dagokienez:

a) Ez da gomendatzen entzima muskularrak errutinaz monitorizatzea.
b) Kreatina kinasak 10 aldiz baino gehiagoz gainditzen badu normaltasunaren goiko muga, estatina-dosia erdira murriztu behar da.
c) Kreatina kinasak gora egiten badu, egunekoak ez diren pautak erabil daitezke (txandakako egunetan edo astean bitan), egiaztatu baita aukera horren eraginkortasuna gaixotasun kardiobaskularra prebenitzeko.
d) Oro har, ez daude dosiari lotuta.

163. «Lipidoen erabilerari buruzko praktika klinikoko gidaliburua, arrisku kardiobaskularreko faktore bezala» (Guiasalud-2017) izenburuko testuaren arabera, gaixotasun kardiobaskularra prebenitzeko eraginkorrena den tratamendu hipolipemiatzaileari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Lehen mailako prebentzio-neurriak gomendatzen dira, estatinen dosi moderatu-altuekin, REGICOR ekuazioaren arabera arrisku kardiobaskularra >% 15 duten 40 eta 75 urte bitarteko pertsonetan. Tratamendua hasi aurretik, arrisku kardiobaskularraren beste faktore batzuen gaineko esku-hartzea egin behar da (TAO, tabakismoa, etab.).
b) Lehen mailako prebentzio-neurriak gomendatzen dira, estatinen dosi baxu-moderatuekin, REGICOR ekuazioaren arabera % 7,5 eta % 10 bitarteko arrisku kardiobaskularra duten 40 eta 75 urte bitarteko pertsonetan. Tratamendua hasi aurretik, arrisku kardiobaskularraren beste faktore batzuen gaineko esku-hartzea egin behar da (TAO, tabakismoa, etab.).
c) Tratamendua estatina-dosi baxu-moderatuekin ez hastea gomendatzen da, REGICOR ekuazioaren arabera arrisku kardiobaskularra <% 10 duten pertsonetan.
d) Aukera guztiak dira zuzenak.

164. «Lipidoen erabilerari buruzko praktika klinikoko gidaliburua, arrisku kardiobaskularreko faktore bezala» (Guiasalud-2017) izenburuko testuaren arabera, kolesterol totalaren eta LDL-kolesterolaren zenbateko basalak alde batera utzita, sindrome koronario akutu bat izan ostean alta ematen zaien pertsonen kasuan, gomendio zuzena hau da:

a) Estatinen bidezko tratamendua hastea, estatina-dosi altuak seguruak direla jota, sinbastatina 80 mg sendagaiaren dosifikazioa salbu.
b) Estatinen bidezko tratamendua hastea, estatina-dosi altuak seguruak direla jota, atorbastatina 80 mg sendagaiaren dosifikazioa salbu.
c) Estatinen bidezko tratamendua hastea, estatina-dosi altuak seguruak direla jota, pitabastatina 4 mg sendagaiaren dosifikazioa salbu.
d) Aukera guztiak dira zuzenak.

165. «Lipidoen erabilerari buruzko praktika klinikoko gidaliburua, arrisku kardiobaskularreko faktore bezala» (Guiasalud-2017) izenburuko testuaren arabera, bigarren mailako prebentzioan, estatinen osteko tratamendu hipolipemiatzaile eraginkorrena hau da (hautatu erantzun OKERRA):

a) Bigarren mailako prebentzioan dauden eta estatinekiko intolerantzia duten pazienteei dosia jaistea edo beste estatina bat erabiltzea gomendatzen da.
b) Aurreko neurriak ezarri arren estatinekiko intolerantzia desagertzen ez bada, fibratoak erabiltzea gomendatzen da.
c) Estatinekiko eta fibratoekiko intolerantzia izanez gero, beste aukera gisa omega-3 gantz-azidoak erabiltzea iradokitzen da.
d) Aukera guztiak okerrak dira.



166. «Lipidoen erabilerari buruzko praktika klinikoko gidaliburua, arrisku kardiobaskularreko faktore bezala» (Guiasalud-2017) izenburuko testuaren arabera, egokia al da tratamendu konbinatua (estatinak eta beste sendagai bat) arrisku kardiobaskular altua duten edo bigarren mailako prebentzioan dauden pazienteetan? Hautatu erantzun zuzena:

a) Alde nabarmenak antzematen dira kontrako efektu larrietan (potentzialki hilgarriak, ospitaleratzea edo oraingo ospitalizazioa luzatzea eskatzen dutenak, desgaitasun/ezintasun iraunkorra edo nabarmena, sortzetiko anomalia bat edo jaiotzetiko akatsa), estatinak eta ezetimiba konbinatuz gero.
b) Estatina-dosi estandarrak eta ezetimiba, fibratoak, niazina, baita 12 eta 52 aste bitartean irauten duten behazun-azidoen bahitzaileak ere lotzen dituzten konbinazioen azterketetan, gorabehera gutxi gertatzen dira eta estatistikoki esanguratsuak diren aldeak agertzen dira.
c) Estatistikoki esanguratsuak diren aldeak antzematen dira kontrako efektu larrietan (potentzialki hilgarria, ospitaleratzea edo oraingo ospitalizazioa luzatzea eskatzen du, desgaitasun/ezintasun iraunkorra edo nabarmena, sortzetiko anomalia bat edo jaiotzetiko akatsa), estatinak eta fibratoak konbinatuz gero.
d) Ez da gomendatzen estatinak eta beste hipolipemiatzaile bat konbinatzen dituen tratamendua gorabehera kardiobaskularren kopurua jaisteko erabiltzea bigarren mailako prebentzioan edo arrisku kardiobaskular altua duten pazienteetan.

167. «Hipertentsio arterialaren tratamendu farmakologikoa eguneratzea» INFAC buletinaren arabera (2022), hautatu erantzun zuzena:

a) Diuretikoak hautatzeari dagokionez, ESC/ESHen gidak analogo tiazidikoak nahiago ditu (klortalidona edo indapamida), ekintza-iraupen luzeagoa dutelako eta tratamenduaren onuraren ebidentzia hobeak dituztelako.
b) Komorbilitaterik gabeko hipertentsio arterialaren kasuan lehen mailako tratamendu gisa, tiazida motako diuretiko bat dosi txikietan hautatzea gomendatzen da (ahal bada, klortalidona edo indapamida) edo kaltzioantagonista bat (dihidropiridina) edo AEBI bat (edo AHA II), betiere aintzat hartuta kontrako efektuen profila, kostuak eta pazientearen lehentasunak.
c) OMEk terapia konbinatuko tratamendua hastea gomendatzen du –batez ere presio arterial basalak >18/8 mmHg-tan gainditzen baditu xede-zenbatekoak– eta lehentasuna ematen dio terapia konbinatuari, terapia horrek hobetzen baititu tratamendu antihipertentsioboarekiko atxikimendua eta horretan irautea, baita presio arterialaren kontrola ere.
d) Konparazio-saiakuntzarik ez dagoenez, hasierako terapia konbinatuaren estrategia gomendatzen da oraindik ere, eta tratamendu mailakatua erreserbatzen da, xede-zifretatik urrun dagoen PA basala duten pazienteentzat eta orobat, komorbilitatearen ondorioz beharrezkoa denean, kostuak eta pazientearen lehentasunak kontuan hartuta.

168. «2. motako diabetesa: hipergluzemiaren tratamendu farmakologikoaren eguneraketa» (2021) izenburuko INFAC buletinaren arabera, diabetesaren kontrako sendagai hauetako zeinek EZ du eskatzen dosia egokitzerik giltzurrun-gutxiegitasuna duten pazienteen kasuetan?

a) Saxagliptinak.



b) Alogliptinak.
c) Metforminak.
d) Linagliptinak.

169. Antidiabetiko-konbinazio hauen artean, zein EZ da gomendagarria?

a) Metformina eta dapagliflozina.
b) Pioglitazona eta glimepirida.
c) Exenatida eta alogliptina.
d) Metformina eta repaglinida.

170. «Hipertentsio arterialaren tratamendu farmakologikoa eguneratzea» (2022) INFAC buletinaren arabera, komorbilitaterik gabeko hipertentsio arterialean gomendatzen den lehen mailako tratamendua hau da:

a) AHA II + beta-blokeatzailea.
b) AEBI + beta-blokeatzailea.
c) Beta-blokeatzailea monoterapian.
d) Tiazida motako diuretiko bat dosi txikietan (ahal bada, klortalidona edo indapamida) edota kaltzioantagonistaren bat (dihidropiridina) edo AEBI bat (edo AHA II).

171. «Hipertentsio arterialaren tratamendu farmakologikoa» izenburuko INFAC buletinaren arabera, hauetako zein izango litzateke aukeratutako antihipertentsiboa arteriopatia periferikoa duen paziente baten kasuan?

a) Erramiprila.
b) Telmisartan.
c) Bisoprolola.
d) Indapamida.

172. Diabetesaren tratamendua eta paziente horren arrisku kardiobaskularraren faktoreak direla eta, hautatu gomendio OKERRA:

a) Gemfibroziloaren ordez estatina bat preskribatzea, pazientearen arrisku kardiobaskularra murrizteko.
b) Glikazida preskribatu denez, giltzurrun-hutsegitearen arriskua zaintzea.
c) Metformina preskribatu denez, hipogluzemien arriskua zaintzea.
d) Diabetesaren aurkako tratamendua indartzea, adinaren arabera, HbA1c < % 6,5 lortu beharko litzateke-eta,

173. «Kolesterola eta gaixotasun kardiobaskularraren lehen mailako prebentzioa: oraindik bada eztabaida» (2022) INFAC buletinaren arabera, gaixotasun kardiobaskularraren lehen mailako prebentzioko tratamendua hastea edo ez erabakitzeari dagokionez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Oro har, REGICOR ekuazioaren arabera arrisku koronarioa <% 5 duten 40 eta 75 urte bitarteko pertsonetan, estatinekin egin beharreko tratamendua ez hastea

gomendatzen da, arriskua areagotzen duten faktorerik ez badago. Tratamendu-argibide horiek eman aurretik edo eman bitartean, bizimodu kardio-osasungarriaren aldeko gomendioak ere eman behar dira.

b) Oro har, REGICOR ekuazioaren arabera arrisku koronarioa >% 10 duten 40 eta 75 urte bitarteko pertsonetan, estatinekin egin beharreko tratamendua hastea gomendatzen da. Indikazio horren aurretik eta/edo indikazio horrekin batera, bizimodu kardio-osasungarriaren aldeko gomendioak ere eman behar dira.
c) LDL kolesterola ≥190 mg/dL duten pazienteen kasuan, gomendatzen da baloratzea ea dagoen dislipemia genetikorik eta AKBaren faktore potentziatzailerik. Arrisku koronarioa gorabehera, iradokitzen da estatina bidezko tratamendua hastea, eta bizimodu kardio-osasungarriari buruzko gomendioak ematea.
d) Oro har, REGICOR ekuazioaren arabera arrisku koronarioa % 10 ingurukoa duten 40 eta 75 urte bitarteko pertsonetan, erabakiak hartzean aintzat hartu behar da arriskua areagotzen duten faktoreak egotea. Tratamendu-argibide horiek eman aurretik edo eman bitartean, bizimodu kardio-osasungarriaren aldeko gomendioak ere eman behar dira.

174. «Kolesterola eta gaixotasun kardiobaskularraren lehen mailako prebentzioa: oraindik bada eztabaida» (2022) INFAC buletinaren arabera, estatina-dosi hauetako zein hartuko litzateke intentsitate altukotzat, LDL kolesterola batez beste ≥% 50 jaistea lortzeagatik?

a) Flubastatina 80 mg.
b) Rosubastatina 20 mg.
c) Prabastatina 80 mg.
d) Sinbastatina 40 mg.

175. «Kolesterola eta gaixotasun kardiobaskularraren lehen mailako prebentzioa: oraindik bada eztabaida» (2022) INFAC buletinaren arabera, badaude faktore batzuk, arrisku-ekuazioetan aintzat hartzen ez direnak, arrisku kardiobaskularra areagotu eta estatinen bidezko tratamendua hastera bultza dezaketenak. Besteak beste, faktore hauek dira, bat IZAN EZIK:

a) Apo B maila altuak.
b) Menopausia goiztiarra (< 40 urte).
c) Hipogonadismoa.
d) Artritis erreumatoidea.

176. «Hipertentsio arterialaren tratamendu farmakologikoa eguneratzea» (2022) INFAC buletinaren arabera, hipertentsio arterialaren diagnostikoa duen eta beste komorbilitaterik ez duen paziente baten kasuan, lehen mailako tratamendua dira sendagai hauek guztiak, bat IZAN EZIK. Zein?

a) Bisoprolola.
b) Lerkanidipinoa.
c) Erramiprila.
d) Klortalidona.



177. «Hipertentsio arterialaren tratamendu farmakologikoa eguneratzea» (2022) INFAC buletinaren arabera, presio arterial sistolikoa (PAS) eta presio arterial diastolikoa (PAD) direla eta, zeintzuk izango lirateke tratamenduaren bidez lortu beharreko balioak, bestelako komorbilitate-baldintzatzailerik ez dituen 75 urteko pazientearen kasuan?

a) PAS <150 mmHg eta PAD <90 mmHg.
b) PAS <130 mmHg eta PAD <80 mmHg.
c) PAS <150 mmHg eta PAD <85 mmHg.
d) PAS <140 mmHg eta PAD <90 mmHg.

178. «Intsulinen eguneratzea» izenburuko INFAC buletinak intsulina desberdinen ezaugarriak azaltzen dira xehetasunez. Jarraian, identifika ezazu intsulina motaren eta ezaugarri farmakozinetikoen arteko erlazio FALTSUA:

a) Erdi-mailako eragina – NPH intsulina.
b) Eragin ultraazkarra – aspart intsulina.
c) Eragin motela – detemir intsulina.
d) Eragin azkarra – intsulina lispro.

179. «2. motako diabetesa: hipergluzemiaren tratamendu farmakologikoaren eguneraketa» (2021) izenburuko INFAC buletinaren arabera, baldintzatzaile kliniko nagusiaren araberako tratamendu konbinatua dela eta, hautatu erantzun zuzena:

a) Gaixotasun kardiobaskular ateroesklerotiko ezarria duten diabetikoen kasuan, metformina, iSGLT-2 bat (gliflozinak) edo arGLP-1 (liraglutida, dulaglutida) gehitzea gomendatzen da, egiaztatu baita eragina dutela gertaera kardiobaskularren kopurua murriztean.
b) Bihotz-gutxiegitasuna eta eiekzio-frakzio murriztua duten diabetikoen kasuetan (<% 40), metformina, pioglitazona edo saxagliptina gehitzea gomendatzen da.
c) Giltzurruneko gaixotasun kronikoa duten diabetikoen kasuetan, makroalbuminuria eta estimatutako iragazketa glomerularra <30 ml/min/1,73 m2 dituztenean, metforminari sulfonilureak gehitzea gomendatzen da.
d) Diabetiko obesoen kasuan (GMI >30 kg/m2), intsulina edo sulfonilureak gehitzea gomendatzen da.

180. «Hipertentsio arterialaren tratamendu farmakologikoa eguneratzea» (2022) INFAC buletinaren testuan, argi eta garbi ezarri da hipertentsio arterialaren kontrako tratamendua hastea gomendatzen dela, egoera hauetako guztietan, batean IZAN EZIK:

a) Presio arteriala ≥ 140/90 eta diabetes mellitusa dituen pazientea.
b) Presio arteriala ≥ 140/90 eta ezker-bentrikuluaren hipertrofia dituen pazientea.
c) Presio arteriala ≥ 140/90 eta menopausia dituen pazientea.
d) Presio arteriala ≥ 140/90 eta –REGICOR ekuazioaren arabera– arrisku koronarioa ≥% 10 dituen pazientea.



181. Romozosumaba dela eta, Ministerioak bidali duen posizionamendu terapeutikoko txostenaren arabera, hautatu erantzun zuzena:

a) Terapeutikan duen tokia argi zehaztuta dago. Ebidentzia kontuan hartuta, bigarren mailako tratamendu gisa kokatzen da menopausiaren osteko osteoporosian, bifosfonatoek huts egin dutenean.
b) Saiakuntza klinikoetan, gertakari kardiobaskular larriak areagotu zirela antzeman zen (miokardioko infartua eta istripu zerebrobaskularra).
c) ARCH saiakuntza klinikoan, romozosumabek egiaztatu du murrizten dituela aldakako hausturaren kasuak estatistikoki esanguratsua den moduan, alendronato bidezko tratamenduarekin alderatuta.
d) Pauta posologikoa hauxe da: 210 mg ematea ahotik hartzeko bi konprimatutan, segidan, hilabetean behin, 12 hilabetez.

182. Praktika klinikoaren hainbat gidalibururen arabera, egoera hauetako zein da arrisku kardiobaskularra areagotzen duen faktorea?

a) Gaixotasun kardiobaskular goiztiarraren familia-aurrekariak.
b) Gizarte-bazterketako egoeran daude pertsonak.
c) Menopausia goiztiarraren historia (<40 urte).
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

183. «Kolesterola eta gaixotasun kardiobaskularraren lehen mailako prebentzioa: oraindik bada eztabaida» (2022) INFAC buletinaren arabera, 2. motako diabetes mellitusean dislipemiaren tratamenduari dagokionez:

a) Ez da gomendatzen arrisku koronarioa REGICOR ekuazioaren bidez estimatzea gaixotasun kardiobaskularrik ez duten paziente diabetikoetan, esku-hartze hipolipemiatzailearen inguruko erabakiak hartzeko.
b) NICE gidek, SNS-Ostebarenak eta RedGDPSenak gomendatzen dute arrisku kardiobaskularra balioztatuta dauden eta diabetikoen populazioa aintzat hartzen duten ekuazioekin kalkulatzea, arrisku kardiobaskularra modulatzen duten beste faktore batzuen balorazioarekin batera.
c) 50 eta 65 urte bitarteko pazienteen kasuan, 2. motako diabetesa dutenean eta REGICORren arabera arrisku koronarioa >% 20 denean, gomendatzen da estatina-dosi ertainekin hastea tratamendua.
d) Hainbat azterlanak agerian uzten dute, oro har, diabetesari lotutako arrisku kardiobaskularra gaixotasun kardiobaskular ezarriaren baliokidea dela.

184. «Hipertentsio arterialaren tratamendu farmakologikoa eguneratzea» (2022) INFAC buletinak jasotzen duenaren arabera:

a) HYGIA saiakuntza klinikoan, goizeko hartualdiko botika antihipertentsibo bat edo gehiago gaueko hartualdira aldatzea gertakari kardiobaskularrak murrizteko onura handiekin lotu zen, azterlanaren ondorioak zuhurtziaz interpretatu behar izan arren.
b) Praktika klinikoko gidaliburu gehienek antihipertentsiboak egunez edo gauez hartzeari buruzko gomendioak ematen dituzte.
c) Gaueko presio arterialaren beherakadarik ez izatea (*non-dipper* patroia) arrisku kardiobaskularraren eta morbilitate kardiobaskularraren jaistearekin lotzen da.



d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

185. «Farmako hipolipemiatzaile berriak: azido benpedoikoa, etil ikosapentoa, inklisirana...» izenburuko INFAC buletinaren arabera (2025), inklisirana (Leqvio®):

a) Efektu kardiobaskular positiboa erakutsi duen lehenengo omega-3 azidoa da, bestelako formulak eta omega-3 azidoen beste dosi batzuk erabiliz egindako saiakuntzek emaitza ez-aldekoak erakutsi zituztelako.
b) Dislipemia mistoa duten helduen dietan adjubante gisa erabiltzea da baimendutako indikazio bakarra.
c) Interferentziazko azido erribonukleiko txikia da (siRNA), bikatenarioa; LDL kolesterola birratzematea areagotu eta inguruko mailak jaitsi egiten ditu, LDL kolesterolaren hartzailearen adierazpena areagotzen du hepatozitoen azalera zelularrean.
d) Sendagai berri honekin egindako saiakuntza klinikoek erakutsi dituzte jaitsi egin dela gertakari kardiobaskularren kopurua, baita horrelako kasuei lotutako heriotza-tasa ere.

186. «Hipertentsio arterialaren tratamendu farmakologikoa eguneratzea» (2022) INFAC buletinaren arabera, pazientearen egoera hauetako zeinek bultzatuko luke medikamentu antihipertentsiboak depreskribatzeko aukera aztertzera?

a) Erortzeko arrisku handia.
b) Hipopotasemia larria.
c) 80 urtetik gorako adina.
d) Presio arterial sistolikoa 145 mmHg izatea, sintomarik gabe.

187. «2. motako diabetesa: hipergluzemiaren tratamendu farmakologikoaren eguneraketa (2021)» izenburuko INFAC buletinaren arabera:

a) DEINTENSIFY akronimoak kontrol gluzemikoaren helburuak berrikustea garrantzitsua den egoeren proposamen bat jasotzen du.
b) 2. motako diabetes mellitusaren gehiegizko tratamendua ohikoa da adineko hauskor eta pluripatologikoetan.
c) Baldintzatzaile nagusia obesitatea duten pazienteen kasuan, pisua murrizten duten sendagaiak lehenestea gomendatzen da (gliflozinak edo arGLP-1), metforminari gehitutako terapia gisa.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

188. «Intsulinen eguneratzea» (2017) izenburuko INFAC buletinaren arabera eta intsulina 2. motako diabetesa duten pazienteetan erabiltzeari dagokionez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Intsulinikoak ez diren diabetes-kontrakoei intsulina basala eranstea gomendatzen da tratamendua hasteko. NPH edo determir intsulinen kasuan, ohera joan aurretik 10 U edo 0,2 U/kg-ko dosiekin hasiko da; glargina edo degludec intsulina baldin bada, eguneko edozein ordutan.

b) Intsulina basalarekin desiragarri diren kontrol-helburuak ez badira erdiesten, aukeretako bat da jan aurretik intsulina prandialeko boloak (arrunta edo eragin azkarreko analogoak) gehitzea, bakarra hasteko, otordu nagusian.
c) Intsulina basalarekin desiragarri diren kontrol-helburuak lortu ezean, beste aukera bat da intsulina basalaren dosi bakarra hartu beharrean, aurrez nahasturiko intsulina basalaren bi dosi hartzen hastea.
d) Intsulinikoak ez diren diabetes-kontrako medikamentuak hartzen jarraitzea gomendatzen da, pioglitazona izan ezik intsulina prandialak barne dituen pautan, hipogluzemiak pairatzeko arriskua, pisua, albo-ondorioak eta kostua aintzat hartuta.

189. 65 urtetik gorako pazienteen kasuan, bihotz-gutxiegitasun kronikoa eta eiekzio-frakzio murriztua badituzte, sendagai hauek erabiltzea gomendatzen da, bat IZAN EZIK:

a) Kaltzioaren antagonistak.
b) Beta-blokeatzaileak.
c) AEBI edo AHA-II.
d) Hartzaile mineralokortidoideoaren antagonistak.

190. Antikoagulazio-kateko faktoreetako zein inhibitzen du dabigatranek?

a) IIa.
b) Va.
c) Xa.
d) XIIa.

191. New York Heart Association (NYHA) elkartearen sailkapen funtzionalak kategoria funtzional batzuk ezartzen ditu bihotz-gutxiegitasuna (BG) duten pazienteen kasuan, gaixotasunak pazientearen eguneroko bizitzan eragiten dituen mugen arabera. Sailkapen horren arabera, «Muga arinak ariketa fisikoan, sintomarik ez atsedenean. Ariketa fisiko normalak nekea, palpitazioak edo disnea sortzen ditu» deskribapena kategoria hauetako bati dagokio:

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

192. Sakubitriloa/balsartana (Entresto®) izeneko sendagaia bihotz-gutxiegitasun kroniko sintomatikoa eiekzio-frakzio murriztua duten paziente helduetan tratatzeko erabiltzeari buruzko posizionamendu terapeutikoko txostena dela eta, hautatu egiazko esaldia:

a) Sakubitriloa/balsartana aliskirenoa duten medikamentuekin konbinatzea ez da gomendatzen diabetes mellitusa edo giltzurrun-gutxiegitasuna duten pazienteen kasuan (eGFR <60 ml/min/1,73 m2).

b) Hasieran eta sakubitrilo-/balsartan-dosia ezartzean, beharrezkoa da mailakako dosifikazio bat, non hauek kontrolatuko baitira, pauta gainbegiratzeko: presio arteriala, sodio serikoa eta kontrako efektuak.
c) Sakubitriloa/balsartana angiotentsinaren entzima bihurtzailearen inhibitzaile batekin batera erabiltzen denean hiperpotasemia gertatzeko arriskua dagoenez, ezin da sakubitriloa/balsartana hartzen hasi angiotentsinaren entzima bihurtzailearen inhibitzailearen bidezko tratamenduko azken dosia hartu eta 36 ordutara.
d) Sakubitrilo/balsartanaren onura kardiobaskular osagarriak, bihotz-gutxiegitasuna duten pazienteetan, neprilisinak degradatutako peptidoak areagotzeari esleitzen zaizkio, hala nola peptido natriuretikoak (sakubitriloaren aldetik), eta, aldi berean, angiotentsina IIren efektuak inhibitzea (balsartanaren aldetik).

193. «Irizpide eta gomendio orokorrak ahotiko antikoagulatzaile zuzenak iktus eta enbolia sistemikoaren prebentzioan erabiltzeko, aurikula-fibrilazio ez-balbularra duten pazienteetan» izenburuko Posizionamendu Terapeutikoko Txostenak kasu batzuk jasotzen ditu; hain zuzen, edoxabanaren 60 mg/24 orduan behin hartu beharrean 30 mg/24 orduko erabiltzea gomendatzen da kasu horietan. Adibidez, egoera honetan:

a) Pisua ≤ 70 kg.
b) Zitalopramarekin baterako tratamendua.
c) Giltzurrun-gutxiegitasun moderatua edo larria (kreatinina argitzea: 15-50 ml/min).
d) Adina >80 urte.

194. Paziente diabetiko batek, aurikula-fibrilazioa dela eta apixabana antikoagulatzaile gisa erabiltzen duenak, sindrome koronario akutua du eta larruazalean zeharreko interbentzio koronario (LIK) bat egin behar diote, stenta jartzeko. Zein plaketa-antiagregatzaile lotu beharko litzaioke azido azetilsalizilikoari ospitaleko alta ematerakoan?

a) Tikagrelora 90 mg/12 orduan behin.
b) Klopidogrela 75 mg /24 orduan behin.
c) Prasugrela 10 mg/24 orduan behin.
d) Tikagrelora 60 mg/12 orduan behin.

195. Peptido natriuretikoek bihotz-gutxiegitasunean betetzen duten zeregina dela eta, hautatu baieztapen zuzena:

a) Peptido natriuretikoek bihotz-gutxiegitasunaren behin betiko diagnostikoa emateko balio dute.
b) Peptido natriuretikoak bihotz-gutxiegitasunaren tratamendu farmakologikoa optimizatzeko gidari moduan erabili behar dira.
c) giltzurrun-hutsegitea duten pazienteek peptido natriuretiko gutxiago dute.
d) Peptido natriuretikoek pronostiko-informazioa ematen dute bihotz-gutxiegitasun akutu eta kronikoa duten pertsonen kasuetan.

196. Eiekzio-frakzio murriztua duten eta arestian zain barneko tratamenduaren premia eragin duen deskonpentsazioa izan duten paziente helduetan beriziguata (Verquvo®) bihotz-gutxiegitasun kroniko sintomatikoa tratatzeko erabiltzeari buruzko Posizionamendu Terapeutikoko Txostena kontuan hartuta, hautatu erantzun zuzena:

a) Erabilera mugatzen duen kontrako ondorio nagusia hipopotasemia da.
b) Bihotz-gutxiegitasunaren tratamendu optimizatuari lotzeko egokia da, bihotz-maiztasuna jaitsi behar denean.
c) Dosia pazienteak duen tolerantziaren arabera egokituz joan behar da.
d) Ezin da lotu AEBI/AHA II-ekin, angioedemaren arriskua sortzen delako.

197. Ahotiko antikoagulatzaile zuzen bat preskribatuko zaio aurikula-fibrilazio ez-balbularra duen 82 urteko gizonezko bati, iktus eta enbolia sistemikoa prebenitzeko; 75 kg pisatzen du, eta orain dela gutxi egindako analitikan kreatinina serikoa 1,1 mg/dL eta estimatutako iragazketa glomerularra 62 mL/min/1,73 m2 izan ditu. Dosifikazio hauetako zein izango litzateke zuzena?

a) Apixabana 5 mg/12 orduan behin.
b) Ribaroxabana 15 mg/24 orduan behin.
c) Dabigatrana 150 mg/12 orduan behin.
d) Edoxabana 30 mg/24 orduan behin.

198. Sendagai hauetako zeinek eragin dezake bihotz-gutxiegitasuna larriagotzea?

a) Diklofenakoak.
b) Saxagliptinak.
c) Amiodaronak.
d) A) eta b) zuzenak dira.

