

TEST 80 ACTUALIZACIÓN FARMACOTERAPIA

1. **¿Cuál de los siguientes mecanismos contribuye principalmente a la reducción de los niveles de andrógenos séricos mediante el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC) en el tratamiento del hirsutismo?**
 - A. Inhibición de la secreción de prolactina.
 - B. Aumento de la producción ovárica de andrógenos.
 - C. Reducción de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG).
 - D. Incremento de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) y reducción de la secreción de testosterona total y libre.
 - E. Estimulación directa de la enzima 5-alfa reductasa.

2. **En pacientes con hirsutismo severo, ¿qué consideración es fundamental respecto a la elección de la progestina en los anticonceptivos orales combinados (AOC)?**
 - A. Se deben priorizar progestinas con alta androgenicidad para potenciar la respuesta antiandrogénica.
 - B. Noretindrona o norgestimato son las progestinas de primera elección en todos los casos, sin importar la severidad.
 - C. Drospirenona o acetato de ciproterona son la elección de primera línea en todos los casos por su superior eficacia.
 - D. Se priorizan progestinas con propiedades antiandrogénicas como drospirenona o acetato de ciproterona, aunque se debe tener precaución por el riesgo de tromboembolismo venoso.
 - E. La elección de la progestina no influye significativamente en el abordaje terapéutico del hirsutismo.

3. **¿Cuándo se recomienda añadir un antiandrógeno al tratamiento del hirsutismo en una paciente que ya está recibiendo anticonceptivos orales combinados (AOC)?**
 - A. Siempre desde el inicio del tratamiento con AOC para una acción sinérgica.
 - B. Cuando la respuesta a los AOC es subóptima tras 6 meses de terapia.
 - C. Únicamente en pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita no clásica (HSCNC).
 - D. Como tratamiento de primera línea en mujeres que buscan fertilidad.
 - E. Solo si hay una contraindicación absoluta para el uso de AOC.

4. **Una paciente con hirsutismo está en tratamiento con espironolactona a dosis de 100 mg diarios. ¿Cuál es el principal efecto adverso que requiere monitoreo regular, según la evidencia citada?**
- A. Hipocalemia.
 - B. Hepatotoxicidad severa.
 - C. Hiperglucemia.
 - D. Hipercalemia.
 - E. Hipotensión ortostática.
5. **¿Cuál es el mecanismo de acción específico de la finasterida en el tratamiento del hirsutismo?**
- A. Antagonismo de los receptores de andrógenos y aldosterona.
 - B. Inhibición de la enzima 5-alfa reductasa, reduciendo la conversión de testosterona en dihidrotestosterona.
 - C. Aumento de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG).
 - D. Inhibición de la secreción de gonadotropinas.
 - E. Bloqueo de la síntesis de andrógenos a nivel ovárico.
6. **Aunque eficaz, la flutamida no se recomienda de forma rutinaria en el tratamiento del hirsutismo. ¿Cuál es la principal razón de esta restricción?**
- A. Su alto costo y la necesidad de uso continuo.
 - B. Su potencial hepatotoxicidad.
 - C. El riesgo elevado de tromboembolismo venoso.
 - D. La inducción de resistencia a la insulina.
 - E. Su ineficacia demostrada en estudios clínicos.
7. **En el manejo del hirsutismo en mujeres con hiperandrogenismo activo, ¿cuál es la estrategia recomendada respecto a la combinación de métodos de reducción del vello y terapia farmacológica?**
- A. La fotodepilación con láser o luz pulsada intensa es suficiente por sí misma para el control del vello terminal.
 - B. La terapia farmacológica se suspende una vez que los métodos de reducción del vello muestran resultados satisfactorios.
 - C. En mujeres con hiperandrogenismo activo, es necesario combinar estos métodos con terapia farmacológica para prevenir el recrecimiento.
 - D. La elección entre láser y electrólisis no se ve influenciada por las características individuales de la paciente.
 - E. Los métodos de reducción del vello son el tratamiento de primera línea, independientemente de la actividad del hiperandrogenismo.

8. **En el tratamiento del hirsutismo en mujeres con hiperplasia suprarrenal congénita no clásica (HSCNC), ¿cuál es el abordaje de primera línea?**
- A. Los glucocorticoides son el tratamiento de primera línea en todos los casos.
 - B. Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son el tratamiento de primera línea.
 - C. La espironolactona es el único tratamiento recomendado.
 - D. No existe un tratamiento farmacológico específico, solo métodos de reducción del vello.
 - E. La cirugía suprarrenal es la opción preferente para el control del hirsutismo.

9. **Respecto a la duración del tratamiento farmacológico para el hirsutismo, ¿cuál es la recomendación clave a largo plazo?**
- A. El tratamiento puede suspenderse tras 6 meses si hay buena respuesta, ya que el hirsutismo no suele recurrir.
 - B. El hirsutismo no recurre al suspender la terapia farmacológica.
 - C. El tratamiento farmacológico debe mantenerse a largo plazo, ya que el hirsutismo suele recurrir al suspender la terapia.
 - D. La pérdida de peso es el único enfoque necesario para el manejo a largo plazo del hirsutismo.
 - E. El monitoreo regular es opcional una vez que se ha establecido una dosis estable.

10. ¿Cuál de los siguientes mecanismos NO es uno de los tres principales por los que los AHC ejercen su efecto anticonceptivo?

