

TEST 22 FARMACIA ATENCIÓN PRIMARIA

1.- NO es correcto sobre la Enfermedad de Párkinson

- a) El ejercicio puede prevenir su aparición al liberarse factores neurotróficos
- b) Afecta a ambos sexos
- c) Determinadas mutaciones genéticas favorecen su aparición
- d) El déficit de dopamina a nivel cortical explica en parte el deterioro cognitivo
- e) Los aportes externos de dopamina son el principal tratamiento curativo de la enfermedad

2.- ¿Cuál de los siguientes síntomas se considera más específico como precursor de una enfermedad que se desarrolla con depósitos de alfa- sinucleína?

- a) Depresión
- b) Estreñimiento
- c) Alteraciones del sueño REM
- d) Hiposmia
- e) No existen estudios publicados sobre síntomas que puedan predecir el desarrollo de estas patologías

3.- Cual de las siguientes afirmaciones es correcta sobre el tratamiento de un paciente con Insuficiencia Cardíaca

- a) La ferropenia debe corregirse siempre con hierro carboximaltosa IV
- b) La ferropenia es una condición en la IC que no afecta al pronóstico y solo se trata en caso de anemia grave por sus efectos adversos sobre el tránsito intestinal
- c) La anemia crónica asociada a la IC suele precisar dosis altas de sulfato ferroso por lo que se prefiere su administración repartida en varias dosis a lo largo del día, por ejemplo, cada 8 horas
- d) La IC no suele llevar ferropenia asociada, sin embargo, debe tratarse las elevaciones de ferritina por encima de 1000 mg/dl con sangrías
- e) Ninguna es correcta

4.- Un paciente con Insuficiencia Cardíaca al que se propone Ciclosilicato de sodio y zirconio, es condición para su financiación los siguientes puntos, excepto:

- a) Que además de la IC presente una TFG reducida que pueda comprometer la eliminación del K⁺ sérico

- b) Que presente elevación del K+ sérico en el momento de la prescripción y con la condición de retirarlo cuando se normalice
- c) Que haya presentado elevación del K+ sérico, en muestra no hemolizada, con el tratamiento estándar para su IC NYHA III-IV y con insuficiencia renal avanzada
- d) Que el paciente no tolere las resinas de intercambio iónico, estén o no se alcance con ellas el objetivo terapéutico
- e) a y c son correctas

5.- NO se encuentra dentro de las terapias de primera línea en las guías europeas de tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca, salvo efectos adversos y riesgo de falta de adherencia por motivos económicos de la terapia estándar:

- a) Valsartan
- b) Enalapril
- c) Bisoprolol
- d) Espironolactona
- e) Sacubitril-Valsartan

6.- La utilización de Sacubitrilo-Valsartan en la IC con FEVI reducida se recomienda en función del su Ensayo Clínico, en pacientes que previamente a tratamiento con IECA, no alcanzan el objetivo terapéutico. El inicio directo con Sacubitrilo-Valsartan (sin paso previo por IECA):

- a) No se recomienda porque existe un elevado riesgo de efecto adverso si no le precede la terapia con IECA
- b) Se recomienda como terapia inicial para todos los pacientes basado en los beneficios obtenidos en estudios observacionales
- c) Tiene una recomendación IIB en algunas situaciones que debutan con descompensación importante de su IC
- d) No tiene asociar un inhibidor de la neprilisina a un inhibidor de los receptores de angiotensina si este no se ha probado antes en monoterapia
- e) Ninguna es correcta

7.- En qué indicación está aprobado el Atezolizumab como terapia de primera línea en monoterapia:

- a) Cáncer de mama metastásico
- b) Cáncer urotelial
- c) Leucemia linfocítica crónica

- d) Cáncer de riñón
- e) Cáncer de pulmón no microcítico

8.- Dentro de los sistemas neurohormonales que se activan en el paciente con Insuficiencia Cardíaca FEVr, se bloquean los siguientes con el tratamiento estándar para evitar su efecto deletéreo, excepto uno que se promueve por su efecto beneficioso, que es:

- a) sistema renina – angiotensina - aldosterona
- b) sistema nervioso simpático
- c) sistema de los péptidos natriuréticos
- d) Todos son correctos
- e) Ninguna es correcta

9.- ¿Cual es el mecanismo por el que se considera de primera línea los iSTLG2 en la IC?

