

TEST FARMACIA ATENCIÓN PRIMARIA

1.- El FLUMAZENILO será una de los principios activos que tendrás en el botiquín para posibles urgencias a tratar desde la Atención Primaria. NO es una afirmación correcta:

- a) Es un antagonista competitivo no específico del receptor de las benzodiazepinas
- b) El principal efecto es revertir la depresión respiratoria producida por la sobredosis de BZD**
- c) Su uso es más seguro para revertir el exceso de sedación tras una intervención que en los pacientes con uso crónico
- d) Está contraindicado su uso cuando las BDZ están pautadas para control de las crisis epilépticas
- e) Todas las respuestas serían correctas

2.- El tratamiento recomendado, por demostrar efectividad, para tratar la abstinencia a BDZ es:

- a) Benzodiazepinas**
- b) Ácido Valpóico
- c) Propranolol
- d) Gabapentina
- e) Risperidona

3.- Sobre el tratamiento de la psoriasis, habrá de tenerse en cuenta las siguientes afirmaciones, excepto una:

- a) En caso de afectar a las unas, los corticoides en monoterapia no suelen ser efectivos, por lo que se recomienda asociarlos con ácido salicílico
- b) Los análogos de la vitamina D tópicos (calcipotriol, calcitriol, tacalcitol) son más efectivos cuando se combinan con corticoides tópicos
- c) En los pacientes a tratamiento con Acitretina deben programarse controles de hepatotoxicidad e hipertrigliceridemia además de evitar el embarazo hasta 3 años tras la supresión del tratamiento
- d) Los fármacos inmunomoduladores (adalimumab, etanercept, infliximab) se reservan para casos graves por riesgo de efectos adversos como infecciones o neoplasias
- e) El metotrexato tiene la ventaja frente a la ciclosporina de carecer de efectos adversos a nivel hepático, pulmonar o medular.**

4.- En la entrevista con el paciente/responsable del tratamiento, le recomendamos que no utilice vasos de plástico para diluir uno de los siguientes principios activos formulados como solución:

a) Ciclosporina

b) Levetiracetam

c) Clonazepam

d) Memantina

e) Ácido Valproico

5.-En relación a los suplementos de calcio y vitamina no consideraría una recomendación válida para su paciente:

a) Aunque la cantidad óptima es incierta, la recomendación actual en mujeres premenopáusicas u hombres con osteoporosis es de 1000 mg totales de Ca++ y 600 UI de vitamina D

b) Se recomienda que al menos la mitad de las necesidades diarias procedan de los alimentos y se complete con los suplementos si es necesario

c) En mujeres postmenopáusicas con osteoporosis, las cantidades recomendadas aumentan hasta 1200 mg/800 UI de calcio/vitamina D

d) El carbonato cálcico requiere de medio ácido para su óptima absorción, los inhibidores de la bomba de protones y los bloqueantes H2 pueden reducir la absorción de calcio

e) Todas las afirmaciones son correctas y por tanto son recomendaciones válidas

6.- Las guías KDIGO se ocupan del tratamiento de pacientes con una de las siguientes patologías crónicas:

a) Diabetes tipo I

b) Artritis Reumatoide

c) Enfermedad Renal Crónica

d) EPOC

e) Insuficiencia Cardiaca

7.-En una paciente de 67 años, diabético (A1c 7.7%, TFG 78%) e ICC, podrías proponer suspender o sustituir por contraindicación en FT, indicando en FARMAREVISIÓN que es un tratamiento “no adecuado”, uno de los siguientes fármacos:

- a) Dapagliflozina
- b) Sitagliptina
- c) Pioglitazona
- d) Dulaglutida
- e) Gliclazida

8.- NO se han ensayado una de las siguientes combinaciones de fármacos con un mecanismo de acción similar:

- a) Dapagliflozina - Sitagliptina
- b) Dulaglutida - Gliclazida
- c) Pioglitazona - Dapagliflozina
- d) Dulaglutida - Sitagliptina
- e) Todas serían combinaciones aceptables en una diabetes no controlada

9.- En el proceso de revisión de la medicación de un paciente de 84 años con DMII de larga evolución y, como antecedentes de interés, SCA- colocación de STENT hace 7 años, Insuficiencia venosa crónica con edemas frecuentes, HTA 130-140/85-90 mmHg. Vemos analítica basal de hace 3 meses con Glucemia basal 237 mg/dl, Creatinina 1.4 mg/dl, TFG 42 ml/min, A1c 6.3%, cociente albúmina/creatinina en orina 42. El tratamiento incluye AAS 100 mg 0-1-0, Gliclazida 30 mg 1-0-0, Pioglitazona 15 mg 0-1-0, Sitagliptina/metformina 50/1000 1-0-1, Atorvastatina 40 mg 0-0-1, Furosemida 40 mg 1-1-0, Losartan 100 mg 0-0-1. No hay intervención del médico ni de enfermera registrada post-analítica.