- A) Inhibición de la ovulación mediante la supresión de la liberación de gonadotropinas hipofisarias.
- B) Engrosamiento del moco cervical, lo que dificulta la penetración espermática.
- C) Alteración del endometrio para prevenir la implantación del óvulo fertilizado.
- D) Aumento de la motilidad tubárica para acelerar el tránsito ovular y prevenir la fertilización.
- E) Supresión de las hormonas luteinizante (LH) y folículoestimulante (FSH) por el estrógeno y la progestina.

11. Una paciente de 22 años acude a consulta buscando tratamiento para su acné severo y un hirsutismo leve. Su endocrinólogo decide prescribirle anticonceptivos hormonales combinados (AHC). ¿Cuál es el mecanismo principal por el cual los AHC

son efectivos en el tratamiento del acné y el hirsutismo, según la información del vídeo?

- A) Reducción directa de la producción de sebo por las glándulas sebáceas.
- B) Disminución de los niveles de andrógenos libres al aumentar la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG).
- C) Inhibición específica de la enzima 5-alfa reductasa en el tejido cutáneo.
- D) Modulación de la respuesta inmunitaria de la piel, reduciendo la inflamación.
- E) Estimulación de la síntesis de colágeno, mejorando la textura de la piel.

12. Durante una sesión clínica, un grupo de residentes está analizando los criterios de elegibilidad médica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC). ¿Cuál de las siguientes condiciones representa una contraindicación ABSOLUTA para la prescripción de AHC, según los criterios mencionados en el vídeo?

- A) Antecedentes de quistes ováricos funcionales.
- B) Obesidad mórbida con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 kg/m².
- C) Hipertensión arterial no controlada con cifras consistentemente elevadas.
- D) Trombofilia conocida.
- E) Migraña sin aura en una mujer de 40 años.

13. Un farmacéutico de atención primaria está explicando a un grupo de estudiantes de medicina los factores que pueden afectar la eficacia de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC). Aunque los AHC son altamente efectivos con un uso perfecto (tasas de eficacia superiores al 99%), ¿cuál de los siguientes factores puede REDUCIR significativamente su eficacia anticonceptiva?

- A) La presencia de amenorrea (ausencia de menstruación) durante el uso continuo de AHC.
- B) El uso concomitante de ciertos anticonvulsivantes que inducen enzimas hepáticas.
- C) La ocurrencia de sangrado intermenstrual durante los primeros meses de uso.
- D) La reducción de la dosis de estrógeno a 10 o 20 microgramos en las formulaciones modernas.
- E) La inhibición de la ovulación como mecanismo principal de acción.

14. Un ginecólogo está aconsejando a una paciente puérpera sobre opciones anticonceptivas. La paciente dio a luz hace 4 semanas y está amamantando exclusivamente. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de AHC en esta paciente es la más apropiada, según la información proporcionada en el vídeo?

- A) Los AHC pueden iniciarse inmediatamente después del parto para asegurar la protección anticonceptiva más alta.
- B) Para esta paciente lactante, los métodos de solo progestina son preferibles para evitar la interferencia con la producción de leche.
- C) Los AHC son la opción preferida en las primeras seis semanas posparto debido a su alta eficacia y rápida acción.
- D) La lactancia exclusiva por sí sola proporciona una protección anticonceptiva suficiente y no requiere métodos adicionales.
- E) Los AHC no se recomiendan en las primeras seis semanas posparto debido al riesgo aumentado de tromboembolia venosa (TV).

15. Un oncólogo participa en un simposio sobre prevención de cáncer. Se discute el papel de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) en la reducción de riesgos de ciertos tipos de cáncer. Según la evidencia presentada en el vídeo, ¿contra qué tipo(s) de cáncer ofrecen los AHC una protección significativa y por cuánto tiempo puede persistir este efecto protector?

- A) Cáncer de mama y cáncer de colon, con un efecto protector que dura aproximadamente 5 años.
- B) Cáncer de ovario y cáncer de endometrio, y el efecto protector puede durar más de 30 años después de interrumpir su uso.
- C) Cáncer de cuello uterino y cáncer de hígado, sin una duración de protección específica documentada.
- D) Cáncer de ovario únicamente, con un efecto protector limitado a la duración del uso activo.
- E) Cáncer de mama y cáncer de endometrio, con un riesgo temporalmente aumentado para el primero.

16. Una enfermera está educando a una nueva usuaria de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) sobre los efectos secundarios esperados al inicio del tratamiento. ¿Cuál de los siguientes es un efecto secundario COMÚN y generalmente transitorio que suele resolverse en los primeros meses de uso, en contraste con un riesgo potencial serio o evento adverso grave?

- A) Tromboembolia venosa (TV).

B) Accidente cerebrovascular (ACV).

C) Cáncer de mama.

D) Náuseas.

E) Infarto de miocardio (IM).

17. Un grupo de estudiantes de farmacia está investigando la historia y evolución de los anticonceptivos hormonales. Discuten sobre la reducción de las dosis hormonales en las formulaciones modernas de AHC. ¿Cuál ha sido la principal modificación en las dosis de estrógeno y su impacto, según lo descrito en el vídeo?

A) Las dosis de estrógeno se han aumentado a 150 µg para mejorar la eficacia anticonceptiva.

B) Las dosis de estrógeno que inicialmente llegaban a 150 µg han sido reducidas en las formulaciones modernas a 10 o 20 µg, minimizando los efectos secundarios sin comprometer la eficacia.

C) Las dosis de estrógeno se han eliminado completamente en las formulaciones modernas para reducir riesgos.

D) La reducción de las dosis de estrógeno ha llevado a una disminución significativa en la eficacia anticonceptiva de los AHC.

E) La modificación de las dosis de estrógeno solo ha afectado la biodisponibilidad, no los efectos secundarios ni la eficacia.