199. «Bihotz-gutxiegitasunarekin lotutako berriak» INFAC buletinaren arabera, bihotz-gutxiegitasun kronikoa duten pazienteei dagokienez, hautatu erantzun OKERRA:

a) Likidoak murriztea ezin da aplikatu errutina moduan; deskonpentsazio akutuko aldietan egokitzea gomendatzen da.
b) Gatz-kontsumoaren maila optimoena zehaztu ez bada ere, sodioa murriztea gomendatzen denez, egunean erabil dezakeen gatz kantitatea <2 g dela ezarri da.
c) Gatzaren ordezkoak saihestu egin behar dira, gehienak potasio maila handikoak baitira.
d) Tratamenduaren helburuak egoera klinikoa, ahalmen funtzionala eta bizi-kalitatea hobetzea, ospitaleratzeak prebenitzea eta, ahal bada, hilkortasuna murriztea dira.

200. Aurikula-fibrilazio ez-balbularra duten eta ahotiko antikoagulatzaile bat behar duten pazienteen kasuetan, egoera hauetako zeinetan egongo litzateke gomendatua ahotiko antikoagulatzaile zuzen bat erabiltzea?

a) K bitaminaren antagonistak jada hartzen dituzten pazienteak, INR ratioa ondo kontrolatuta badute.
b) Aurikula-fibrilazio ez-balbularra duten paziente berriak, antikoagulazioaren indikazioa jaso badute, eta giltzurrun-gutxiegitasun larria badute (ClCr < 15 mL/min).
c) Inoiz garezur barneko odoljarioa izan duten pazienteak.
d) Balbulei eragiten dien aurikula-fibrilazioa duten pazienteak.

201. «Irizpide eta gomendio orokorrak ahotiko antikoagulatzaile zuzenak iktus eta enbolia sistemikoaren prebentzioan erabiltzeko, aurikula-fibrilazio ez-balbularra duten pazienteetan» izenburuko Posizionamendu Terapeutikoko Txostenak deskribatzen ditu aurikula-fibrilazio ez-balbularra duten pazienteen kasu batzuk; hain zuzen, kasu horietan, ahotiko antikoagulatzaile zuzenak Osasun Sistema Nazionalaren esparruan aukera terapeutikotzat har daitezke, hau da, antikoagulatzailea finantzatuta egongo litzateke. Egoera hauek guztiak dira, bat IZAN EZIK:

a) Aurikula-fibrilazioa duten pazienteak, antikoagulazioa behar dutenak, aldi berean sindrome antifosfolipidikoa badute.
b) K bitaminaren antagonista baten bidezko tratamendua hasi duten pazienteak, jarraibide terapeutikoak ondo bete arren INR ratioa tarte egokian (2-3) mantentzeko arazoak badituzte.
c) Inoiz garezur barneko odoljarioa izan duten pazienteak.
d) Azenokumarolaren edo warfarinaren erabilerarekiko hipersentikortasun ezaguna edo berariazko kontraindikazioa duten pazienteak

202. «Bihotz-gutxiegitasunarekin lotutako berriak» INFAC buletinaren arabera, bihotz-gutxiegitasun kronikoa duten pazienteen deskonpentsazioak kudeatzeari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Deskonpentsazio-aldietan, furosemida larruazalpetik ematea gomendatzen da, lakioko diuretikoak ahotik xurgatzeko ahalmena (bereziki furosemida) murriztua izan baitaiteke.
b) Lakioko diuretikoen dosi eraginkorra urrun dago bere muga terapeutikotik, eta dosi-erantzunaren kurba lineala da; hori dela eta, dosiaren igoera txikiek gorakada handiak eragiten dituzte diuresian.
c) Lakioko diuretikoak 6 orduan behian eman behar dira deskonpentsazio-aldietan, eta kontraindikatuta daude diuretiko tiazidikoak eta potasio-aurreztaileak.
d) Lakioko diuretikoak deskonpentsazio-aldietan kongestioa arintzeko gehien erabiltzen diren sendagaiak dira, ekintza-ahalmen eta -azkartasunagatik, erabilera hori bidera dezaketen saiakuntza kliniko sendoak gutxi izan arren.



203. Paziente helduetan bihotz-gutxiegitasun kroniko sintomatikoa tratatzeko empagliflozina (Jardiance®) erabiltzeari buruzko posizionamendu terapeutikoko txostena kontuan hartuta, hautatu erantzun zuzena:

a) Empagliflozinak bihotz-gutxiegitasuna duten pazienteen pronostikoa hobetzen du, batez ere, giltzurrun-tubulu proximalean SGLT2 kogarraiatzailea modu selektiboan inhibitzearen ondorioz efektu hipogluzemiatzailea duelako.
b) Empagliflozinak ez du erakutsi maila klinikoan garrantzia izan dezakeen onurarik bihotz-gutxiegitasuna eta ezker-bentrikuluko eiekzio-frakzioa >% 40 duten pazienteetan; hortaz, paziente asintomatikoetan soilik har daiteke tratamendu-aukeratzat, baldin eta NT-proBNP balio baxuak badituzte.
c) Empagliflozinaren segurtasun-profila bihotz-gutxiegitasuna duten pazienteetan 2. motako diabetes mellitusaren tratamenduan ikusitakoaren antzekoa da, ohikoenak diren kontrako efektuen antzeko intzidentziarekin, hipotentsioa izan ezik.
d) Sakubitrilo/balsartanarekiko zuzeneko konparazioei esker, eiekzio-frakzio kontserbatua duten pazienteetan, tratamendu konbinatua batez ere «NYHA IV» klase funtzionala duten pazienteen kasuan gomenda daiteke.

204. *Helicobacter pylori* desagerrarazteari buruzko «*Helicobacter pylori* desagerrarazteko pauta berriak» INFAC buletinaren arabera, egia da:

a) Gomendatutako terapia gehienek % 90eko desagerrarazteko tasa lortzen dutela.
b) Ebidentzia sendoak erakusten duenez, protoi-bonbaren inhibitzaileak dosi handiagoetan erabiltzeak erradikatzeko eraginkortasuna areagotzen du.
c) 14 eguneko terapia hirukoitzek desagerrarazte tasa handiagoak lortzen dituzte pauta laburragoek baino.
d) *Helicobacter pylori*ren antibiotikoekiko erresistentzia antzekoa da herrialde desberdinetan.

205. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» izenburuko INFAC buletinaren arabera, protoi-bonbaren inhibitzaileek indikazio onartua dute patologia hauetan, batean izan ezik:

a) Errefluxu gastroesofagikoak eragindako gaixotasuna.
b) Dispepsia funtzionala, pirosi motakoa.
c) *Helicobacter pylori* desagerraraztea.
d) Ultzera gastroduodenalaren tratamendua.

206. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» izenburuko INFAC buletinari jarraikiz, hautatu erantzun zuzena:

a) PBIren kontsumoa Euskadin altua da eta gainerabilera-maila handi bat dago.
b) PBIren kontsumoa Euskadin nabarmen jaitsi da azken urteotan.
c) PBIak behar bezala ezarritako indikazioetan erabiltzen dira gehienetan.
d) PBIren kontsumoa Euskadin Europako beste herrialde batzuetan baino txikiagoa da.



207. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» izenburuko INFAC buletinari jarraikiz, kasu hauetako zeinetan izango litzateke egokia PBI bat urdail-babesle gisa erabiltzea?

a) AIEEen erabilera kronikoa (>30 egun) 65 urtetik beherako pazienteetan.
b) 65 urtetik gorako pertsonetan klopidogrela erabiltzea.
c) 65 urtetik beherako pazienteetan kortikoideak erabiltzea, beste sendagai gastrolesibo batzuekin lotuta.
d) Polimedikazioa.

208. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» izenburuko INFAC buletinari jarraikiz, egoera hauetako zeinetan ezin da planteatu PBIren depreskripzioa egitea (kentzea edo dosia jaistea)?

a) Paziente asintomatikoak, PBI erabiltzeko indikazio argirik ez dagoenean.
b) PBIren mantentze-dosi altuak dituzten pazienteak.
c) Errefluxu gastroesofagikoa edo dispepsia dela eta PBI bidezko tratamendua jasotzen duten pazienteak, gutxienez 3 hilabetez sintomarik gabe daudenak.
d) Barretten esofagoa duten pazienteak.

209. «*Helicobacter pylori* desagerrarazteko pauta berriak» izenburuko INFAC buletinaren arabera, penizilinari alergia dioten pazienteetan, pauta hau proposatzen da:

a) Omeprazola, klaritromizina eta metronidazola konbinatzen dituen terapia hirukoitza erabiltzea, lehenespenez 14 egunez, modu enpirikoan.
b) Protoi-bonbaren inhibitzaile bat (PBI), bismutoa, metronidazola eta tetraziklina konbinatzen dituen terapia laukoitza erabiltzea, 10-14 egunez.
c) Bismutoa erabiltzen duen tratamendu laukoitzak huts egin ondoren, tetraziklina eta klaritromizina konbinatzen dituen terapia hirukoitza proposatzen da.
d) Paziente horietan terapia hibridoa eta terapia sekuentziala gomendatzen dira.

210. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» izenburuko INFAC buletinari jarraikiz, PBI depreskribatzea plantea daiteke (kentzea edo dosia jaistea) kasu hauetan, batean IZAN EZIK:

a) Barretten esofagoa duten pazienteak.
b) Ultzera gastroduodenalak izan dituzten pazienteak, 4-8 asteko tratamendua edo *H. pylori* desagerrarazteko tratamendua amaitu dutenak.
c) PBIrekin tratatzen den errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasuna edo dispepsia duten pazienteak, gutxienez hiru hilabetez sintomarik gabe daudenak.
d) Paziente asintomatikoak, PBI erabiltzeko indikazio argirik ez dagoenean.

211. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» izenburuko INFAC buletinaren arabera, hauek guztiak PBIei loturiko kontrako efektuak dira, gehienak epe luzerakoak, bat IZAN EZIK:

a) Komunitatean hartutako pneumoniaren (KHP) arriskua handitzea.

b) Gibel gantzatsuaren gaixotasun ez-alkoholikoa.
c) B12 bitaminaren defizita.
d) Nefritis insterstizial akutua.

212. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» (2016) izenburuko INFAC buletinari jarraikiz, AIEEei lotutako gastropatiaren profilaxian PBI agintzeari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) 65 urtetik beherako pazienteetan, odoljario digestibo altuaren aurrekaririk ez badute, serotonina berbiltzeko inhibitzaile selektiboen eta AIEE kronikoaren baterako erabilera urdaila PBIren bidez babesteko indikazio argia da.
b) 65 urtetik gorako pazienteetan, ez badute odoljario digestibo altuaren aurrekaririk, ezta beste sendagai gastrolesibo batzuen bidezko tratamendu konkomitanterik ere, AIEEren erabilera akutuak ez du justifikatzen PBI preskribatzea.
c) 65 urtetik beherako pazienteetan, odoljario digestibo altuaren aurrekaririk ez badute, AIEEren erabilera kronikoa, bestelako arrisku-faktorerik gabe, PBI erabiltzeko indikazioa da.
d) Serotonina berbiltzeko inhibitzaile selektiboen bidezko tratamenduan dauden 65 urtetik beherako pazienteetan, urdaila PBIren bidez babestea modu sistematikoan agintzen da AIEE bidezko tratamenduaren iraupena edozein dela ere.

213. «*Helicobacter pylori* desagerrarazteko pauta berriak» izenburuzko INFAC buletinaren edukiari jarraikiz, terapia hauetako zein aginduko litzateke *Helicobacter pylori* desagerrarazteko bigarren mailako tratamendu gisa, lehenengo mailakoak huts egin ondoren, penizilinari alergiarik ez dion paziente baten kasuan?

a) Omeprazola 20 mg/12 orduan behin + bismuto subzitratoa 420 mg/6 orduan behin + metronidazola 375 mg/6 orduan behin + tetraziklina 375 mg/6 orduan behin, 10-14 egunez.
b) Omeprazola 20 mg/12 orduan behin + lebofloxazinoa 500 mg/24 orduan behin + amoxizilina 1 g/12 orduan behin + bismuto subzitratoa 240 mg/12 orduan behin, 14 egunez.
c) Omeprazola 20 mg/12 orduan behin + lebofloxazinoa 500 mg/24 orduan behin + amoxizilina 1 g/12 orduan behin, 14 egunez.
d) Omeprazola 20 mg/12 orduan behin + klaritromizina 500 mg/24 orduan behin + amoxizilina 1 g/12 orduan behin + metronidazola 500 mg/12 orduan behin, 14 egunez.

214. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» izenburuko INFAC buletinaren arabera, dosi hauetako zeintzuk har daitezke PBIren ekipotentetzat?

a) Omeprazola 20 mg eta lantsoprazola 15 mg.
b) Omeprazola 20 mg eta esomeprazola 40 mg.
c) Omeprazola 20 mg eta pantoprazola 40 mg.
d) Omeprazola 20 mg eta errabeprazola 10 mg.



215. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» INFAC buletinaren arabera, hautatu erantzun zuzena, urdaila babesteari dagokionez, sendagaien bidezko tratamenduan dauden pazienteetan:

a) Urdaila PBIren bidez babestea egokia da ahotiko antikoagulatzaileen bidezko tratamendua jasotzen duten paziente guztien kasuan.
b) Kortikoide sistemikoen bidezko tratamenduak, oro har, urdaila PBIren bidez babestea eskatzen du.
c) Urdaila PBIren bidez babestea egokia da AIEE bidezko tratamendua jasotzen duten pazienteetan, adina eta arrisku-faktoreak alde batera utzita.
d) PBI urdaila babesteko neurri gisa agintzeko, pazientearen arrisku gastrointestinalaren banakako balorazioan oinarritu behar da.

216. «Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» izenburuko INFAC buletinaren arabera, egoera hauetako zeinetan EZ litzateke egokia PBIren depreskripzioa planteatzea?

a) Errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasuna duen pazientea, 3 hilabete baino gehiagotik asintomatikoa.
b) Dispepsia duen pazientea, tratamendua burututa, sintomarik gabe dagoena.
c) Barretten esofagoa duen pazientea, PBIren bidezko tratamenduan.
d) PBI erabiltzeko indikazio argirik ez duen pazientea.

217. Bedolizumabaren (Entyvio®) Posizionamendu Terapeutikoko Txostenari jarraikiz, hautatu erantzun zuzena:

a) Bedolizumaba hesteetako gaixotasun inflamatorioan erabiltzekoa da, lehen mailako tratamendu gisa.
b) Bedolizumabak anti-TNFek baino eraginkortasun handiagoa erakutsi du Crohn gaixotasunean.
c) Bedolizumaba kolitis ultzeraduna tratatzeko aukeratzat har daiteke, ohiko tratamenduak edo anti-TNFek huts egin ondoren.
d) Bedolizumabak berehalako efektua du, erremisio klinikoa eragiten duelako.

218. «AIEE-en segurtasun-alderdiak» (2021) izenburuko INFAC buletina kontuan hartuta, hautatu erantzun zuzena, AIEE-ek ultzerak sortzeko duten arriskuari dagokionez:

a) Ibuprofenoa dosi txikietan piroxikama bezain arriskutsua da, ultzerak eragiteari dagokionez.
b) Diklofenakoak eta naproxenoak arrisku gastrointestinal ertaina dute.
c) COX-2-ren inhibitzaile selektiboek ultzerak eragiteko arrisku handiagoa dute ohiko AIEE-ek baino.
d) AIEE-en arrisku gastrointestinalak ez du zerikusirik ez dosiarekin ez tratamenduaren iraupenarekin.



219. «AIEE-en segurtasun-alderdiak» (2021) izenburuko INFAC buletina kontuan hartuta, hautatu erantzun zuzena:

a) COX-2 inhibitzea AIEE-en toxikotasun gastrointestinalaren arrazoi nagusia da.
b) COX-1ek parte hartzen du zitobabes gastrikoan, eta hura inhibitzea arrisku gastrointestinal handiagoarekin lotzen da.
c) COX-2k plaketa-agregazioa erregulatzen du, baita babes gastrikoa ere.
d) COX-1 inhibitzea AIEE-en efektu antiinflamatorioaren arrazoi nagusia da.

220. Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI): erabilera-gomendioak» izenburuko INFAC buletina kontuan hartuta, omeprazola erabilerari dagokionez, hautatu erantzun zuzena:

a) Ez da komeni, pazienteak ez baitu hartzen sendagai gastrolesiborik.
b) Dosi egokitan ematen den medikamentua da.
c) Egokia da, polimedikazioa duen pazientea delako.
d) PBI epe luzean erabiltzea arazo hauekin lotu da: haustura osteoporotikoak, pneumonia, *C. difficile*k eragindako infekzio gehiago, hipomagnesemia eta B12 bitaminaren defizita.

221. Farmako hauetako zein ez da azetilkolinesterasaren inhibitzaile bat?

a) Erribastigmina.
b) Galantamina.
c) Memantina.
d) Donepezilo.

222. Osakidetzaren "dementziaren aurkako farmakoen jarraipena eta erretiratzea" dokumentuaren arabera, dementziaren aurkako tratamendu farmakologikoa egoera hauetakoren bat gertatzen denean eten behar da:

a) Dementzia egonkortzen denean.
b) State examination (mmse) test mini-mentalaren emaitza, 10 puntutik gorakoa denean.
c) Dementzia hasierako egoeran dagoenean.
d) Dementzia aurreratuan, baloratu banaka tratamendua etetea.

223. Osasun Sistema Nazionalaren giden katalogoan jasotako praktika klinikoko giden gomendioen arabera, depresioaren tratamenduari buruzko erantzun okerra adierazi:

a) oro har, ez da gomendatzen depresio arinaren tratamendu farmakologikoa.
b) frogatu da terapia kognitibo konduktuala tratamendu farmakologikoa baino hobea dela depresio nagusiaren hasierako tratamenduan.
c) psikoterapiaren abantailetako bat da tratamendua amaitu ondoren ere onurak izaten jarrai dezakeela.
d) oro har, serotoninaren birkaptazioaren inhibitzaile selektiboak (SBIS) dira aukerako tratamendua.



224. Antidepresibo hauetako zein da serotoninaren eta noradrenalinaren birkaptazioaren inhibitzaile (SBIS) bat?

a) Sertralina.
b) Fluboxamina.
c) Benlafaxina.
d) Paroxetina.

225. AEMPSen fitxa teknikoen arabera, antidepresibo hauetako zein erabiltzea gomendatzen da dosi baxuetan, QT tartea luzatzeko arriskuagatik?

a) Zitaloprama.
b) fluoxetina
c) Paroxetina.
d) Sertralina.

226. Depresioaren tratamenduan:

a) NICEren praktika klinikoko gidak gomendatzen du tratamendua gutxienez 12 hilabetez mantentzea episodioa arindu denetik.
b) Hobekuntza lortu zeneko dosiaren erdia da gomendatutako mantentze-dosia.
c) Ez da beharrezkoa tratamendu farmakologikoa pixkanaka etetea.
d) Tratamendu farmakologikoa duten pazienteen jarraipenak zorrotza izan behar du, gutxienez lehen 4 asteetan.

227. CENMen (CEVIME, Euskadin) azterketarako medikamentu berriaren fitxaren arabera, adierazi erantzun OKERRA safinamidak terapian duen lekuari buruz:

a) Safinamidak plazeboarekiko nagusitasun argia erakutsi du gorabehera motorrak arintzeko, L-doparen tratamendu osagarri gisa, fase ertainean edo aurreratuan dauden parkinson gaixotasuna duten pazienteetan.
b) Ez dago konparazio zuzenik beste aukera batzuekin, ezta beste IMAO-B batzuekin ere (selegilina, errasagilina), eta, beraz, ezin da horien aurrean abantailik eta eragozpenik ezarri.
c) L-dopa bidezko beste tratamendu osagarri bat da, eta haren eraginkortasun- eta segurtasun-erlazioa ez dago ezarrita, batez ere eskuragarri dauden aukera ezagunenei dagokienez.
d) Aukera guztiak zuzenak dira.

228. Euskadin aztertu beharreko sendagai berriaren fitxaren arabera, adierazi zein den erantzun OKERRA naloxegolari dagokionez:

a) Naloxegola monoterapia gisa aztertu da opioideek eragindako idorrerian, min ez-onkologikoa duten pazienteetan eta laxanteen tratamenduari erantzuten ez zioten pazienteetan.
b) Azterlan nagusiek garrantzi estatistikoa erakutsi zuten laxanteei erantzun egokia eman zieten pazienteen azpitaldean.



c) Ez dago naloxegolaren eta monoterapiako beste laxante konbinatu batzuen arteko konparazio zuzenik, ohiko praktika klinikorik.
d) Bere eraginkortasunaren ebidentzia min ez-onkologikoa duten pazienteetara mugatzen da.

229. «Sendagaiak eta gidatzea» INFAC buletinaren (2017) arabera, gizakientzako medikamentuetan dagoen printzipio aktibo hauetako zeinek eragin dezake logura, eta ez dago gidatzeko arriskua dakarren piktograma-sistemaren barruan?

a) Melatonina
b) klobazam
c) Belar bedeinkatua
d) Asenapina

230. Osakidetzaren "Dementziaren aurkako farmakoen jarraipena eta erretiratzea" dokumentuaren arabera, adierazi zein den erantzun zuzena Alzheimer-en Gaixotasuna (AG) azetilkolinesterasaren inhibitzaileekin (AZEI) tratatzeko:

a) AG moderatuaren eta larriaren tratamendu sintomatikorako onartu dira.
b) Alzheimer-en gaixotasunaren progresioa geldiarazten dute.
c) Hobekuntza apalak eragiten dituzte egoera orokorrean, funtzio kognitiboan eta eguneroko jardueretan AG arina edo nahiko larria duten pazienteetan.
d) Sendagai eraginkorrak dira, eta, agindu ondoren, ez dute aldizkako ebaluaziorik behar.

231. Zolpidem sendagai hipnotikoari dagokionez, AEMPSen 2014ko informazio-oharra eta hurrengo eguneko logura-arriskua kontuan hartuta, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Medikamentua hartu eta hurrengo 7 orduetan, gomendagarria da ez gidatzea edo arreta behar den eta arriskutsua izan daitekeen jarduerarik ez egitea.
b) Hurrengo egunean ondorioefektu lasaigarriak lasaigarriak murrizte aldera, dosi osoa eguneko bi hartualditan zatitu daiteke.
c) Gibeleko gutxiegitasuna duten pazienteen kasuan, gomendatutako dosia 5 mg/egun da.
d) Adineko pazienteetan, gomendatutako dosia 10 mg/egun da.

232. "Depresioaren Tratamendua Lehen Mailako Arretan: noiz eta zerekin" izeneko INFAC buletinean jasotzen den bezala, zein izan liteke aukerako antidepresiboa kardiopatia iskemikoa edo postinfartua duen paziente batentzat?

a) Sertralina
b) Trazodona
c) Eszitaloprama
d) Maprotilina

233. "Depresioaren tratamendua lehen mailako arretan: noiz eta zerekin" izeneko INFAC buletinean jasotzen den bezala, depresiorako antidepresibo batekin tratamendua hasi ondoren eta hirugarren edo laugarren astean pazientearen ebaluazioan hobekuntzarik ez dagoela ikusten bada, zein izango litzateke jarraitu beharreko estrategietako bat?

a) Medikamentuaren dosia handitu, gehieneko dosi terapeutikoraino.
b) Bilakaera klinikoa zortzigarren astera arte itxaron.
c) Antidepresiboen konbinazio bat erabili.
d) Osasun Mentalera bideratu.

234. Arreta-defizitaren eta Hiperaktibitatearen Nahasmenduan, Guanfazinaren (Intuniv®) Posizionamendu Terapeutikoari buruzko Txostenaren edukiari dagokionez, adierazi baieztapen hauetatik zein den OKERRA:

a) Adin-talde bakoitzerako baliozkotutako eskala batzuek sintomen hobekuntza ebaluatzen dute tratamenduarekin. Garrantzitsuenak Conners edo ADHD-RS dira.
b) WFIRS-P (Weiss Functional Impairment Rating Scal) eskalaren gisakoak daude, eskola-errendimenduaren hobekuntzan edo epe laburreko zein luzeko portaera sozialean adierazitako emaitza funtzionala ebaluatzeko.
c) Guanfazina printzipio aktibo ez-estimulatzailea da, alfa2A hartzaile adrenergikoen agonista selektiboa.
d) Finantzatutako guanfazina indikazioa arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmendua (ADHN) tratatzeko da, 6-17 urteko haur eta nerabeetan, estimulatzaileak egokiak ez direnean, toleratzen ez direnean edo eraginkorrak ez direla frogatu denean.

235. Antidepresiboen karga antikolinergikoari dagokionez, jarduera antikolinergikoa duten sendagaiei buruzko INFAC dokumentuen arabera, adierazi zeinek duen eragin antikolinergiko TXIKIENA:

a) Amitriptilina
b) Nortriptilina
c) Klomipramina
d) Doxepina

236. «Min kroniko ez-onkologikoa: opioideak?» INFAC buletinaren arabera, baldin eta giltzurrun-gaixotasun kronikoa duen paziente batek analgesiko opioide batekin eta iragazketa glomerular batekin (< 30 mmG) preskripzio bat hasi behar badu, zein izango litzateke opioide egokiena eta EZ luke dosiaren doikuntzarik beharko?

a) Fentanilo transdermikoa.
b) Oxikodona, aho bidez.
c) Morfina, aho bidez
d) Tramadol, aho bidez.

237. "Alzheimer-en gaixotasuna: eguneratzea" INFAC buletinaren edukiaren arabera, Alzheimer-en gaixotasunaren tratamendu farmakologikoari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Memantina Alzheimer-en gaixotasuna duten pazienteak tratatzeko indikatuta dago, gaixotasun arinetik, moderatu-larrira.
b) Insomnioa, sinkopea, asaldura eta konbultsioak azetilkolinesterasaren inhibitzaileen kontrako ondorio ohikoak dira.
c) Azetilkolinesterasaren inhibitzaileek interakzioak izan ditzakete efektu antikolinergikoak edo kolinergikoak dituzten farmakoekin.
d) Azetilkolinesterasaren inhibitzaileek hobekuntza apalak eragiten dituzte Alzheimer larriaren gaixotasunaren egoera orokorrean, funtzio kognitiboan eta eguneroko bizitzako jardueretan.

238. INFAC Buletinaren edukiaren arabera («Dementziaren sintoma psikologiko eta konduktualen maneiua»), farmako/farmako-talde hauetako zeinek EZ du zerikusirik deliriuma edo dementziaren jokabide-sintomak prezipitatzearekin edo luzatzearekin?

a) Analgesiko opioideak.
b) Alopurinola.
c) Kortikoide sistemikoak, batez ere dosi handietan.
d) Bentzodiazepinak.

239. Lehen Mailako Arretako depresioaren tratamenduari buruzko INFAC buletinaren arabera, antidepresiboen tratamenduari dagokionez, adierazi erantzun ZUZENA:

a) Oro har, farmako antidepresiboen tratamendua hastea gomendatzen da depresio larria diagnostikatzeko nahikoak ez diren sintomak dituzten pazienteetan, sintoma horiek gutxienez 6 hilabetez badaude.
b) Gomendatzen da tratamenduaren hasierako erantzuna lau asteren buruan ebaluatzea.
c) Hirugarren edo laugarren astearen ondoren, erantzun partziala duten pazienteetan, farmakoaren dosia handitzea gomendatzen da gehiengo dosi terapeutikora arte.
d) Depresioaren aurkako farmakoen tratamendua gutxienez 16 aste mantentzea gomendatzen da, gertakariaren remisioaren ondoren, ahalik eta dosi txikienarekin.

240. Lehen mailako arretako depresioaren tratamenduari buruzko INFAC buletinaren arabera, hauetako zein EZ da aukera egokia depresioaren aurkako tratamendua hasteko, pazientearen honako ezaugarriak kontuan hartuta?

a) Citalopram, dementzia duten pazienteetan.
b) Sertralina, miokardio-infartuaren ondoren.
c) Bupropiona, antsietatea duten pazienteetan.
d) Mirtazapina, insomnioa duten pazienteetan.



241. Lehen mailako arretako depresioaren tratamenduari buruzko INFAC buletinaren arabera, antidepresiboek garrantzi klinikoko interakzioak eragin ditzakete. Konbinazio hauetako zeinetan saihestu behar da bi farmakoak batera erabiltzea?

a) Azenokumarola eta sertralina.
b) Tramadola eta mirtazapina.
c) Ibuprofenoa eta fluoxetina.
d) Amoxifenoa eta paroxetina.

242. Paziente batek benzodiazepinak (BZD) erabiltzeari dagokionez (INFAC. "Insomnioaren maneiua adineko pertsonengan"), baieztapen hauetatik zein da zuzena?

a) Metabolismo hepatikorik ez duten BZDak erabiltzea gomendatzen da, hala nola lormetazepama edo alprazolama.
b) Batez besteko bizitza laburreko eta metabolismo ez-oxidatiboko bentzodiazepinak lehenesten dira, horiek erabiltzea beharrezkotzat jotzen bada, hala nola lorazepam edo lormetazepam.
c) Z hipnotikoak ezin dira aukera terapeutikotzat hartu paziente horien kasuan, eguneko sedazioa, sonanbulismoa eta abar izateko arriskua dagoelako.
d) Lokartzeko insomniorako, paziente horien artean ohikoena, egokia da lormetazepama erabiltzea.

