

TEST 81: ACTUALIZACIÓN EN FARMACOTERAPIA

1. ¿Cuál de los siguientes fármacos antituberculosos es más hepatotóxico y debe evitarse preferentemente en pacientes con hepatopatía moderada-grave?

- A. Rifampicina
 - B. Isoniazida
 - C. Pirazinamida
 - D. Etambutol
 - E. Estreptomina
-

2. ¿Qué fármaco antituberculoso actúa inhibiendo la síntesis de ácidos micólicos en la pared micobacteriana?

- A. Rifampicina
 - B. Pirazinamida
 - C. Etambutol
 - D. Isoniazida
 - E. Linezolid
-

3. ¿Cuál de las siguientes situaciones requiere prolongar el tratamiento antituberculoso más allá de los 6 meses estándar?

- A. TB pulmonar sin cavitación con buena evolución
 - B. TB ganglionar cervical no complicada
 - C. TB meníngea
 - D. Infección tuberculosa latente
 - E. TB extrapulmonar renal sin afectación funcional
-

4. En el contexto de TB activa y coinfección por VIH con CD4 <50 células/ μ L, ¿cuándo debe iniciarse el tratamiento antirretroviral (TAR)?

- A. Después de finalizar los 6 meses de tratamiento antituberculoso
 - B. A las 8-12 semanas de comenzar antituberculosos
 - C. A las 2 semanas de iniciado el tratamiento antituberculoso
 - D. Simultáneamente con el inicio de la terapia antituberculosa
 - E. Solo si aparece IRIS
-

5. ¿Qué fármaco antituberculoso es conocido por causar alteración de la visión de colores (rojo-verde) por neuritis óptica?

- A. Isoniazida
- B. Rifampicina
- C. Etambutol

- D. Pirazinamida
 - E. Bedaquilina
-

6. ¿Cuál es el mecanismo de acción principal de la rifampicina?

- A. Inhibición de la síntesis de proteínas
 - B. Inhibición de la síntesis de ácidos micólicos
 - C. Inhibición de la síntesis de ARN
 - D. Alteración de la membrana micobacteriana
 - E. Inhibición de la ATP sintetasa
-

7. ¿Qué opción es más adecuada para el tratamiento de infección tuberculosa latente en un adulto sin VIH ni comorbilidades?

- A. Isoniazida 9 meses
 - B. Rifampicina + etambutol 6 meses
 - C. Pirazinamida + isoniazida 2 meses
 - D. Rifapentina + isoniazida semanal durante 12 semanas
 - E. Rifampicina 6 semanas
-

8. ¿Cuál de los siguientes fármacos prolonga el intervalo QT y requiere monitorización electrocardiográfica si se usa junto a otros con el mismo efecto?

- A. Rifampicina
 - B. Linezolid
 - C. Bedaquilina
 - D. Etambutol
 - E. Isoniazida
-

9. ¿Cuál de los siguientes fármacos no requiere ajuste de dosis en insuficiencia renal?

- A. Etambutol
 - B. Estreptomina
 - C. Rifampicina
 - D. Amikacina
 - E. Capreomicina
-

10. En un paciente con insuficiencia hepática moderada, ¿qué pauta se prefiere si se decide evitar pirazinamida?

- A. 2HRZE/4HR
 - B. 2HRE/10HR
 - C. 2HRE/7HR
 - D. 2RE/10RE
 - E. 2HSZ/4HS
-

11. ¿Cuál de los siguientes signos o situaciones es característico de una reactivación endógena de tuberculosis en adultos mayores?

- A. Tos seca con hemoptisis masiva
 - B. Lesiones pulmonares bilaterales simétricas
 - C. Cavitación pulmonar apical en radiografía
 - D. Adenopatía cervical con fistulas
 - E. Patrón miliar pulmonar en inmunocompetente
-

12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento de la TB durante el embarazo es FALSA?

- A. Isoniazida, rifampicina y etambutol son seguros
 - B. La pirazinamida puede usarse si el beneficio lo justifica
 - C. Se recomienda suplementar con vitamina B6
 - D. Estreptomicina se considera segura en el segundo trimestre
 - E. Rifampicina puede usarse durante todo el embarazo
-

13. ¿Qué antituberculoso se asocia con hiperuricemia sintomática y debe evitarse en pacientes con gota activa?