18. Un neurólogo y un ginecólogo están colaborando en el manejo de una paciente con epilepsia que desea iniciar anticoncepción. La paciente está tomando un anticonvulsivante que es conocido por inducir enzimas hepáticas. ¿Cuál es la recomendación más adecuada en este escenario según la información proporcionada en el vídeo?

A) Los anticonceptivos hormonales combinados orales son la primera opción debido a su alta eficacia, ajustando la dosis si es necesario.

B) Se deben duplicar las dosis de los AHC orales para superar el efecto de la inducción enzimática y mantener la eficacia.

C) En estos casos, se prefieren métodos anticonceptivos no orales o de solo progestina.

D) El tipo de anticonvulsivante no afecta la eficacia de los AHC, por lo que no es necesario un cambio en el manejo anticonceptivo.

E) Se recomienda suspender el anticonvulsivante para permitir el uso seguro y eficaz de AHC.

Correcta: C Justificación: El vídeo aborda directamente esta situación específica, indicando que "algunos anticonvulsivantes inducen enzimas hepáticas que pueden reducir la eficacia de los AC en estos casos se prefieren métodos no orales o de solo progestina". Esta es una consideración crucial para mantener la eficacia anticonceptiva y la seguridad de la paciente.

19. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe CORRECTAMENTE la principal diferencia funcional entre triglicéridos y colesterol?

- A) Los triglicéridos son un componente estructural de las membranas celulares, mientras que el colesterol es una fuente de energía a largo plazo.
 - B) El colesterol se almacena en las células grasas para uso energético futuro, y los triglicéridos se utilizan para fabricar hormonas.
 - C) Los triglicéridos almacenan energía para el cuerpo, mientras que el colesterol es utilizado para fabricar hormonas y otras funciones vitales.
 - D) Ambos, triglicéridos y colesterol, son tipos de grasas que cumplen exactamente la misma función de reserva energética.
 - E) Los triglicéridos son exclusivamente de origen dietético, y el colesterol es producido enteramente por el cuerpo.
-

20. Según los rangos habituales mencionados en la fuente, ¿qué nivel de triglicéridos en sangre se considera "límite alto"?

- A) Menos de 150 mg/dL
 - B) Entre 200 y 499 mg/dL
 - C) 500 mg/dL o más
 - D) **Entre 150 y 199 mg/dL**
 - E) Exactamente 199 mg/dL
-

21. ¿Cuál de los siguientes factores NO es mencionado en la fuente como una causa común del aumento de los triglicéridos?

- A) Consumo excesivo de azúcares y harinas refinadas.

- B) Hipotiroidismo.
- C) Falta de ejercicio regular.
- D) El uso crónico de estatinas.
- E) Obesidad.

22. Según la información proporcionada, ¿cuál de las siguientes condiciones es un riesgo directo y significativo asociado con niveles MUY ALTOS de triglicéridos (superiores a 500 mg/dL)?

- A) Osteoporosis severa.
- B) Anemia megaloblástica.
- C) Pancreatitis aguda grave.
- D) Hipoglucemia reactiva.
- E) Insuficiencia renal crónica progresiva.

23. De las siguientes estrategias, ¿cuál NO es recomendada por la fuente para ayudar a bajar los niveles de triglicéridos?

- A) Caminar al menos 30 minutos al día.
- B) Perder un 5-10% del peso corporal si es necesario.
- C) Aumentar el consumo de grasas saturadas para desplazar los carbohidratos.
- D) Reducir el consumo de alcohol.
- E) Incluir más legumbres y pescado azul en la dieta.

24. ¿Cuáles son los dos componentes dietéticos principales que la fuente identifica como "los principales responsables" de los triglicéridos altos?

- A) Las proteínas y las grasas saludables.
- B) Los azúcares y el alcohol.
- C) Las fibras dietéticas y las vitaminas.
- D) Los cereales integrales y las verduras.

E) Los lácteos y la carne roja.

25. Según la fuente, ¿cuándo es el nivel de triglicéridos tan preocupante que se debe hablar con el equipo sanitario "cuanto antes"?

A) Cuando los niveles están en el rango de "límite alto" (150-199 mg/dL).

B) Cuando los niveles superan los 200 mg/dL, indicando el rango "alto".

C) Cuando los niveles superan los 500 mg/dL, independientemente de los síntomas.

D) Solamente cuando la persona experimenta síntomas de pancreatitis.

E) Cuando los niveles son ligeramente por encima de lo normal, pero se tiene un historial familiar.

26. ¿Cuál es el mecanismo principal por el cual el cuerpo produce triglicéridos para su almacenamiento, según la fuente?

A) La conversión de grasas poliinsaturadas en lípidos de cadena corta.

B) La síntesis directa a partir de agua y minerales.

C) La transformación de cualquier tipo de carbohidrato complejo en ácidos grasos.

D) La conversión de calorías no utilizadas para energía (especialmente de azúcares o grasas) en triglicéridos.

E) La absorción exclusiva de triglicéridos preformados de la dieta.

27. Además de la diabetes mal controlada y el hipotiroidismo, ¿qué tipo de medicamentos se menciona específicamente en la fuente como un factor que puede causar un aumento de los triglicéridos?

A) Antihipertensivos de primera línea como los IECA.

B) Antidepresivos ISRS.

C) Corticoides y algunos tratamientos hormonales.

D) Antihistamínicos H1.

E) Antibióticos de amplio espectro.