Entre las siguientes posibles intervenciones por el FAP, NO se encuentra:

- a) Proponer insulinización en función del dato de glucemia basal
- b) Proponer suspender la pioglitazona en paciente con antecedentes de edemas, riesgo de sobrecarga hídrica y enfermedad CV establecida
- c) Averiguar si la glucemia basal se recogió en ayunas, hubo algún tratamiento agudo hiperglucemiante (ej. corticoides) o ingreso hospitalario con descompensación glucémica, o si el paciente ha dejado de tomar algún tratamiento recientemente

d) Buscar que originó la dosis actual de furosemida y proponer valorar reducción de dosis si no hay edemas para mejorar la progresión de la enfermedad renal

e) Proponer un perfil de glucemias capilares para averiguar si tiene valores de glucosa bajas con riesgo de hipoglucemias caso en que habría que valorar la gliclazida.

10.- En el proceso de revisión de la medicación de un paciente de 84 años con DMII de larga evolución y, como antecedentes de interés, SCA- colocación de STENT hace 7 años, Insuficiencia venosa crónica con edemas frecuentes, HTA 130-140/85-90 mmHg. Vemos analítica basal de hace 3 meses con Glucemia basal 237 mg/dl, Creatinina 1.4 mg/dl, TFG 42 ml/min, A1c 6.3%, cociente albúmina/creatinina en orina 42. El tratamiento incluye AAS 100 mg 0-1-0, Gliclazida 30 mg 1-0-0, Pioglitazona 15 mg 0-1-0, Sitagliptina/Metformina 50/1000 1-0-1, Atorvastatina 40 mg 0-0-1, Furosemida 40 mg 1-1-0, Losartan 100 mg 0-0-1. No hay intervención registrada post-analítica.

Uno de las medicaciones tiene un problema de seguridad FARMAREVISIÓN/DOSIS según recomendación de limitación en FT:

a) Gliclazida

b) Sitagliptina/Metformina

c) Furosemida

d) Atorvastatina

e) Losartan

11.- En el proceso de revisión de la medicación de un paciente de 84 años con DMII de larga evolución y, como antecedentes de interés, SCA- colocación de STENT hace 7 años, Insuficiencia venosa crónica con edemas frecuentes, HTA 130-140/85-90 mmHg. Vemos analítica basal de hace 3 meses con Glucemia basal 237 mg/dl, Creatinina 1.4 mg/dl, TFG 42 ml/min, A1c 6.3%, cociente albúmina/creatinina en orina 42. El tratamiento incluye AAS 100 mg 0-1-0, Gliclazida 30 mg 1-0-0, Pioglitazona 15 mg 0-1-0, Sitagliptina/Metformina 50/1000 1-0-1, Atorvastatina 40 mg 0-0-1, Furosemida 40 mg 1-1-0, Losartan 100 mg 0-0-1. No hay intervención registrada post-analítica.

Entre las medicaciones a registrar en FARMAREVISIÓN “Medicación que el paciente debería tomar pero no constan en el árbol de prescripción” estaría:

a) Ticagrelor 60 mg ya que el paciente tiene antecedentes de Síndrome Coronario Agudo

b) Ácido Fólico si el paciente presenta una anemia microcítica hipocrómica con niveles de Fe sanguíneo en descenso

c) Un iSTLG2 ya que mejoraría la progresión de la función renal

d) Un omeprazol debido a que tiene pauta de medicación gastroerosiva y presenta edad avanzada

e) Todas son correctas

12.- Es de utilidad para el objetivo terapéutico del paciente revisar la adherencia al tratamiento farmacológico en la consulta con el él mismo o cuidador responsable en todos los siguientes casos, excepto:

a) No se alcanzan los objetivos terapéuticos a pesar de un tratamiento adecuado a dosis adecuadas

b) Se detecta que no hay dispensaciones en la fecha correspondiente por la oficina de farmacia de un medicamento que tiene pautado como crónico y la pauta es correcta

c) Se detecta que no hay dispensaciones por la oficina de farmacia de un medicamento que tiene pautado como crónico pero que obedece a un proceso agudo ya finalizado

d) No hay posibilidad de medir el objetivo terapéutico (analítica o ausencia de síntomas) pero la adherencia es el principal determinante de evitar un evento que el tratamiento previene

e) Todas son correctas

13.- Es de utilidad para la comunicación de calidad en los tránsitos asistenciales, a la vez que para la sostenibilidad del sistema, revisar la adherencia y adecuación del tratamiento farmacológico en la consulta con el paciente o cuidador responsable en todos los siguientes casos, excepto:

a) No se alcanzan los objetivos terapéuticos a pesar de un tratamiento adecuado a dosis adecuadas

b) Se detecta que no hay dispensaciones en la fecha correspondiente por la oficina de farmacia de un medicamento que tiene pautado como crónico y la pauta es correcta

c) Se detecta que no hay dispensaciones por la oficina de farmacia de un medicamento que tiene pautado como crónico pero que obedece a un proceso agudo ya finalizado

d) No hay posibilidad de medir el objetivo terapéutico (analítica o ausencia de síntomas) pero la adherencia es el principal determinante de evitar un evento que el tratamiento previene

e) Todas son correctas

14.- Qué principio activo señalarías como contraindicado en un paciente varón en el que calculas un Cockcroft - Gault < 30 ml/min:

a) Semaglutida

b) Ticagrelor

c) Dabigatran

d) Fosfomicina

e) Digoxina

15.- Deberías recomendar o solicitar función renal de forma periódica, valorando el tiempo entre análisis según exista insuficiencia renal previa con uno de los siguientes fármacos pautado de forma crónica:

a) Etoricoxib

b) Alopurinol

c) Metotrexato

d) Eritromicina

e) Todos tienen potencial nefrotóxico

16.- En un paciente varón con Fibrilación Auricular No Valvular, ICC, antecedentes de ictus isquémico, DMII con mal control glucémico, 77 años, Peso 75 Kg, Creatinina 1.3 mg/dl. Solicitarías revisión médica de la dosis de anticoagulante oral directo para:

a) Rivaroxaban 20 mg 0-1-0

b) Dabigatran 110 mg 1-0-1

c) Apixaban 5 mg 1-0-1

d) Edoxaban 60 mg 0-1-0

e) Todas las dosis son correctas

17.- A una mujer de 72 años se le diagnostica una Fibrilación Auricular, descartada valvulopatía mitral, se propone una Anticoagulante de Acción Directa. En analítica reciente su creatinina es de 1.4 mg/dl, pesa 83 kg, exfumadora y con diagnóstico de arteriopatía periférica con claudicación a 300 metros. El médico te solicita recomendación, que podría ser:

a) Con los antecedentes expuestos no hay recomendación posible, hay que ceñirse a un antivitamina k

b) Edoxaban 60 mg 0-1-0

c) Apixaban 2.5 mg 1-0-1

d) Dabigatran 110 mg 1-0-1

e) Rivaroxaban 15 mg 0-1-0

18.- Podemos relacionar un aumento de ácido úrico en sangre por disminución del aclaramiento renal del mismo en las siguientes situaciones, excepto:

- a) Restricción de la ingesta de cloruro sódico
- b) Tratamiento con levodopa
- c) Tratamiento con Tacrolimus y/o Ciclosporina
- d) Tratamiento con diuréticos tiazídicos o del asa

e) Enfermedad mielo- o linfoproliferativa

19.- En qué caso hablamos de una “cascada de prescripción” evitable y por tanto que precisa intervención por el farmacéutico para su valoración por el médico:

- a) Hiperuricemia tratada con alopurinol en paciente trasplantado y tratamiento inmunosupresor con ciclosporina
- b) Hiperuricemia tratada con alopurinol en paciente con Insuficiencia Cardíaca, con congestión a tratamiento con furosemida 40 mg oral 1-1-0
- c) Paciente con diagnóstico de ICC NYHA II y dolor lumbar tratado con paracetamol en formulación efervescente y furosemida 40 mg oral 1-1-1 por congestión
- d) Paciente con diagnóstico de HTA, último control 140/90 mm Hg, Insuficiencia Renal Crónica con TFG 40 ml/min, a tratamiento con Enalapril 20 mg 1-0-0 + Amlodipino 10 mg 0-0-1 + Furosemida 40 mg 1-1-1 por edemas

e) las opciones c y d son susceptibles de intervención por el FAP

20.- En el proceso de revisión de la medicación de un paciente varón de 62 años a tratamiento con Febuxostat, sin comorbilidades de interés, consideraría en tratamiento efectivo si:

- a) El ácido úrico en suero es < 6 mg/dl con antecedentes de gota o < 5 mg/dl si además presenta tofos
- b) La creatinina en suero no progresa más de 0.2 mg/dl en el último año
- c) La Hemoglobina Glicosilada no supera el 6.5% a pesar de valores de glucemia capilar en ayunas sean superiores a 150 mg/dl

d) Aumenta, en un periodo inferior a un mes, la concentración sérica de Hierro en más de 30 mg/dl

e) Se normalizan los valores de hematocrito y hemoglobina corpuscular media en el paciente con Insuficiencia Renal

21.- Un varón de 53 años con valor de ácido úrico 11.5 mg/dl, TFG 75 ml/min presenta su primera crisis gotosa registrada. Los siguientes tratamientos constan para su dispensación durante el proceso agudo. Durante el proceso de revisión, podrías catalogar con “prescripción no adecuada” en FARMAREVISIÓN uno de los siguientes fármacos:

a) Prednisona 5 mg 0-1-0 x 14 días

b) Dexketoprofeno 25 mg 1-1-1 x 14 días

c) Alopurinol 300 mg 1-0-0 crónico

d) Colchicina 0.5 mg 1-0-1 x 3 meses

e) Todos los tratamientos son adecuados en la fase aguda de una primera crisis gotosa

22.- Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés, con molestias urinarias a la que se le solicita recoja muestra de orina en horario de consulta, no refiere antecedentes de infección urinaria en los últimos años. No registro de patología ginecológica. La orina es turbia, con leucocitos (piuria), nitratos +++, sangre ++. El médico te solicita recomendación para antibiótico empírico ante la sospecha de infección urinaria, para lo que recomendarías:

a) Metronidazol 2 gr en dosis única, ya que el organismo más probable de infección urinaria en una mujer de esa edad es la *Trichomonas vaginalis*.

b) Al no aparecer en la historia clínica la presencia de fiebre, recomiendas no tratar con antibiótico ya que puede tratarse de una bacteriuria asintomática

c) La causa más probable de infección es un E. Coli, por lo que recomiendas Fosfomicina 3 gr en dosis única, valorar repetir si persisten los síntomas a las 48-72 horas

d) Amoxicilina/Clavulánico 875/125 mg debido a la alta resistencia de los patógenos más habituales

e) Ciprofloxacino 500 mg/12 h por cubrir la mayoría de los patógenos gran (-) y su bajo perfil de resistencias o impacto ecológico.

23.- En ocasiones es necesario proponer deprescribir fármacos por seguridad, cascada de prescripción o revisión del objetivo terapéutico. Se trata de un proceso complejo salvo en el

caso de efecto adverso claramente asociado al fármaco. Pero no debe considerarse deprescripción una de las siguientes situaciones:

a) Durante el proceso de conciliación de la medicación, vemos una prescripción de itraconazol en el árbol de prescripción activa desde hace 3 años prescrita como crónica sin indicación actual. No consta en el informe de alta y aunque constan recetas, no aparece marca de dispensación por la oficina de farmacia.

b) En el proceso de revisión de la medicación de un paciente de 92 años que solicita homologación sanitaria de tiras reactivas por estar a tratamiento con Glimepirida, vemos una A1c 6.2%, por lo que se propone desescalar este tratamiento por riesgo de hipoglucemia.

c) Durante la entrevista con un paciente se comenta el uso de dos AINE prescritos y dispensados de forma simultánea, dice tomar uno para el dolor de rodilla y el otro para su frecuente dolor de cabeza. Una vez se le explica la duplicidad se mantiene solo el que considera más efectivo

d) A un paciente se le ha ajustado el tratamiento antihipertensivo recientemente, durante el proceso de revisión leemos en curso clínico que presenta edemas por lo que duplica la dosis de furosemida. Se propone al médico valorar reducir dosis o suspender el antagonista del calcio, con control de TA y buscar alternativa

e) Todos los casos descritos serían de deprescripción vs actualización del árbol de prescripción

