

03 TEST FARMACIA ATENCIÓN PRIMARIA

1.- Monitorizar los niveles plasmáticos de un medicamento puede resultar de utilidad cuando las concentraciones que producen el efecto terapéutico son próximas a las que producen efectos tóxicos (estrecho margen terapéutico), existe gran variabilidad individual ante la administración de la misma dosis o resulta difícil la interpretación de los efectos terapéuticos y tóxicos. Para uno de los siguientes fármacos habría que valorar control de niveles ante cambios de la función hepática, pero no renal.

a) Ciclosporina

b) Gentamicina

c) Litio

d) Digoxina

e) Fenobarbital

2.- En pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar, tratados con Ácido Valpróico, a los que se añade a su terapia un ACOD (Rivaroxaban, Dabigatran o Apixaban) debe advertirse de la interacción entre ambos que resulta en:

a) Riesgo de hemorragia intracraneal aumentado

b) Riesgo de hemorragia digestiva aumentado

c) Riesgo de ictus isquémico o trombosis aumentado

d) Riesgo de Síndrome de Steven-Johnson

e) Riesgo de depresión respiratoria aguda

3.- Durante la revisión de la terapia de un paciente, recomendarías replantear el tratamiento terapéutico con Benzodiazepinas que han añadido recientemente asociado al diagnóstico de:

a) Crisis tónico-clónicas generalizadas

b) Trastorno de ansiedad generalizada

c) Insomnio

d) Agitación y agresividad en pacientes con demencia

e) Las BDZ serían útiles en todas las indicaciones anteriores

4.- El uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina son frecuentes como tratamiento crónico en pacientes de edad avanzada. Por otro lado, el dolor es una consulta común en los Centros de Atención Primaria. En el caso de que el paciente esté a tratamiento con un ISRS deberías recomendar NO utilizar para el tratamiento del dolor por riesgo de crisis serotoninérgica:

a) Celecoxib

- b) Lornoxicam
- c) Etoricoxib
- d) Tramadol**
- e) Metamizol

5.- En la elección de un tratamiento para un paciente con dificultad para conciliar el sueño, NO sería de utilidad:

- a) Lorazepam**
- b) Difenhidramina
- c) Zolpidem
- d) Trazodona
- e) Melatonina

6.- El riesgo de ACV para un individuo con Fibrilación Auricular se calcula utilizando la puntuación CHADS2VASc que identifica factores clave de riesgo de ACV, entre los que no se encuentra:

- a) Hipertensión
- b) Edad
- c) Sexo
- d) Insuficiencia venosa crónica**
- e) Ictus previo

7.- Derivado de diferentes estudios observacionales, uno de los siguientes AINE se considera más seguro a nivel cardiovascular:

- a) Etoricoxib
- b) Lornoxicam
- c) Naproxeno**
- d) Diclofenaco
- e) Indometacina

8.- Paciente varón, 75 años, TFG 78,8 ml/min, A1c 6.9%, 126/84 mmHg, artrosis, IMC 32, el tratamiento pautado en su HCE es: Metformina 850 mg 1-0-1, Candesartan 16 mg 1-0-0, Furosemida 40 mg 1-0-1, Amlodipino 5 mg 0-0-1, Paracetamol comprimidos efervescentes 1-1-1. Tras un ingreso hospitalario por neumonía bacteriana, la medicación que consta en el informe de

alta- parámetros analíticos similares- y en su árbol de prescripción es: Metformina 850 mg 1-0-1, Furosemida 40 mg 1-0-0, Amlodipino 10 mg 0-0-1, Paracetamol comprimidos efervescentes 1-0-0, Amoxicilina 1 gr 1-1-1 x 5 días. En la entrevista posterior para comprobar que el paciente entiende los cambios de tratamiento, nos indica que previo al ingreso tomaba Furosemida 40 mg 1-0-0, y no cada 12 horas como constaba en la HCE. En cuanto al registro del FAP con respecto a la furosemida ¿qué opción elegirías?