28. Respecto al metabolismo y las consideraciones de dosificación de los glucocorticoides, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- a) La eliminación hepática de los glucocorticoides se realiza principalmente a través de la vía de la glucuronidación directa.
- b) En casos de insuficiencia renal grave, es imperativo ajustar la dosis de glucocorticoides para evitar la acumulación.
- c) La prednisona es el glucocorticoide de elección en pacientes con hepatopatías graves debido a su metabolismo directo.
- d) La producción fisiológica de cortisol en individuos sanos oscila entre 7 y 10 mg diarios, y dosis menores a este rango pueden reducir el impacto en la supresión del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.
- e) Los metabolitos resultantes de la eliminación hepática de los glucocorticoides conservan su actividad farmacológica y son excretados por vía biliar.

29. En cuanto a la potencia y activación de los glucocorticoides sintéticos, ¿cuál es la afirmación MÁS precisa?

- a) La dexametasona y la metilprednisolona poseen una potencia similar a la prednisona, pero con una duración de acción significativamente menor.
- b) La prednisona ejerce su efecto farmacológico directamente tras la administración oral.
- c) La prednisolona es la forma activa de la prednisona, requiriendo su conversión metabólica hepática.
- d) El cortisol es un glucocorticoide sintético con mayor potencia que la prednisona.
- e) La metilprednisolona es el glucocorticoide sintético más potente y con mayor duración de acción disponible.

30. Un paciente está siendo evaluado para el inicio de una terapia con glucocorticoides. Considerando la supresión del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) y los efectos adversos asociados, ¿qué principio de dosificación es el MÁS relevante según la información disponible?

- a) Mantener siempre dosis de glucocorticoides superiores a los 10 mg diarios para asegurar la eficacia terapéutica óptima.
- b) La insuficiencia suprarrenal inducida por esteroides es un efecto adverso raro, independientemente de la dosis.

- c) Dosis de glucocorticoides sintéticos que superen la producción fisiológica de cortisol (7-10 mg/día) tienen un impacto significativo en la supresión del eje HHS.
- d) La supresión del eje HHS solo se produce con la administración intravenosa de glucocorticoides.
- e) Dosis menores a 7 mg diarios tienen un mayor riesgo de insuficiencia suprarrenal inducida por esteroides.

31. En el contexto de las vías de administración de glucocorticoides, ¿cuál de las siguientes asociaciones es la MÁS adecuada según las indicaciones específicas mencionadas en el vídeo?

- a) Vía intravenosa: preferida para terapia crónica en pacientes ambulatorios.
- b) Vía inhalada: indicada para el tratamiento de enfermedades dermatológicas crónicas.
- c) Vía oral: de elección en situaciones de emergencia médica.
- d) Vía tópica: una opción valiosa para el manejo de artritis monoarticular.
- e) Vía intraarticular: una opción valiosa en el manejo localizado de la artritis.

32. Respecto al uso de glucocorticoides durante el embarazo, ¿qué consideración es CRÍTICA según la información proporcionada?

- a) La prednisona y la dexametasona son igualmente seguras durante el embarazo, ya que ninguna atraviesa la placenta en cantidades significativas.
- b) La dexametasona puede tener efectos sobre el feto debido a su capacidad para atravesar la placenta.
- c) La prednisona es el glucocorticoide de elección en el embarazo porque se activa en el hígado fetal, minimizando la exposición materna.
- d) Ambos glucocorticoides se inactivan completamente en el hígado materno, garantizando la seguridad fetal.
- e) No hay diferencias clínicas relevantes entre la prednisona y la dexametasona respecto a su perfil de seguridad fetal.

33. Un residente de reumatología pregunta sobre las características generales de los glucocorticoides sintéticos más comunes. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones resume CORRECTAMENTE sus propiedades según el vídeo?

- a) El cortisol es un glucocorticoide sintético con mayor potencia y duración de acción que la prednisona.
- b) Prednisona, metilprednisolona y dexametasona son glucocorticoides sintéticos que se distinguen por tener perfiles de potencia y duración de acción variables.
- c) La eliminación de todos los glucocorticoides sintéticos ocurre exclusivamente por excreción renal directa de su forma activa.
- d) La metilprednisolona y la dexametasona son generalmente menos potentes que la prednisona, pero más seguras durante el embarazo.
- e) Dosis de glucocorticoides sintéticos por debajo de 7 mg diarios no tienen ningún impacto sobre el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

34: Respecto al uso de 5-aminosalicilatos (5-ASA) como sulfasalacina o mesalamina en la enfermedad de Crohn, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta según la evidencia actual?

- A) Son el tratamiento de elección para la inducción de remisión en la enfermedad de Crohn leve.
- B) Un metaanálisis reciente ha demostrado su superioridad sobre placebo para la inducción de remisión.
- C) Su eficacia es limitada y un metaanálisis ha mostrado que no son superiores a placebo para la inducción de remisión.
- D) Se reservan exclusivamente para pacientes con afectación difusa del colon.
- E) Tienen una absorción sistémica considerable, lo que limita su uso.

35: Un paciente con enfermedad de Crohn presenta sintomatología de reciente inicio con afectación predominantemente ileocecal. Considerando las opciones de glucocorticoides mencionadas en el contexto de la enfermedad de Crohn leve, ¿cuál sería la estrategia terapéutica farmacológica más adecuada como primera línea según la localización de la enfermedad?

- A) Prednisona a dosis de 40 mg/día por sus menores efectos adversos sistémicos.
- B) Budesonida a 9 mg/día durante 8 semanas debido a su acción local y menor absorción sistémica en la afectación ileocecal.

- C) La administración de 5-aminosalicilatos, ya que son el tratamiento inicial preferente en todas las localizaciones.
- D) Prednisona a 40 mg/día con reducción progresiva, al ser el tratamiento reservado para la enfermedad leve.
- E) Combinación de budesonida y prednisona para asegurar una respuesta rápida.