24.- El Síndrome de Wernicke- Korsakoff asociado al alcoholismo crónicos se trataría con suplemento de:

a) Niacina

b) Eritropoyetina

c) Tiamina

d) Ácido Ascórbico

e) Complejo Amilasa/Lipasa/Proteasa

25.- Entre las siguientes afirmaciones sobre la QUETIAPINA, una NO es correcta:

a) Los comprimidos de liberación inmediata pueden sustituirse por la misma dosis de comprimidos de liberación prolongada 1 vez al día

b) Entre los antipsicóticos atípicos sería de elección en pacientes que usa medicación con riesgo de prolongar intervalo QT como los anticolinesterásicos y no precisaría comprobar ECG previa a su administración

- c) Debe tenerse en cuenta otras medicaciones con efecto anticolinérgico que puedan producir retención urinaria, constipación por riesgo de agravar efectos
- d) Los comprimidos de liberación inmediata pueden tomarse con o sin alimentos, los de liberación prolongada no se pueden masticar o partir y deben separarse de los alimentos
- e) Todas las opciones serían correctas

26.- Uno de los siguientes principios activos en el árbol de prescripción de un paciente, nos indica que está siendo sometido a hemodiálisis o diálisis peritoneal según Ficha Técnica:

a) Oxihidróxido sucroférico

- b) Carbonato de Lantano
- c) Patirómero
- d) Burosumab
- e) Denosumab

27.- En la revisión de la terapia de un paciente varón de 83 años, con ClCr 42 ml/min, anticoagulado con Dabigatrán 110 mg cada 12 horas, vemos un hemograma con

Hemoglobina de 8.7 mg/dl (descenso de 3 puntos desde la previa hace 6 meses)

Hematocrito 35%

Volumen Corpuscular Medio 77 fL

Saturación de Transferrina 12%

Ferritina 67 ng/mL

Cuál de las siguientes estrategias no considerarías adecuada:

- a) Proponer reducción de Dabigatran a 75 mg cada 12 h
- b) Valorar una prueba de Sangre Oculta en Heces
- c) Revisar reducción importante de la ingesta por el paciente
- d) Valorar como causa probable déficit de Vitaminas B12 y Ácido Fólico

e) Las opciones a) y d) no serían correctas

28.- La asociación de un inhibidor de la calcineurina (Tacrolimus) con un antimetabolito (Micofenolato) y un corticoide (Prednisona) nos indica un paciente:

a) Con trasplante renal reciente y alto riesgo de rechazo agudo de aloinjeto

b) Con artritis psoriásica de reciente diagnóstico

c) Con leucemia linfocítica crónica en paciente adolescente

d) Con metástasis pulmonares

e) Con síndrome hemolítico urémico

29.- El seguimiento que realiza un FAP en Galicia de un paciente trasplantado renal a tratamiento con inhibidor de la calcineurina consiste principalmente en hacer seguimiento del ajuste de la prescripción, la adherencia e identificar efectos adversos y, aunque estos pacientes están concienciados de no añadir nuevos fármacos sin consultar, debe vigilarse la inclusión de tratamientos de uso común en AP por riesgo de interacción, de las siguientes afirmaciones, no sería correcta:

a) La Azitromicina por inhibir CYP3A puede aumentar la concentración del inmunosupresor a niveles tóxicos

b) La colchicina necesita de ajuste de dosis para su uso conjunto

c) Los AINE deben evitarse por efecto nefrotóxico sinérgico o aditivo

d) En tratados con ciclosporina deben evitarse la Pravastatina o Fluvastatina por incremento del riesgo de toxicidad frente a otras estatinas

e) Los IECA pueden producir hiperkalemia grave

30.- En la revisión de la terapia farmacológica de un paciente de 55 años, nos encontramos entre otros la Cortalidona. NO es probable que entre sus patologías se encuentre:

a) Diabetes insípida

b) Hipopotasemia en el paciente con ICC

c) Hipertensión Arterial

d) Ascitis asociada a cirrosis hepática

e) Edema asociado a la insuficiencia renal