- A. Rifampicina
 - B. Isoniazida
 - C. Pirazinamida
 - D. Etambutol
 - E. Linezolid
-

14. En la meningitis tuberculosa, ¿cuál es el régimen terapéutico recomendado inicialmente?

- A. HRZ por 2 meses seguido de HR 4 meses
 - B. HRZE + corticoides, con duración total de 9-12 meses
 - C. HRZ + etambutol y rifabutina, 4 meses
 - D. HRZE, sin necesidad de corticoides
 - E. Solo rifampicina y isoniazida durante 6 meses
-

15. ¿Cuál es la principal razón por la que se recomienda añadir piridoxina a la isoniazida en adultos mayores o desnutridos?

- A. Prevenir hepatotoxicidad
 - B. Mejorar absorción intestinal
 - C. Prevenir neuropatía periférica
 - D. Aumentar la eficacia antimicrobiana
 - E. Disminuir resistencia bacteriana
-

16. ¿Cuál de las siguientes estrategias es recomendada por la OMS para mejorar la adherencia al tratamiento de la TB?

- A. Uso exclusivo de tratamientos inyectables
 - B. Suspensión de fármacos ante cualquier evento adverso
 - C. Terapia directamente observada (DOT)
 - D. Aislamiento domiciliario durante todo el tratamiento
 - E. Monoterapia con rifampicina
-

17. En un paciente con TB multirresistente, ¿cuál de los siguientes fármacos debe incluirse siempre en el régimen si está disponible?

- A. Etambutol
 - B. Estreptomina
 - C. Bedaquilina
 - D. Pirazinamida
 - E. PAS (ácido para-aminosalicílico)
-

18. ¿Qué efecto adverso es más característico del uso prolongado de linezolid?

- A. Neuritis óptica y trombocitopenia
 - B. Hipotensión y bradicardia
 - C. Nefrotoxicidad irreversible
 - D. Hepatotoxicidad grave
 - E. Hiperuricemia
-

19. En relación con los IGRAs, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A. No pueden distinguir TB latente de activa
 - B. Sustituyen al cultivo como prueba diagnóstica definitiva
 - C. Son útiles para monitorizar respuesta al tratamiento
 - D. No se ven afectados por vacunación BCG
 - E. A y D son correctas
-

20. ¿Qué estrategia preventiva se utiliza en un recién nacido cuya madre tiene TB pulmonar bacilífera activa en el momento del parto?

- A. Separación definitiva y fórmula artificial
- B. Vacuna BCG y TAR
- C. Inicio de isoniazida y evitar BCG
- D. Profilaxis con isoniazida y retraso de BCG según el caso
- E. Ninguna medida salvo aislamiento materno

21. ¿Cuál de las siguientes combinaciones es más probable que genere interacciones medicamentosas con rifampicina?

- A. Metformina y estatinas
- B. Prednisona y B12
- C. Anticonceptivos orales y warfarina
- D. Calcio y hierro
- E. Ácido fólico y vitamina C

22. En pacientes en tratamiento con antituberculosos, ¿cuál es el parámetro bioquímico más útil para detectar hepatotoxicidad precoz?

- A. Bilirrubina total
- B. GGT
- C. AST y ALT
- D. Glucosa en ayunas
- E. Tiempo de protrombina

23. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la vacuna BCG es correcta?

- A. Protege del 100% de casos de TB pulmonar
- B. No está indicada en ningún país del mundo actualmente
- C. Protege especialmente contra TB miliar y meníngea en niños
- D. Debe administrarse después de completar tratamiento de ITL

24. ¿Qué fármaco antituberculoso actúa a nivel mitocondrial y puede provocar neuropatía periférica y mielosupresión?

- A. Clofazimina
- B. Delamanid
- C. Linezolid

- D. Moxifloxacino
 - E. Pretomanid
-

25. ¿Cuál es el principal objetivo del tratamiento de la infección tuberculosa latente en una persona inmunocompetente?

- A. Curar la enfermedad
 - B. Prevenir transmisión comunitaria
 - C. Prevenir progresión a TB activa
 - D. Disminuir la resistencia antibiótica
 - E. Eliminar cualquier síntoma residual
-

26. Según el Dr. Pablo Mourelle, geriatra en el hospital de Lugo, ¿cuál es la teoría de envejecimiento más aceptada?

- A) La teoría del desgaste celular.
- B) La teoría de la acumulación de radicales libres.
- C) La teoría de la acumulación de déficits.
- D) La teoría genética programada.
- E) La teoría de la inflamación crónica.

27: En el contexto de la fragilidad, ¿qué representa un fármaco para el paciente, especialmente el mayor?