- a) Se trata de una discrepancia justificada ya que lo que consta en el informe de alta coincide con lo que consta en el árbol de prescripción
- b) No existe discrepancia ya que el paciente ya tomaba la Furosemida 1-0-0
- c) No puede aplicarse la nomenclatura de la conciliación ya que se corresponde a un error previo al ingreso actual
- d) El paciente toma el tratamiento según indicación independientemente del registro, la discrepancia entre el registro previo y el actual no ha afectado al objetivo terapéutico para el paciente, no procede intervención

e) Cualquiera de las opciones sería válida, se trata de una situación común para la que dependiendo del punto de vista del revisor, se registra de una y otra forma.

9.- En el paciente de la cuestión 8) En caso de qué en una consulta posterior con su médico de familia, este registre la aparición de edemas, una causa probable:

- a) La reducción de la dosis de Paracetamol
- b) El aumento de la dosis de Amlodipino**
- c) La reducción de la dosis de Furosemida
- d) La inclusión de la Amoxicilina
- e) La dosis de Metformina según la función renal

10.- Una paciente de 53 años, llega a la consulta porque en la oficina de farmacia no le dispensan pioglitazona ya que se lo “bloqueó” inspección. Entre las posibles causas del bloqueo preventivo NO se encuentra:

- a) El coste de la pioglitazona supera los 30000 euros/año de vida ganado, coste límite para la financiación de un medicamento por el Ministerio de Sanidad
- b) Al revisar el curso clínico de enfermería (episodios: peso, talla, TA) se observa una disminución de peso de más de 3 kg al mes lo que contraindica el uso del medicamento
- c) La paciente está a tratamiento con Sitagliptina y metformina, existe una interacción con esta medicación por potencial prolongación del intervalo QT que recomienda evitar la asociación
- d) La pioglitazona es el tratamiento de primera línea en pacientes obesos jóvenes del al DM2, las guías clínicas no la recomiendan en pacientes mayores de 50 años.

e) Ninguna de las anteriores

11.- Podríamos considerar duplicidad una de las siguientes asociaciones/pauta:

- a) Olodaterol 1-0-0 (envase presurizado) + Salbutamol 1-1-1 (envase presurizado para su uso a demanda)
- b) Br- Ipratropio (ampolla nebulización) + Glicopirronio 1-0-0 (envase presurizado)

c) Lormetazepam 0-0-1 + Lorazepam 0-0-1

- d) Bromazepam 1-0-0 + Alprazolam (rescate)
- e) Furosemida 1-0-0 + HCTZ 1-0-1 (asociado a IECA)

12.- En la DAPT “doble antiagregación plaquetaria” utilizada tras la colocación de un STENT farmacológico, entre las combinaciones posibles que podrías encontrar pautada se encuentra:

- a) Cilostazol + Ticagrelor
- b) Pentoxifilina + Clopidogrel
- c) AAS + Prasugrel
- d) Ticlopidina + Clopidogrel
- e) Cualquiera de las anteriores

13.- Debe revisarse como criterio de seguridad, realizar una campimetría periódica, en un paciente con Síndrome de West y a tratamiento con:

- a) Zonisamida
- b) Vigabatrina
- c) Parampanel
- d) Lamotrigina
- e) Lacosamida

14.- Como recomendación general, para un paciente a tratamiento crónico con AINE, debería realizarse un control anual de:

- a) Hemograma
- b) Creatinina
- c) BUN
- d) AST

e) Todas son correctas

15.- Podrían ser causa de intervención de un FAP respecto al uso de AINE las siguientes situaciones, identifica la que no sería correcta:

- a) En pacientes de edad avanzada, la mayor adherencia asociada a AINE de acción prolongada se puede ver contrarrestada por un mayor riesgo de toxicidad gastrointestinal asociada a la circulación enterohepática de metabolitos activos
- b) La insuficiencia renal aguda debida a la vasoconstricción renal, está mediada por la menor producción de prostaglandinas vasodilatadoras, mecanismo común de los AINE, por lo que el recambio de fármaco no es una opción efectiva para evitarlo
- c) Excepto la aspirina, los AINE se unen fuertemente a proteínas, esto puede tener significación clínica en caso de pacientes a tratamiento con Fenitoína, por desplazamiento de la misma y riesgo de toxicidad
- d) Los AINE disminuyen el aclaramiento renal del Metotrexato aumentando la concentración plasmática de este, efecto que debe tenerse en cuenta cuando se usa el MTX a dosis antineoplásicas, pero pueden utilizarse simultáneamente en la terapia reumatológica

e) Todas las afirmaciones son correctas

16.- No sería necesario intervenir sobre la precaución, minimizar o evitar el uso de AINE – aparte precauciones generales para toda la población - en uno de los siguientes casos:

- a) Embarazo de más de 20 semanas
- b) Cirrosis hepática

c) Esclerosis Múltiple

- d) Hipertensión no controlada
- e) Trasplantado a tratamiento con Ciclosporina

17.- La terapia con antidepresivos debe evaluarse tras un único episodio depresivo tras 6-9 meses de tratamiento o a los 2 años en caso de más de un episodio depresivo. El riesgo de síndrome de retirada supone una reducción del 25-50% de la dosis de forma gradual, cada 2 semanas por ejemplo ¿Cuál de los siguientes ofrecería menor riesgo de síndrome de retirada?

a) Paroxetina

b) Fluoxetina

- c) Amitriptilina
- d) Venlafaxina
- e) Duloxetina

18.- Pueden resultar en interacciones relevantes en las que proceda intervención por el FAP todas las siguientes, excepto:

a) Tolterodina + Quetiapina en edad avanzada por elevada carga anticolinérgica con riesgo aumentado de deterioro cognitivo, estreñimiento, retención urinaria, sedación y caídas.

b) Gabapentina + Opioides por riesgo de depresión del SNC

c) Alendronato sódico + Pantoprazol 40 mg para potenciar el efecto antiresortivo y prolongar la duración efectiva del bifosfonato

d) Candesartan + Espironolactona en paciente con TFG < 50 ml/min, sin controles analíticos periódicos por riesgo aumentado de hiperpotasemia

e) AAS 100 mg + Ibuprofeno 600 mg en pacientes con prevención secundaria de un evento isquémico arterial por riesgo de reducción del efecto antiplaquetario y aumento de hemorragia digestiva

19.- El output de eventos cardiovasculares graves MACE (MAjor Cardiovascular Events) es un compuesto de las siguientes variables, excepto:

a) IAM no fatal

b) Ictus no fatal

c) TEP no fatal

d) Muerte de causa vascular

e) Ictus fatal

20.- En una de las siguientes situaciones el uso de CELECOXIB podría considerarse de elección si, a parte del dolor inflamatorio, solo se tiene en cuenta como comorbilidad:

a) IAM con antiagregación crónica (AAS 100 mg)

b) Insuficiencia Cardíaca

c) Hipertensión Arterial

d) Insuficiencia Renal Crónica

e) Hipertiroidismo

21.- No es correcto sobre las recomendaciones y el tratamiento de la Enfermedad por Reflujo GastroEsofágico (ERGE):

a) Una revisión sistemática de 16 ECA concluye que solamente la pérdida de peso y la elevación de la cabecera de la cama mejoran los síntomas del ERGE

b) Los antiácidos no previenen el ERGE, su papel se limita a reducir los síntomas a demanda por su rápido efecto aunque de corta duración

c) Los antagonistas del receptor de la Histamina 2 disminuyen la secreción de ácido, pero su uso es limitado al desarrollar taquifilaxia a las 2-6 semanas de tratamiento

d) En un estudio prospectivo sobre 42.955 mujeres, el riesgo de síntomas de ERGE fue significativamente menor en adherentes a cambios de estilo de vida: dieta con cereales integrales, verduras y frutas; mantener peso corporal; no fumar; ejercicio 30'/día y limitar a 2 tazas/día de café, té o refresco

e) El Sucralfato está en desuso por su elevado riesgo teratogénico

22.- Indica la afirmación correcta sobre los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP):

a) Se recomienda su administración por la mañana y son más efectivos cuando se toman con un alimento graso que favorece su absorción, como la mantequilla o aceite

b) Se unen de manera irreversible a la ATPasa H+K+ y la cantidad de esta enzima es mayor después de un ayuno prolongado

c) En el caso del ERGE la administración diaria de IBP frente a la administración a demanda para alivio de los síntomas, no produce diferencias significativas en la tasa de remisión endoscópica

d) En un metanálisis de 34 ECA los IBP vs anti H2 no obtuvieron diferencias significativas en la curación de la esofagitis erosiva

e) En pacientes con esofagitis erosiva y esófago de Barret debe limitarse la terapia con IBP a 8 semanas y solo reiniciar si los síntomas reaparecen antes de los 3 meses desde la suspensión