243. Antsietate-nahasmendu Orokorra Lehen Mailako Arretan Tratatzeko Praktika Klinikoko Gidaren arabera, antsietatea tratatzeko farmakoak behar bezala erabiltzeko, zein da erantzun zuzena?

a) Haurdunaldian, segurtasunez erabil daitezke hirugarren hiruhilekoan: lorazepam 1 mg eta klonazepam (0,5 mg-ko tantak edo konprimatuak).
b) Benzodiazepinak epe laburrean baino ez dira erabili behar, antidepresibo bidezko tratamendu eta/edo tratamendu psikologikoaren erantzunaren zain dauden bitartean.
c) BZD bat depreskribatzeko, gomendatzen da erdibizitza luzeko bentzodiazepinen ordez erdibizitza laburreko beste batzuk jartzea, dosia pixkanaka murrizten hasi aurretik.
d) BZDak arrakastaz erretiratu zituzten pazienteen % 70 inguruk tratamendua berrabiarazten dute lehen hiru urteetan.

244. INFAC buletinaren "Min kroniko ez-onkologikoa: opioideak?" edukiaren arabera, Min Kroniko Ez-Onkologikoaren tratamenduan, adierazi erantzun OKERRA:

a) Opioideekin tratamendu bat hasi aurretik, beharrezkoa da aztertzea eta erabilera baztertzea, baldin eta abusu eta adikzio arrisku handia duen paziente bat artatuko bada (substantzien abusua, gaindosia, arazo psikiatriko garrantzitsuak).
b) Tratamendua ekintza azkarreko/berehalako opioideetako edozeinekin hasi beharko litzateke, dosi txikietan, eta astiro handitu.
c) Opioideek eragindako hiperalgesia (HIO) opioideei emandako erantzun paradoxikoa da; horren bidez, paziente bat sentikorrago bihurtzen da estimulu mingarri



batzuekiko, eta, kasu batzuetan, mina izaten du normalean mingarriak ez diren estimuluen aurrean (alodinia).

d) Dagoeneko >90 DEM dosiko (ahoko morfinaren 90 mg/egun dosi baliokidea) tratamendua ezarrita duten pertsonen kasuan, horren beharra berriz ebaluatu behar da, pazientearekin eztabaidatu behar dira arriskuak eta onurak, eta dosia kentzea edo murriztea planteatu behar da.

245. Min kroniko ez-onkologikoa duen adineko paziente (<75 urte) baten medikazioa berrikusten ari gara. "Min kroniko ez-onkologikoa: opioideak?" INFAC buletinaren arabera, sendagai opioideen elkarketa hauetatik, zein SAIHESTU beharko litzateke?

a) Fentanilo transdermikoa eta gabapentina.
b) Tapentadola eta amitriptilina.
c) Oxikodona eta bromazepama.
d) Horiek guztiak saihestu beharko lirateke.

246. Zein antipsikotiko gorde behar da egoera akutuetarako eta epe laburrean erabiltzeko dementzia duten pazienteetan?

a) Ketiapina
b) Errisperidona
c) Haloperidola
d) Aripiprazol

247. Helduen depresioaren maneiuari buruzko Praktika Klinikoaren Gidaren (SNS) arabera, zein da aukera zuzena tratamendu farmakologikoari dagokionez?

a) Antidepresiboak eten egin behar dira hasierako hobekuntza klinikoa lortu ondoren, kontrako ondorioak saihesteko.
b) SBISak lehen aukerakotzat hartu behar dira, onura/arrisku balantze onena dutelako.
c) Tratamendu antidepresiboa gutxienez 3 hilabetez mantendu behar da episodioa arindu ondoren.
d) Antidepresiboaren hautaketa eraginkortasun klinikoan soilik oinarritu behar da.

248. Alzheimer-en gaixotasunaren farmakoterapiari dagokionez, aukera hauetatik zein da zuzena?

a) Donepezilo eta galantaminak funtzio kognitiboa hobetzen dute, azetilkolinaren askapena maila sinaptikoan areagotuz.
b) Erribastigminak batez ere NMDA hartzaileak blokeatuz gauzatzen du bere efektu terapeutikoa.
c) Memantinak glutamato bidezko neurona-hiperestimulazioa murrizten du, eta baliagarria da gaixotasunaren fase moderatu eta larrietan.
d) Galantaminak eta memantinak gaixotasunean inplikatutako neurotrasmisore-bideari eragiten diote.

249. INFAC "Insomnioaren maneiua pertsona helduetan (2025)" buletinaren arabera, adierazi aukera zuzena:

a) Z farmakoak benzodiazepina baino nabarmen seguruagoak dira adineko pertsonetan.
b) Trazodonak ez du kontrako ondorio kardiobaskular nabarmenik, eta, beraz, alternatiba segurua da adinekoentzat.
c) Benzodiazepinek onura-arrisku balantze kaltegarria dute adineko pertsonengan, baita epe laburrean ere.
d) Melatonina, sarritan, abstinentzia-sindromearekin lotzen da, kendu ondoren.

250. Lehen Mailako Arretan Antsietate-nahasmendu orokorra Tratatzeko Praktika Klinikoaren Gidaren arabera, adierazi aukera zuzena:

a) Bentzodiazepinak ANO moderatua duten pazienteen lehen mailako tratamendu gisa erabili behar dira.
b) ANO duten pazienteen kasuan, antidepresiboen bidezko tratamendua dosi osoetan hastea gomendatzen da, erantzun azkarragoa lortzeko.
c) SBIS bat eraginkorra bada baina toleratzen ez bada, beste SBIS batera aldatzea gomendatzen da, beste talde farmakologiko batzuk kontuan hartu aurretik.
d) Buspirona lehen lerroko aukera da ANOaren tratamendu farmakologikoan.

251. Medikamentuen zein asoziazioak du efektu antagonikoa?

a) Tramadola eta parazetamola
b) Donepeziloa eta fesoterodina.
c) Olmesartana eta bisoprolola.
d) Fluoxetina eta lormetazepama.

252. Posicionamiento SEFAP "revisión de la medicación centrada en la persona" argitalpenaren arabera, zein da erantzun okerra? Bizitzaren amaierako preskripzio egoki baterako:

a) Medikuak eta pazienteak zehaztu behar dute tratamenduaren helburua.
b) Bizitza luzatzen duten farmakoak lehenetsiko dira.
c) Ahalik eta farmako gutxien erabili beharko litzateke.
d) Ahal den neurrian, jarraibide posologikoak sinplifikatuko dira.

253. SEFAP "elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico" argitalpenaren arabera, zainketa aringarrietan dauden pazienteei farmako hauek kentzea gomendatzen da:

a) Estatinak, batez ere lehen mailako prebentzioan.
b) Bisfosfonatoak.
c) Burdina.
d) Intsulina.



254. Euskadiko medikamentuen erabilerari buruzko txosten eta datuen arabera (INFAC eta CENMen ebaluazioak), azken urteotan Euskal Autonomia Erkidegoan opioideen kontsumoa honako arrazoi hauengatik handitu da:

a) Morfinaren formulazio berriak.
b) Buprenorfina.
c) Fentaniloa.
d) Oxikodona.

255. INFAC "dolor crónico no oncológico: ¿opioides?" buletinaren arabera, zein da erantzun okerra opioide batekin tratamendua eteteko orduan?

a) Prozesuan medikamentu lasaigarriak edo hipnotikoak erabiltzea.
b) Beste analgesiko batzuk agintzea planteatu behar da.
c) Dosi osoaren % 10 baino gehiago ez murriztea 1-2 astean behin.
d) Hasierako dosiaren herenera iritsitakoan, 2-4 astetik behin % 5 murriztea.

256. INFAC "Cuidados paliativos: Un nuevo enfoque" buletinean paziente aringarriei kendu ahal zaizkien farmako-taldeen gomendioak jasotzen dira, irizpen klinikoa eta tratamenduaren indibidualizazioa ordeztu gabe. Medikamentu-multzo horien artean daude:

a) Antiepileptikoak min neuropatikoan.
b) Antiagregatzaileak bigarren mailako prebentzioan.
c) IBP ERGErako.
d) Osteoporosia tratatzeko egokiak diren farmakoak.

257. INFAC "Opioides en el manejo del dolor: El difícil equilibrio entre la opiofobia y la opiofilia" buletinean opioideak deskribatzen dira. Opioide nagusiei buruzko baieztapen hauetatik, zein da zuzena?

a) Oxikodona, batez ere, CYP3A4ren bideari jarraituz metabolizatzen da; beraz, isoentzima horren inhibitzaileek, hala nola antibiotiko makrolidoek, antifungiko azolek, proteasaren inhibitzaileek edo pomelo-zukuak, plasmako oxikodona-kontzentrazioak handitzea eragin dezakete.
b) Buprenorfinak sabai terapeutikoa du.
c) Tapentadola ekintza-mekanismo mistoa duen farmako bat da: μ-opioideen hartzaileen agonista da, eta noradrenalinaren birkaptazioaren inhibitzailea.
d) Guztiak zuzenak dira.

258. INFAC "Dolor crónico no oncológico: ¿opioides?" buletinaren arabera, min kroniko ez-onkologikoan opioideak erabiltzeari dagokionez, aukera hauetatik zein da zuzena?

a) Min kroniko ez-onkologikoa duten pazienteetan, kontrako ondoriorik ez izateak eta minaren hobekuntza arinak justifikatzen dute tratamenduarekin jarraitzea epe luzera.
b) Opioideen bidezko tratamenduari eusteko erabakia minaren intentsitatean oinarritu behar da, eta pazientearen balorazio funtzionala bigarren mailakoa da.



c) Opioideen bidezko tratamendua eten egin behar da, baldin eta probaldi egoki baten ondoren minaren edo funtzionaltasunaren aldetik klinikoki hobekuntza nabarmenik lortzen ez bada.
d) Tolerantzia ona duten pazienteetan, opioideen bidezko tratamendua mantendu daiteke, onura-arrisku balantzearen bilakaera edozein dela ere.

259. INFAC "Cuidados paliativos: Un nuevo enfoque" dokumentuaren arabera, nola du izena fase aurreratuan eta terminalean dauden gaixotasunak dituzten pazienteen konplexutasuna diagnostikatzeko tresna? Paziente-familia unitatearen balorazioaren ondoren identifikatutako konplexutasun-egoerak edo -elementuak barne hartzen dituena.

a) KTD-Aring
b) SPICT
c) PAD
d) NECPAL

260. INFAC "Fármacos en dolor neuropático: puesta al día" buletinean jasota dagoen moduan, identifika ezazu honako medikamentu hauetatik zein har daitekeen min neuropatikorako lehen lerroko tratamendutzat:

a) Oxikodona.
b) Tramadola.
c) % 8ko kapsaizina partxea.
d) Nortriptilina.

261. INFAC "Cuidados paliativos: Un nuevo enfoque" buletinean gomendio batzu ezartzen dira paziente aringarriei kendu ahal zaizkien farmako-taldeen gomendioak jasotzen dira, inolaz ere irizpen klinikoa eta paziente bakoitzaren kasuan tratamenduaren indibidualizazioa ordeztu gabe. Adierazi jarraian zerrendatzen diren medikamenduen kasuan EZ litzatekeen egokia izango kentzeko gomendio hori aplikatzea:

a) Tramadola.
b) Lorazepam.
c) Sulfato ferrosoa.
d) Azenokumarola.

262. Min kroniko ez-onkologikoa (MKEO) opioide handiekin tratatzeko INFAC buletinaren arabera, zein da erantzun zuzena?

a) Lehen aukerako eta ohiko tratamenduak dira MKEOn.
b) Epe luzerako tratamendu bat agindu daiteke; izan ere, artrosirako gomendatutako tratamendua denez, kronikoa izango dela aurreikusten da, eta ez du segurtasun-arazorik izango epe luzera.
c) Sindrome antikolinergikoa eragin dezakete, batez ere adinekoen artean, antidepresiboekin eta neuroleptikoekin asoziatzen direnean.

d) Opioideek eragindako hipoalgesia (OEH) opioideekiko erantzun paradoxikoa da, eta, beraz, paziente bat ez da hain sentikorra zenbait estimulu mingarriekiko.

263. ADHN kasuetan guanfazinaren inguruko posizionamendu terapeutikoari buruzko txostenaren arabera, adierazi aukera zuzena:

a) Guanfazinak alfa2A agonista selektibo gisa jarduten du, eta hipotentsioa eta bradikardia eragin ditzake bere ekintza zentralaren ondorioz.
b) Guanfazinak frogatu du metilfenidatoak baino eraginkortasun handiagoa duela, eta, beraz, lehen lerroko tratamendu gisa kokatzen da.
c) Guanfazinak psikoestimulatzaileen antzeko segurtasun-profila du, eta ez du ondorio kardiobaskular nabarmenik.
d) Guanfazinaren eraginkortasuna, funtsean, bere efektu lasaigarriak azaltzen du, eta hori da bere onura klinikoaren faktore nagusia.

264. INFAC "Dolor crónico no oncológico: ¿opioides?" (2022) buletinaren arabera zein da zuzena?

a) Opioideekiko tolerantziaren ezaugarria mina modu lausoan handitzea da, eta horrek okerrera egiten du dosia handitzen denean.
b) Opioideek eragindako hiperalgesia eraginkortasun analgesikoaren pixkanakako galera gisa agertzen da, eta dosia handitzera behartzen du.
c) Opioideen dosia handitu ondoren minak okerrera egiten badu, opioideek eragindako hiperalgesia dagoela susmatu behar da.
d) Opioideek eragindako hiperalgesia agertzeak dosia handitzera behartzen du, minaren kontrola berreskuratzeko.

265. OSNren Zainketa Aringarriei buruzko Praktika Klinikoaren Gidaren arabera, zein da aukera zuzena sintomak kontrolatzeko farmakoak erabiltzeari dagokionez?

a) Zainketa aringarriak behar dituzten pazienteen kasuan zain barneko bidea da aproposena, azkarrago jarduten dutelako.
b) Tratamendu farmakologikoak kontrol sintomatikoan soilik jarri behar du arreta, sintomaren etiologia edozein dela ere.
c) Tratamendua aukeratzean, sintomaren azpian dagoen mekanismoa baloratu behar da, eta pazientearentzako jarraibiderik errazena eta erosoena lehenetsi.
d) Ahal dela, eskatu ahala eman behar dira farmakoak, ondorio kaltegarriak saihesteko.

266. Adierazi aukera zuzena OSNren Zainketa Aringarriei buruzko Praktika Klinikoaren Gidaren arabera:

a) Opioideak lehen lerroko tratamendu gisa gomendatzen dira disnearen aurka, min elkartua duten pazienteetan bakarrik.
b) Opioideak ez dira disnearen aurka erabili behar, arnas depresioa izateko arriskua dagoelako.
c) Opioideak tratamendu lehenetsia dira, bai min handiari dagokionez, bai zainketa aringarriak behar dituzten pazienteen disneari dagokionez.



d) Disnearen kasuan, tratamendu ez-farmakologikoek huts egin dutenean soilik erabili behar dira opioideak.

267. Adierazi aukera zuzena INFAC "Fármacos en dolor neuropático: puesta al día" (2018) buletinaren arabera:

a) Pregabalinak abantaila farmakozinetikoak ditu gabapentinarekin alderatuta, hala nola zinetika lineala eta emateko modu errazagoa.
b) Amitriptilina da aukerako farmakoa min neuropatikoa duten paziente guztientzat, beste aukera batzuekin alderatuta eraginkorragoa delako.
c) Duloxetinak, 120 mg/eguneko dosietan, 60 mg/eguneko baino eraginkortasun analgesiko handiagoa du; beraz, dosi hori lehenetsi behar da.
d) Gabapentina eta duloxetina ez dira konbinatu behar arnas depresioa izateko arriskua nabarmen handitzen delako.

268. 2019an, AEMPSek denosumabari buruzko segurtasun-ohar bat argitaratu zuen, eta, bertan, honako hauei buruzko informazioa eman zuen:

a) Hainbat orno-haustura gertatzeko arriskua dago tratamendua eten ostean.
b) Hepatotoxikotasun larria izateko arriskua dago.
c) Miokardioko infartu akutua izateko arriskua handitzen da.
d) Begi- eta larruazal-pigmentazioa.

269. INFAC," Suplementos de calcio, osteoporosis y riesgo cardiovascular" buletinaren arabera, kaltzio-osagarriak:

a) Instituzionalizatu gabeko adinekoentzako onurak dituztela frogatu dute.
b) Arrisku kardiobaskularra areagotzen dutela frogatu da.
c) Kontsumo dietetikoari buruzko inkesta nazionalaren (ENIDE) datuek (2009-2010) adierazten dutenez, batez besteko kaltzio-ahorakina ez da iristen Espainiako biztanleriarentzat gomendatutako kaltzio-ahorakinera (800 mg/egun).
d) Kaltzio-osagarrien dosi handiak behar izanez gero, dosi zatikatuetan hartzea gomendatzen da.

270. EAEko menopausia osteko osteoporosiari buruzko adostasunaren arabera, dentsitometriari dagokionez, adierazi zein den erantzun okerra:

a) Baheketa dentsitometrikoa kostu-eraginkorra da.
b) Erreferentziako teknika gisa, energia bikoitzeko absortziometria erradiografikoa (DXA) gomendatzen da aldakan eta bizkarrezurrean.
c) Proba jarrera terapeutikoa baldintzatzeko eskatu behar da.
d) Hauskortasunagatik aldez aurretik haustura izan duten pazienteentzat gomendatzen da.



271. EAEko menopausia osteko osteoporosiari buruzko adostasuna jarraipeneko dentsitometriari dagokionez da:

a) Tratamendurik jasotzen ez duten, hezur-dentsitate mineral normala edo apur bat baxua duten eta hezur-masa galtzeko arrisku-faktorerik ez duten pazienteetan, 5-8 urtean behin.
b) Terapia hasi eta 2 urtera, kontrol-dentsitometria egitea gomendatzen da, tratamenduarekiko erantzuna baloratzeko.
c) Tratamendurik jasotzen ez duten eta hezur-dentsitate mineral (HDM) baxua (t-score, − 2tik − 2,49ra) duten pazienteen kasuan, 5 urtean behin gomendatzen da.
d) Urtero, terapia hasi ondoren, tratamendu farmakologikoa duten paziente guztiei.

272. INFAC "Tratamiento farmacológico de la osteoporosis: la importancia de identificar la población de alto riesgo" buletinaren arabera, adierazi baieztapen OKERRA arrisku-faktoreei eta hausturen prebentzioari dagokienez:

a) Adina eta haustura-aurrekariak arrisku-faktore garrantzitsuak dira etorkizuneko hausturetarako.
b) Hezur-dentsitate minerala (HDM) da haustura-arriskua aurreikusteko behar den faktore bakarra.
c) Alkohol-kontsumoa mugatu egin behar da, hausturak prebenitzeko neurri gisa.
d) Haustura-arriskua faktore klinikoak kontuan hartuta ebaluatu behar da, HDMaz gain.

273. Menopausia osteko osteoporosiaren tratamenduan, EZ da neurri ez-farmakologiko egokia:

a) Potasio ugariko dieta.
b) Erorikoen prebentzioa
c) Erretzeari uztea.
d) Ariketa fisikoa.

274. Adierazi zein EZ den lehen aukerakoa menopausia osteko osteoporosian, "Consenso sobre la osteoporosis postmenopáusica en la Comunidad Autónoma del País Vasco" dokumentuaren arabera:

a) Alendronatoa
b) Denosumaba
c) Errisedronatoa
d) Azido zoledronikoa

275. INFAC "Tratamiento farmacológico de la osteoporosis: la importancia de identificar la población de alto riesgo" (2023) buletinaren arabera, menopausia osteko osteoporosiaren bifosfonatoen opor terapeutikoei dagokienez, hautatu baieztapen OKERRA:

a) Zentzuzkotzat jotzen da atseden terapeutikoa planteatzea haustura-arrisku txikia duten pazienteei.



b) Haustura-arrisku txikia edo ertaina duten pazienteetan atseden terapeutikoa plantea daiteke, bifosfonatoekin 3-5 urteko tratamendua egin ondoren.
c) Bifosfonatoekin 5 urteko tratamendua egin ondoren edo azido zoledronikoaren kasuan 3 urte igaro ondoren har daiteke kontuan.
d) Arrisku ertaina duten pazienteen kasuan, tratamendua 3-5 urtez etetea azter daiteke.

276. INFAC. "Tratamiento farmacológico de la osteoporosis: la importancia de identificar la población de alto riesgo" buletinaren arabera, osteoporosiaren lehen mailako prebentzioan tratamendu farmakologikoa ezartzea gomendatzen da kasu honetan:

a) 75 urtetik gorako paziente guztietan, axola ez duelarik hezur-dentsitometrian (DXA) lortutako T-score balioa.
b) 65 urtetik beherako paziente guztietan, 2 arrisku-faktore handiago edo gehiago dituztenean, axola ez duelarik hezur-dentsitometrian (DXA) lortutako T-score balioa.
c) Glukokortikoideen tratamendua duten pazienteak, eguneko > = 7,5 mg-ko dosietan (Prednisona), > = 3 hilabeteko denboran, pazientea >65 urtekoa bada, edo T-score < -2,5 bada.
d) Glukokortikoideekin > = 7,5 mg/egun (Prednisona) tratamendua duten pazienteak, > = 3 hilabetez, pazientea >65 urtekoa bada, edo T-score < -1,5 bada.

277. INFAC "Vitamina D en adultos, ¿está sobrevalorada?" buletinaren arabera, hautatu erantzun OKERRA:

a) Instituzionalizatu gabeko adineko biztanleen artean, justifikatuta dago 25 (OH)D-ren monitorizazioa eta D bitaminazko osagarriak.
b) Ez dago adostasunik D bitaminaren maila egokien definizioan.
c) Instituzionalizatutako paziente zaharren kasuan, kaltzioari lotutako D bitaminaren osagarriak justifikatuta egon daitezke.
d) D bitaminaren administrazio-jarraibideak eta posologia berrikusi behar dira pazienteekin, gaindosifikazioaren ondoriozko akatsak saihesteko.

278. INFAC "Tratamiento farmacológico de la osteoporosis: la importancia de identificar la población de alto riesgo" buletinaren arabera, hautatu aukera ZUZENA:

a) Denosumab bidezko tratamendua etetea ornoetako haustura anizkoitzak izateko arriskua handitzearekin lotzen da, errebote-efektuaren eta hezur-ordezkapena areagotzearen ondorioz.
b) Bisfosfonatoek ez dute aldi baterako eteteko estrategiarik onartzen, kendu ondoren efektua azkar galtzen delako.
c) Erromosozumabak erakutsi du aldakako hausturak nabarmen murrizten direla, saiakuntza klinikoetan aldagai nagusi gisa.
d) Denosumaba lehen lerroko tratamendua da osteoporosian, bisfosfonatoen aurrean eraginkorragoa delako.

279. INFAC "Vitamina D en adultos, ¿está sobrevalorada?" buletinaren arabera, hautatu erantzun ZUZENA:

a) Monoterapian D bitaminazko osagarriek haustura-arriskua nabarmen murrizten dutela frogatu da 65 urtetik gorako populazio orokorrean.
b) D bitaminaren dosi handiak (adibidez, hilekoak edo urtekoak handiak) erorikoak eta hausturak areagotzearekin lotu daitezke.
c) 25 (OH) D-ren determinazio serikoa ohiko moduan gomendatzen da populazio orokorrean, defizit azpiklinikoak prebenitzeko.
d) Kaltzifediola da paziente gehienen tratamendu lehenetsia, potentzia handiagoa dutelako eta azkarrago jarduten dutelako.

280. INFAC "Lumbalgia" (2024) buletinaren arabera, adierazi aukera ZUZENA:

a) Parazetamolaren eta AIEEen konbinazioak nabarmen hobetzen du mina AIEEen aurrean lunbalgia akutuko monoterapian.
b) Gabapentina arrazoizko aukera bat da lunbalgia iraunkorrean, sustrai-osagaiarekin, min neuropatikoan duen eraginkortasunagatik.
c) AIEEek lunbalgia akutuko mina pixka bat hobetzea eragin dezakete, baina haien garrantzi klinikoa mugatua da ziurrenik.
d) Opioideak errutinaz gomendatzen dira lunbalgia iraunkorrean, eraginkortasun analgesiko handiagoa dutelako.

281. 68 urteko pazientea farmaziara joan da, belauneko min kronikoa duelako artrosiagatik. Gaur egungo tratamendua aipatzen du: Parazetamola 1 g/8 h (duela hilabete batzuetatik, hobekuntza argirik gabe), Ibuprofeno aldizkakoa eta Omeprazol 20 mg/egun. Minerako "zerbait gogorragoa" eskatzen du. INFAC "Artrosis: tratamiento farmacológico" buletinaren arabera zein izango litzateke farmazialariaren jarduketarik egokiena?

a) Parazetamol dosia egunean 4 gramora igotzea gomendatu.
b) AIEE bat ematea eta etengabe erabiltzea gomendatzea, minaren kontrola hobetzeko.
c) Parazetamolaren eraginkortasun txikiaren berri ematea, AIEEak zuhurtziaz erabiltzea gomendatzea ahalik eta dosi txikienean, eta tratamendua baloratzeko bideratzea.
d) Tramadola hastea gomendatu, minaren kontrola hobetzeko.

282. Osteoporosiaren maneiu farmakologikoari dagokionez, adierazi aukera ZUZENA:

a) Kaltzioa eta D bitamina nahikoa dira osteoporosia duten paziente gehienen tratamendu bakar gisa.
b) Denosumaba eten ondoren, "opor terapeutikoak" egitea gomendatzen da, kontrako ondorioak saihesteko.
c) Teriparatida mugarik gabe eman behar da, efektu anabolikoari eusteko.
d) Bisfosfonatoak aldi baterako eten daitezke ("opor terapeutikoak") paziente jakin batzuetan, hainbat urteko tratamenduaren ondoren.



283. OSNren giden katalogoan jasotako praktika klinikoko giden arabera, asman nahikoa ebidentzia dago honako hauek gomendatzeko:

a) Omega-3 gantz-azidoak.
b) Probiotikoak.
c) Tabakoaren kearen eraginpean zuzenean edo pasiboki egotea saihestea.
d) Ionizatzaileak.

284. Osasun Sistema Nazionalaren giden katalogoan jasotako praktika klinikoko giden arabera, zein da erantzun OKERRA asmaren tratamenduari dagokionez?

a) Tratamendua lehen mailan hasi behar da.
b) Etengabe doitu behar da.
c) Terapia areagotu aurretik, atxikidura eta inhalazio-teknika ebaluatu behar dira.
d) Kontrola mantentzen den mailarik txikiena aurkitu arte jaistea gomendatzen da.

285. INFAC "Tratamiento farmacológico de la EPOC" buletinaren arabera, BGBK fase egonkorrean duten eta monoterapian mantendutako ekintza-bronkodilatadorea behar duten pazienteetan, zer gomendatzen da?

a) Iraupen luzeko beta-agonista bat (LABA) erabiltzea.
b) Iraupen luzeko antikolinergiko bat (LAMA) erabiltzea.
c) Ez da gomendatzen monoterapia BGBKan.
d) Pazientearen lehentasunen arabera, farmakoari emandako erantzun indibiduala eta/edo alderdi ekonomikoak hautatzea.

286. Osasun Sistema Nazionalaren haurren asmari buruzko praktika klinikoko gidaren arabera, haurren asman eta sibilantzia errepikatuetan makrolidoak erabiltzeari dagokionez:

a) Ez dago ebidentzia nahikorik erabilera gomendatzeko.
b) Lehen sintomekin azitromizina erabiltzeak gertakariak errepikatzea murrizten du.
c) Eskolaurreko haurretan, makrolidoekiko pauta laburrek larrialdietara eta ospitaleratzeetara egiten diren bisitak murrizten dituzte.
d) Iraupen luzeko pautekin makrolidoen bidezko tratamenduak exazerbazioak murrizten ditu.

287. INFAC "Tratamiento farmacológico de la EPOC" (2025) buletinaren arabera, roflumilastaren erabilerari dagokionez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Erroflumilasta hasierako tratamendu gisa gomendatzen da BGBK duten eta maiz gaizkiagotzen diren pazienteentzat.
b) Erroflumilasta mantentze-tratamendu gisa gomendatzen da BGBK larria duten pazienteentzat (FEV1 < % 50), bronkitis kronikoarekin eta ohiko exazerbazioen aurrekariekin lotuta, bronkodilatadoreen terapia gehigarri gisa.
c) Erroflumilastak segurtasun-profil ona du, eta kontrako ondorio gutxi agertzen dira, erabilera klinikoa mugatzen ez dutenak.



d) Ohiko exazerbaziorik ez duten pazienteentzat gomendatzen da erroflumilasta, inhalatutako terapiaren alternatiba gisa.

288. "Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con EPOC" (Guiasalud) gidaren arabera, asma arin iraunkorra duten eskolaurreko haurretan, eguneroko aukerako tratamendua hastea gomendatzen da, honela:

a) Montelukast-a.
b) Inhalatutako glukokortikoideak dosi txikietan.
c) Ekintza laburreko beta adrenergikoak eskaeraren arabera.
d) Medikaziorik ez hastea gomendatzen da.

289. INFAC "Tratamiento farmacológico de la EPOC" (2025) buletinaren arabera, BGBK egonkorra duten pazienteetan iraupen luzeko bronkodilatadoreak erabiltzeari dagokionez, hautatu aukera ZUZENA:

a) Ebidentzia argia dago BGBK egonkorra duten paziente guztiei LAMA erabiltzea gomendatzeko, LABAren ordez.
b) Sintoma iraunkorrak dituzten pazienteen kasuan, hasierako tratamendu gomendatua iraupen luzeko bronkodilatadore bidezko monoterapia da, sintoma-maila edozein dela ere.
c) Karga sintomatiko handiagoa duten pazienteetan (mMRC $\geq$ 2 edo CAT $\geq$ 10), LABA+LAMA konbinatzea gomendatzen da, monoterapiarekin alderatuta eraginkorragoa delako.
d) LABAren eta LAMAren arteko hautua tratamenduaren kostuan soilik oinarritu behar da.