- A) Una solución definitiva a sus patologías.
- B) Un potencial estresor.
- C) Una herramienta para garantizar la recuperación.
- D) Un factor que siempre mejora el rendimiento funcional.
- E) Una sustancia sin efectos adversos en dosis bajas.

28: ¿Cuál es el concepto que las últimas guías de cardiología, según el ponente, están enfatizando cada vez más para personalizar el tratamiento de la enfermedad cardiovascular en el paciente mayor?

- A) La edad cronológica exclusiva.
- B) El control tensional exhaustivo.
- C) La fragilidad y la edad biológica.
- D) El estudio de marcadores genéticos.

E) La suplementación con ácidos grasos omega-3.

29: Respecto a la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en pacientes mayores, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más precisa según el especialista?

A) Las escalas de valoración del riesgo como el SCORE son muy útiles en pacientes mayores de 80 años.

B) Siempre se deben prescribir aspirina (ácido salicílico) y suplementos de ácidos grasos omega-3.

C) La fragilidad es el mejor predictor independiente de eventos negativos, incluso mejor que el tratamiento específico y exhaustivo de factores de riesgo.

D) Las estatinas son siempre beneficiosas para pacientes mayores de 90 años.

E) La cantidad de alcohol que se puede beber para obtener beneficios cardiovasculares es una copa al día.

30: En el manejo de la diabetes tipo 2 en un paciente mayor con un grado de fragilidad muy avanzado, ¿cuál es el objetivo principal del control glucémico?

A) Mantener una hemoglobina glicosilada (HbA1c) estrictamente por debajo del 6.5%.

B) Evitar hipoglucemias e hiperglucemias sintomáticas y simplificar el tratamiento.

C) Realizar un control exhaustivo de todas las micro y macroangiopatías.

D) Priorizar el uso de fármacos con mayor evidencia disponible para adultos jóvenes.

E) Aumentar la frecuencia de controles de HbA1c para un seguimiento preciso.

31: Ante un paciente con fibrilación auricular no valvular en el que se plantea la anticoagulación, ¿cuál es la actitud general recomendada por el especialista?

A) Asumir que la edad avanzada es una contraindicación automática para la anticoagulación.

B) Anticoagular a todo paciente, sin excepción, para prevenir eventos isquémicos.

C) Siempre pensar en anticoagular al paciente, buscando motivos para no hacerlo solo si hay riesgo de terminalidad o expectativa de vida muy reducida.

D) Priorizar siempre la estrategia de control del ritmo cardíaco sobre el control de la frecuencia.

E) Utilizar preferentemente antiagregantes en lugar de anticoagulantes de acción directa (DOACs).

32: ¿Cuál es la implicación principal del uso de Fentanilo transdérmico en un paciente mayor sin una titulación previa con opioides de liberación rápida?

- A) Es la mejor opción para minimizar efectos adversos y tratar el dolor de forma precoz y eficaz.
- B) Permite una titulación precisa de la dosis necesaria.
- C) Puede ser peligroso al no saber la dosis real de opioide que necesita el paciente.
- D) No es necesario coadyuvar con laxantes, ya que su perfil de estreñimiento es bajo.
- E) Es el antiopioide de elección en el paciente mayor.

33: ¿Cuál es la relación bidireccional que se destaca entre el dolor y el grado de fragilidad en el paciente mayor?

- A) El dolor crónico previene el desarrollo de la fragilidad.
- B) El dolor y la fragilidad son entidades completamente independientes.
- C) El dolor puede exacerbar la fragilidad, y la fragilidad puede influir en la percepción y abordaje del dolor.
- D) Solo el dolor agudo tiene impacto en el grado de fragilidad.
- E) La fragilidad solo afecta el componente físico del dolor.

34: ¿Qué papel juegan las medidas no farmacológicas, como la dieta y la actividad física, en el abordaje del dolor crónico en pacientes mayores?

- A) Son de utilidad limitada y deben ser secundarias a los fármacos.
- B) Son interesantes porque permiten ahorrar fármacos.
- C) Son exclusivamente preventivas y no terapéuticas.
- D) Solo son efectivas en pacientes sin ningún grado de fragilidad.
- E) No tienen impacto en el componente mental del dolor.

35: ¿Cuál de los siguientes es un ejemplo de causa desencadenante o precipitante que debe tratarse prioritariamente en una fase aguda de patología mental en el paciente mayor, según el esquema del especialista?

- A) El uso crónico de neurolépticos.
- B) Un historial de depresión en la juventud.
- C) El fallecimiento de un hermano o la retención crónica de orina.
- D) La prescripción de antidepresivos
- E) El control estricto de la hemoglobina glicosilada.