36: ¿Cuál de los siguientes efectos adversos se asocia directamente con el uso de Prednisona en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, según la información proporcionada?

- A) Hipoglucemia.
- B) Hipotensión.
- C) Supresión suprarrenal.
- D) Anemia.
- E) Hipocalcemia.

37: En el contexto de las estrategias terapéuticas para la enfermedad de Crohn, se describen los enfoques "escalonado" (step-up) y "descendente" (top-down). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el principio de la terapia descendente (top-down)?

- A) Iniciar el tratamiento con fármacos menos potentes y aumentar la intensidad solo en caso de falta de respuesta.
- B) Uso temprano de inmunomoduladores o biológicos en pacientes con factores de mal pronóstico.
- C) La administración exclusiva de 5-aminosalicilatos como terapia de mantenimiento.
- D) Una estrategia que prioriza la budesonida como primera opción en todos los casos.
- E) Esperar a la aparición de complicaciones graves antes de iniciar un tratamiento sistémico.

38: Respecto al impacto ambiental de la terapia inhalada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- A) El sector salud global genera aproximadamente el 1% de las emisiones mundiales, y los inhaladores contribuyen con un 10% de esa cifra.

B) Los dispositivos de polvo seco (DPIs) son los principales responsables del 96% de las emisiones de CO₂ de los inhaladores en áreas como A Coruña, debido a su mayor volumen de prescripción.

C) Un cartucho presurizado (pMDI) puede generar entre 20 y 40 veces más huella de carbono que un inhalador de niebla fina (SMI) o uno de polvo seco (DPI).

D) La contaminación de los inhaladores históricamente ha sido menor, ya que utilizaban propelentes basados en hidrofluoroalcanos (HFA), menos dañinos que los clorofluorocarbonados (CFCs).

E) La manufactura de los inhaladores es el factor que más contribuye a su huella de carbono total, superando con creces el impacto de su uso o desecho.

39: Un paciente con diagnóstico de EPOC, de 78 años, presenta un leve deterioro cognitivo, manifiesta dificultad para sincronizar la pulsación del inhalador con la inhalación, y su pico de flujo inspiratorio estimado es de 25 L/min. En el contexto de una prescripción sostenible que garantice la efectividad terapéutica, ¿qué tipo de dispositivo inhalador sería el más adecuado para su tratamiento de control?

A) Un dispositivo de polvo seco (DPI), ya que no requiere coordinación y tiene un buen depósito pulmonar.

B) Un cartucho presurizado (pMDI) sin cámara, puesto que la mayoría de los tratamientos pueden aplicarse por esta vía.

C) Un nebulizador clásico, por su facilidad de uso al no requerir habilidades especiales por parte del paciente.

D) Un inhalador de niebla fina (SMI), debido a su solución acuosa y baja velocidad de aerosol.

E) Un cartucho presurizado (pMDI) apoyado con una cámara de inhalación, dado que supera la limitación de la coordinación y es apto para pacientes con dificultades cognitivas o motoras.

40: Según las recomendaciones actuales para una gestión óptima del paciente con enfermedad respiratoria crónica, buscando la sostenibilidad ambiental, ¿cuál de los siguientes principios NO se considera una prioridad inicial o fundamental en la toma de decisiones terapéuticas?

A) Confirmar el diagnóstico correcto para evitar el sobrediagnóstico y el uso innecesario de tratamientos.

B) Optimizar el control de la enfermedad, ya que un paciente bien controlado reduce la necesidad de recursos y tiene una menor huella de carbono.

C) Priorizar el cambio de inhaladores de cartucho presurizado (pMDI) a dispositivos de polvo seco (DPI) como primera medida, incluso si el paciente está bien controlado y basándose únicamente en criterios medioambientales.

D) Comprobar la técnica inhalatoria del paciente y educarlo continuamente para asegurar la efectividad del tratamiento.

E) Tener en cuenta las preferencias del paciente y el contexto clínico al seleccionar el dispositivo y el tratamiento farmacológico.

41: Con respecto a la evolución y la gestión de la huella de carbono de los inhaladores, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

A) La huella de carbono de los inhaladores ha mostrado un crecimiento significativo en Galicia desde 2020 hasta 2023, en parte debido al aumento en la prescripción de cartuchos presurizados.

B) Los propelentes antiguos basados en clorofluorocarbonados (CFCs) fueron prohibidos porque no solo afectaban a la huella de carbono, sino que también dañaban directamente la capa de ozono.

C) Los nuevos propelentes, como los hidrofluoroalcanos (HFA) 154A y las hidrofluoroolefinas, tienen una huella de carbono muy baja, acercándose al rango de "net zero" y prometen reducir la contaminación.

D) A pesar de la concienciación, se estima que solo el 60% de los inhaladores utilizados no se depositan en los puntos formales de farmacia (puntos SIGRE) para su adecuado reciclaje.

E) Para reducir la huella de carbono, la estrategia principal es sustituir siempre los cartuchos presurizados por dispositivos de polvo seco, sin importar las características individuales del paciente.

42. La migraña es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes e incapacitantes a nivel global. Según los datos presentados, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la epidemiología y el impacto socioeconómico de la migraña es correcta?

a) La migraña es la primera causa de discapacidad en hombres entre 15 y 50 años.

b) A nivel mundial, la migraña afecta aproximadamente al 5% de la población general.

c) El coste medio anual de la migraña por persona es más elevado en pacientes con migraña episódica que en aquellos con migraña crónica.

d) Se estima que en España un millón de pacientes sufren migraña crónica.

e) La prevalencia de la migraña es seis veces más frecuente en hombres que en mujeres.