290. INFAC "Tratamiento farmacológico de la EPOC" (2025) buletinaren arabera, BGBK duten pazienteetan makrolidoak erabiltzeari dagokionez, hautatu aukera ZUZENA:

a) Makrolidoekin tratatzea gomendatzen da, oro har, BGBK eta exazerbazio sarriak dituzten pazienteetan, aurretik inhalatutako tratamendua edozein dela ere.
b) LABA+LAMA+CI tratamendua izan arren exazerbazio iraunkorrak dituzten pazienteetan erabiltzen dira makrolidoak, eta kontrako ondorioak izateko arriskua baloratu behar da, hala nola QT luzatzea eta entzumena galtzea.
c) Frogatu da makrolidoen bidezko tratamendua eraginkorra eta segurua dela epe luzera, eta 2 urte baino gehiago iraun dezake, berriro ebaluatu beharrik gabe.
d) Makrolidoen erabilera bereziki egokia da erretzaile aktiboentzat, talde horretan eragin antiinflamatorio handiagoa dutelako.

291. Biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoan (BGBK) glukokortikoide inhalatu bidezko tratamendua hastean, faktore hauetako zein EZ da kontuan hartzekoa?

a) BGBKren exazerbazioagatiko ospitalizazioen historia, iraupen luzeko bronkodilatadoreekin tratamendu egokia izan arren.
b) Bi exazerbazio moderatu edo larri edo gehiago urtean.



c) Eosinofiloen kontaketa >300 zelula/µl.
d) Errepikapenezko pnumoniak.

292. INFAC "Tratamiento farmacológico de la EPOC" (2025) buletinaren arabera, BGBK duten pazienteetan inhalatutako glukokortikoideak erabiltzeari dagokionez, honako hauetatik zein EZ da aldeko faktorea haien erabilerarako?

a) Bi exazerbazio moderatu edo larri edo gehiago urtean.
b) Mikrobakterioek eragindako infekzioaren aurrekariak.
c) Asma edo asma konkomitantearen historia.
d) BGBKren exazerbazioagatiko ospitalizazioen historia, iraupen luzeko bronkodilatadoreekin tratamendu egokia izan arren.

293. INFAC "Tratamiento farmacológico de la EPOC" (2025) buletinaren arabera, hautatu erantzun ZUZENA:

a) BGBKrako eskuragarri dauden medikamentuek biriketako funtzioaren epe luzeko narriadura moteltzen dute.
b) GOLD gidak fenotipoen araberako sailkapena erabiltzen du, eta sintomen eta exazerbazio-arriskuaren hasierako ebaluazioan oinarritutako tratamendu farmakologikoa proposatzen du.
c) BGBKren tratamenduak indibidualizatua izan behar du, eta sintomen larritasunera, exazerbazio-arriskura, kontrako efektuetara, komorbilitateetara, pazientearen erantzunera eta inhalazio-gailuak erabiltzeko lehentasun eta trebetasunetara egokitua.
d) BGBKren diagnostikoa egiteko, pazienteak tabako-ke aktibo edo pasiboaren eraginpean egon behar izan du.

294. INFAC "Cambios de la GINA en el tratamiento del asma leve" (2020) buletinaren arabera, inhalatutako terapia hauetako zein da 2. mailako aukera heldu eta nerabeentzat?

a) Salbutamola premiaren arabera, budesonida eta formoterola asoziazio handiagoa.
b) Salbutamola premiaren arabera, glikopirronioa eta indakaterola asoziazio gehiago.
c) Salbutamola premiaren arabera, flutikasona propionatoa.
d) Salbutamola, tiotropio gehiago eskatuz gero.

295. INFAC "Cambios de la GINA en el tratamiento del asma leve: ¿adecuados para todos los pacientes" (2020) buletinean jasotzen den bezala, zein da baieztapen zuzena?

a) Patroi buxatzaile aldakor eta itzulgarria duen espirometria batek asma diagnostikatzeko probabilitatea handitzen du.
b) Asmaren ezaugarria arnas sintoma etengabeak dira: sibilantziak, eztula, disnea, toraxeko opresioa.
c) Asmaren tratamendua aldatzeko orduan, erreskateko medikazioaren beharra baino ez da baloratu behar.
d) Sintomak helduaroan hasteak areagotu egiten du asma diagnostikatzeko probabilitatea, BGBK diagnostikatzekoarekin alderatuta.

296. Asma eta BGBK tratatzeko eta kontrolatzeko inhalagailuen erabilerari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) Inhalazio-ganberaren abantailetako bat da inhalazioak amaitzean irakuzketak eta gargarismoak egiteko beharra saihesten duela.
b) Hauts lehorreko inhalagailuek ez dute behar pazientea aktibazio-inspirazio prozesuak koordinatzeko gai izatea.
c) Kartutxo Presurizatuko (pMDI) inhalagailuek arnas hartzeko fluxu handiagoa behar dute, hauts lehorreko inhalagailuek baino.
d) Hauts lehorreko inhalagailuak gomendagarriak dira asma-krisietan.

297. INFAC "Cambios de la GINA en el tratamiento del asma leve" buletinaren arabera, hautatu aukera ZUZENA:

a) Monoterapian SABA premiaren arabera erabiltzea da oraindik ere estrategia nagusia asma arina eta ondo kontrolatua duten helduentzat.
b) Frogatu da budesonida-formoterola premiaren araberako konbinazioa hobeagoa dela inhalatutako kortikoideen bidezko mantentze-tratamendua baino sintomen kontrolean.
c) Budesonida-formoterolaren premiaren araberako estrategiak exazerbazio larriak murrizten ditu premiaren araberako SABArekin alderatuta, baina ez da mantentze-prozesuan inhalatutako kortikoideak bezain eraginkorra sintomak kontrolatzeko.
d) SABA hartzen den bakoitzean inhalatutako kortikoideen erabilera handiagoa da 6-11 urteko haurretan inhalatutako kortikoideekin egiten den mantentze-tratamendua baino.

298. 78 urteko pazientea, BGBK, narriadura kognitibo arina eta artrosia eskuetan dituena. Zaila egiten zaio inhalazioa pultsazioarekin koordinatzea, eta arnasa hartzeko fluxua txikia da. INFAC "Fármacos y dispositivos de inhalación para asma y EPOC" dokumentuaren arabera, zein izango litzateke aukerarik egokiena?

a) Hauts lehorreko inhalagailua (HLI), ez baitu esku-arnasketa koordinaziorik behar.
b) Kartutxo presurizatuzko inhalagailua (KPI) ganberarik gabe, arnas fluxuarekiko mendekotasun txikiagoa duelako.
c) Laino fineko inhalagailua (LFI), KPIa baino koordinazio txikiagoa eta HLIa baino arnas fluxu txikiagoa eskatzen duelako.
d) Edozein gailu da baliokide farmakoa bera bada.

299. Asma eta BGBK arnasteko gailuak agintzeari eta erabiltzeari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) Ez da dispositiboa aldatu behar justifikazio klinikorik gabe eta pazienteari formakuntza eta jarraipena eman gabe.
b) Hauts lehorreko inhalagailuak (HLI) hobe dira arnasa hartzeko fluxu txikia duten pazienteetan, erabilerrazak direlako.
c) Paziente berean gailu bat baino gehiago erabiltzeak tratamenduarekiko atxikidura hobetzen du.



d) Kartutxo presurizatuko inhalagailuek (KPI) laino fineko inhalagailuek (LFI) baino koordinazio txikiagoa behar dute.

300. Arnastutako kortikoideak (AK) BGBKrako erabiltzeari dagokionez, aukeratu erantzun zuzena:

a) Azken urtean exazerbaziorik izan ez eta asma konkomitanterik ez duten BGBKdun pazienteen kasuan, inhalatutako kortikoideak kentzea erabaki daiteke, tratamendu bronkodilatadore egokia mantentzen bada.
b) Inhalatutako kortikoideak, oro har, BGBK arina duten pazienteentzat dira, gaixotasunaren progresioa prebenitzeko.
c) Inhalatutako kortikoideak kentzen bazaizkio, exazerbazio-arriskua handiagotuko da gehienetan, edozein eosinofilo kopurua daukala ere.
d) Inhalatutako kortikoideak ez daude lotuta BGBK duten pazienteen kontrako efektu sistemiko garrantzitsuekin.

301. BGBK egonkorra dutenen kasuan, iraupen laburreko bronkodilatadoreak erabiltzeari buruz, aukeratu erantzun zuzena:

a) Iraupen laburreko bronkodilatadoreak oinarrizko tratamendurik ez duten pazienteekin bakarrik erabili behar dira.
b) BGBK duten paziente guztiek iraupen laburreko bronkodilatadore bat izan behar dute disnea episodikoa arintzeko.
c) LAMArekin tratatutako pazienteetan, SAMA erabiltzea gomendatzen da erreskate-tratamendu gisa, bikoiztasun farmakologikoa saihesteko.
d) Iraupen laburreko bronkodilatadoreak maiz erabiltzeak ez du mantentze-tratamendua aldatzea justifikatzen .

302. INFAC 2025 "BGBKren tratamendu farmakologikoa" buletinaren arabera, BGBK fase egonkorrean dauden pazienteengan, inhalatutako kortikoideak erabiltzeari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Flutikasona bidezko tratamendua gomendatzen da BGBK duen paziente horrentzat.
b) Flutikasona izan daiteke pneumoniaren eragilea paziente horrengan.
c) BGBK duten pazienteen saiakuntza klinikoetan erabilitako kortikoide inhalatuen dosiak askoz txikiagoak dira paziente horri agindutakoak baino.
d) Terapia hirukoitza: Salmeterola/Flutikasona/Tiotropioak frogatu du gaixotasunaren progresioa aldatzen duela larritasun desberdineko BGBK duten pazienteengan.

303. Tiotropio bromuroarekin egindako tratamenduari dagokionez, aukeratu erantzun OKERRA:

a) Gernu-fluxuaren buxadura duten pazienteei gernu-erretentzioa eragin diezaieke.
b) STOPP irizpide bat da, angelu estuko glaukoma duten pazienteentzako.
c) Ez zaie dosia aldatu behar 65 urtetik gorako pazienteei.
d) Honelakoa da pauta: 2 – 1 – 0.

304. Hauetatik, zein ez da AEMPSen antibiotikoekiko erresistentziari buruzko plan nazionalaren ildo estrategiko bat?

a) Antibiotikoen kontsumoa eta haiekiko erresistentzia zaintzea.
b) Bakterioen erresistentziak kontrolatzea.
c) Prebentzio- eta tratamendu-neurri alternatiboak edo osagarriak identifikatzea eta bultzatzea.
d) Animaliengan antibiotikoak zuhurtziaz erabiltzeko programak abian jartzea.

305. Gomendioak dio paziente hauei tratatu behar zaiela bakteriuria asintomatikoa:

a) Adinekoei
b) Emakume haurdunei
c) Zunda duten pazienteei.
d) Paziente diabetikoei

306. Pneumonia duen paziente baten hilkortasun-arriskua eta, beraz, ingresatzeko aukera ebaluatzeko, zein da lehen mailako arretan gehien gomendatzen den eskala?

a) Centorren eskala.
b) CRB65.
c) McIsaac eskala.
d) Child-Pugh eskala.

307. 65 urtetik beherako paziente bati dagokionez (gaixotasun kronikorik ez duenean), zein da komunitatean hartutako pneumoniarako lehen aukerako tratamendua, EAEko ospitaleetako mikologia-zerbitzuen tokiko antibiotikoekiko erresistentzien datuak kontuan hartuta?

a) 2000/125mg/12h amoxizilina/klasikoa 7 egunez
b) Lebofloxazinoa 500mg/24h, 7 egunez.
c) Amoxizilina 1g/8h, 7 egunez.
d) Azitromizina 500mg/24h, 3 egunez.

308. Zein da gaur egungo mehatxu handiena, eskura dauden antibiotiko guztiekiko edo ia guztiekiko erresistentziak pilatzeko gaitasuna duelako?

a) Enterobakterioak.
b) Metizilinarekiko erresistentea den staphylococcus aureus.
c) Streptococcus pneumoniae
d) Clostridium difficile



309. Antobiotikoen erabilera geroratuaren estrategiari dagokionez:

a) Antibiotiko bat preskribatzean datza, baina solik erabiltzeko sintomek irauten badute edo egun batzuen buruan okerrera egiten badute.
b) Prozesu ez-konplikatu eta automugatuetan, eraginkorragoa da, antibiotikoak ez ematea edo berehala erabiltzea bainoago.
c) Faringoamigdalitiseko ondoz ondoko kontsulten kopurua handitzen du.
d) Cochrane metaanalisi batean, pazientearen gogobetetasuna handiagoa izan zen erabilera geroratuarekin antibiotikoak ez hartzearekin edo berehala erabiltzearekin bainoago.

310. Hauetatik, zein EZ Antibiotikoekiko erresistentzia hautesteko eta hedatzeko arriskua murrizteko da Estrategia- eta Ekintza-planaren ildo estrategiko bat,?

a) Antibiotikoen kontsumoa zaintzea.
b) Antibiotikoekiko erresistentzia kontrolatzea.
c) Profesional sanitarioak prestatu eta informatzea
d) Profesional sanitarioei komunikatzea eta haiek sentsibilizatzea.

311. Preskriptoreen autoebaluazioa garatzeko, zer EZ du proposatzen Antibiotikoekiko erresistentzia hautesteko eta hedatzeko arriskua murrizteko Estrategia- eta Ekintza-planak?

a) Antibiotikoak preskribatzeko praktikak eta hobetzeko ekintzak ebaluatzeko modalitateak definitzea, eta osasun-agintariek landutako eta baliozkotutako metodo bat proposatzea.
b) Zentro soziosanitarioetan preskripzio-praktikak ikuskatzeko irizpideak garatzea.
c) Berariazko kontrola duten erreserba berezia behar duten antibiotikoen zerrenda preskripzio-programetan sartzea.
d) Albaitaritzan, antibiotikoak agintzeko jardunbide egokien gidak garatzea, espezie bakoitzari egokitutako neurri espezifikoekin, baita gaixotasun bakterianoen tratamendu- eta metafilaxi-protokolo bat ere.

312. 2016an, OMEk patogeno erresistenteen zerrenda bat ezarri zuen, tratamendu eraginkor berrien ikerketa eta garapena lehenesteko, eta hiru lehentasun-talde ezarri zituen. Mikroorganismo hauetatik, zein EZ da lehentasunezkoa edo kritikoa?

a) Pseudomonas aeruginosa.
b) Acinetobacter baumanii.
c) Enterococcus faecium.
d) Klebsiella pneuminiae

313. E. coli bakterioak Euskal Autonomia Erkidegoan dituen erresistentzien arabera, zein da aukerako tratamendu enpirikoa, emakume gazteen gernu-infekzio ez-konplikatuetarako?

a) Fosfomizina trometamola 3 g ahotik (dosi bakarra*)

b) Fosfomizina trometamola 3 g ahotik (dosi bakarra*)
c) Norfloxazinoa 400 mg/12h, 7 egunez.
d) Aurreko bat ere ez.

314. INFAC buletinean («Duración de la antibioterapia: desmontando mitos», 2019), faringoamigdalitisa tratatzeko antibiotiko-pauta laburrez mintzo dira. Horren arabera, zer erantzun da zuzena?

a) Demostratu da, soilik paziente helduen kasuan, pauta laburrak ez direla okerragoak
b) Demostratu da zefalosporinekin egindako 5-7 eguneko tratamenduak ez direla 10 egunekoak baino okerragoak, bakterioak desagerrarazteko tasari begira.
c) Ikusi da V penizilinarekin egindako pautarik laburrenak hobeak direla, erauzketa bakteriologikoaren tasari begira.
d) Demostratu da V penizilina hartzeko pauta laburrek sukar erreumatikoa izateko arriskua murrizten dutela.

315. INFAC "Pneumonia adquirida en la comunidad" buletinaren arabera (2016), zer baieztapen da zuzena komunitatean hartutako pneumonia tratatzeari begira, helduen kasuan?

a) Elkarte zientifikoak eta erakundeak bat datoz tratamendu antibiotikoei buruzko gomendioekin.
b) 90 egun osteko ondorioei eta hilkortasunari begira, monoterapiako betalaktamikoak okerragoak dira, betalaktamiko eta makrolido tratamendu konbinatua bainoago.
c) Tratamendu antibiotikoarekin hasi baino lehen, antibiogramaren emaitza jakin behar da.
d) Diagnostikoa egin bezain laster eman behar zaio antibiotikoa, episodioari lotutako morbimortalitatea murrizten baitu.

316. Antibiotikoen kontsumoari buruzko hiruhileko datu hauek kontuan hartuta: A zentroa: DHD J01 (aldia: uztaila-iraila): 10. B zentroa: DHD J01 (aldia: urtarrila-martxoa): 15. Aukeratu erantzun zuzena:

a) A zentroak profil hobea du antibiotikoen kontsumoari dagokionez.
b) B zentroak profil hobea du antibiotikoen kontsumoari dagokionez.
c) Datu horiek ezin dira alderatu.
d) Antibiotikoen kontsumoa ezin da neurtu DBErekin, tratamendu akutua delako.

317. PRANak adierazle sorta bat diseinatu du infekzio-prozesu nagusienetan preskripzioa (kualitatiboak) egokitzeko. Biriketako gaixotasun buxatzaile kroniko (BGBK) akutuaren infekzio-prozesuari dagokionez, hauetatik zein EZ dago sartuta familia-medikuntzako adierazleen artean?

a) Antibiotikoekin tratatutako pazienteen % (J01).
b) Amoxizilina-klaen bidez tratatutako pazienteen % (J01CR2).
c) Makrolidoekin tratatutako pazienteen % (J01FA).
d) Kinolonekin tratatutako pazienteen % (J01M).



318. Antibiotikoekiko Erresistentziari Aurre Egiteko Plan Nazionalaren (PRAN) arabera, helburu hauetako zein EZ da lehentasunezko hobekuntza-helburu orokor bat lehen mailako arretako (pediatria) preskriptorearentzat?

a) Antibiotikoen preskripzio-kopuru globala murriztea.
b) Antibiotikoen preskripzio-kopurua murriztea, prozesu ez-bakterianoetan.
c) Kontsultetan diagnostiko azkarreko metodoak ezartzea, hedatzea eta historia horiek erregistratzea.
d) Prozesu zehatzetan antibiotikoak hobeto egokitzea.

319. Adierazle hauetako zein EZ da antibiotikoen erabilera optimizatzeko programen (PROA) azpiegitura-adierazle bat?

a) Zentroan PROA programaren antolaketa-egitura zehaztuta edukitzea (adibidez, horretarako diziplina anitzeko batzordea, Farmazia Batzordea, Pazientearen Segurtasuna edo beste egitura garrantzitsu bat).
b) PROA jarduerei euskarria emateko adina informazio-teknologia izatea.
c) Klinika bat izendatzea zentroko PROA jarduerak gidatzeko.
d) Tokiko epidemiologian oinarritutako gomendio propioak izatea, infekzio ohikoenen tratamenduan laguntzeko.

320. 2025-2027 aldirako Antibiotikoekiko Erresistentziari Aurre Egiteko Plan Nazionalaren (PRAN) ikerketa-ildo estrategikoan (4. ildoa), ekintza zenbait daude programa hauetan zehaztuta, honako honetan IZAN EZIK:

a) Gaixotasun infekziosoen sareko ikerketa biomedikorako zentroan (CIBERINFEC).
b) Antimikrobianoekiko erresistentziari aurre egiteko doitasuneko medikuntzan (MEPRAM).
c) Lehen Mailako Arretako Ikerketa Farmakoepidemiologikoan (BIFAP) oinarritutako proiektuetan.
d) Sentsibilitate-probak EUCAST irizpideen arabera erabiltzeko sustapenean.

321. Nola sailkatzen dira antibiotiko komunitarioen erabilera optimizatzeko programak (PROA) ziurtatzeko baldintzak?

a) Maila bikaina: Lehen Mailako Arretako zentro guztietan ezarri beharko litzatekeen neurria.
b) Maila aurreratua: neurri optimoa, normalean erreferentziako osasun-eremuetan aplikatuko dena.
c) Maila aurreratua: programak ezartzeko orduan, neurri gomendagarria da heldutasun handiagoko zentroetan.
d) Lehentasunezko maila: nahitaez ezarri beharko litzatekeen neurria.

322. Antibiotikoekiko Erresistentziaren Aurkako Plan Nazionalaren (PRAN) webgunean, albaitaritzako antibiotikoen kontsumoari buruz argitaratutako datuen arabera, zein dira gehien erabiltzen diren formulazioak?

a) Injektagarriak.



b) Medikamentuen aurre-nahasketak.
c) Ahotiko formulazioak.
d) Larruazaletiko formulazioak

323. Albaitaritzan antibiotikoen kontsumoa neurtzeko, zertan da berezi DCDvet?

a) Antimikrobiano baten eguneko batez besteko dosia neurtzen du animalia mota jakin batentzat.
b) Tratamendu bat osatzeko behar den antimikrobiano baten batez besteko dosi osoa neurtzen du.
c) Unitate estandar bat da, antimikrobianoekin tratamendua egiten den unean animalia-populazioa eta animalien batez besteko pisua kontuan hartzen dituena.
d) Populazioaren zuzenketa unitatea da, pisu estandarizatuak kontuan hartuta.

324. «Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual» (2025) deritzon INFAC buletinaren arabera, zein da lehen aukerako tratamendua, sifilis primarioa, sekundarioa eta latente goiztiarra tratatzeko:

a) Azitromizina 1g, ahotik, dosi bakarra.
b) Penizilina G benzatina 2,4 x 106 UI muskulu barnetik, dosi bakarra.
c) 250 mg-ko zeftriaxona muskulu barnetik, dosi bakarra.
d) Ziprofloxazinoa 750 mg/12 orduan behin (10-15 egunez)

325. Hauetatik, zein da erdiko otitis akutuaren egokitasun-adierazlea?

a) Betalaktamasekiko sentikorrak diren penizilinekin (J01CE) tratatutako pazienteen %.
b) Betalaktamasekiko edo amoxizilinarekiko sentikorrak diren penizilinekin tratatutako pazienteen % (J01CE + J01CA04).
c) Makrolidoekin tratatutako pazienteen % (J01FA).
d) Kinolonekin tratatutako pazienteen % (J01M).

326. Lehen mailako arretan antibiotikoen erabilera hobetzeko, aukerak lehenetsi beharra dago, eta horretarako, antibiotikoen erabilera-printzipioetan oinarritzen gara. Halere, badira hainbat zailtasun diagnostiko-tratamenduaren egokitasunari begira. Zein EZ da zuzena?

a) Diagnostiko azkarreko probak erraz eskuratu ahal izatea.
b) Larrialdietatik eragindako preskripzioa.
c) Kontsultan denbora gutxi izatea.
d) Erresistentzien tokiko epidemiologiari buruzko informaziorik ez izatea.

327. "Tratamendua behar bezala betetzea" antibiotikoen erabilera hobetzeko aukera bat izan daiteke. Horren harira, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) PRESBIDE tresnak duen atxikipena kalkulatzeko zuzen<eko metodoaren bidez balora daiteke.

b) Egiaztatzen zaila den alderdi bat da.
c) Pazienteek eta senideei heziketa sanitarioa falta zaie eta hori da zailtasunetako bat.
d) Zailtasunetako bat da antibiotikoak aurkezteko moduak egokiten ez direla.

328. Lehen mailako arretako pediatrian antibiotikoak erabiltzeari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Diagnostiko klinikoan etiologia (birikoa/bakterianoa) ezartzeko zailtasuna dago.
b) Ia ez dago premiarik diagnostiko mikrobiologiko azkarreko probak erabiltzeko.
c) Presio asistentzial, sozial eta familiar handia dago.
d) Ohikoa da tratamenduari ez atxikitzea.

329. Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziaren (AEMPS, 2017) Antibiotikoen erabilera optimizatzeko programen dokumentuaren (PROA) arabera, lehentasuna eman behar zaie antibiotikoen erabilera hobetzeko aukerei, populazio motetan oinarrituta. Eremu sanitarioetako batean, antibiotiko ugari kontsumitzen dira, eta hortaz, erresistentziak pazientearengan duen inpaktua oso handia izaten da bertan. Zer eremu da hori?

a) Pediatria.
b) Larrialdiak
c) Zentro soziosanitarioak.
d) Odontologia

330. Odontologiaren arloan, alderdi hauetako zein EZ da antibiotikoen erabilera hobetzeko zailtasunetako bat, lehen mailako arretari begira?

a) Antibioterapiari buruzko prestakuntzarik eza.
b) Zaila da politika antibiotikoak bideratzea eta ezartzea, banakako praktiketan atomizatuta dagoelako asistentzia.
c) Asistentzia atzeratzea, izan ere, askotan antibiotikoak preskribatzen dira esku-hartzeak garaiz ez egiteagatik.
d) Presio asistentzial handiagatiko logistika, profesionalen errotazio-indize altua eta prestakuntza espezifikorik eza.

331. Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziaren (AEMPS, 2017) Antibiotikoen erabilera optimizatzeko programen dokumentuaren (PROA) arabera, populazio motetan oinarritutako antibiotikoen erabilera hobetzeko aukerei lehentasuna eman behar zaie. Horren harira, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Fosfomizino-trometamola askotan modu desegokian dosifikatzen da.
b) Makrolidoak gehiegi erabiltzen dira, erosotasun posologikoa dutelako.
c) Kinolonen kontsumoaren gaineko esku-hartzeek ez dute eragin nabarmenik sentikortasunaren errekuperazioan.
d) Hirugarren belaunaldiko zefalosporinak askotan modu desegokian erabiltzen dira arnas infekzioetarako.

332. Lehen mailako arretako infekzio-prozesuetan antibiotikoen erabilera hobetzeari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da OKERRA?

a) Arnas infekzioetan erraza da diagnostiko mikrobiologikoa lortzea (enpirismo maila txikia).
b) Bakterioak ez diren arnas infekzioetan antibiotiko asko erabiltzen direla ikusi da.
c) Gernu-infekzioen tratamenduan, badago hobetzeko tartea; zehazki, farmako estrategikoen gehiegizko indikazioetan eta erabilera-espektroan.
d) Larruazaleko ultzeretarako, antibiotikoak modu desegokian erabiltzen dira.

333. Antimikrobianoen Erabilera Optimizatzeko Programak (PROA) lehen mailako arretan aplikatzea. Horren harira, aukeratu erantzun OKERRA:

a) Ekimenak instituzionala izan beharko du, eta horretarako, Antimikrobianoen Erabilera Optimizatzeko Batzordea beharra dago.
b) Asistentziaren Kalitatea Hobetzeko Programa osatu behar dute: Planifikatzea-Ekitea-Ebaluatzea-Jardutea.
c) Generikoak izan behar dute, tokiko ingurunearen berezitasunetara egokitu beharrik gabe.
d) Dagokion osasun-erakundeko zuzendaritza-gerentziaren laguntza izan behar dute.

334. Lehen mailako arretan, profesional hauek osatu behar dute Antimikrobianoen Erabilera Optimizatzeko Batzordea/Taldea, gutxienez (ahal dela): Aukeratu erantzun OKERRA:

a) Geriatra bat.
b) Gaixotasun infekziosoen diagnostikoan eta tratamenduan prestakuntza eta interes espezifikoa duen familia-medikua.
c) Lehen mailako arretako pediatra bat, prestakuntza eta interes espezifikoa dituena gaixotasun infekziosoen diagnostikoan eta tratamenduan.
d) Odontologo bat.

335. Amoxizilina- az. klabulanikoarekin bidez tratatutako pazienteen ehunekoa adierazle kualitatiboa da, PRANek proposatua, hainbat infekzio-prozesutarako. Aukeratu erantzun zuzena:

a) Gernubideko infekziorako.
b) Komunitatean hartutako pneumoniarako.
c) Pediatriako faringoamigdalitis akuturako.
d) Infekzio horietarako guztietarako balio du.

336. Fluorkinolonen kontsumoa ebaluatzeko adierazle bat ezartzeko aukerari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) E. coli mikroorganismoek antibiotiko horiekiko erresistentzia handia dutenez, horien erabilera mugatu beharko litzateke, eta soilik ezaugarri jakin batzuk dituzten pazienteekin edo bigarren aukerako tratamendu gisa baliatu.

b) Fluorkinolonak espektro handikoak direnez gero, arnas patogenoen eta gernu-patogenoen kontra erabil daitezke. Halere, Lehen Mailako Arretan, ez dira lehen aukera infekzio mota horiek tratatzeko.
c) Fluorkinolonak erabiltzeak andui erresistenteen hautespena murrizten du.
d) Fluorkinolonak erabiltzeak handitu egiten du C. difficile bakterioarekin infektatzeko arriskua.