23.- Aunque con muy baja incidencia de efectos adversos para los antagonistas de los receptores H2, podemos identificar los siguientes, entre los que NO se encuentra:

a) Ginecomastia e impotencia asociados de forma específica con la Cimetidina

b) Su uso prolongado se ha asociado a déficit de B12

c) Bradicardia sinusal y prolongación QT

d) Daño hepatocelular y colestasis

e) Todas son potenciales efectos adversos de los antiH2

24.- ¿Cuál de las siguientes moléculas se han utilizado en la inducción del aborto?

a) Misoprostol

b) Pantoprazol

c) Carbonato cálcico

d) Sucralfato

e) Cimetidina

25.- ¿Cuál de las siguientes moléculas puede provocar hipofosfatemia en pacientes con enfermedad renal crónica?

- a) Misoprostol
- b) Pantoprazol
- c) Carbonato cálcico
- d) Sucralfato**
- e) Cimetidina

26.- Son datos a tener en cuenta en la evaluación de la efectividad de los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBPs):

a) Que los homocigotos para una mutación CYP2C19 (metabolizadores lentos) tienen más probabilidad de ser asintomáticos que los heterocigotos o los homocigotos sin mutación

- b) El potencial para interacciones es mayor para el omeprazol que para otros IBP
- c) Los IBP pueden disminuir la absorción de ciertos HIV-inhibidores de proteasa y estaría contraindicados en tratamiento conjunto con Rilpirivina
- d) El uso de IBP con altas dosis de Metotrexato pueden retrasar la eliminación de este último e inducir potencialmente toxicidad
- e) Todas son correctas

27.- Un médico te solicita recomendación para elegir un IBP oral en gastroprotección por AINE, para ello deberías tener en cuenta:

- a) Una revisión sistemática de 12 ECA no ha encontrado diferencias consistentes entre IBPs en la resolución de síntomas y las tasas de curación de la esofagitis
- b) El horario de administración de los diferentes IBP para mejorar la adherencia por el paciente
- c) Antecedentes de infección por *Clostridium difficile* y la edad del paciente
- d) El riesgo de potenciales interacciones que puedan ser clínicamente relevantes

e) Las opciones a) y d) son correctas

28.- Los IBPs pueden alterar la absorción de algunas vitaminas y minerales, una de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

- a) El riesgo potencial de hipomagnesemia en pacientes con otros factores de riesgo hace recomendable la monitorización del Mg
- b) La hipoclorhidria puede reducir la absorción de sales de calcio insolubles en agua, como el carbonato cálcico, por lo que se prefieren sales que no requieren ácido para su absorción como el citrato de calcio

c) El uso de IBP reduce la absorción de sales de Fe y vitamina B12 asociados a los alimentos pero no afecta en ninguno de los casos a los suplementos prescritos

d) No hay referencias de déficit de tiamina y ácido fólico asociadas a la administración de IBPs

e) Todas son correctas

29.- Una paciente, en su primer trimestre del embarazo, consulta por náuseas, entre las recomendaciones y tratamientos iniciales, NO se encuentra:

a) Evitar tener el estómago vacío consumiendo pequeños snacks lentamente antes de levantarse de la cama por la mañana o durante la noche

b) Se recomienda evitar los suplementos de hierro debido a que provocan irritación gástrica pudiendo agravar las náuseas y vómitos

c) Suplementos alimenticios con gengibre han demostrado reducir las náuseas de forma significativa en un metaanálisis de ECAs, pero no los vómitos

d) Piridoxina 10-25 mg VO cada 6-8 h hasta un máximo de 100 mg/día y en caso de no controlarse, asociar doxilamina

e) Todas son correctas

30.- Una de las siguientes moléculas, utilizadas en el tratamiento de los vómitos en el embarazo, se ha asociado a un aumento absoluto de defectos orofaciales en 0.03% y defecto de tabique ventricular en 0.3%:

a) Metoclopramida

b) Ondansetron

c) Prometazina

d) Difenhidramina

e) Droperidol