43. En la fisiopatología de la migraña, la activación del sistema trigeminovascular conlleva la liberación de diversos neurotransmisores. Se ha identificado un neurotransmisor clave que se ha convertido en un objetivo principal para el desarrollo de nuevos tratamientos. ¿Cuál es este neurotransmisor?

- a) Sustancia P
- b) Péptido intestinal vasoactivo (VIP)
- c) Péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP)
- d) Dopamina
- e) Acetilcolina

44. La correcta clasificación de la migraña según su frecuencia es esencial para determinar las opciones terapéuticas. De acuerdo con los criterios mencionados en la exposición, ¿cuál de las siguientes descripciones corresponde a la definición de migraña crónica?

- a) Cefalea que ocurre menos de 8 días al mes.
- b) Presencia de 8 a 14 días de migraña al mes.
- c) Más de 15 días de cefalea al mes, de los cuales al menos 8 días cumplen criterios de migraña, durante los últimos 3 meses.
- d) Migraña con auras complejas que requieren hospitalización frecuente.
- e) Migraña que no responde a dos tratamientos preventivos orales previos.

45. El Lasmiditan (Rayvow) es el primer ditán aprobado para el tratamiento agudo de la migraña. Su mecanismo de acción lo distingue de los triptanes, especialmente en lo que respecta a los efectos cardiovasculares. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente su mecanismo de acción distintivo en este contexto?

- a) Es un agonista selectivo del receptor de serotonina 1F que, a diferencia de los triptanes, no induce vasoconstricción.
- b) Inhibe la liberación de CGRP, lo que lo clasifica como un gepante y minimiza los efectos cardiovasculares.

- c) Actúa como un agonista de los receptores 5-HT_{1B/1D}, pero con una afinidad menor por los vasos sanguíneos que los triptanes.
- d) Es un inhibidor potente de la recaptación de serotonina, lo que normaliza los niveles en el sistema trigeminovascular.
- e) Su acción principal se limita a bloquear la sensibilización periférica, sin afectar el tono vascular.

46. El Lasmiditan ha demostrado ser un tratamiento agudo eficaz para la migraña, pero como todo fármaco, presenta un perfil de seguridad con efectos secundarios específicos que el clínico debe conocer y comunicar al paciente. ¿Cuál es el efecto secundario más frecuente y la principal restricción funcional asociada al uso de Lasmiditan?

- a) Somnolencia marcada, que exige evitar la conducción solo en las primeras 2 horas post-dosis.
- b) Náuseas y vómitos, que contraindican su uso en pacientes con problemas gastrointestinales.
- c) Mareo y la prohibición de conducir u operar maquinaria pesada durante las 8 horas siguientes a la administración.
- d) Bradicardia severa, por lo que requiere monitoreo cardíaco constante.
- e) Crisis epilépticas, lo que lo contraindica en pacientes con antecedentes convulsivos.

47. El Rimegepant ha sido una de las incorporaciones más destacadas al arsenal terapéutico de la migraña, siendo el primer fármaco con una doble indicación (agudo y preventivo). Sin embargo, su acceso y financiación en España presentan particularidades. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe con mayor precisión su estado actual de indicación, financiación y dispensación en España?

- a) Su indicación como tratamiento preventivo es de dispensación hospitalaria, mientras que para el tratamiento agudo es de dispensación en farmacia comunitaria, ambos con visado y condiciones de financiación específicas.
- b) Ha sido autorizado únicamente como tratamiento agudo para pacientes con fallo a triptanes, y se dispensa exclusivamente en farmacias comunitarias sin necesidad de visado.
- c) Ambas indicaciones (aguda y preventiva) se encuentran disponibles únicamente en farmacia hospitalaria para asegurar un control estricto por el neurólogo.

d) El tratamiento preventivo se financia y dispensa en farmacia comunitaria, mientras que el agudo es solo para pacientes ingresados en el hospital.

e) Aunque autorizado para ambas indicaciones por la EMA, en España solo se ha logrado su financiación para la indicación aguda sin un visado específico.

48. Respecto a las contraindicaciones en pacientes con enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, existe una diferenciación importante entre las nuevas clases de fármacos para la migraña. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre estas contraindicaciones es correcta?

a) Los triptanes están absolutamente contraindicados en pacientes con cardiopatía isquémica, pero Lasmiditan puede usarse sin restricciones en esta población.

b) Los anticuerpos monoclonales anti-CGRP están contraindicados en pacientes con cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular debido a su larga vida media.

c) Lasmiditan está contraindicado en pacientes con antecedentes de ictus hemorrágico, a diferencia de Rimegepant que se considera seguro en estos casos.

d) Rimegepant, aunque no produce vasoconstricción, ha excluido de sus estudios a pacientes con patología cardiovascular activa o no controlada, lo que limita la evidencia sobre su seguridad en esta población.

e) Todos los tratamientos específicos para la migraña, incluidos triptanes, ditanes y gepantes, están estrictamente contraindicados en pacientes mayores de 65 años con cualquier factor de riesgo cardiovascular.

49. En el manejo de las crisis de migraña, existe un algoritmo escalonado para el tratamiento agudo. Si un paciente presenta una crisis migrañosa moderada a severa y no mejora adecuadamente con la primera línea de triptanes, ¿cuál sería la siguiente recomendación terapéutica según las guías y la evidencia actual?

a) Prescribir de inmediato un analgésico opioide como rescate.

b) Regresar a un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) o paracetamol debido a la falta de respuesta al triptán.

c) Cambiar a otro triptán diferente o considerar la asociación del triptán con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).

d) Iniciar un tratamiento preventivo oral sin demoras, ya que el tratamiento agudo ha fallado.

e) Recomendar un ergótico oral como el emicraneal por su potencia en crisis severas.