337. Espektro murriztuko antibiotikoen kontsumo erlatiboa ebaluatzeko adierazle baten justifikazioari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Ahal den neurrian, saihestu egin behar dira espektro murriztuko antibiotikoak, eta, oro har, hobe da espektro zabaleko antibiotikoak erabiltzea.
b) Espektro murriztuko antibiotikoak indikatuta daude Lehen Mailako Arretan, arnasketako, gernuko eta larruazaleko infekzioen eta zati bigunetako infekzioen ehuneko handia tratatzeko.
c) Espektro txikiko antibiotikoen erabilera ebidentzian oinarritutako gomendioen mende dago, baina ez azterketa-eremuko antimikrobianoekiko erresistentziei buruzko datuen mende.
d) Horiek erabiltzeak handitu egiten du S. pneumoniaerekin infektatzeko arriskua, eta zenbat eta tratamendu luzeagoa, orduan eta arrisku handiagoa egongo da.

338. Antibiotikoekiko erresistentzia hautetsi eta hedatzeko arriskua murrizteko ekintza- eta estategia Plana kontuan hartuta, zer erantzun da OKERRA?

a) Giza osasunaren arloan, antibiotikoen % 50 inguru edo gehiago modu desegokian erabiltzen dira, bai ospitaleetan, baita lehen mailako arretan ere.
b) Planaren arabera, antibiotikoen bidezko tratamenduak diagnostiko mikrobiologikoan eta antibiogramak egitean oinarritu behar dira.
c) Lehenetsitako ildo estrategikoetako bat da biztanle pediatrikoaren artean txertoak orokortzea.
d) Gizarte osoak du erresistentziei aurre egiteko erantzukizuna; pazienteek eta beren senideek, batez ere. Guztiak dira planaren parte.

339. Lehen mailako arretan antibiotikoen erabilera hobetze aldera, zein jarduera-eremutan jotzen da garrantzizkotzat tratamendu antibiotikoa diagnostiko klinikora egokitzea?

a) Zentro soziosanitarioetan.
b) Pediatrian.
c) Familia-medikuntzan.
d) Horietan guztietan.

340. Zer da medikamentu bioantzeko bat?

a) Printzipio aktiboetan konposizio kualitatibo eta kuantitatibo bera eta forma farmazeutiko bera duen medikamentu bat, zeinaren biobaliokidetasuna frogatu baita bioerabilgarritasunari buruzko azterlan egokien bidez.
b) Paziente batentzako medikamentu indibidualizatu bat, farmazialari batek prestatua.

c) Merkaturatzeko baimena lortu duen beste sendagai biologiko baten antzekoa den sendagai biologiko bat: erreferentziako sendagaia.
d) Egokiro elaboratutako eta kalitate-kontrolerako ezarritako arauen arabera prestatutako medikamentu bat, farmazialari baten bermea duena .

341. Hauetatik, zein da farmako bioantzekoen ezaugarria?

a) Sintesi kimikoaren bidez produzitzen da.
b) Emateko bide nagusia ahoa da.
c) Pisu molekular handia du
d) Ez du immunogenizitaterik eragiten.

342. Europar Batasunean, honela egin behar da medikamentu bioantzekoak merkaturatzeko baimena:

a) Prozedura nazionalaren bitartez.
b) Prozedura deszentralizatuaren bitartez.
c) Elkar aitortzeko prozeduraren bitartez.
d) Prozedura zentralizatuaren bitartez.

343. Nola estrapolatu daitezke medikamentu bioantzeko baten indikazioak, erreferentziazko medikamentu baten indikazioetara? Aukeratu erantzun zuzena.

a) Gutxienez azterketa kliniko bat egin behar zaio paziente sentikorrenen populazioari, balorazio-irizpide sentikorrenak neurtzeko.
b) Ez da beharrezkoa bioantzekoarekin emaitzak berresteko saio klinikorik egitea erreferentziako sendagairako onartutako indikazio guztietarako.
c) Konparagarritasunaren ebidentzia nagusia alderdi farmakodinamikoetan oinarritzen bada eta, aldarrikaturiko indikazioetarako, zenbait jarduketa-mekanismo aplikatzen badira (edo ziurgabetasuna badago), eskatzaileek datu garrantzitsuak eman beharko dituzte aldarrikaturiko indikazio kliniko guztien estrapolazioa justifikatzeko.
d) Erantzun guztiak dira zuzenak.

344. Erreferentziazko sendagaiarekiko bioantzekotasuna ezartzeko sendagai bioantzekoen garapenean egindako konparagarritasun-azterlanei dagokienez, egia da:

a) Lehen urratsa kalitatea konparatzeko hasierako azterketak egitea da.
b) Lehen urratsa azterketa aurreklinikoen neurria eta mota zehaztea da.
c) Lehen urratsa azterketa klinikoen neurria eta mota zehaztea da.
d) Lehen urratsa da ziurtatzea medikamentu bioantzekoak eta erreferentziazko medikamentuak errendimendu kliniko berdina dutela.

345. Hauetatik, zein EZ da medikamentu baten bioerabilgarritasuna zehazteko oinarrizko parametro farmakozinetikoa?

a) Kontzentrazio plasmatiko maximoa (Kmax).



b) Batez besteko bizitza (T½).
c) Kmax-era (Tmax) heltzeko denbora.
d) Kontzentrazio plasmatikoaren Kurbaren Azpiko Azalera (AUC), denboran zehar.

346. Espainiako medikamentu generikoei dagokienez, aukeratu erantzun zuzena:

a) Printzipio aktibo baten gatzak, esterrak, eterrak, isomeroak, isomero nahasteak, konplexuak edo eratorriak printzipio aktibo berdintzat hartuko dira, segurtasunari eta/edo eraginkortasunari begira propietate nabarmen desberdinak ez badituzte.
b) Erreferentziako medikamentuaren forma farmazeutiko bera izan behar dute beti.
c) Eskaera egiten duen laboratorioak bioerabilgarritasunari buruzko azterlanak aurkeztu beharko ditu beti.
d) Erreferentziazko sendagaiak patenteen bidez babestuta daude 30 urtez, eskaera egiten den egunetik zenbatzen hasita.

347. Sendagai biologikoak:

a) Ezin ditu farmazia-bulegoko farmazialariak ordeztu.
b) Datu zientifikoek demostratu dute medikamentu biologikoak trukatzeak segurtasun arazoak sortu diezazkiola pazienteari.
c) Medikamentuak aise trukatu daitezke pazientearen tratamenduaz arduratzen den medikuak jakin eta baimenik eman gabe.
d) Medikamentuen Europako Agentziak bioantzekoak baimendu aurretik egiten duen ebaluazioan, erreferentziazko medikamentuak trukatzeko edo ordezteko gomendioak jasotzen dira.

348. Medikamentu bioantzekoen immunogenizitateari buruzko azterlanei dagokienez, zein da erantzun zuzena?

a) Immunogenizitatea, berez, ez da segurtasun-arazo bat.
b) Erreakzio immunitarioak faktore anitzekoak da.
c) Immunogenizitatearen jarraipena medikamentua merkaturatu ondoren egiten da beti.
d) Erantzun guztiak dira zuzenak.

349. Zein da ohiko onarpen-tartea medikamentu generiko baten eta erreferentziako medikamentuaren arteko biobaliokidetasuna frogatzeko?

a) Denborako kontzentrazio kurbaren azpiko azaleraren eta Cmax-en arteko batezbestekoen zatiduren balioak 1etik hurbil egon behar du.
b) Denborako kontzentrazio kurbaren azpiko azaleraren eta Cmax kurbaren arteko batezbestekoen zatiduren balioak 0,8 eta 1,2 bitartekoa izan behar du.
c) Jatorrizkoaren eta generikoaren denborako kontzentrazio kurbaren azpiko azaleraren eta Cmax-en batezbestekoen zatiduraren % 90eko konfiantza-tarteak % 80 eta % 120 artean egon behar du (eraldaketa logaritmikoa).”
d) Jatorrizkoaren eta generikoaren denborako kontzentrazio kurbaren azpiko azaleraren eta Cmax-en batezbestekoen zatiduraren % 90eko konfiantza-tarteak % 80 eta % 125 artean egon behar du (eraldaketa logaritmikoa).”

350. 2 motako diabetes mellitusaren tratamenduan, zein farmakok izan dezake eragina hipogluzemien detekzioan?

a) Bisoprololak
b) Olmesartanak
c) Amlodipinoak
d) Atorbastatinak

351. Paziente baten tratamendu antihipertentsiboari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Hidroklorotiazida kentzea gomendatzen da, giltzurrun-funtzioa dela eta.
b) Olmesartana esprue motako enteropatia kasu larriekin lotzen da.
c) Amlodipinoak hanketan edema eragin edo larriagotu dezake.
d) Tratamendu antihipertentsiboan aldaketak egitea gomendatzen da, segurtasuna hobetzeko.

352. Zein motatako kontsultetan har daitezke profesional sanitarioaren eta pazientearen artean partekatutako erabakiak?

a) Osasun-arazo arinen kontsultetan.
b) Tratamendu-aukera argiak dituzten osasun-arazoen kontsultetan.
c) Osasun-arazo larrienen kontsultetan.
d) Edozein kontsultatan.

353. Adierazi zein den erantzun OKERRA lehen mailako arretan medikazioaren kontziliazioari dagokionez:

a) Prozesu formal bat da, non pazientearen ohiko medikazioa eta trantsizio asistentzial baten ondoren agindutako medikazioa alderatzen diren.
b) Kontziliazioan akats ohikoena medikamentuak bikoiztea da.
c) Prozesuan pazientearen ardura duten profesional guztiek parte hartu behar dute, pazientea edo zaintzailea bera ahaztu gabe.
d) Kontziliazioaren helburua medikazio-akatsak murriztea da.

354. Urrats hauetako zein EZ da medikazioa berrikusteko prozesuaren parte?

a) Medikamentuen zerrendak alderatzea, trantsizio asistentzialaren aurretik eta ondoren.
b) Pazientearen erregimen terapeutikoa ebaluatzea.
c) Tratamenduarekiko atxikimendua baloratzea.
d) Pazientearekin edo zaintzailearekin jarraitu beharreko tratamendua adostea.

355. Medikamentuen kontrako gertaera bat agertzeko arrisku-faktore hauetako zein dago erlazionatuta sistemarekin?

a) Polimedikazioa



b) Automedikazioa.
c) Preskriptore ugari egotea.
d) Atxikimendu txarra.

356. Zein da elkarrizketa klinikoan oinarritutako atxikimendua baloratzeko zeharkako metodo bat?

a) Gorputz-jariakinetan markatzaile biokimikoak neurtzea.
b) Konprimatuak zenbatzea.
c) Morinsky-Green-en testa.
d) Banaketaren erregistro elektronikoa.

357. Aukeratu erantzun zuzena MAI indizeari dagokionez:

a) Preskripzio desegokia baloratzeko metodo inplizitu bat da.
b) Preskripzio desegokia baloratzeko metodo esplizitu bat da.
c) Metodo misto bat da, preskripzio desegokia baloratzeko.
d) Ez da preskripzio desegokia baloratzeko metodo bat.

358. Medikamentuen depreskripzioari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena.

a) Farmakoak kentzea da depreskripzioaren helburua.
b) Depreskripzioaren barruan medikamenturen bat gehitzea ere gerta daiteke.
c) Komeni da medikamentu desegoki guztiak batera kentzea.
d) Farmako desegokien depreskripzioaz onura gehien lortuko luketen pertsonak gazteenak izango lirateke.

359. Ondorengoetatik zein ez da medikazioaren kontziliazioaren akatsen kausa bat?

a) Osasun-erregistro bakarrak eta informazioaren teknologien erregistro partekatuak maila asistentzialen artean.
b) Ingresu egoera: arazo akutua lehenestea.
c) Automedikazioa.
d) Hainbat profesionalek preskripzio-prozesua zatikatzea.

360. Paziente baten historian benetan hartzen dituenak baino farmako gehiago erregistratuta daude. Nola deitzen diogu horri?

a) Polimedikazio egokia.
b) Pseudopolimedikazioa.
c) Polimedikazio desegokia.
d) Polimedikazioa

361. Farmako gehiago kontsumitzearekin lotutako faktoreak dira hauek, BAT IZAN EZIK:

a) Depresio-nahasmendua
b) Mendekotasun fisikoa.
c) 75 urtetik beherakoa izatea.
d) Osasunaren autopertzepzio eskasa.

362. Medikazioaren kontziliatzeko prozesuko detekzio etapan, medikamentuen zerrenda zehatza lortzeko, honako hau egin beharko dugu:

a) Pazientearen alta-txostena berrikustea, pazientearekin elkarrizketa bat egitea eta desadostasunak alderatu eta detektatzea.
b) Pazientearen alta, larrialdietako edo arreta espezializatuko txostena berrikustea, bai kanpo kontsultetakoa, bai zentro pribatuetakoa.
c) Pazientearen alta-txostena berrikustea, pazientearekin elkarrizketa bat egitea, eta tratamendua osorik berrikustea, bai agindutako tratamendua, bai automedikazioa.
d) Pazientearen alta-txostena berrikusi eta pazientearekin elkarrizketa bat egin.

363. Lehen Mailako Arretako Farmazialarien Espainiako Elkarteak (SEFAP) medikazioa berrikusteko proposatutako algoritmoan, medikazioa berrikusteko etapan, zer da"egokitzapena"?

a) Dosi eta pauta egokiak berrikustea.
b) Sendagaia behar klinikoen eta pazientearen adinaren, dosiaren, jarraibidearen eta tratamenduaren iraupenaren arabera egokia eta komenigarria dela berrikustea
c) Sendagaia egokia dela berrikustea, pazientearen giltzurrun- eta gibel-funtzioa kontuan hartuta.
d) Pazientearen behar klinikoak eta adina kontuan hartuta, sendagaia egokia eta komenigarria dela berrikustea.

364. Balorazio geriatriko integrala (BGI):

a) Historia klinikoarekin batera, arazo mediko komunak detektatzea ahalbidetzen du, baina ez alderdi sozialekin eta mendekotasun-arriskuekin lotutako arazoak.
b) Eremu funtzionalean zentratutako dimentsio bakarreko prozesu diagnostikotzat hartzen da.
c) Epe luzerako tratamendu- eta jarraipen-plan integral bat diseinatzea ahalbidetzen du, independentzia eta bizi-kalitate handiagoa lortzeko.
d) Paziente bakoitzaren miaketa fisikoan nagusiki oinarritzen den eredu bat da.

365. Atxikimendu farmakologikoa zeharka neurtzeko metodo hauek erabiltzen dira, BAT IZAN EZIK:

a) Pazienteari galdetegien bidez galdetzea.
b) Odoleko farmako mailak neurtzea.
c) Terapiari emandako erantzunaren ebaluazio klinikoa egitea.
d) Gailu elektronikoak erabiltzea.

366. Helburu asistentzialak gizabanakoaren bizi-helburuekin bat datozen 3 kategoriatan sailka daitezke. Honako asistentzia-helburu hauetatik, zein EZ dagokio hiru kategorietako bati ere ez, pertsona ardatz duen medikazioa berrikusteko SEFAPen jarreraren arabera?

a) Funtzionaltasuna mantentzea edo hobetzea.
b) Ongizatea eta bizi-kalitatea hobetzea.
c) Zaintzak hobetzea.
d) Biziraupena hobetzea.

367. SEFAPeko paziente kronikoaren medikazioari heltzeko oinarrizko elementuak kontuan hartuta (2012), hauek dira medikazioaren kontziliazio-prozesuaren etapak:

a) Detektatzea, argitzea eta ebaztea.
b) Argitzea, detektatzea eta ebaztea.
c) Identifikazioa, detekzioa eta ebaztea.
d) Aurreko erantzunetatik bat ere ez da zuzena.

368. Medikazioaren berrikuspen egituratuan, zer EZ da baloratzen egokitasunaren dimentsioan?

a) Forma farmazeutikoa egokia den.
b) Medikamentua START irizpideetan sartuta dagoen.
c) Medikamentua egokia eta komenigarria den, pazientearen ezaugarrien arabera (adina, giltzurrun-gutxiegitasuna, gibeleko gutxiegitasuna).
d) Tratamenduaren dosia, jarraibidea eta iraupena egokiak diren.

369. Karga antikolinergikoari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Dosiak karga antikolinergiko globalean eragiten du.
b) Hainbat eskala daude karga antikolinergikoa neurtzeko.
c) Farmako batzuek potentzia antikolinergiko desberdina dute.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

370. "Recomendaciones sobre Conciliación de la Medicación en Atención Primaria en Pacientes Crónicos" (Osasun Ministerioa) dokumentuaren arabera, zein pazientetan egin beharko litzateke medikazioaren kontziliazioa?

a) Paziente guztiengan, trantsizio asistentzial edo kontsulta baten ondoren, nahiz eta tratamenduan aldaketarik ez ekarri.
b) Ospitaleko alta edo larrialdietako asistentzia jaso duten eta, ondorioz, tratamenduan aldaketak izan dituzten pazienteei lehentasuna ematea gomendatzen da.
c) Bi medikamentu edo gehiago hartzen ari diren pazienteak lehenestea gomendatzen da.
d) Ez egitea gomendatzen da baldintza medikoak/arrisku handiko patologiak dituzten pazienteekin, hala nola prozesu onkologikoak, giltzurrun- edo gibel-disfuntzioa.



371. Kontziliatzeko prozesuaren ezarpena etengabe monitorizatzeko eta inplikatutako profesionalei feedback egokia ziurtatzeko, "Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia" (SEFAP 2012) dokumentuan zenbait adierazle zehazten dira jarraipen egokia egiteko. Adierazle hauetako zein EZ da prozesu-adierazletzat hartzen?

a) Kontziliatutako medikamentu guztien artean, kontziliazio-errorea duten medikamentuen ehunekoa.
b) Kontziliatutako pazienteen kopurua.
c) Maila lokalean medikamentuak bateragarri egiteko prozedura normalizatuen kopurua.
d) Kontziliazio-akatsak paziente bakoitzeko.

372. Medikazioa bateratzeko prozesuan, ingresu baten ondoren ospitaleko alta jaso duen paziente baten kasua detektatzen da, eta alta-txostenean tratamenduaren aldaketa bat jasotzen da, pazientearen egoera klinikoaren ondoriozkoa izan daitekeena, baina preskripzioaren arduradunak ez ditu txostenean dokumentatu erabaki horren arrazoiak. Nola sailkatzen da desadostasun mota hori?

a) Kontziliazio-akatsa da.
b) Justifikaziorik gabeko desadostasuna, argitu beharrekoa.
c) Desadostasun justifikatua eta dokumentatua, argibiderik behar ez duena.
d) Dokumentu gabeko desadostasun justifikatua, argitu beharrekoa.

373. Pertsona ardatz duen medikazioa berrikusteko prozesuan, adierazi erantzun OKERRA, osasun-arazoetan zentratutako balorazio-etapan eman beharreko urratsei dagokienez:

a) Helburu terapeutikoa ezartzea.
b) Osasun-arazoak identifikatzea eta hierarkizatzea.
c) Sendagaiak osasun-arazoarekin lotzea.
d) Farmako bakoitza preskripzio-helburuaren arabera sailkatzea.

374. "Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico" liburuaren arabera (Lehen Mailako Arretako Farmazialarien Espainiako Elkarteak -SEFAP, 2012), medikazioaren berrikuspenari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?

a) START irizpideak indikazio-dimentsioaren balorazioan sartuko lirateke.
b) Hamdyren galdetegiari esker, medikazioaren azterketa kliniko sakona egin dezakegu.
c) Indikazio-dimentsioan baloratzen den item bakarra indikaziorik ez duten eta preskribatuta dauden medikamentuena da.
d) 1 motako medikazioaren berrikuspena medikazioaren azterketa klinikoari dagokio.



375. Pertsona ardatz duen medikazioaren berrikuspenean, tresna hauetako zeinek EZ du baloratzen pazientearen narriadura kognitiboa?

a) Otsoaren MEC-ak.
b) Pfeiffer-en testak.
c) Tinetti eskalak.
d) Global Deterioration scale-ak (GDS-FAST).

376. Zein da kate terapeutikoaren definizioa?

a) Kate terapeutiko bat preskripzioen segida kateatua da, sintomatologia behin eta berriz gaizki kontrolatzeagatik.
b) Kate terapeutiko bat preskripzioen segida kateatu bat da, non farmako batek efektu kaltegarri bat sortzen duen, halakotzat hartzen ez dena eta beste farmako batekin tratatzen da.
c) Kate terapeutiko bat preskripzioen segida kateatu bat da, non farmako batek kontrako efektu bat sortzen duen, eta efektu hori beste farmako batekin tratatzen den.
d) Kate terapeutiko bat preskripzioen segida kateatua da.

377. Txerto baten dosien artean gomendatutakoa baino tarte luzeagoa pasatzen bada ez da beharrezkoa pauta berriz hastea, kasu honetan izan ezik:

a) Ahotiko txerto tifoidea.
b) Barizelaren aurkako txertoa.
c) B hepatitisaren aurkako txertoa.
d) Tetanosaren aurkako txertaketa

378. Hauetatik, zein da birus bizi indargetuen txerto bat?

a) Poliomielitisa.
b) Barizela.
c) Giza papilomaren birusa.
d) A Hepatitisa.

379. Txerto hauetatik, zein gomendatzen da haurdun dauden emakumeentzat?

a) Giza papilomaren birusa.
b) Barizela .
c) Difteria, tetanosa, kukutxeztula (dTPa).
d) Hirukoitz birikoa.

380. Zertan oinarritzen da immunizazio pasiboa?

a) Berariazko erantzun immunitario babesleak induzitzea eta sortzea, hainbat antigeno-forma desberdin emanda.
b) Giza gorputzak agente inbaditzaile espezifikoetatik babesteko duen gaitasuna, hala nola birus, bakterio eta ehun arrotzetatik.

c) Modu exogenoan ekoitzitako antigorputzak ematea pertsona osasuntsuari, berehala baina aldi baterako babesa emateko kasuan kasuko agente infekziosoaren aurrean.
d) Pertsona batek, helburu dituen gaixotasunetatik babestuko duten txertoak jasotzen dituenean, jasotzen duen babesa da.

381. SARS CoV- 2 birusak eragindako COVID-19aren aurkako txertaketari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Gutxienez hilabeteko tartea ezarri behar da paziente alergikoen txertoen (desentsibilizaziorako) eta COVID-19aren aurkako txertaketaren artean.
b) 2022ko irailetik, Europar Batasunean aldagai berrietara egokitutako hainbat txerto baimendu dira: jatorrizko anduiaren eta BA.1 aldaeraren aurkako RNAm bibalenteen txertoak eta Comirnaty eta Spikevax txertoen jatorrizko anduiaren eta BA.4/BA.5 aldaeraren aurkakoak.
c) Erantzun immune egokia lortzeko tarterik onena aurreko dositik 3 astera artekoa da.
d) Kontrako efektu nahiko ohikoenen artean miokarditisa eta perikarditisa daude, batez ere gizonezko gazteen artean, bigarren dosiaren ondoren.

382. Euskadiko haurren txertaketa-egutegiaren arabera, adierazi zein den eman beharreko txertoen zerrenda zuzena:

a) 6 urte: difteria, tetanosa, kukutxeztula, poliomielitisa 2017ko urtarriletik aurrera jaiotakoei.
b) 11 hilabete: A hepatitisa, difteria, tetanosa, poliomielitisa, b haemophilus influenzae.
c) 4 urte: parotiditisa, elgorria, errubeola eta barizela, 2015etik aurrera jaiotakoentzat, txertoa hartu ez dutenentzat edo gaixotasuna igaro dutenentzat, eta bigarren dosia lehenengotik 3 hilabetera ematen da.
d) 16 urte: difteria, tetanosa eta papiloma gizonezkoetan bakarrik.

383. Haurdunen txertaketari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Txerto inaktibatuek interferentzia batzuk dituzte IgD-rekin, baina aldi berean eta edozein denbora-tartetan eman daitezke.
b) A hepatitisaren txertoa birus bizien txerto segurua da haurdunaldian.
c) Txerto pneukokoaren aurkako polisakarido 23-balenteak eta giza papilomarenak ondorio negatiboak izan dituzte haurdunei oharkabean eman zaizkienean.
d) B hepatitisaren txertoa gomendatzen da arriskuko haurdun seronegatiboentzat: BHB infekzioa duten pertsonekin bizi direnentzat, drogak bide parenteraletik hartzen dituztenentzat, aurreko 6 hilabeteetan sexu-bikotekide bat baino gehiago izan dituzten emakumeentzat.

384. Txerto hauetatik, zein da endemia handiko herrialdeetara egindako bidaietan gaixotasunak prebenitzeko nazioarteko araudia bete behar duen txerto bakarra?

a) Sukar horiarena.
b) Sukar tifoidearena.
c) Amorruarena.

d) Kolerarena.

385. 2026rako helduen txertaketa-egutegian izandako azken aldaketen arabera, arnas birus sintzitialaren aurkako txertoa (ABS) sartzen da arrisku-talde hauetan:

a) Azken bi urteetan zelula ama hematopoietikoen (TPH) edo CAR-T-en transplante bat jaso duten pertsonak, tratamendutik edo transplantetik 6 hilabete igaro ondoren.
b) 75 urteko adin-taldeko pertsonak (1951ko jaiotza-kohortea).
c) Birika-transplanteak egin zaizkien pertsonak, transplantetik igarotako denbora edozein dela ere.
d) a eta c zuzenak dira.

386. Hotz-katearen kontrolari eta txertoen biltegiratzeari dagokienez:

a) Hozkailuetako ateen apaletan gorde daitezke txerto inaktibatuak, baina ez txerto bizi indargetuak.
b) Hotz-katea eten egiten da tenperatura tarte optimoaren mugetatik kanpo (2ºC gehiago/gutxiago) dagoenean.
c) 0ºC-tik beherako tenperaturek produktua izoztea eragin dezakete. Prozesu horrek ez ditu aktibatzen aluminio-gatzak dituzten txertoak, eta itzulezina da.
d) Txerto guztiak +2 ºC eta +10 ºC artean mantendu behar dira.

387. Euskadiko txertaketa-eskuliburuaren arabera, txerto hauetako zein dago kontraindikatuta haurdunaldian?

a) Gripe inaktibatua.
b) Difteria, tetanosa, kukutxeztula (dTpa).
c) COVID-19aren aurkako txertoa, RNAm txertoekin.
d) Barizela.

388. Gaixotasun hauetako zeinentzat dago sudurretiko txerto indargetua?

a) Difteriarentzat.
b) Gripearentzat.
c) Kukutxeztularentzat.
d) Poliomielitisarentzat.

389. Bi txerto aldi berean ematean kontuan hartu behar ditugun alderdien artean, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Emandako antigeno motak eta antigenoen arteko gutxieneko tartea.
b) Bi antigeno inaktibatu edo gehiago aldi berean edo edozein tarterekin eman daitezke.
c) Antigeno inaktibatuak eta biziak aldi berean edo gutxienez 4 astez bereizita eman daitezke.
d) Antigeno inaktibatuak eta biziak aldi berean edo edozein tarterekin eman daitezke.



390. Txerto hauetatik, zein dago kontraindikatuta haurdunaldian?

a) Gripearen txertoa.
b) Difteriaren, tetanosaren eta kukutxeztularen txertoa.
c) B hepatitisaren aurkako txertoa.
d) Barizelaren aurkako txertoa.

391. Tetanosaren aurkako txertoaren merkaturatutako aurkezpen desberdinen osaerari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Monobalentea.
b) Dibalentea.
c) Tetrabalentea
d) Hexabalentea.

392. I-botika herritarrei zuzendutako informazioa duen webgune bat da. Bertan, honako hauek aurki daitezke:

a) Medikamentuei buruzko informazioa duten guk sortutako fitxak.
b) Guk egindako bideoak.
c) Maiz erabiltzen diren farmazia-terminoen hiztegia.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

393. I-botikaren informazioa lantzen duen taldean, honako hau aurki dezakegu:

a) Psikologo bat.
b) Kazetari bat.
c) Gizarte-laguntzaile bat.
d) Abokatu bat.

394. I-botika gaiak hautatzeko, honako hau erabiltzen da:

a) Herritarren iradokizunak, formularioaren bidez jasotakoak.
b) Profesional sanitarioen proposamen zuzenak.
c) Sareko sendagaiekin lotutako gairen bati buruzko kalitatezko informaziorik eza hautematea.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

395. «Fotosinteticidad. Riesgo al combinar medicamentos y sol" dokumentuaren arabera, honako medikamentu hauek fotosentikortasun-erreakzioetan inplikatuta egon daitezke. Zein ez?

a) Sulpirida.
b) Itrakonazola
c) Difenhidramina topikoa.
d) Karbamazepina.

396. I-botikaren "Frecuencia de la Reacciones Adversas por medicamentos" buruzko fitxan jasotzen den bezala, kontrako erreakzio bat ez oso ohikotzat harten da honako kasu honetan:

a) Medikamentua hartzen duten 10.000 pertsonatik 1ean baino gutxiagotan agertzen denean.
b) Medikamentua hartzen duten 10.000 pertsonatik batean edo gehiagotan agertzen denean.
c) Medikamentua hartzen duten 1.000 pertsonatik 1ean gertatzen denean, gutxienez.
d) Medikamentua hartzen duten 100 pertsonatik 1ean gertatzen denean, gutxienez.

397. Metotrexatoari buruzko i-botikaren fitxan jasotzen den bezala, gehiegizko dosi baten sintomak honako hauek izan daitezke:

a) Zefalea.
b) Ikusmen lausoa.
c) Oka egitea odolarekin.
d) Logura.