- a) Por su efecto diurético
- b) Por su efecto glucosúrico
- c) Por su efecto sobre el metabolismo energético del miocardio
- d) Por su efecto sobre la microalbuminuria
- e) Por su efecto nefroprotector en pacientes con IECAs

10.- En el caso de resistencia a la furosemida, puede mejorar su efecto diurético la adición de:

- a) Un diurético proximal como lo acetazolamida
- b) Un diurético que bloquee el receptor mineral-corticoide como la eplerenona
- c) Un diurético tipo tiazídico
- d) Un iSTLG2 que por su mecanismo diferente potencia el efecto de la furosemida
- e) Cualquiera de los anteriores aumenta la efectividad de la furosemida

11.- Cuando el Beta Bloqueante a dosis tolerada por un paciente en ritmo sinusal, no es suficiente para controlar la frecuencia cardíaca por debajo de las 70 ppm, lo que tiene beneficio pronóstico, podría añadirse:

- a) Furosemida
- b) Digoxina
- c) Hidralazina

- d) Ivabradina
- e) Edoxaban

12.- En qué pacientes se recomienda precaución en el tratamiento con Vericiguat por una mayor probabilidad de efecto adverso y una posible menor efectividad:

- a) De raza negra
- b) De raza asiática
- c) Mujeres
- d) Edad avanzada
- e) A tratamiento con Denosumab

13.- La mortalidad de un paciente que debuta con Insuficiencia Cardíaca FEVr sin tratamiento a los 5 años, está en torno al:

- a) 10%
- b) 40%
- c) 50%
- d) 70%
- e) 90%

14.- Qué tratamiento en la Insuficiencia Cardíaca debe iniciarse en paciente estable por riesgo a un empeoramiento inicial producido por un bajo gasto:

- a) iSTLG2
- b) Diurético
- c) Antagonista de los receptores mineralcorticoides
- d) Beta bloqueantes
- e) Inhibidores de la conversión renina-angiotensina

15.- La aparición en un paciente con Insuficiencia Cardíaca de bradicardia y fosfenos puede ocurrir, con mayor probabilidad, al añadir a la terapia:

- a) Ivabradina
- b) Eplerenona
- c) Nebivolol

d) Dapagliflozina

e) Digoxina

16.- El uso de IECA, ARNI, Beta-Bloqueante, ARM, en la Insuficiencia Cardíaca con FEVI moderadamente reducida (41-49%) tiene una clase de recomendación- nivel de evidencia IIb-C en guías europeas, debido a:

a) Los Ensayos Clínicos con estos pacientes no obtienen datos concluyentes

b) Hay pocos estudios y suelen ser post hoc de subgrupos de EC diseñados para pacientes con IC con FEVIr o con FEVIpr

c) Son estudios observacionales en la práctica clínica real

d) Los datos se obtienen de EC en los que la mayoría de los participantes son afroamericanos y no son representativos de la mayoría de la población europea

e) Es una nueva categoría de IC por lo que no se han clasificado todavía los efectos terapéuticos de los pilares de tratamiento para la FEVIr

17.- En la IC con FEVIpr, desaparece uno de los pilares de tratamiento usados en la IC con FEVIr, por carecer de estudios y datos de trabajos que apuntan a un riesgo de empeoramiento, se trata de:

a) iSTLG2

b) Diuréticos

c) Beta- bloqueantes

d) Sacubitrilo-Valsartan

e) Antagonistas de los receptores mineralcorticoides

18.- NO es correcto sobre la Enfermedad Renal Crónica:

a) Su prevalencia va en aumento debido en parte al envejecimiento poblacional

b) Se diagnostica principalmente en el estadio 3a aunque sería recomendable identificarla en estadios iniciales para frenar su progresión

c) El bajo número de nuevos diagnósticos en estadio 3b y posteriores se debe a la baja derivación desde la Atención Primaria que ya no considera al paciente candidato a derivación por su avanzada edad

d) Se define por las Guías KDIGO como la presencia de alteraciones de estructura o función renal durante un periodo superior a 3 meses

e) Todas son correctas

19.- Los siguientes factores aumentan de forma fisiológica la albuminuria, este efecto no está descrito para:

- a) Ejercicio físico
- b) Fiebre
- c) Estrés
- d) Enfermedad inflamatoria intestinal
- d Insuficiencia cardíaca

20.- Indicar cual de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

- a) La albuminuria calculada con orina de primera hora de la mañana tiene el mismo valor diagnóstico que la calculada en orina de 24 horas
- b) La TFG < 60 ml/min es el punto de corte estándar para referirnos a la insuficiencia renal crónica si se mantiene más de 3 meses
- c) Algunos autores indican que puede considerarse enfermedad renal crónica si la TFG < 45 ml/min para mayores de 65 años y una TFG < 75 ml/min para menores de 40 años
- d) El cociente albumina/creatinina es orina es un marcador secundario y solo tiene valor interpretativo de peor pronóstico si hay un TFG por debajo del punto de corte en el que se considera insuficiencia renal crónica
- e) Todas son correctas

21.- Mujer de 72 años, DM2 de aproximadamente 12 años de evolución, A1c 6.5%, Cr 1.3 mg/dl, LDLc 123 mg/dl, Cociente albúmina/creatinina en orina 210 mg/gCr, IMC 26 a tratamiento con Metformina 850 mg 1-0-1; Vildagliptina 50 mg 1-0-1, Candesarta HCTZ 32/12.5 mg 1-0-0, Amlodipino 10 mg 0-0-1, simvastatina 20 mg 0-0-1 ¿qué intervención te parece adecuada?