36: En el diagnóstico de desnutrición en el paciente mayor, ¿cuál es la postura del especialista respecto al uso de escalas y analíticas sanguíneas?

- A) Son herramientas esenciales y el Gold Standard para el diagnóstico y seguimiento.
- B) La albúmina es un marcador muy sensible y fiable.
- C) Las escalas tienen utilidad en el cribado (screening), pero las analíticas no son esenciales para el diagnóstico ni el seguimiento.
- D) Ambas son fundamentales para establecer el pronóstico.
- E) Deben usarse de forma combinada con los criterios GLIM como único método de diagnóstico.

37: ¿Cuál es la afirmación correcta respecto a la vitamina D en el paciente mayor, según el ponente?

- A) La vitamina D es una vitamina hidrosoluble que se acumula fácilmente.
- B) No es una vitamina, sino una hormona, y sus niveles adecuados son cruciales para la absorción de calcio y tienen función hormonal.
- C) Los niveles bajos de vitamina D no tienen un impacto significativo en la absorción de calcio.
- D) La suplementación con 1000 nanogramos/mililitro al día es siempre suficiente para alcanzar niveles óptimos.
- E) El magnesio no tiene relación con el metabolismo de la vitamina D.

38: ¿Cuál es la principal razón por la que se recomienda iniciar los opioides, si están indicados, con formulaciones de liberación rápida en lugar de prolongada o transdérmica?

- A) Para reducir el riesgo de estreñimiento.
- B) Para evaluar la respuesta del paciente y titular la dosis mínima efectiva.
- C) Para alcanzar rápidamente el efecto analgésico máximo.
- D) Para evitar interacciones con otros fármacos.
- E) Para simplificar la posología y mejorar la adherencia.

39: ¿Qué concepto se subraya como más importante que la edad cronológica para evaluar el estado real del organismo y la salud de un paciente?

- A) El número de enfermedades crónicas.
- B) El peso corporal y el IMC.
- C) La edad biológica, estimada a través del grado de fragilidad.

D) Los hábitos de vida saludables únicamente.

E) La expectativa de vida a corto plazo.

40: En el contexto de la polifarmacia y el paciente mayor, ¿qué relación bidireccional se establece con la fragilidad?

A) La polifarmacia siempre reduce el grado de fragilidad del paciente.

B) La fragilidad y la polifarmacia son conceptos excluyentes.

C) Cuanto más frágil es el paciente, más probable es que tenga que consumir más fármacos o que exista una prescripción inadecuada, retroalimentando la fragilidad.

D) La polifarmacia solo es un problema en pacientes jóvenes.

E) La fragilidad únicamente es un factor de riesgo para enfermedades crónicas, no para el consumo de fármacos.

41: Según el especialista, ¿cuál es uno de los principales síntomas que aparecen tempranamente en el ánimo depresivo de un paciente mayor?

A) La agresividad física.

B) Las ideas delirantes.

C) El apetito (hiporexia/negativa a la ingesta).

D) La desinhibición sexual.

E) La hiperactividad psicomotriz.

42: ¿Cuál es la principal característica del manejo centrado y dinámico del paciente?

A) Un manejo estático basado en protocolos rígidos.

B) Realizar el mayor número posible de pruebas diagnósticas para no perder información.

C) Adecuar las medidas diagnósticas y terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas), e incluso el medio, al contexto del paciente, incluyendo sus preferencias y calidad de vida.

D) Limitar siempre el esfuerzo terapéutico en pacientes mayores.

E) Centrarse exclusivamente en la erradicación de síntomas.

43: En el caso de una paciente con demencia muy avanzada y negativa a la ingesta, ¿cuál es el objetivo principal del soporte nutricional según la visión del especialista?

A) Lograr la ganancia de masa muscular y mejorar parámetros antropométricos.

B) Garantizar que el paciente alcance el mínimo calórico basal requerido.

C) Mejorar la calidad de vida y el confort del paciente, más allá de la ganancia de peso o parámetros analíticos.

D) El uso de sondas nasogástricas o PEG para una nutrición completa

E) La prescripción de fármacos orexígenos para estimular el apetito.

44: ¿Por qué la composición de los fármacos (ej. presencia de lactosa, disruptores endocrinos, gluten) es relevante en el paciente mayor?

A) Solo es importante en pacientes con alergias diagnosticadas.

B) No tiene un impacto significativo en la salud del paciente.

C) Puede ser un estresor importante y desencadenar eventos negativos en salud, incluso si la intolerancia es leve.