398. Haynes-en piramidea.

a) Sei mailako hierarkia ezartzen du, non informazio biomedikoa aurkezteko modu desberdinak dauden.
b) Maila bakoitza beheko mailetatik abiatuta eraikitzen da, eta erabaki klinikoak hartzen laguntzeko informazio baliagarriagoa ematen du.
c) Piramidearen goiko mailetan dagoen edozein emaitza eguneratuago egon ohi da.
d) Haren erabilgarritasun nagusia da aldez aurretik jakitea informazio-behar jakin baterako, piramidearen zein maila zehatzetan lortuko diren emaitzarik onenak.

399. Hautatu erantzun egokia ClinicalKey tresnaren inguruan:

a) Ez ditu barne hartzen esparru biomedikoko Espainiako aldizkariak.
b) Ez dago eskuragarri App-n.
c) Informazioa biltzen du liburuetatik, aldizkarietatik, praktika klinikoko gidetatik (adibidez, Fisterra), medikamentuen fitxetatik, pazienteentzako fitxetatik eta datu-base batzuetatik.
d) Ez da sartzen ClinicalTrials.

400. "Dónde buscar información sobre medicamentos" (2024) izeneko INFAC buletinaren arabera, baieztapen hauetatik zein da zuzena Topa tresnari dagokionez?

a) Bakarrik Euskal osasun sistemako profesionalentzat eskuragarri dagoen tresna da.
b) Tresna honetan indexatutako dokumentu-funts guztiak sarbide irekiko formatuan daude eskuragarri (open access).
c) Hura erabiltzeko, OpenAthens-en eman behar da izena.
d) Euskadiko Osasun Liburutegi Birtualaren webgunearen bidez dago eskuragarri.

401. “Dónde buscar información sobre medicamentos” (2024) izeneko INFAC buletinean jasotako Haynes piramidearen arabera, informazio biomedikoa aurkezteko modu hauetako zeinek ematen du informazio baliagarriena erabaki klinikoak hartzen laguntzeko?

a) Historia klinikoan integratutako preskripzioekin laguntzeko sistema informatikoek.
b) Azterlanek.
c) Berrikuspen sistematikoek.
d) Praktika klinikoko gidek eta laburpen sintetizatuek.

402. “Dónde buscar información sobre medicamentos” (2024) izeneko INFAC buletinaren arabera, baliabide hauetatik zein hartzen da point of care plataformatzat? Hau da, zein da erabaki klinikoak hartzeko orduan hautatutako eta modu jarraian eguneratutako ebidentzia eskaintzen duena?

a) ACCESSS.
b) Cochrane Library.
c) UpToDate.
d) TOPA.

403. Medikamentuen kontrako erreakzio hauetatik, zein da garrantzitsuena farmakozaintzari jakinarazteko orduan?

a) Amoxizilina-azido klabulanikoak eragindako beherakoa.
b) Omeprazolak eragindako buruko mina.
c) Sakubitriloa-baltsartanak eragindako hipotentsioa.
d) Fluoxetinak eragindako goragaleak.

404. Giza erabilerarako medikamentuen farmakozaintza arautzen duen 577/2013 Errege Dekretuak honela definitzen du farmakozaintza:

a) Kalitatezko informazio zientifikoa lortzeko informazioa iragaztea ahalbidetzen duten tresnen kudeaketa da.
b) Pazienteen tratamenduari buruzko erabakiak hartzean, egungo ebidentziarik onena kontzienteki, esplizituki eta zuhurtziaz erabiltzea da.
c) Kontrako erreakzioak jakinarazteko inprimakia da.
d) Osasun publikoko jarduera da, behin baimendu eta gero, medikamentuak erabiltzearekin lotutako arriskuak identifikatzea, kuantifikatzea, ebaluatzea eta prebenitzea helburu duena.

405. Medikamentu baten kontrako erreakzio bat jakinarazteko orduan:

a) Jarraipen gehigarria behar duten medikamentuen kontrako erreakzioak jakinarazi behar dira.
b) Kontrako erreakzio larriak soilik jakinarazi behar dira.
c) Medikamentua kontrako erreakzioaren kausa dela ziurtatu arte itxaron behar da.
d) Ez dira jakinarazi behar kontrako erreakzio ezezagunak.



406. Euskal Autonomia Erkidegoko farmakozaintzaren eginkizuna da:

a) Jaso diren kontrako erreakzioen susmoak erregistratzea FEDRA datu-basean.
b) Sendagaien Europako Agentziaren datu-basera bidaltzea kontrako erreakzio larrien susmoen jakinarazpenak, jaso osteko hamabost egun naturalen epean.
c) Baimendutako medikamentuen onura-arrisku erlazioa ebaluatzera zuzendutako farmakoepidemiologia-azterlanak sustatzea eta egitea.
d) Identifikatutako arriskuak minimizatzeko edo prebenitzeko neurri egokiak ezartzea.

407. Giza erabilerarako medikamentuen farmakozaintza arautzen duen uztailaren 26ko 577/2013 Errege Dekretuak ezartzen duenaren arabera, baimentze-prozesuan jarraipen gehigarria behar duten medikamentuei dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Baimena eman osteko azterlan bat behar duten medikamentuak soilik hartzen ditu barne, edo erabilera seguru eta eraginkor batekin lotutako baldintzak edo murrizketak behar dituztenak.
b) Medikamentu bioantzekoak eta generikoak jarraipen gehigarria behar duten medikamentu gisa sailkatuta izatetik salbuetsita egongo dira.
c) Jarraipen gehigarria behar duten medikamentuen zerrenda publikoa izango da, eta medikamentuen Europako webgunean zein Sendagaien eta Osasun Gaien Espainiako Agentziaren webgunean argitaratuko da.
d) Jarraipen gehigarri baten mende dauden medikamentuek bereizgarri bat izango dute fitxa teknikoan, etiketetan eta erabilera-orrian, bai profesional sanitarioak, bai herritarrak kontrako erreakzioen susmoak jakinaraztea lehenetsi dezaten

408. Giza erabilerarako medikamentuen farmakozaintza arautzen duen uztailaren 26ko 577/2013 Errege Dekretuak ezartzen duenaren arabera, medikamentuen kontrako erreakzioen susmoak jakinarazteari dagokionez, erantzun hauetatik zein da OKERRA?

a) Profesional sanitarioek baimendutako medikamentuen kontrako erreakzioen susmoak jakinarazteko betebeharra dute, baimendutako baldintzez bestelako egoeretan erabilitako medikamentuenak barne.
b) Kontrako erreakzioen susmoak medikazio-akats baten ondorioz gertatzen badira, profesional sanitarioa susmoa jakinaraztetik salbuetsita egongo da.
c) Egoera berezietan medikamentuen eskuragarritasuna arautzen duen ekainaren 19ko 1015/2009 Errege Dekretuan ezarritako prozeduren bidez eskuratutako eta Espainian merkaturatzen ez diren medikamentuen kontrako erreakzioei dagokionez, profesional sanitarioek erreakzio horien susmoa jakinarazteko betebeharra dute.
d) Herritarrek medikamentuen kontrako erreakzioen susmoak jakinarazi ahal izango dituzte, bai profesional sanitarioei horien berri emanda, bai zuzenean Espainiako Farmakozaintza Sistemari horien berri emanda.



409. Sendagaien eta Osasun Gaien Espainiako Agentziak 2025ean igorritako informazio-oharraren arabera ("Finasteridarekin tratatutako pazienteetan ideiagintza suizida izateko arriskua minimizatzeko gomendio berriak"), adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Ideiagintza suizida izateko arriskua berresten da ahotiko finasteridarekin tratatutako pazienteetan, bai alopezia androgenikoa tratatzeko erabiltzen dutenetan, bai prostatako hiperplasia onbera tratatzeko erabiltzen dutenetan.
b) Ohartarazpen horiek indartzeko, 1 mg-ko eta 5 mg-ko finasterida-ontziek pazientearentzako informazio-txartel bat izango dute.
c) Finasteridarekin tratatutako pazienteen artean, disfuntzio sexualeko kasuen berri eman da; baliteke horrek gogo-aldartearen alterazioak garatzen lagundu izana, ideiagintza suizida barne.
d) Datu eskuragarriek dutasteridaren eta ideiagintza suizidaren arteko harreman kausala ere berrestea ahalbidetzen dute; hortaz, efektu gaitzesgarri hori 5-alfa erreduktasaren inhibitzaileen balizko klase-efektutzat jotzen da.

410. 2024ko ekainean, EMAk metamizola duten medikamentuen berrikuspen bat hasi zuen. Berrikuspen horretatik abiatuta, PRACek ondorioztatu du metamizola duten medikamentuen onurak arriskuak gainditzen dituztela baimendutako indikazioetan, eta agranulozitosiaren sintomen identifikazio goiztiarra eta diagnostikoa errazteko neurriak indartu ditu. Profesional sanitarioentzako jarraibide hauetatik zein da OKERRA?

a) Metamizolak eragindako agranulozitosia emandako dosiaren araberakoa da, eta sintomak tratamenduaren hasieran agertu ohi dira.
b) Sukarra agranulozitosiari lotutako sintoma bat da, eta inor ohartu gabe gerta daiteke farmakoak berak jaitsi dezakeelako.
c) Aurretik metamizolagatiko edo bestelako pirazolonagatiko edo pirazolidinagatiko agranulozitosia izan duten pazienteei ez zaie eman behar metamizola.
d) Hezur-muinaren funtzioaren alterazioak edo sistema hematopoietikoaren gaixotasunak dituzten pazienteei ez zaie eman behar metamizola.

411. Zer akats jakinarazi behar dira Medikamentuen Erabilera Segururako Institutuaren Medikazio-hutsen Jakinarazpenak Egiteko eta Ikasteko Sisteman? Aukeratu erantzun OKERRA.

a) Preskripzio-akatsak.
b) Agindu medikoak anbiguoak edo osatugabeak izateagatik gertatu diren interpretazio-akatsak.
c) Medikamentu bat ematean bide desegokia erabili izana, edo dosi okerrak eman izana.
d) Nahasmenduak medikamentuak banatzean edo ematean, antzeko ontziratze edo etiketatzearen ondorioz gertatu direnean izan ezik.

412. Noiz jakinarazi behar da jarraipen gehigarria (▼) behar duen medikamentu batekiko kontrako erreakzioa?

a) Beti.
b) Eragiten duen kontrako erreakzioa ezezaguna denean bakarrik.



c) Eragiten duen kontrako erreakzioa larria denean bakarrik.
d) Merkaturatuta 2 urte baino gutxiago daramatzanean bakarrik.

413. ISMPek (Medikamentuen Erabilera Segururako Institutua) paziente kronikoentzat arrisku handia dakarten medikamentuen zerrenda bat egin du. Talde terapeutiko hauetako zein EZ dago zerrenda horretan?

a) Beta-blokeatzaile adrenergikoak.
b) Antiinflamatorio ez-esteroideoak.
c) Ahotiko hipogluzemianteak.
d) Fosfatodun laxanteak.

414. ISMParen Medikazio-akatsak Prebenitzeko Gomendioen Buletinaren arabera ("Prevención de errores con medicamentos de alto riesgo en pediatría", 2025), baieztapen hauetatik zein da zuzena?

a) Medikazio-akatsak maizago gertatzen dira biztanle pediatrikoetan, baina helduekin alderatuta, kalteak eragiteko aukera txikiagoa dute.
b) Paziente pediatrikoen medikazio-akatsak proportzio berean gertatzen dira medikamentuak erabiltzeko zirkuituaren etapa guztietan.
c) Akats mota ohikoena dosifikazio-akatsa da; ez da ohikoa akatsak gertatzea prestaketan eta administrazio-teknikan edo -abiaduran.
d) Preskripzioarekin lotutako akats gehienak dosiekin dute zerikusia; funtsean, dosi altuak preskribatzean gertatzen dira.

415. Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakozaintzako Unitateak argitaratutako 2025eko ekaineko Farmakozaintzako Buletinean jasotzen denaren arabera, Euskadiko Farmazia Jagoleen Sareari buruzko baieztapen hauetatik, zein da OKERRA?

a) Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakozaintzako Unitateko langileak sare horren jarraipen-batzordeko kideak dira.
b) Ofizialki hasi aurretik, Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Farmaziako Zuzendaritzak prestakuntza eman zien sarea osatzeko hautatutako farmazialariei.
c) Euskadiko Farmazia Jagoleen Sareak dagoeneko existitzen den medikamentuen kontrako erreakzioak jakinarazteko sistema indartu nahi du, eta lankidetza sustatu komunitateko farmaziarekin.
d) Sarea sortzeak medikamentuen segurtasunaren zaintza areagotzea ahalbidetu du, komunitateko farmazialariek pazienteekiko duten gertutasunari eta medikamentuei buruz duten ezagutzari esker.



416. Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentzia estatu-agentzia sortzeko eta haren estatutua onartzeko irailaren 16ko 1275/2011 Errege Dekretuaren arabera, zein da Espainiako Giza Erabilerarako Medikamentuen Farmakozaintzaren Sistemaren Batzorde Teknikoaren funtzioa?

a) Espainiako Giza Erabilerarako Medikamentuen Farmakozaintzaren Sistemaren funtzionamendua koordinatzea eta ebaluatzea, kontuan hartuta Espainiako Farmakozaintzaren Sistemaren jardunbide egokiak.
b) FEDRA datu-basean eta kontrako erreakzioen susmoen seinaleak detektatzeko beste datu-base eskuragarri batzuetan jasotako informazioa ebaluatzea.
c) Esanguratsuak eta sendoak izateagatik ustez Giza Erabilerarako Medikamentuen Segurtasun Batzordeko Idazkaritzari jakinarazteko modukoak diren seinaleak helaraztea idazkaritzari, hark aintzat har ditzan.
d) Medikamentuen segurtasunari buruzko ezagutzaren hedapenean, lankidetzan aritzea Sendagaien eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziarekin.

417. Paziente bat sertralina bidezko tratamendua hartzen hasi da, eta, insomnioa garatu duenez, lorazepama preskribatu zaio. Zer egoera jazo da?

a) Preskripzio arrazional mailakatua.
b) Kate terapeutikoa.
c) Sinergia farmakologikoa.
d) Medikamentuarekiko tolerantzia.

418. Euskal Autonomia Erkidegoko antolamendu farmazeutikoari buruzko ekainaren 17ko 11/1994 Legearen eskumen-esparruaren barruan, arreta farmazeutikoa egokitzat jo daiteke baldin eta premisa hauek betetzen badira (adierazi erantzun zuzena):

a) Medikamentuaren eskuragarritasuna azkarra eta arina izatea.
b) Farmazia-establezimenduak, nagusiki, biztanleko Lehen Mailako Arretako mediku-dentsitate handiena duten eremuetan sakabanatuta egotea.
c) Farmazia arreta interes sanitarioko zentro pribatuetan ematea, mediku edo farmazialarien ardurapean.
d) Udal edo kontzejuei dagokie farmazia-arreta emango dela bermatzea beren lurralde-eremuan.

419. Euskal Autonomia Erkidegoko antolamendu farmazeutikoari buruzko ekainaren 17ko 11/1994 Legearen arabera, osasun-eremu batek osorik edo zati batean udalerri bat baino gehiago barne hartzen duen kasuetan, farmazia-bulegoak planifikatzeko, farmazia-eremuak honekin egingo du bat (aukeratu erantzun zuzena):

a) Biztanle-dentsitate handiena duen udalerriaren mugaketarekin.
b) Osasun-eremuaren mugaketarekin.
c) Lurraldearen arabera azpian dagoen udalaren mugaketarekin.
d) Lurraldearen arabera goian dagoen udalaren mugaketarekin.

420. Euskal Autonomia Erkidegoko antolamendu farmazeutikoari buruzko ekainaren 17ko 11/1994 Legearen arabera, farmazia-arretako establezimenduak eta zerbitzuak zeren mende egongo dira? Aukeratu erantzun zuzena:

a) Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuaren Zuzendaritza Nagusiak emandako funtzionamendu-baimenaren mende, behin baimenaren baldintzak eta eskakizunak betetzen direla egiaztatu ondoren.
b) Urtero estatistika sanitarioak egitearen mende, baita zerbitzuaren barne-xedeetarako medikamentuen eta osasun-produktuen sustapena eta publizitatea kontrolatzearen mende ere.
c) Elkartasun eta integrazio farmazeutikoaren printzipiotik eratorritako betebeharrak betetzearen mende, osasun publikorako arrisku-egoerak alde batera utzita.
d) Osasun Sailaren aurretiazko baimen administratibo-sanitarioaren mende, sortuak edo igorriak izateko, obrak egiteko, lekualdatzeko edo ixteko.

421. Euskal Autonomia Erkidegoko antolamendu farmazeutikoari buruzko ekainaren 17ko 11/1994 Legearen arabera, hauetatik zeintzuk jotzen dira arreta farmazeutikoko establezimendu eta zerbitzutzat?

a) Farmazia-produktuak banatzeko handizkako biltegiak.
b) Euskal osasun sistemako osasun-zentroetako eta Lehen Mailako Arretako egitura sanitarioetako farmazia-zerbitzuak, baita ospitale eta zentro soziosanitarioetakoak ere.
c) Farmazia-bulegoak eta botikinak.
d) Erantzun guztiak dira zuzenak.

422. Euskal Autonomia Erkidegoko antolamendu farmazeutikoari buruzko ekainaren 17ko 11/1994 Legean jasotzen denaren arabera, medikamentuen zentzuzko erabilerarekin, osasunaren sustapenarekin, gaixotasunen prebentzioarekin eta heziketa sanitarioarekin zerikusia duten jarduerak aurrera eramateko, nori dagokio farmazia-bulegoak eta Lehen Mailako Arretako langileak koordinatzea?

a) Inplikatutako farmazia-bulegoen eragin-eremuan dagoen ospitaleko farmazia-zerbitzuaren arduradunari.
b) Lehen Mailako Arretako farmazia-zerbitzuei.
c) Farmazialarien Elkargo Ofizialeko ordezkariari (inplikatutako farmazia-bulegoen titularrak elkargo horren elkargokideak badira).
d) Aurreko erantzunetatik bat ere ez da zuzena.

423. Euskal Autonomia Erkidegoko antolamendu farmazeutikoari buruzko ekainaren 17ko 11/1994 Legearen arabera, hauetatik zein da arau-hauste larria?

a) Farmakozaintzako betebeharra ez betetzea.
b) Irregulartasunak indarrean dagoen araudi sanitarioan, osasun publikorako zuzeneko eraginik gabe.
c) Sendagaiak kontserbatzea, zaintzea edo banatzea, eskatutako baldintzak bete gabe.
d) a) eta c) erantzunak zuzenak dira.

424. Pediatriako larrialdietako orgako materialean gomendatutako medikazioari dagokionez, GIDEPen (Pediatriako Emergentzietako Diziplina arteko Taldea) gomendioen arabera, adierazi erantzun OKERRA:

a) 25 kg baino gutxiagoko haurrei bolumen oso txikiak (adrenalina, diazepama) zehaztasunez emateko, orga eta poltsa guztiek intsulina motako lumak eta 4 urratseko giltzak izan behar dituzte.
b) Orga eta poltsa guztiek hezur-barneko bideetarako materiala izan behar dute.
c) Emergentzietako arretaren barruan, Lehen Mailako Arretan gutxi erabiltzen diren ekipoak eta farmakoak erabiltzea sartzen da, eta horietako batzuk tarte terapeutiko estua dute.
d) Arreta urgentearen ezaugarriek segurtasun-intzidenteak izateko arrisku handiagoa ematen diete Larrialdietako zerbitzuei; kausa-faktore nagusien artean bi hauek ditugu: komunikazioa eta medikamentuen maneiua.

425. INFACeko buletinaren "Urgencias de pediatría: protocolos de atención prehospitalaria" dokumentuaren arabera, zein da erantzun zuzena?

a) Segurtasun-arrazoiengatik, emergentziak maneiatzeko behar den dokumentazioa emergentzietako organ baino ez da egon behar, eta materiala zein larrialdietako medikazioa berrikusteko prozesua kanpoko langile kualifikatuen ardura izango da.
b) Larrialdietako medikazioa eta materiala adostuta eta bateratuta egon behar dira, zerbitzu-erakundeen eta aplikazio-eremuaren arabera: Emergentziak eta Garraio Sanitarioa, Lehen Mailako Arreta eta Etengabeko Arreta Guneak (EAG).
c) Osasun-zentro guztietan, larrialdi pediatrikoei erantzuteko medikamentuak eta materiala egon behar dira emergentzietako orga batean, eta osasun-eremuak hainbat udalerri hartzen dituen kasuetan, zentrotik kanpoko larrialdietarako poltsetan edo maletinetan ere bai.
d) Osasun-zentro guztietan, larrialdi pediatrikoei erantzuteko medikamentuak eta materiala egon behar da emergentzietako orga batean, eta osasun-eremuak hainbat udalerri hartzen dituen kasuetan, zentrotik kanpoko larrialdietarako poltsetan edo maletinetan ere bai.

426. Larrialdi pediatrikoei erantzuteko medikazioari eta materialari dagokienez, GIDEPen (Pediatriako Larrialdietako Diziplinarteko Taldea) gomendioen arabera, larrialdietako orgak hauek izan behar ditu:

a) Glukagoia, 1 mg/10 mL: hozkailuko medikamentua. Kanpoko maletinean sartzen bada, berriz etiketatu behar da iraungitze-data: 36 hilabete, hotz-katea lehen aldiz eten ondoren. Inoiz ez du 5 ºC-tik gorakoa izan behar.
b) Midazolama, 5 mg/mL, anpoilak; metilprednisolona, 40 mg/2 mL, anpoilak; % 1eko morfina (kloruro morfikoa), 10 mg/1 mL, anpoilak.
c) % 2ko lidokaina, 20 mg/mL, basokonstriktorearekin, hezur-barneko bidetik erabiltzeko anpoilak, konortea duten pazienteetan antiepileptiko gisa erabiltzeko.
d) Adrenalina, 100 mg/1 mL, anpoilak, diluitu gabe zuzeneko hezur-barneko bidetik edo zain-barneko bidetik emateko bihotz-biriketako geldialdia gertatzen bada.



427. Larrialdi pediatrikoei erantzuteko medikazioari eta materialari dagokienez, GIDEPen (Pediatriako Larrialdietako Diziplinarteko Taldea) gomendioen arabera, kanpoko maletinak hauek izan behar ditu (aukeratu erantzun OKERRA):

a) Parazetamola, 250-300 mg, haurrentzako supositorioa; parazetamola, 150 mg, bularreko haurrentzako supositorioa.
b) Metamizola, 2 g/5 mL, anpoilak.
c) Larruazalpeko diazepama, 10 mg/1 mL, anpoilak.
d) Salbutamola, 100 mcg/pultsazio, 200 dosiko aerosola (inhalazio-ganberarekin batera).

428. Azterlan klinikoen kalitate metodologikoari buruzko "Cuestionario de Jadad" galdetegian baloratzen diren diseinuaren alderdien artean hauek ditugu:

a) Azterlan-motaren eta helburuaren deskribapena.
b) Neurketa-aldagaiak (end-points).
c) Jarraipen-galeren deskribapena.
d) Garrantzi estatistikoa eta konfiantza-tarteak emaitzetan.

429. Demagun saiakuntza kliniko baten emaitzak aztertzen ari garela, eta saiakuntza hipertentsio arterialerako farmako berri bat plazeboarekin alderatzen ari dela, 5 urteko tratamenduaren ostean farmakoak istripu zerebrobaskularren (IZB) intzidentzia murrizteko duen eraginkortasuna ebaluatzeko. Azterlana amaitzean, plazeboa jaso duen taldean, subjektuen % 15ek IZB izan du; tratamendu aktiboko taldean, berriz, % 10ek bakarrik garatu dute IZB. Kasu horretan, tratatu beharreko pazienteen kopurua (NNT) hau izango litzateke:

a) 5.
b) 1,5.
c) 20.
d) 15.

430. Medikamentu berri baten eraginkortasun konparatua ebaluatzeko aztertzen ari garen saiakuntza kliniko batean, konparadorearekin alderatuta emaitzen p balioa 0,001ekoa bada, zer ondoriozta dezakegu?

a) Klinikoki esanguratsuak diren desberdintasunak daudela bi tratamenduen artean.
b) Pazienteen lagin oso txikia dugula azterlanean.
c) Litekeena dela emaitzak zoriaren ondorio izatea.
d) Azterlanaren esku-hartzearen ondoriotzat har ditzakegula tratamenduen artean antzemandako desberdintasunak.

431. Medikamentu Berrien Ebaluazio Batzordearen LPNaren arabera, ebaluatzaileek hautatutako artikuluen irakurketa kritikoa eta ebidentzia zientifiko eskuragarriaren laburpena egingo dute. Horretarako, hau erabiliko dute:

a) CONSORT metodologia.
b) AGREE II tresna.



c) GRADE metodologia.
d) Scottish Intercollegiate Network (SIGN) erakundearen formatu egokituak.

432. GRADE metodologiak lau mailatan sailkatzen du ebidentzia. Faktore hauetako zeinek ematen du ebidentzia-maila handitzeko aukera?

a) Argitalpen-alborapenaren susmoak.
b) Hainbat azterlanen emaitzen arteko koherentziarik ezak.
c) Dosi-erantzun gradienteak.
d) Zeharkako ebidentziaren eskuragarritasunak.

433. AGREE II tresna espezifikoa da hauek ebaluatzeko:

a) Saiakuntza kliniko ausazkotuak.
b) Kasuen eta kontrolen azterlanak.
c) Praktika klinikoko gidak.
d) Meta-analisia.

434. Saiakuntza klinikoen barruan, nagusitasun-azterlanetan, zein izango da hipotesi nulua?

a) Bi tratamenduak berdinak direla.
b) Tratamendu berria okerragoa dela, aurrez zehaztutako marjina gainditzen duelako.
c) Tratamenduen artean aldea dagoela.
d) Aurreko erantzun guztiak dira okerrak.

435. Azpitaldeen analisiak praktika klinikoaren erabaki-hartzean eragiteko oinarrizko baldintzak biltzen dituen edo ez baloratzeko orduan, faktore hauen artean, zein EZ da sartzen gomendioen arabera aurretik hausnartu beharreko gaietan?

a) Aurrez zehaztutako eta aztertutako faktoreen kopuru txiki eta justifikatua eduki behar da (< 10 faktore).
b) Posizionamendu terapeutikoa justifikatzeko, azpitaldeen analisiaren xede den azterlanak ebidentzia- eta aplikagarritasun-mailarik handiena erakutsi behar du.
c) Kontuan hartutako eraginkortasun- edo segurtasun-aldagaiak garrantzi kliniko argia izan behar du, edo, bestela, azterketan aldagai nagusi gisa neurtutako aldagai subklinikoa edo tartekoa izan behar du.
d) Denbora-sekuentzia kontuan hartu behar da, esku-hartzea jaso aurretik pazienteek azpitaldeek ezartzen duten faktorea zutela ziurtatuta.

436. Ez-gutxiagotasuneko saiakuntza bat ebaluatzeko hau da zuzena:

a) Esku-hartzea ez-gutxiagotzat hartzeko, konfiantza-tarteak ez du ez-gutxiagotasun marjina gainditu behar.
b) Ez-gutxiagotasuna frogatu ondoren, protokolo bidezko analisiarekin nagusitasuna frogatu ahal izango da.

c) Ez-gutxiagotasun marjinak a priori definitu behar da, eta hobe da arrisku-alde absolutu batean adierazita egotea, arrisku-eskala erlatibo batean baino.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

437. Azterlanaren kalitate metodologikoa ebaluatzeko, JADAD eskala erabiltzea erabaki da. Eskala horrek alderdi hauetako zein EZ du aztertzen?

a) Ausazkotze-metodoa eta haren egokitasuna.
b) Laginaren tamainaren egokitasuna.
c) Itsutzeko metodoa.
d) Jarraipen-galeren eta azterlan-uzteen deskribapena.

438. Azterketa oro, neurri handiagoan edo txikiagoan, ausaz edo sistematikoki ager daitezkeen akats batzuen mende dago. Azken horiei alborapen deritze, eta azterlanaren barne-baliozkotasunari eragiten diote. Alborapenen artean, zein da azterlan ausazkotuen eta ez-ausazkotuen arteko alde nagusia?

a) Hautatze-alborapena.
b) Argitaratze-alborapena.
c) Errealizazio-alborapena.
d) Detekzio-alborapena.

439. 2019ko Euskadiko Lehen Mailako Arretarako Estrategian, zer ildo estrategikotan sartzen da 6. ekintza, Lehen Mailako Arretako farmazialariaren (LMAF) funtzioei heltzekoa, dagoeneko finkatuta dauden funtzioetan Arreta Integratuaren testuingurutik eratorritako funtzio berriak txertatuta?

a) 1. ildo estrategikoa: Lehen Mailako Arretaren funtzioari eta eginkizunari balioa ematea.
b) 2. ildo estrategikoa: Lehen Mailako Arretako taldeen egitura erronka demografiko eta epidemiologikoetara egokitzea.
c) 3. ildo estrategikoa. Lehen Mailako Arretako taldeen antolaketa eta kudeaketa optimizatzea.
d) 6. ildo estrategikoa: Lehen Mailako Arretan arreta pediatrikoaren eredua sendotzea.