50. Un estudio en "vida real" realizado en Italia evaluó la eficacia del rimegepant para el tratamiento agudo de la migraña, ofreciendo perspectivas complementarias a los ensayos clínicos pivotal. ¿Cuál de los siguientes fue el hallazgo más significativo y distintivo de este estudio de vida real con respecto a los ensayos pivotaes?

a) La eficacia del rimegepant en la ausencia de dolor a las 2 horas fue menor que en el ensayo pivotal, sugiriendo que el efecto placebo es más relevante en la práctica clínica.

b) La tasa de ausencia de dolor a las 2 horas fue notablemente superior (casi el doble) en el estudio de vida real en comparación con el ensayo pivotal, especialmente en pacientes que tomaron el fármaco precozmente.

c) Se observó un incremento inesperado de las transaminasas hepáticas, reviviendo preocupaciones sobre la hepatotoxicidad de los gepantes.

d) La somnolencia y el mareo fueron los efectos secundarios más frecuentes y limitantes, incluso más que en los estudios previos.

e) La necesidad de medicación de rescate fue muy alta, superando el 50% de los casos, lo que indicó una eficacia subóptima fuera de un entorno controlado.

51. El impacto revolucionario de las terapias biológicas en la enfermedad de Crohn moderada a grave es innegable. Sin embargo, ¿cuál de los siguientes aspectos no se describe como un impacto o característica directa de esta revolución, según la información proporcionada?

A) Han mejorado sustancialmente la calidad de vida de los pacientes.

B) Han reducido significativamente la necesidad de cirugía.

C) Permiten la eliminación completa de la inflamación crónica intestinal.

D) Han introducido una era de manejo más personalizado de la enfermedad.

E) Ofrecen nuevas opciones terapéuticas para pacientes con enfermedad refractaria.

52. En el manejo de la enfermedad de Crohn, la elección del biológico es crucial. Ante un paciente con enfermedad de Crohn de tipo fistulizante o refractaria a glucocorticoides, ¿cuál de los siguientes fármacos es considerado de primera línea dentro de las estrategias de elección, de acuerdo con el contenido del vídeo?

A) Vedolizumab

B) Ustekinumab

- C) Infliximab
- D) Upadacitinib
- E) Natalizumab

53. Respecto a las antiintegrinas utilizadas en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, se han señalado consideraciones importantes de seguridad. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta en relación con estos fármacos?

- A) Inhiben la vía de IL-12 e IL-23, reduciendo la inflamación crónica.
- B) Vedolizumab está restringido por el riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP).
- C) Natalizumab se utiliza preferentemente en pacientes con alto riesgo de infecciones.
- D) Su principal mecanismo de acción es el bloqueo del TNF-alfa.
- E) Natalizumab presenta un riesgo conocido de leucoencefalopatía multifocal progresiva que restringe su uso.

54. Un paciente con enfermedad de Crohn ha presentado un fracaso terapéutico a un tratamiento anti-TNF. Según las recomendaciones de elección de biológicos presentadas, ¿qué clase de fármacos se considera en esta situación como siguiente paso?

- A) Inhibidores de JAK, como Upadacitinib, como primera opción.
- B) Anti-integrinas, como Vedolizumab, independientemente del riesgo de infecciones.
- C) Anti-interleucinas, como Ustekinumab o Risankizumab.
- D) Se priorizaría la cirugía debido a la refractariedad.
- E) Un segundo anti-TNF diferente al primero.

55. Respecto a los inhibidores de JAK, como Upadacitinib, ¿cuál de las siguientes características se describe correctamente en el contexto del tratamiento de la enfermedad de Crohn?

- A) Es un anticuerpo monoclonal que bloquea específicamente el TNF-alfa.
- B) Está indicado principalmente como primera línea en enfermedad fistulizante.
- C) Actúa como modulador intracelular de la inflamación con un efecto rápido.
- D) Se utiliza en pacientes con alto riesgo de infecciones debido a su perfil de seguridad.

E) Su uso está restringido por el riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva.

56. Las terapias biológicas, al ser inmunosupresoras, conllevan consideraciones de seguridad importantes. ¿Cuál de los siguientes aspectos es una preocupación general asociada específicamente a la inmunosupresión prolongada en el tratamiento de la enfermedad de Crohn?

- A) Riesgo elevado de pancreatitis aguda.
- B) Reactivación de la tuberculosis, principalmente con anti-TNF.
- C) Pérdida de eficacia debido a genicidad.
- D) Riesgo aumentado de neoplasias.
- E) Desarrollo de resistencia antibiótica.

57. La selección del biológico adecuado para un paciente con enfermedad de Crohn es un proceso altamente individualizado. De los siguientes factores, ¿cuál NO se menciona como determinante clave para esta elección?

- A) La severidad de la enfermedad.
- B) La presencia de complicaciones.
- C) El grupo sanguíneo del paciente.
- D) Los antecedentes del paciente.
- E) La respuesta a tratamientos previos.

58. Si un paciente con enfermedad de Crohn requiere una respuesta terapéutica rápida debido a la severidad de su condición, ¿qué fármaco se consideraría prioritario en este escenario, según las estrategias de elección presentadas?