- a) Suspender la Vildagliptina por excesivo control glucémico para su edad
- b) Añadir un iSTL2 para reducir la progresión de la microalbuminuria y valorar aumentar dosis de simvastatina o sustituir por una de mayor potencia para alcanzar un objetivo terapéutico de LDLc < 100 mg/dl
- c) Sustituir la metformina por un aGLP1 por una mayor potencia hipoglucemiante y menor riesgo sobre la función renal
- d) Aumentar la HCTZ a 25 mg ya que la PAD está elevada y sustituir el Candesartan por un Ramipril por su mayor beneficio sobre la función renal
- e) Reducir la dosis de metformina para mantener la A1c por encima del 7%

22.- Si a la paciente de la pregunta anterior se le sustituye la Vildagliptina por Dapagliflozina 5 mg/12 h ¿qué precaución deberíamos tener en cuenta?

- a) Suspender el tratamiento si la paciente presenta una infección urogenital por ser contraindicación para los iSTLG2
- b) Suspender la HCTZ ante el riesgo de depleción de volumen y posibilidad de una agudización de la insuficiencia renal
- c) Realizar controles seriados de glucemia capilar al inicio del cambio por posible riesgo de hipoglucemia grave y prolongada
- d) Suspender el ARaII ya que produce una interacción farmacodinámica con el iSTLG2 impidiendo que este pueda disminuir la presión intraglomerular
- e) Ninguna de las anteriores ya que los iSTLG2 son inocuos y carecen de efectos adversos

23.- ¿NO es un efecto de los aGLP1 que influya en la mejora de la función renal?

- a) Aumento de la natriuresis
- b) Disminución del peso
- c) Protección de células endoteliales
- d) Antioxidante y antiinflamatorio
- e) Todas son correctas

24.- ¿Ha demostrado disminuir la mortalidad asociada a la Insuficiencia Renal Crónica?

- a) Furosemida
- b) Semaglutida
- c) Dapagliflozina
- d) Eplerenona
- e) Candesartan

25.- ¿Con cual de las siguientes patologías NO estaría relacionado el síndrome cardiorenal tipo 5?

- a) Lupus eritematoso sistémico
- b) Enfermedad de Fabry
- c) Fibrilación auricular
- d) Vasculitis
- e) Cirrosis

26.- ¿En caso es útil por estar alterado el biomarcador CA125?

- a) En la congestión tisular
- b) En la congestión vascular
- c) En la Enfermedad de Parkinson
- d) En la Demencia por Cuerpos de Lewy
- e) En la Esquizofrenia

27.- Determinados estudios encuentran menor número de reingresos en pacientes tratados con Torasemida frente a los tratados con Furosemida ¿a qué puede deberse esta diferencia?

- a) Mucha mayor potencia diurética de la Torasemida
- b) Diferencias en el lugar de acción dentro de la nefrona
- c) Diferencias en la biodisponibilidad de la Furosemida
- d) Alta dependencia de la Furosemida del pH urinario
- e) Un mecanismo de potenciación de los inhibidores del sistema de renina-angiotensina-aldosterona específico para la Torasemida

28.- En un paciente con síndrome cardiorenal con mala respuesta al diurético oral para la congestión ¿qué recomendación harías?

- a) Aumentar la frecuencia con la que se administra el diurético
- b) Se debe revisar cómo toma el diurético con respecto a los alimentos
- c) Aumentar al menos 3 veces la dosis máxima del diurético en este tipo de pacientes
- d) Comprobar que se asocian al menos 2 diuréticos en la misma toma
- e) La única opción válida es pasar a administrar el diurético por vía endovenosa

29.- Entre los mecanismos de resistencia a diuréticos NO se encuentra

- a) Malabsorción intestinal en el paciente congestivo por edema de la pared intestinal
- b) Asociación de un AINE en la terapia que compite con el diurético por el mismo transportador que lo lleva al túbulo
- c) Tratamiento de larga duración que lleva a una adaptación de la nefrona
- d) Ingesta elevada de líquidos y sales sódicas
- e) Todas son correctas

30.- ¿Cómo se puede minimizar el efecto de “escape de aldosterona” que presentan los IECA/ARA2 en el paciente con síndrome cardiorenal?

- a) Añadiendo a la terapia iSTLG2
- b) Añadiendo a la terapia Eferenona
- c) Añadiendo a la terapia un diurético tiazídico
- d) Añadiendo a la terapia Vericiguat
- e) Añadiendo a la terapia un antagonista del calcio dihidropiridínico

info@fapsgal.org

FAPsGal

info@fapsgal.org