440. Osakidetzako Lehen Mailako Arretako farmazialarien zerbitzu-zorroko funtzio batzuk koordinazio-jardueratzat edo -funtziotzat hartzen dira. Horien artean hau dago:

a) Preskripzioari buruzko datuen feed-backa helaraztea zuzendaritza-organoei, erdi-mailako agintariei eta preskriptoreei.
b) Preskripzio farmazeutikoaren kalitatea etengabe hobetzeko kudeaketa-adierazleen garapenean parte hartzea.
c) Lehen Mailako Arretako profesionalen aldetik jasotako kontsulta farmakoterapeutikoak ebaztea.
d) Medikazioarekin lotutako arazoak (MLA) eta medikamentuen preskripzioarekin-banaketarekin zerikusia duten medikazio-akatsak identifikatzea eta ebaztea.



441. Osakidetzako Lehen Mailako Arretako farmazialarien zerbitzu-zorroan, garatu beharreko jarduerak edo zerbitzuak oinarrizko eta aurreratu gisa sailkatzen dira. Hauetako zein jotzen da aurreratutzat?

a) Kudeaketa farmakoterapeutikoan asistentzia-mailen artean dauden koordinazio-beharrak identifikatzea
b) Medikamentuen erabilera ebaluatzeko azterlanak egitea benetako praktika klinikoan.
c) Osasun Saileko Farmaziako Zuzendaritzak farmazia-politikaren eta medikamentuen arloan ezartzen dituen jarduerak ezartzea Lehen Mailako Arretaren esparruan.
d) Trantsizio asistentzialetan medikazioa bateragarri egiteko programak garatzea.

442. 2019ko Euskadiko Lehen Mailako Arretarako Estrategiaren arabera, Lehen Mailako Arretako farmazialariaren funtzioei dagokienez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?

a) Pazienteen jarraipen farmakoterapeutikoan duten eragina frogatu dute.
b) Bereziki, desegokiak izan daitezkeen medikamentuak despreskribatzen lagundu dute.
c) Medikazioari lotutako emaitza negatiboak prebenitzen lagundu dute, eta medikamentuak modu seguruagoan eta efizienteagoan erabiltzen lagundu dute.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

443. Lehen Mailako Arretako Farmazialarien Espainiako Elkarteak argitaratutako Lehen Mailako Arretako farmazialariaren gaitasun-maparen barruan (SEFAP 2019), eskumen hauetatik zein dagokio 6. eskumen-arloari (Medikamentuak eta osasun-produktuak kudeatzea Lehen Mailako Arretako zerbitzuetan, zentro soziosanitarioetan eta paziente instituzionalizatuak dituzten beste zentro batzuetan)?

a) Asistentzia-eremu desberdinetako lan-prozedura ezagutzea, farmakoterapian jarraitutasun asistentziala lortzen lagunduko duten tresna informatikoen definizio funtzionalarekin laguntzeko.
b) Profesionalei laguntza ematea eta parte hartzea zentro soziosanitarioetako eta paziente instituzionalizatuak dituzten beste zentro batzuetako pertsonentzako medikamentuen kate terapeutikoari lotutako jarduera klinikoetan eta asistentzialetan.
c) Aliantzak sortzea pazientearen asistentzian esku hartzen duten beste eremu batzuetako profesionalekin, jarraitutasun farmakoterapeutikoa eta kontziliazioa bermatzeko eta segurtasuna sustatzeko asistentzia-trantsizioetan.
d) Pazienteen tratamendua optimizatzeko helburu eta lan-ildo komunak garatzea, pazienteek igarotzen dituzten laguntza-eremuetan.

444. Lehen Mailako Arretako Farmazialarien Espainiako Sozietateak argitaratutako Lehen Mailako Arretako farmazialariaren gaitasun-maparen barruan (SEFAP 2019), gaitasun hauetako zein sailkatzen da generiko gisa?

a) Datuetatik datorren informazioa asistentzia ematen den inguruneko ezagutzarekin erlazionatzeko gaitasuna izatea.
b) Helburu eta lan-ildo komunak garatzea, pazienteen tratamendua optimizatzeko pazienteek igarotzen dituzten laguntza-eremuetan.



c) Medikamentuei eta osasun-produktuei buruzko informazioa zabaltzeko komunikazio digitaleko tresnak ezagutzea eta horiek farmakoen maneiua hobetzeko estrategia gisa erabiltzea.
d) Asistentzia-eremuetako ezaugarri bereizgarriak eta baliabideak ezagutzea, asistentzia-igarotzeek pazientearengan duten eragina murrizteko estrategia gidatzeko.

445. Lehen Mailako Arretako Farmazialarien Espainiako Sozietateak argitaratutako Lehen Mailako Arretako farmazialariaren zerbitzu-zorroaren arabera (SEFAP 2017), medikamentuei eta produktu sanitarioei buruzko kontsultak ebazteko zerbitzua zer zerbitzu-ildotan sartzen da?

a) Osasunerako heziketan.
b) Paziente edota zaintzaileentzako farmazia-arretan.
c) Paziente jakin batzuen tratamenduaren egokitzapenean.
d) Medikamentuen eta produktu sanitarioen erabileraren analisian.

446. Lehen Mailako Arretako Farmazialarien Espainiako Sozietateak argitaratutako Lehen Mailako Arretako farmazialariaren zerbitzu-zorroaren arabera (SEFAP 2017), zerbitzu hauetako zein sartzen da "4.2 Jarraitutasun farmakoterapeutikoa" zerbitzu-ildoaren barruan?

a) Medikazioarekin eta produktu sanitarioekin lotutako arazoak (MLA) prebenitzea, identifikatzea eta erregistratzea paziente jakin batzuetan.
b) Farmazia-zerbitzuak koordinatzea.
c) Mailen arteko (Kontziliazioa, etab.) koordinazio-programak garatzea.
d) Etxeko arreta ematea arriskuko pazienteei.

447. Profesional sanitarioen talde hauetatik zeinek EZ du parte hartzen farmazia-bulegoetatik asmarako edo BGBKerako inhalagailuekiko atxikimendua eta horien erabilera egokia hobetzeko programan, Osakidetzarekin eta Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako farmazialarien elkargo ofizialekin sinatutako hitzarmenaren arabera (2025eko martxoaren 11ko EHAA)?

a) Farmazia-bulegoko farmazialariek.
b) Osakidetzako sareko Lehen Mailako Arretako farmazialariek (LMAF).
c) Osakidetzako sareko Pneumologiako Arreta Espezializatuko erizainek.
d) Osakidetzaren sareko Familiako eta Komunitateko mediku espezialistek.

448. Farmazia-bulegoetatik asmarako edo BGBKerako inhalagailuekiko atxikimendua eta horien erabilera egokia hobetzeko programan, Osakidetzarekin eta Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako farmazialarien elkargo ofizialekin sinatutako hitzarmenaren arabera (2025eko martxoaren 11ko EHAA), farmazia-bulego parte hartzaileetako batean akats kritiko bat detektatzen bada inhalazio-teknikan, pazientea osasun-zentrora deribatu behar da. Kasu horretan, zein da Lehen Mailako Arretako farmazialariaren jarduketa-plana?

a) Kortikoide inhalatuen bidezko tratamendua preskribatuta duela egiaztatu ondoren, Erizaintzako kontsultara deribatuko du, egoera klinikoaren eta hezkuntza-premien balorazioa egin dezaten.
b) Une horretan gaizki erabilitako inhalagailu bat duela egiaztatu ondoren, Excel zerrenda bat bidaliko dio familiako medikuari, pazienteen zerrendarekin eta inhalagailu egoki bat preskribatzeko proposamenarekin.
c) Aurrekariak eta baldintzatzaileak berrikusiko ditu, asmaren edo BGBKren diagnostikoa historia kliniko elektronikoan dagoela egiaztatuko du, eta telefonoz jarriko da harremanetan pazientearekin, egoera klinikoa baloratzeko.
d) Asmaren edo BGBKren kontrol-maila eta egokitzapen terapeutikoa ebaluatuko ditu, BGBKren diagnostikoa kodetuko du, baldin eta diagnostiko hori historia klinikoan jasota ez badago edo gaizki kodetuta badago, eta inhalagailua egokituko du.

449. Lehen Mailako Arretako Farmazialarien Espainiako Sozietateak argitaratutako Lehen Mailako Arretako farmazialariaren zerbitzu-zorroaren barruan (SEFAP 2017), zer zerbitzu-modalitateri dagozkio "1. esparrua: Pazientea ardatz duen jarduera kliniko eta asistentziala" esparruan daudenak?

a) Profesionalek eta pazienteek euren ardurapean dauden zentroetan eta zerbitzuetan beharrezkoak diren medikamentuetarako eta produktu sanitarioetarako sarbide egokia eta eskuragarritasuna dagoela bermatzera zuzendutako zerbitzuei.
b) Praktika kliniko errealean informazioa eta ebidentzia sortzera bideratutako zerbitzuei, medikamentuen eta produktu sanitarioen eraginkortasuna, segurtasuna eta efizientzia, berrikuntza terapeutikoak eta teknologikoak eta medikamentuen biztanleri-politikak aztertuta.
c) Medikamentuen eta produktu sanitarioen erabilera integratzera eta optimizatzera bideratutako zerbitzuei, erabaki kliniko zehatzak hartzen eta pazienteen terapiaren banakako maneiuarekin lagunduta.
d) Zerbitzu-modalitateari: Medikamentuen eta produktu sanitarioen erabileraren, farmazia-arretaren eta, oro har, jarraitutasun asistentzialaren politiken koordinazio klinikoa biztanleria-ikuspegi orokor batetik babestu eta bultzatzera bideratutako zerbitzuei.

450. Lehen Mailako Arretako Farmazialarien Espainiako Elkarteak (SEFAP, 2019) argitaratutako lehen mailako arretako farmazialariaren konpetentzia-maparen barruan, zein eskumen-arlotan sartzen da medikamentuak erosteko eta banatzeko kudeaketa bateraturako protokoloak diseinatzeko eskumena?

a) 5. eskumen-arloa: Lankidetza beste laguntza-eremu batzuekin.
b) 7. eskumen-arloa: Koordinazioa erakunde instituzionalekin.
c) 8. eskumen-arloa: Pazienteei arreta ematea.
d) 2. eskumen-arloa: Informazio-sistemak maneiatzea.

ARIKETA PRAKTIKOAK

1. KASUA

Osakidetzak medikamentu bat (X) modu zentralizatuan erostea planteatzen du, eta, horretarako, hasiera eman dio espediente bati, medikamentu hori Euskal Autonomia Erkidegoan kokatutako Osakidetzako zerbitzu-erakunde eta titulartasun pribatuko eta irabazi-asmorik gabeko zentro sanitario guztiei hornitzeko, Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren ekainaren 26ko 8/1997 Legearen 30. artikuluan aurreikusitako esparruaren barruan, betiere erakunde horiek Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuarekin atxikimendu-hitzarmen bat sinatzen badute.

Euskadiko Kontratazio Plataformarekin eta Sektore Publikoko Kontratuen azaroaren 8ko 9/2017 Legea oinarri hartuz, zeinak Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2014ko otsailaren 26ko 2014/23/EB eta 2014/24/EB zuzentarauen transposizioa egiten baitu Espainiako ordenamendu juridikora, erantzun galdera hauei:

451. Kontratazio-plataformaren kontratatzailearen profilean ikus daitezkeen fitxategi-moten artean EZ dago:

a) Justifikazio-memoria.
b) Espedientea onartzea.
c) Oinarri teknikoen plegua.
d) Berme-agiria.

452. Espedientea onartzeko ebazpenean, Osakidetzako zuzendari nagusiak:

a) Kontratazio-espedientea hastea ebazten du, eskatutako zenbatekoa zehaztu gabe.
b) Kontratazioa baimentzea ebazten du.
c) Klausula orokorren agiria onartzea ebazten du.
d) Erantzun guztiak dira zuzenak.

453. Sektore Publikoko Kontratuen azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, behin-behineko bermea eskatzeari dagokionez:

a) Kontratazio-prozeduran, ez da behin-behineko bermerik eskatuko, salbu eta, kontratazio-organoak, ezohiko moduan, eta interes publikoko arrazoiengatik, beharrezkotzat jotzen badu eta espedientean arrazoituta justifikatzen badu.
b) Kontratazio-prozeduran, behin-behineko bermea exijitu ahal izango da, eta horren zenbatekoa ezingo da izan kontratuaren lizitazioaren oinarrizko aurrekontuaren 100eko 4 baino handiagoa.
c) Kontratazio-prozeduran, behin-behineko bermea exijitu ahal izango da, eta horren zenbatekoa ezingo da izan kontratuaren lizitazioaren oinarrizko aurrekontuaren 100eko 5 baino handiagoa.
d) Kontratazio-prozeduran, behin-behineko bermea exijitu ahal izango da, eta horren zenbatekoa ezingo da izan kontratuaren lizitazioaren oinarrizko aurrekontuaren 100eko 6 baino handiagoa.



454. Espedientearen xedea berriki merkaturatu den medikamentu zurtz bat da, arrazoizko alternatibarik edo ordezkorik ez duena. Lehiarik eza hori ez da kontratua adjudikatzeko baldintzen eta irizpideen konfigurazio murriztaile baten ondorio, eta, horren aurrean, hau hastea justifikatzen da:

a) Publizitaterik gabeko prozedura irekia.
b) Publizitatedun prozedura irekia.
c) Berrikuntzarako elkartzeko prozedura.
d) Publizitaterik gabeko prozedura negoziatua.

455. Sektore Publikoko Kontratuen azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, espediente bat noiz izapidetu daiteke aipatutako artikuluan aurreikusitako presako bidetik?

a) Administrazioak berehala jardun behar duenean, arrisku larria eragin dezaketen egoeren ondorioz.
b) Bilera egitea premia atzeraezin baten ondorio denean.
c) Esleipena bizkortzea beharrezkoa denean interes publikoko arrazoiengatik.
d) b) eta c) zuzenak dira.

456. Espediente baten adjudikaziodunak hornidura-atzerapena izan du (hornidurarik eza), eta, horren ondorioz, Osakidetzako zerbitzu-erakunde batek ordezko medikamentu bat erosi behar dio beste hornitzaile bati. Kasu honetan:

a) Ez-betetzearen larritasunaren proportziozko zigorrak ezar daitezke, eta horietako bakoitzaren zenbatekoak ezingo dira kontratuaren prezioaren ehuneko 50 baino handiagoak izan, BEZ kanpo.
b) Zigorren guztizkoa ezin da kontratuaren prezioaren ehuneko 50 baino handiagoa izan.
c) Ukitutako zerbitzu-erakundeek zigorrak ordaintzeko eska diezaiokete hornitzaileari, kontratazio-organoaren aldez aurreko akordiorik behar izan gabe.
d) Espedientearen xede den prestazioa behar bezala betetzen ez direnerako zigorrak ezin dira aurreikusi oinarri teknikoen pleguan.

457. Sektore Publikoko Kontratuen azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, hornidura-kontratuen iraupena:

a) Oro har, ezingo da urtebetetik gorakoa izan.
b) Oro har, ezingo da bi urtetik gorakoa izan.
c) Kontratuaren gutxieneko edukian jasota egon behar du kontratuaren iraupenak, bai eta luzapenaren edo luzapenen iraupenak ere, halakorik aurreikusten bada.
d) a) eta c) erantzunak zuzenak dira.

458. Kontratatu beharreko medikamentuen laginei dagokienez, aukeratu erantzun zuzena:

a) Oinarri teknikoen agirian, nahitaez bete beharreko baldintza gisa ezar daiteke produktuen argazkiak formatu digitalean aurkeztea.

b) Oinarri teknikoen agirian, nahitaez bete beharreko baldintza dela ezar daiteke lagin fisikoak soilik eskaintzak aurkeztu ondoren eta kontratua adjudikatzeko data baino lehen aurkeztu behar direla.
c) Sektore Publikoko Kontratuen azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, kaudimen teknikoa ezin da laginen bidez egiaztatu.
d) a) eta b) erantzunak dira zuzenak.

459. Medikamentu baten kontratu baten aldaketei dagokienez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Aurreikusi gabeko aldaketa baten zenbatekoa ezin da izan hasierako prezioaren ehuneko 50 baino handiagoa (BEZ kanpo), ez banaka hartuta, ez aurretik adostutako beste aldaketa batzuekin batera.
b) Aldaketa bat aurreikusten denean, gehienez ere hasierako prezioaren ehuneko 50era arte aldatu ahal izango da, kontratua indarrean dagoen bitartean, baldin eta administrazio-klausula partikularren agirietan aukera horretaz berariaz ohartarazi bada.
c) Aldaketa bat aurreikusten denean, gehienez ere hasierako prezioaren ehuneko 30era arte aldatu ahal izango da, kontratua indarrean dagoen bitartean, baldin eta administrazio-klausula partikularren agirietan aukera horretaz berariaz ohartarazi bada.
d) Aurreikusi gabeko aldaketa baten zenbatekoa ezin da izan hasierako prezioaren ehuneko 30 baino handiagoa (BEZ kanpo), ez banaka hartuta, ez aurretik adostutako beste aldaketa batzuekin batera.

460. Kontratazio-organoari aurkezten zaizkion B eta C gutun-azaletan sartu beharreko kontratazio-agiri teknikoetan jasotako dokumentazioari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Eskaintza ekonomikoa eta irizpide automatikoki ebaluagarriak, B gutun-azalean formulak aplikatuz.
b) Emergentzia-plan bat izateko konpromisoa, agintari sanitario eskudunek agindutakoaren ondorioz merkatutik dagokiona erretiratzea modu efektiboan egiten dela bermatzeko.
c) Osakidetza-Euskal osasun zerbitzua Ente Publikoaren Erakunde Zentraleko Kontratazio Organoari jakinarazteko eta informatzeko konpromisoa, kontratatutako medikamentuarekin behaketa bidezko azterketa baimendua egiten hasteari buruz.
d) Administrazio parenteralerako medikamentuen kasuan, laborategiko zuzendari teknikoaren txosten xehatua, perfusio-ponpa bateragarriei buruz.



461. Oinarri teknikoen agiriaren arabera, eskaintzak aurkezteko azken egunean soilik laborategi bakar batek badu lote jakin bat eskaintzeko aukera (merkaturatze esklusiboa), eta lote hori adjudikazioduna izango balitz, eta kontratatutako medikamenturen baten kontratuaren indarraldian printzipio aktibo berberak dituzten beste medikamentu batzuk modu efektiboan merkaturatzen hasten badira, kontratuak indarraldia galduko du, eta Osakidetzak dagozkion izapideak hasi ahal izango ditu dagokion prozeduraren bidez hori kontratatzeko. Hala ere, horrek EZ du ekarriko kontratuaren indarraldia amaitzea kasu hauetan:

a) Adjudikaziodunak bere eskaintza merkatuaren egoera berrira egokitzen duenean, medikamentu berri horien gainean jasotzen den eskaintza printzipio aktibo berberekin berdinduz edo hobetuz; kasu horretan, kontratuaren indarraldia beste hiru urtez luzatuko da.
b) Esleipendunaren ordezko hornitzaileak edo hornitzaileek etengabeko hornidura-bermea aurkezten dutenean.
c) Arrazoi teknikoak direla eta, kontratuan jasotako medikamentua Osakidetzak erosten jarraitu behar badu, ordezkatu ezin den medikamentutzat jotzen delako, besteak beste.
d) Baimena lortu ondorengo azterlan batek beste aukera batzuek baino segurtasun handiagoa egiaztatzen duenean.

462. Sektore Publikoko Kontratuen azaroaren 8ko 9/2017 Legearen arabera, zein EZ da kontratu mota bat?

a) Hornidura-kontratua.
b) Obra-kontratua.
c) Zerbitzu-kontratua.
d) Publizitate-kontratua.

2. KASUA

Lehen mailako arretako zentro bateko familia-mediku bat gurekin harremanetan jarri da paziente hiperohiko bat duelako. Paziente honen arazoa zera da, azken bi urteetan Larrialdi Zerbitzuetara (ospitaleak eta/edo lehen mailako arreta) eta familia-medikuaren kontsultara maiz joan dela bihotz-gutxiegitasuna (disnea) gaizki kontrolatzeagatik.

Arreta jasotzen duen zentro sanitario bakoitzean, medikazioaren etengabeko aldaketak egiten dizkiote, helburu terapeutikoak bereizi gabe.

Familia-medikuak eskatu digu ea lagundu ahal diogun medikazioa berrikusten, pazientearen ohiko deskonpentsazioen arrazoia detektatzeko.

Deskribapena:

81 urteko gizona, narriadura kognitiboa izaten hasia dena. 81 urteko emaztearekin bizi da, zeina dementziarekin lotutako jokabide-nahasmenduren bat izaten hasi baita. Pazienteak dio insomnioa duela, nahiz eta tratamenduan lormetazepam hartu. Miaketa fisikoan edemak ikusten dira, baita hanketan ere. Alabaren laguntza jasotzen du euskarri gisa.

Farmazian jasotako medikamentuak berrikusi dira, eta egiaztatu da hauek % 80tik beherako banaketa izan dutela: atorbastatina, fluoxetina, aklidinioa, furosemida eta omeprazola.

Aurrekari patologikoak:

Kardiopatia iskemikoa (IK) (stent 2012an), bihotz-gutxiegitasun diastolikoa (BG), giltzurruneko gutxiegitasun kronikoa (3. maila), hipertentsioa (>20 urte), Diabetes Mellitusa neuropatiarekin (DM) (>10 urte), loaldiko apnea-hipoapneen sindrome larria (SAHS), fibrilazio aurikularra (ACxFA) eta garuneko hodietako istripua (GHI) ondoriorik gabe (2018), depresio-aurrekariak, poliartrosi ondoriozko poliartralgiak, narriadura kognitiboaren hasiera.

Balorazio geriatriko integralak 95eko Barthel indizea erakusten du, Pfeiffer-en galdetegian 3 errore izan ditu, eta aurrekari pertsonaletan depresioaren presentzia du jasota.

Aldagai analitikoak eta beste aldagai batzuk:

Tentsio arteriala (TA), azken kontrolak (115/70, 113/73 eta 114/74 mmHg), bihotz-maiztasuna (BM) 70 lpm, GMI 33 Kg/m2, HbA1C % 7,6, azido urikoa 8,8 mg/dl, cLDL 135 mg/dl, iragazketa glomerular balioetsia (IGb) 45,74 ml/min, kreatinina serikoa 1,4 mg/dL, oxigeno-asetasuna % 97. Espirometria patroi buxatzailerik gabe (2015), K+ 4 meq/L eta Na+ 143 meq/L.

Plan terapeutikoa:

- **Apixaban 5mg/12h (aurretik azenokumarola aldatu da, tratamenduari huts egiteagatik),**
- **Olmesartan/amlodipino/hidroklorotiazida 40/10/2,5mg/24h,**
- **Bisoprolol 5mg/24h,**
- **Atorbastatina 40mg/24h (tolerantzia txarra hainbat estatina eta ezetimibari),**
- **Nitroglizerina SL 0,4mg/0,05 ml, behar izanez gero,**
- **Furosemida 40mg 2 konp./24h,**
- **Gliklazida 30mg/24h (2017an metformina kendu zen eta IGb 38 ml/min jarri),**
- **Fluoxetina 20mg/24h,**
- **Tramadol/parazetamol 37,5/325mg 1 konp./6-8h, hala behar izanez gero,**
- **Omeprazol 20mg 1 konp./24h,**
- **Lormetazepam 2mg 1,5 konp./24h (gauez),**
- **Aklidinio 322mcg 1 inhalazioa/12h.**

Azaldutako kasuan oinarrituta, galdera hauei erantzuteko eskatzen dizugu:

463. Paziente honen emazteak kontsulta egin du senarraren jokabidearen nahasmenduen gainean. Familia-medikuak balorazioa egin du Mini-Mental State Examination (MMSE) delakoarekin, non 20 puntu lortu dituen. Lortutako puntuazioa kontuan hartuta, zein izango litzateke gomendioa?

a) Hasi tratamendua memantinarekin.
b) Hasi tratamendua azetilkolinesterasaren inhibitzaile batekin.
c) Hasi tratamendua memantina eta azetilkolinesterasaren inhibitzaile batekin.
d) Hasi tratamendua zitikolinarekin.

3. KASUA

Lehen mailako arretako taldeari abisua eman zaio etxeko paziente bat erori egin delako, eta, mobilizatzean, min handia duelako; hortaz, haustura bat egon daitekeela uste da, erori izanaren ondorioz.

93 urteko emakumea, kroniko konplexua. Narriadura kognitiboa, GDS 5 eta Barthel 70 (mendekotasun arina).

Aurrekari patologikoak: Osasun-arazoa (diagnostiko-urtea)

Hipertentsio primarioa (HTA) (1997), giltzurrun-gutxiegitasun kronikoa (2022), hiperkolesterolemia (2012), bularreko neoplasia (2021), anemia ferropenikoa (2022), gernu-inkontinentzia (2022), hipotiroidismo subklinikoa (2011), gammapatia monoklonala (2022), dementzia (2021), asaldua (2022).

Parametro kliniko garrantzitsuak:

Azken analitika (2022/10): Hemoglobina 10,9 g/dl, Fe (II +III) 29,82, mcg/dl, ferritina 120 ng/dl, kreatinina serikoa 2,42 mg/dl, glomerulu-iragazketa balioetsia 16,72 ml/min (2022/10), albumina/kreatinina 13,27, K+ 3,8 meq/l, Na+ 139 meq/l, TSH 1,44, CT 218 mg/dl, cLDL 135 mg/dl, HDL 73 mg/dl, GMI 23,87 kg/m2.

Tentsio arteriala (TA): azken kontrolak 2023an (144/65 eta 99/43 mmHg).

Tratamendu farmakologikoa gaur egun:

- **Enalapril/Hidroklorotiazida 20/12,5 mg/24h.**
- **Zitalopram 20 mg/24h.**
- **Lorazepam 1 mg/gau.**
- **Ketiapina 25 mg 1,5/egun.**
- **Lebotiroxina 88 mcg/egun astean 5 egunetan eta 100 mcg/egun asteburuetan.**
- **Lezotrol 2,5 mg/egun.**
- **Gernu-inkontinentziarako EGUNeko xurgagarri anatomikoa: 2/egun.**

Azaldutako kasuan oinarrituta, galdera hauei erantzuteko eskatzen dizugu:

464. Erori izanaren ondorioz, pazientea pelbisa hautsita ospitaleratu zuten. Hau da ospitaleko alta ematean minarentzat emandako tratamendua: parazetamola 650 mg/8 h, tramadola 100 mg/ml (10 tanta/8h), metamizola 575 mg (erreskateko medikazioa, mina izanez gero), hori guztia pazientearen farmakoterapiaz gain.

a) AIEE bat agindu behar zen tramadola baino lehen.
b) Parazetamolaren dosia 1g/8h izan beharko litzateke.
c) Egokia da pazientearen minaren ezaugarriak eta intentsitatea kontuan hartuta.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

465. Paziente horrek dementzia-diagnostiko bat du; asaldu-gertakari baten ondorioz, duela 9 hilabete 25 mg ketiapina agindu zitzaion, 1,5 konp./egun. Gaur egun, asaldu-gertakari hori konponduta dago, eta, beraz, hau gomendatu beharko genuke:

a) Tratamenduaren dosia, pauta eta iraupena egokiak dira; gomendioa tratamenduarekin jarraitzea izango litzateke.
b) Dosia eta pauta ez dira zuzenak, eta, beraz, horiek aldatzea gomendatu beharko genuke.
c) Pazientea gaur egun hartzen ari den dosiaren % 25-50 murriztea planteatu beharko litzateke, eta 15 egun igaro ondoren, berriz ere % 25 murriztea, guztiz depreskribatu arte.
d) Pazientea gaur egun hartzen ari den dosiaren % 10 murriztea planteatu beharko litzateke, eta 15 egun igaro ondoren, berriz ere % 10 murriztea, guztiz depreskribatu arte.

4. KASUA

Familia-mediku batek laguntza eskatu digu paziente baten medikazioa berrikusteko; izan ere, autonomoa izan arren, arazoak izaten hasi da memoriarekin eta, ondorioz, medikazioa maneiatzen. Medikuak adierazi du medikazioa berrikusi nahi duela, egokitu eta tratamendu farmakologikoaren konplexutasuna murriztu daitekeen ikusteko, bai eta medikazioa hobeto betetzeko ere.

Deskribapena:

81 urteko gizon alarguna da, bakarrik bizi da, seigarren solairuan eta igogailurik gabe, eta makila behar du ibiltzeko. Pfeiffer galdetegian 3, Barthel indizean 85 (mendekotasun arina); baina mendekotasun larria du eguneroko bizitzako jarduera instrumentaletarako (EBJI).

Aurrekari patologikoak:

Hipertentsio primarioa, buxadurazko arnas gaixotasun kronikoa (BAGK), azken urteetan exazerbazio-aurrekaririk ez duena, diabetes mellitusa, prostatako hiperplasia onbera (duela 5 urtetik tratamendu bikoitzarekin tratatua), dislipemia mistoa, artrosia, insomnioa, etiologia ezezaguneko anemia kronikoa, bizkarrezur-muineko kanaleko estenosia eta obesitatea.

Azken urtean pneumonia batengatik ospitaleratu zuten.