- A) Vedolizumab
- B) Adalimumab
- C) Upadacitinib
- D) Natalizumab
- E) Ustekinumab

59. La eficacia de los Anti-TNF en la enfermedad de Crohn está sólidamente respaldada por la evidencia. ¿Cuáles de los siguientes estudios clínicos se mencionan explícitamente en el vídeo como pruebas de su eficacia?

- A) Uniti 1 y Uniti 2
- B) ACT 1, ACT 2, CLASSIC y CHARM
- C) GEMINI 1 y GEMINI 2
- D) PHOENIX 1 y PHOENIX 2
- E) VOYAGE 1 y VOYAGE 2

60. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de terbinafina en onicomicosis es correcta?

- A. Se recomienda principalmente para infecciones por *Candida albicans*.
- B. Su pauta estándar es de 250 mg cada 72 horas durante un mes.
- C. Es el tratamiento de elección para onicomicosis dermatofítica.
- D. Tiene mayor tasa de hepatotoxicidad que itraconazol.
- E. Se recomienda evitar en infecciones por dermatofitos.

61. ¿Cuál de los siguientes tratamientos tópicos ha mostrado mayor eficacia en estudios clínicos para onicomicosis moderada?

- A. Amorolfina al 5%
- B. Ciclopirox hidrosoluble al 8%
- C. Tavaborole al 5%
- D. Efinaconazol al 5%
- E. Tioconazol al 1%

62. En un paciente con onicomicosis distal subungueal leve que afecta el 20% de una sola uña del hallux, ¿cuál es el abordaje inicial más razonable?

- A. Terbinafina oral durante 12 semanas
- B. Avulsión ungueal quirúrgica
- C. Itraconazol pulsátil
- D. Tratamiento tópico con laca medicada
- E. Fluconazol oral semanal

63. ¿Cuál es una contraindicación absoluta para el uso de itraconazol oral?

- A. Hipertensión arterial
- B. Asma persistente
- C. Insuficiencia cardíaca congestiva
- D. Diabetes tipo 2
- E. Dislipemia mixta

64. En relación con el seguimiento del tratamiento de la onicomicosis, ¿cuál es la afirmación más adecuada?

- A. Se debe realizar cultivo al final de la primera semana de tratamiento
- B. La curación clínica se define por ausencia total de cualquier distrofia
- C. La uña suele crecer completamente sana en 2-3 semanas tras el tratamiento
- D. El seguimiento debe incluir controles clínicos y analíticos en tratamientos orales
- E. No es necesario reevaluar salvo que el paciente lo solicite

65. ¿Cuál de las siguientes técnicas diagnósticas permite identificar la especie del hongo causante?

- A. Examen directo con hidróxido potásico
- B. Histopatología con tinción PAS
- C. Prueba de la urea
- D. Cultivo micológico
- E. Citología ungueal

66. ¿Qué afirmación sobre efinaconazol tópico es cierta?

- A. Está ampliamente comercializado en España desde 2018
- B. Requiere limado mecánico semanal previo a su aplicación
- C. Tiene eficacia inferior a la amorolfina
- D. Es una solución tópica de aplicación diaria durante 48 semanas
- E. Solo es eficaz frente a infecciones por *Candida*

67. En un paciente con cultivo positivo para *Scopulariopsis brevicaulis*, ¿cuál sería la mejor estrategia terapéutica inicial?

- A. Terbinafina oral en monoterapia
- B. Avulsión quirúrgica total de la uña
- C. Desbridamiento + tratamiento tópico prolongado
- D. Griseofulvina oral
- E. Fluconazol semanal durante 6 meses

68. ¿Cuál de los siguientes factores incrementa el riesgo de fracaso terapéutico en onicomicosis?

- A. Infección por *Trichophyton rubrum*
- B. Uso combinado de tratamiento oral y tópico
- C. Afectación de la matriz ungueal
- D. Inicio precoz del tratamiento
- E. Confirmación diagnóstica por cultivo

69. ¿Qué laca tópica ha demostrado mejores resultados en curación completa según estudios recientes?

- A. Amorolfina al 2%
- B. Ciclopirox convencional acrílico
- C. Ciclopirox hidrosoluble (HPCH)
- D. Efinaconazol 5%
- E. Tioconazol tópico al 1%

70. ¿Qué afirmación sobre la terapia láser para onicomicosis es correcta?

- A. Está aprobada oficialmente como primera línea en España
- B. Garantiza una tasa de curación del 90 %
- C. Puede considerarse alternativa en pacientes que no toleran antifúngicos orales
- D. Es el tratamiento de elección en onicomicosis por levaduras
- E. Sustituye completamente al tratamiento farmacológico

71. ¿Cuál es la mejor medida preventiva tras la curación de una onicomicosis?

- A. Uso de lacas de uñas cosméticas de forma continua**
- B. Aplicación de antifúngicos orales semanales por 1 año
- C. Desinfección del calzado y uso de polvos antimicóticos
- D. Aplicación de corticoides tópicos en el pliegue ungueal
- E. Evitar el corte periódico de las uñas

72. ¿Cuál de los siguientes tratamientos sistémicos está contraindicado en pacientes con hepatopatía activa?

- A. Amorolfina tópica
- B. Ciclopirox tópico
- C. Fluconazol oral
- D. Efinaconazol tópico
- E. Urea al 40 %

73. ¿Qué pauta corresponde al tratamiento pulsátil con itraconazol en onicomicosis de los pies?

- A. 200 mg diarios durante 1 semana, repetir 2 veces con descanso de 3 semanas
- B. 250 mg diarios durante 6 semanas sin descanso
- C. 200 mg cada 12 horas durante 7 días, repetir 3 veces con descansos
- D. 150 mg semanales durante 12 semanas
- E. 100 mg diarios por 6 meses