Aldagai analitikoak:

Hemograma: Eritrozitoak 4,44 (4,7-6,1 milioi zelula/mcL), hemoglobina 12,7 (13,2- 16,6 gramo/dl), hematokritoa 39,4 (% 8,3-48,6), formula leukozitario normala.

Biokimika: Ferritina 58,9 (30-400 mcg/l), burdina 54,9 (59-158 mcg/dL), B12 bitamina; 636

(191-663 pg/ml), folatoa 3,2 (2,8-13,5 ng/mL), glukosa 129,9 mg/dL, HbA1c % 7,1, kreatinina 1,03

(FG > 60), azido urikoa 9 (3,4 eta 7,0 mg/dL), ionograma zuzena, kolesterola 143 mg/dL (HDL 36 mg/dL-LDL 74 mg/dL), triglizeridoak 100 mg/dL.

Beste aldagai batzuk:

Tentsio arterialaren zifrak balore normalen barruan.

Plan terapeutikoa:

- **Dutasterida 0,5 mg (1-0-0),**
- **Tamsulosina 0,4 mg (1-0-0),**
- **Solifenazina 5 mg (1-0-0),**
- **Glicazida 30 mg (2-0-0),**
- **Metformina 850 mg (1-0-1),**
- **Gemfibrozilo 600 mg (1-0-1),**
- **Azido azetilsalizilikoa 100 mg (0-0-1),**
- **Manidipino 10 mg (1-0-0),**
- **Torasemida 5 mg (1-0-0),**
- **Burdina sulfatoa 105 mg (2-0-0),**
- **Parazetamola 1 g (1-1-1),**
- **Omeprazol 20 mg (1-0-1),**
- **Klonazepam 0,5 mg (0-0-1),**
- **Tiotropio bromuroa 18 mcg (1-0-0) (Spiriva® inhalatzeko hautsa),**
- **Salmeterol/flutikasona 50/500 (2-0-2)**

466. Pazientearen plan terapeutikoa berrikusi ondoren, segurtasun-alderdi hauek hartu behar ditugu kontuan, SALBU ETA:

a) Pazienteak idorreria izan dezake sulfato ferrosoaren preskripzioagatik.
b) Pazienteak gernu-erretentzioa izan dezake solifenazinaren preskripzioagatik.



c) Metforminaren erabilera, pazienteak agertzen duen iragazketa glomerularra dela-eta.
d) Potasio-mailak monitorizatzea torasemida-preskripzioa dela-eta.

467. Paziente honen tratamenduaren balorazioan, adierazi erantzun OKERRA:

a) Pazienteari prostatako hiperplasia onberaren tratamendurako medikazioa murriztea planteatzea gomendatzen da.
b) Torasemida hipertentsiorako egokitzea baloratu beharko litzateke.
c) Gliklazidaren ordez intsulina erabiltzea kontuan hartu beharko litzateke.
d) Torasemidaren preskripzioa kate terapeutiko baten ondoriozkoa izan daiteke, manidipinoaren kontrako efektuak direla medio.

468. Medikamenturen bat kentzea erabakiz gero, hauetako zeinekin egin beharko litzateke depreskripzioa pixkanaka?

a) Azido azetilsalizilikoa
b) Omeprazola
c) Solifenazina
d) Tamsulosina

469. Medikazioa berrikusi izanaren ondorioz, medikazioan zenbait aldaketa egitea proposatzen da. Nola ekingo zaie aldaketa horiei pazientearekin?

a) Apurka-apurka ekingo zaie, bisitaldi bakoitzeko aldaketa bat.
b) Denak batera egingo dira; izan ere, berez, medikazioa berrikustearen ondoriozko aldaketek onura baino arrisku gehiago dakarte.
c) Pazientearekin hitzartuta egingo dira, eta pazientearen ibilbide klinikoan onurarik handiena duten aldaketak lehenetsiko dira.
d) Pazientearekin hitzartuta egingo dira, eta denak batera egin daitezke; izan ere, berez, medikazioa berrikustearen ondoriozko aldaketek onura baino arrisku gehiago dakarte.

470. "Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico" liburuaren arabera (Lehen Arretako Farmazialarien Espainiako Sozietatea-SEFAP, 2012), pazientearen plan terapeutikoko zein farmako EZ da sartzen aurkako erreakzio prebenigarrietan sarrien inplikatzen diren talde farmakologiko ezeinetan?

a) Gemfibroziloa.
b) Azido azetilsalizilikoa.
c) Torasemida.
d) Manidipinoa.

5. KASUA

Lehen mailako arretako zentro bateko familia-mediku bat gurekin harremanetan jarri da, paziente hiperohiko bat duelako. Paziente honen arazoa da azken bi urteetan Larrialdi Zerbitzuetara (ospitaleak eta/edo lehen mailako arreta) eta familia-medikuaren kontsultara maiz joan dela bihotz-gutxiegitasuna (disnea) gaizki kontrolatzeagatik.

Arreta jasotzen duen osasun-zentro bakoitzean, medikazioaren etengabeko aldaketak izan ditu helburu terapeutikoak indibidualizatu gabe.

Familia-medikuak eskatzen digu ea lagun diezaiokegun medikazioa berrikusten, ohiko deskonpentsazioen kausa detektatzeko.

Deskribapena:

81 urteko gizona, narriadura kognitiboa izaten hasi dena. Emaztearekin bizi da, 81 urtekoa, baita ere, dementziarekin lotutako jokabide-nahasmenduren bat izaten hasia dena. Pazienteak dio insomnioa duela, nahiz eta lormetazepam bidezko tratamendua izan. Miaketa fisikoan edemak ikusten dira, baita ere, hanketan. Alabaren laguntza jasotzen du, euskarri gisa.

Farmazian jasotako medikamentuak aztertu dira, eta egiaztatu da ondoko hauen % 80a baino gutxiago banatu dela: atorbastatina, fluoxetina, aklidinioa, furosemida eta omeprazola.

Aurrekari patologikoak:

Kardiopatia iskemikoa (KI) (stent 2012an), bihotz-gutxiegitasun diastolikoa (BG), giltzurrun-gutxiegitasun kronikoa (3. maila), hipertentsioa (> 20 urte), Diabetes Mellitusa neuropatiarekin (DM) (>10 urte), loaldiko apnea-hipoapneen sindrome larria (SAHS), fibrilazio aurikularra (ACxFA) eta garuneko hodietako istripua (GHI) ondoriorik gabe (2018), depresio-aurrekariak, poliartrosi ondoriozko poliartralgiak, narriadura kognitiboaren hasiera.

Balorazio geriatriko integralak 95eko Barthel indizea erakusten du, Pfeiffer-en galdera-sortan 3 errore, eta depresioaren presentzia, aurrekari pertsonaletan jasota dagoena.

Aldagai analitikoak eta beste aldagai batzuk:

Tentsio arteriala (TA), azken kontrolak (115/70, 113/73 eta 114/74 mmHg), bihotz-maiztasuna (FC) 70 lpm, GMI 33 Kg/m2, HbA1C % 7,6, azido urikoa 8,8 mg/dl, cLDL 135 mg/dl, iragazketa glomerular balioetsia (IGb) 45,74 ml/min, kreatinina serikoa 1,4 mg/dL, oxigeno-asetasuna % 97. Espirometria patroi buxatzailerik gabe (2015), K+ 4 meq/L eta Na+ 143 meq/L.

Plan terapeutikoa:

- **Apixaban, 5mg/12h (aurretik azenokumarola aldatu da, tratamenduari huts egiteagatik),**
- **Olmesartan/amlodipino/hidroklorotiazida 40/10/2,5mg/24h,**
- **Bisoprolol 5mg/24h,**
- **Atorbastatina 40mg/24h (tolerantzia txarra hainbat estatina eta ezetimibari),**
- **Nitroglizerina SL 0,4mg/0,05 ml, behar izanez gero,**

- **Furosemida 40mg 2 konp./24h,**
- **Gliklazida 30mg/24h (2017an metformina kendu zen eta IGb 38 ml/min jarri),**
- **Fluoxetina 20mg/24h,**
- **Tramadol/parazetamol 37,5/325mg 1 konp./6-8h, hala behar izanez gero,**
- **Omeprazol 20mg, 1 konp./24h,**
- **Lormetazepam 2mg, 1,5 konp./24h (gauez),**
- **Aklidinio 322mcg 1 inhalazio/12h.**

Azaldutako kasuan oinarrituta, galdera hauei erantzuteko eskatzen dizugu:

471. Bisita berean, emakumeak adierazi zuen senarra gernu-galerak izaten hasi zela. Zein izango litzateke gomendioa? Adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Inkontinentziaren balorazio bat egin liteke gernu-egunkari baten bidez.
b) Miaketa bat egin liteke kontsultan, prostatatik eratorritako arazoa izan daitekeen zehazteko.
c) Inkontinentziarako gernu-antiespasmodikoa preskribatu daiteke.
d) Inkontinentzia-xurgatzaileak preskribatu litezke, kausa konpontzen ez den bitartean.

472. Paziente honek 8,8 mg/dl-ko azido uriko maila du. Zein izango litzateke gomendioa?

a) Preskripzioari 300 mg/egun alopurinol gehitu.
b) Amlodipinoa kendu.
c) Kasu honetan, hiperurizemiaren tratamendurako farmako gomendatua Febuxostat da.
d) Kendu hidroklorotiazida eta baloratu erantzuna.

473. Pazientearen insomnioaren tratamenduan, adierazi erantzun OKERRA:

a) Badirudi lormetazepam bidezko tratamendua eragingabea dela.
b) Lormetazepam-dosia handitu beharko litzateke.
c) Tratamendu antidepresiboa eta loaren higiene-neurriak optimizatu beharko lirateke.
d) Lormetazepamak SAHSaren sintomak okerragotu ditzake.

474. "Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico" liburuaren arabera (Lehen Arretako Farmazialarien Espainiako Sozietatea-SEFAP, 2012), pazientearen plan terapeutikoko zein farmako EZ dagokio aurkako erreakzio prebenigarrietan sarrien inplikatzen den talde farmakologikoari?

a) Apixaban
b) Fluoxetina
c) Hidroklorotiazida eta amlodipinoa
d) Atorbastatina



475. "Protoi-ponparen inhibitzaileak (PPI): erabilera-gomendioak" INFAC buletinaren arabera, eta Omeprazolaren indikazioari dagokionez, adierazi indikazio hori zer tratamenduk justifikatzen duen:

a) Tramadol + apixaban
b) Fluoxetina + apixaban
c) Apixaban
d) Batek ere ez

476. Paziente honen kasuan, arazo bat dagoela ikus dezakegu tratamendu farmakologikoarekiko atxikimenduarekin. Kasu honetan, zein izango litzateke neurri eraginkorrena tratamenduarekiko atxikimendua hobetzeko?

a) Pazienteari medikazioa hartzearen garrantzia gogoraraztea.
b) Medikazioaren pastilla-kutxa bat erabiltzea.
c) Emakumea inplikatzea senarrak medikazioa har dezan.
d) Medikazioaren sailkatzaile bat erabiltzea eta zaintzailea inplikatzea.

477. Paziente horrek bisita asko egiten ditu Larrialdietako Zerbitzura, eta, beraz, medikazioaren balantzea egin beharko dugu zerbitzu honek ikusten duen bakoitzean. Zer desadostasun mota argitu beharko dira?

a) Medikazio berriarekin hastea, egoera klinikoak hala justifikatzen duenean.
b) Ordezkapen terapeutikoa.
c) Preskripzio osatugabea.
d) Medikamenturen bat ez preskribatzeko erabaki medikoa, egoera kliniko berria oinarri hartuta.

478. Medikazioaren balantze prozesuan, zeri buruz ari gara betetze-desadostasun bat dagoela diogunean?

a) Pazienteak interakzio klinikoki garrantzitsu bat azaltzen du.
b) Pazienteak bikoiztasun bat du aldez aurreko medikazio baten eta preskripzio berriaren artean.
c) Pazienteak lehenago hartzen ez zuen tratamendu bati hasiera ematen zaio, eta ez dago horretarako justifikazio klinikorik, ez espliziturik ez inpliziturik.
d) Pazientearentzat kontraindikatuta dagoen medikazio bat mantentzea.

479. Paziente honen tratamendu antidepresiboa aukeratzeari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) Fluoxetina da SBIS (serotoninaren birxurgapenaren inhibitzaile selektibo) egokiena.
b) Sertralina aukera egokia da adineko pazienteentzat.
c) Paroxetinak jarraitutasuna eten izanaren sintomen intzidentzia txikiagoa du beste SBIS batzuek baino.
d) Benlafaxina SBISak baino seguruagoa da maila kardiobaskularrean.

6. KASUA

Lehen mailako arretako taldeari abisua eman zaio etxeko paziente bat erori egin delako, eta, mobilizatzean, min handia duelako; hortaz, haustura bat egon daitekeela uste da, erori izanaren ondorioz.

93 urteko emakumea, kroniko konplexua. Narriadura kognitiboa, GDS 5 eta Barthel 70 (mendekotasun arina).

Aurrekari patologikoak: Osasun-arazoa (diagnostiko-urtea)

Hipertentsio primarioa (HTA) (1997), giltzurrun-gutxiegitasun kronikoa (2022), hiperkolesterolemia (2012), bularreko neoplasia (2021), anemia ferropenikoa (2022), gernu-inkontinentzia (2022), hipotiroidismo subklinikoa (2011), gammapatia monoklonala (2022), dementzia (2021), asaldua (2022).

Parametro kliniko garrantzitsuak:

Azken analitika (2022/10): Hemoglobina 10,9 g/dl, Fe (II +III) 29,82, mcg/dl, ferritina 120 ng/dl, kreatinina serikoa 2,42 mg/dl, iragazketa glomerular balioetsia 16,72 ml/min (2022/10), albumina/kreatinina 13,27, K+ 3,8 meq/l, Na+ 139 meq/l, TSH 1,44, CT 218 mg/dl, cLDL 135 mg/dl, HDL 73 mg/dl, GMI 23,87 kg/m2.

Tentsio arteriala (TA): 2023ko azken kontrolak (144/65 eta 99/43 mmHg).

Tratamendu farmakologikoa gaur egun:

- **Enalapril/Hidroklorotiazida 20/12,5 mg/24 h.**
- **Zitalopram 20 mg/24 h.**
- **Lorazepam 1 mg/gau.**
- **Ketiapina 25 mg 1,5/egun.**
- **Lebotiroxina 88 mcg/egun astean 5 egunetan eta 100 mcg/egun asteburuetan.**
- **Lezotrol 2,5 mg/egun.**
- **Gernu-inkontinentziarako EGUNeko xurgagarri anatomikoa: 2/egun.**

Azaldutako kasuan oinarrituta, galdera hauei erantzuteko eskatzen dizugu:

480. Nola jokatu behar da medikazioari dagokionez ospitaleko alta eman ondoren?

a) Medikazioaren balantzea egitea alta ematean.
b) Plan terapeutikoari medikazioa gehitzea, txostenean agertzen den bezala.
c) Medikazioaren balantzea alta ematean egitea, txosten medikoak eta pazientearekin eta/edo familiarekin egindako elkarrizketak jartzen duena kontuan hartuta.
d) Pazientea medikazioa hartzen ari denez, ez da medikazioaren balantzerako prozesurik behar.

481. Ospitaleko altan, minarentzat agindutako tratamenduarekin batera, omeprazola ere agindu diote, 20 mg/24h. Paziente honentzat, omeprazola:

a) Medikazioaren balantzea egitean justifikatu gabeko desadostasuna da.

b) Medikazioaren balantze-erroreen kategorizazioaren arabera: C kategoriako akatsa da.
c) Ez da desadostasun bat; izan ere, pazientearen ezaugarriak eta aurrekariak kontuan hartuta, paziente honi omeprazola agindu behar zaio.
d) a) eta b) erantzunak dira zuzenak.

482. Medikamentu guztiek indikazioak ote dituzten aztertzean, honako hau ikusten dugu:

a) Medikamentu guztiek dute indarreko indikazio bat.
b) Pazienteak lorazepam du plan terapeutikoan, ageriko indikaziorik gabe.
c) Pazienteak lezotrol du plan terapeutikoan, ageriko indikaziorik gabe.
d) b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

483. Pazienteak ba al du tratatu EZ zaion indikaziorik?

a) Pazienteak tratatu gabeko hiperkolesterolemia du, eta bere adina eta prebentzio primarioa dela kontuan hartuta, tratatu egin beharko litzateke; izan ere, START irizpide bat da.
b) Gaur egun ez dauka tratatu gabeko patologiarik, eta hala egon beharko luke.
c) Anemia ferropenikoa du eta tratatu egin beharko litzateke, nahiz eta giltzurruneko gaixotasun kronikoarekin batera gerta litekeen.
d) Gaur egun, pazienteak gernu-inkontinentzia du, eta gernu-antiespasmodiko batekin tratatu daiteke.

7. KASUA

Lehen mailako arretako farmazialaria medikazioa berrikusten ari zaio etxean emaztearekin bizi den 70 urteko gizon autonomo bati.

Aurrekari patologikoak: Osasun-arazoa (diagnostiko-urtea)

Hipertentsio primarioa (HTA) (1990), hiperkolesterolemia (2012), prostatako hiperplasia onbera (2002), belauneko artrosia (2022), hiperurizemia (2022), diabetes mellitus 2. motakoa (1999).

Parametro kliniko garrantzitsuak:

Azken analisia (2023/05): Hemoglobina 13,9 g/dl, Fe (II +III) 78 mcg/dl, ferritina 120 ng/dl, kreatinina serikoa 1,05 mg/dl, iragazketa glomerular balioetsia >60 ml/min, K+ 3,8 meq/l, Na+ 139 meq/l, CT 150 mg/dl, cLDL 105 mg/dl, HDL 75 mg/dl, GMI 25,97 kg/m2, kobalamina serikoa 150 ng.

Tentsio arteriala: 2023ko azken kontrolak (164/95 eta 170/90 mmHg).

Tratamendu farmakologikoa gaur egun:

- **Enalapril/Hidroklorotiazida 20 mg/12,5 mg/24h.**
- **Tamsulosina 0,4 mg/24h.**

- **Alopurinol 100 mg/24h.**
- **Ibuprofeno 600 mg/8h.**
- **Sinbastatina 20 mg/24h.**
- **Parazetamol 1g eskaeraren arabera, hala behar izanez gero.**
- **Metformina 850 mg/24h.**

Azaldutako kasuan oinarrituta, galdera hauei erantzuteko eskatzen dizugu:

484. Pazienteak duen B12 bitaminaren gabeziari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Metformina bidezko tratamendu kronikoa B12 bitaminaren gabezia izateko arrisku-faktore bat da.
b) Pazienteak dituen defizit-sintomak arinak/ertainak badira, B12 bitaminaren ahozko tratamendua has daiteke, 1.000 µg dosiarekin, hilean behin.
c) Sintoma larrien kasuan, tratamendua muskulu barnetik ezartzea gomendatzen da.
d) B12 bitaminarekin tratamendua hastean, hipopotasemia larria gerta daiteke; beraz, potasio-mailak monitorizatu behar dira, eta, beharrezkoa bada, horiek tratatu.

485. Ondorengo kontsulta batean, tentsio arterialaren zifra altuak hauteman dira (164/95 eta 170/90 mmHg). Medikuak hidroklorotiazida gehitzen dio pazienteak lehendik enalaprilekin zeukan tratamenduari. Adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Hidroklorotiazida sartzeak farmakologia modu egokian igotzea esan nahi du; izan ere, pazientea, gaur egun, ez dago kontrolatuta, eta igoera hori, ziurrenik, gaixotasunaren bilakaera baten ondorioz izango da.
b) Hidroklorotiazida sartuz gero, potasioa monitorizatu beharko dugu, hiperpotasemia eragin dezakeelako.
c) Hidroklorotiazida sartzea ez da egokia, hipertentsioa ibuprofenoaren preskripzioaren ondorio izan baitaiteke.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

486. Urtearen amaieran, pazientea urteko kontrol-analisia egiteko itzuli da, eta azido urikoan 7 mg/dl-ko balioa atera zaio. Medikuak alopurinola agindu dio: 100 mg/24h. Adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Alopurinolaren preskripzioa egokia da, kontuan hartuta paziente horrek zer-nolako azido uriko maila handia duen, hezueri-aurrekaririk gabe.
b) Azido uriko maila handiko kasuak alopurinolarekin tratatu beharko lirateke hezueri-aurrekariak badaude, pazienteak sintomatologiarik izan ez arren.
c) Hezueri-gertakari baten ondoren alopurinola agintzean, normalean, krisialdia konpondu eta 2 astera hasteko adierazten da.
d) b) eta c) zuzenak dira.

487. Zure ustez, egokia da alopurinola agindu izana?

a) Alopurinoaren preskripzioa egokia da, hiperurizemia lehentasunezko arazo bat baita adin horretako pazienteen artean.
b) Alopurinolaren preskripzioa ez da egokia, azido urikoaren gehikuntza hori hidroklorotiazidaren kontrako efektua baita.
c) Alopurinolaren preskripzioa ez da egokia, azido urikoaren gehikuntza hori enalaprilaren kontrako efektua baita.
d) Alopurinolaren preskripzioa ez da egokia, azido urikoaren gehikuntza hori tamsulosinaren kontrako efektua baita.

488. Paziente horrek kate terapeutiko bat duela esan genezake?

a) Bai, ibuprofenoaren, hidroklorotiazidaren eta alopurinolaren preskripzioagatik.
b) Ez, medikamentu guztiak baitira beharrezkoak.
c) Bai, tamsulosinaren preskripzioak hiperurizemia eragin duelako, eta hori alopurinolarekin tratatu delako.
d) Bai, ibuprofenoa eta alopurinola katean preskribatzeagatik.

489. Paziente horrek kate terapeutiko bat izango balu, nola konponduko zenuke?

a) Medikamentuak preskribatu direnaren aldean alderantziz depreskribatuz.
b) Pazientearekin adostuko dira berrikuspenaren ondorioz eratorritako aldaketak, eta aukera terapeutiko egokia bilatuko da kate terapeutikoa eragin duen tratamenduarentzat.
c) Kate terapeutiko bat izan arren, medikamentuak premiazkoak dira, eta, beraz, horietako bat ere ez litzateke depreskribatu behar.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

490. Zein gomendio izango litzateke egokiena paziente honentzat kate terapeutikoa konpontzeko?

a) Belauneko minaren tratamenduarentzako ibuprofenoa ez den beste aukera bat bilatzea.
b) Prostataren hiperplasia onberaren tratamenduarentzako tamsulosina ez den alternatiba terapeutiko bat bilatzea.
c) Hipertentsioaren tratamenduari hidroklorotiazida ez den hipertentsibo bat gehitzea.
d) Planteatutako aukera horietako ezein ez litzateke baliozkoa izango paziente horrentzat.

491. Hilabete batzuk barru, paziente hau kontsultara etorri da berriz ere gernu-galera arin bat duelako eta horrek deserosotasuna sortzen diolako, komunera joan beharra izaten baitu paseatzera edo erostera ateratzen denean. Paziente hau nola maneiatuko litzateke modu egokian?

a) Gernu-analisi bat egin eta pazienteari 3 egunetan gernu-egutegi bat idaztea eskatuta.
b) Gernu-botika antiespasmodiko bat preskribatuta lehen lerro terapeutiko gisa.

c) Neurri higieniko-dietetikoak eta bizi-estilo aldaketak preskribatzea hartu behar da kontuan.
d) a) eta c) erantzunak dira zuzenak.

492. Paziente bati antimuskariniko bat preskribatzeari dagokionez, adierazi erantzun OKERRA:

a) Gernu antiespasmodikoak efikazia urriko farmakoak dira.
b) Zama antikolinergikoa eta epe luzean antikolinergikoak erabiltzea narriadura kognitiboa eta dementzia gehitzearekin lotzen da.
c) Prostatako hiperplasia onbera duten pazienteekin kontuz erabili behar da gernu-erretentzio akutua eragin baitezakete.
d) Fesoterodinarekin QT tartea luzatu dela hauteman da.

8. KASUA

Pediatra batek ESIko Farmazia Batzordeari eskatu dio osasun-zentroetan dexametasona injektagarriaren ordez dexametasona-jarabe bat jartzeko haurren laringitis akutua edo crup-a tratatzeko (arina edo moderatua). Farmazia Batzordeko kideek bilaketa bibliografikoa egin dute, hori barne hartzea onartu behar duten ala ez erabakitzeko.

493. Bilaketa bibliografikoan hainbat behaketa-azterketa aurkitu dira (kohorteenak eta kasu eta kontrolenak), bai eta zenbait azterketa kliniko auzazkotu (ECA) eta metaanalisi bat ere. Horiek guztiek kalitate metodologiko ona dutela suposatuz, zein da "ebidentziaren hierarkia" deiturikoan GUTXIEN balio duena?

a) Saiakuntza klinikoen berrikuspen sistematizatuak.
b) Kohorteen edo kasu eta kontrolen azterketak.
c) AEBak (angiotentsinaren entzima bihurtzaileak).
d) Metaanalisia.

494. Aurkitutako bibliografiaren artean, metaanalisi bat dago, 45 AEB erabili zituena 5.888 haurrekin. Analisi horiek anbulatorio bidez tratatutako edo ospitaleratutako paziente crup pediatrikoei egin zitzaien; ahotik, bide parenteraletik edo nebulizatutik, glukokortikoideek plazeboaren edo edozein tratamendu aktiboren aldean zer efektibitate zuten aztertu zen. Metaanalisi honen aldagai nagusia crup-aren puntuazioa da, Westley eskalaren bidez neurtua, 6, 12 eta 24 orduren buruan. Metaanalisi honek gure ikerketaren galderari erantzuten al dio?

a) Ez, metaanalisian sartutako populazioa ez da gurearen berdina.
b) Bai, metaanalisian sartutako populazioa gurearen antzekoa da.
c) Ez, nahiz eta metaanalisian sartutako populazioa gurearen antzekoa izan, eta glukokortikoide desberdinen eta beste farmako batzuen efektibitatea alderatu, ez dio erantzuten ahozkoaren eta bide parenteralaren arteko alderaketaren galdera zehatzari.
d) Bai, metaanalisian sartzen den populazioa bera da, eta askotariko farmako glukokortikoideen arteko efektibitatea alderatzen du.

495. Bilaketa bibliografikoarekin jarraituz, AEB bat aurkitu zen, zeinak dexametasona 0,6 mg/kg ahozkoa eta muskulu barnekoa alderatu baitzituen, haurrentzako crup tratamendu moderatuan. Irakurketa kritiko bat egiten denean, beste alborapen bat ere baloratu behar da: nahasmendu-alborapena. Zein da baieztapen hauen artean zuzena, nahasmendu-alborapenari dagokionez?

a) Azterketa-faktorearen eta efektuaren artean hautemandako erlazioa beste aldagai batek azal dezake, osorik edo partzialki.
b) Nahasmendu-faktoretzat hartzeko, ez du egon behar gaixotasunarekin lotuta.
c) Ez da nahasmendu-alborapentzat hartzen baldin eta azterketa-faktoreak benetako asoziazio bat ezkutatzen badu.
d) Azterketa diseinatzeko orduan kontuan hartzen bada, erabat ezabatu daiteke.

496. Aztertzen ari garen azterlanetako batek ondorioztatzen du cruparen errekurrentzia-tasa 24 orduren buruan % 3koa dela ahozko dexametasonarekin (interbentzioa) eta % 6koa muskulu barneko dexametasonarekin (alderatzailea). Zein izango da errekurrentzia-arrisku erlatiboa?

a) 3.
b) 9.
c) 50.
d) 0,5.

497. Aurreko azterketako errekurrentzia-datuak kontuan hartuta, NNTa kalkulatu nahi dugu (dexametasona ahozkoarekin tratatu beharreko paziente-kopurua, errekurrentzia saihesteko). Zein izango litzateke NNT kasu honetan?

a) 3,33.
b) 33,3.
c) 25.
d) 9.

498. Adierazi erantzun OKERRA NNTei dagokienez:

a) NNT zenbat eta txikiagoa izan, orduan eta handiagoa izango da esku-hartzearen eragina.
b) NNT ez dago arrisku basalaren mende.
c) Denbora jakin bati buruzkoa izan behar du beti.
d) Biztanleria jakin bati buruzkoa izan behar du beti.

499. Azterlan honetan zehazten den konfiantza-tartea % 95eko KT da: 0,2-0,8. Adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Tarte zabala da, eta horrek esan nahi du zenbatespenak oso zehatzak direla.
b) Tartearen muturrek ez dute 1 gurutzatzen, eta horrek esan nahi du efektuaren magnitudea handia dela.
c) Zera adierazten du, % 95eko probabilitatearekin, arrisku erlatiboaren murrizketa tarte horren barruan egongo dela.



d) Crup-aren errekurrentziaren benetako balioa zein balio tartetan egongo den adierazten du, % 95eko probabilitatearekin.

500. Duela gutxi azterketa bat argitaratu da, non dexametasona ahozkoaren gutxiagotasun eza azaltzen den muskulu barneko dexametasonari dagokionez. Ondorengo alderdietatik, zein EZ da egia mota honetako saiakuntzetan?

a) Hipotesi nulua zera da, alderatzen diren bi tratamenduak berdinak direla.
b) Emaitzak protokoloaren arabera aztertzen dira.
c) Baliagarriak dira baldin eta helburu nagusia segurtasuna erakustea bada.
d) Gutxiagotasun ezaren marjinak aurrez zehaztuta egon behar du.