D) Facilita la absorción del fármaco en el tracto gastrointestinal.

E) No es una preocupación para la desprescripción.

45: ¿Cuál de los siguientes es el principio fundamental que debe guiar la titulación de opioides en el paciente mayor cuando estos están indicados para el dolor?

A) Iniciar con la dosis más alta tolerable para un control rápido.

B) Usar siempre parches transdérmicos para evitar la vía oral.

C) Comenzar con opioides de liberación rápida a mínima dosis para rescates y, según la necesidad, establecer una pauta completa con la dosis equivalente.

D) Evitar el uso de laxantes para no interferir con la absorción.

E) Prescribir directamente combinaciones de Tramadol con Paracetamol por su perfil de seguridad.

46: ¿Qué diferencia clave se establece entre el dolor y el sufrimiento en la literatura anglosajona, y por qué es relevante en el paciente mayor?

A) Son sinónimos y se tratan de la misma manera.

B) El dolor es puramente físico, mientras que el sufrimiento tiene un componente emocional y su tratamiento puede ser ligeramente distinto.

C) El sufrimiento es una fase terminal del dolor agudo.

D) El dolor solo se manifiesta verbalmente, y el sufrimiento es siempre no verbal.

E) El sufrimiento no es relevante en pacientes con deterioro cognitivo.

47: ¿Por qué la suplementación con calcio elemental en un paciente con niveles inadecuados de Vitamina D puede ser perjudicial y no beneficiosa?

- A) Porque el calcio elemental siempre causa diarrea.
- B) Porque se absorbe en exceso y causa hipercalcemia.
- C) Porque si no hay niveles adecuados de hormona D, el calcio ingerido no se absorbe eficazmente y puede causar síntomas digestivos como estreñimiento, sin aportar beneficio.
- D) Porque interfiere con la absorción de otros minerales esenciales.
- E) Porque solo debe usarse en combinación con bifosfonatos.

48: ¿Qué afirmación describe mejor la situación de un paciente con un grado de fragilidad muy elevado y deterioro cognitivo avanzado, como el del segundo caso clínico, en cuanto a su pronóstico nutricional?

- A) Siempre es posible revertir completamente la desnutrición con soporte nutricional intensivo.
- B) El paciente está desnutrido y probablemente lo seguirá estando, siendo su condición irreversible a largo plazo debido a la demencia y la disfagia.
- C) La ganancia de peso es el único indicador de éxito en el tratamiento nutricional.
- D) Los fármacos orexígenos son la solución principal para la negativa a la ingesta.
- E) Las analíticas constantes son clave para monitorizar su estado nutricional.

49: ¿Cuál de los siguientes fármacos es considerado por el ponente como un "opioides bastante sucio" y que, en algunos casos, podría ser evitable en pacientes mayores?

- A) Morfina de liberación rápida.
- B) Fentanilo transdérmico.
- C) Buprenorfina.
- D) Tramadol.
- E) Metamizol.

50: ¿Qué medida se considera esencial por el ponente para detectar y actuar rápidamente en un paciente con osteoporosis complicada como la del primer caso clínico (87 años, acúñamiento vertebral en T10 y T12)?

- A) Esperar a tener más fracturas por fragilidad.
- B) Pedir densitometrías óseas y analíticas de calcio fósforo constantemente.
- C) Iniciar un tratamiento antiosteoporótico potente (como Teriparatida o Denosumab) sin demora, ya que es el momento de actuar.
- D) Solo enfocarse en el manejo del dolor crónico.

E) La suplementación de calcio y vitamina D a dosis bajas.

51: ¿Cuál es la principal consecuencia negativa de una prescripción inadecuada de IBP (inhibidores de la bomba de protones), como el pantoprazol de 40 mg, sin una indicación clara en el paciente mayor?

A) Únicamente un leve aumento del riesgo de úlceras gástricas.

B) Aclorhidria gástrica, riesgo de síndrome de sobrecrecimiento bacteriano (SIBO), hipovitaminosis B12 y alteraciones neurológicas/físicas.

C) Mejora significativa de la absorción de nutrientes.

D) Disminución de la polifarmacia.

E) Exclusivamente un aumento del riesgo de diarrea aguda.

52: En el contexto del deterioro cognitivo en el paciente mayor, ¿cuándo considera que los fármacos específicos para el deterioro cognitivo (como los anticolinesterásicos o memantina) tienen un mayor beneficio?

A) Siempre, en cualquier estadio de la demencia.

B) Cuando el paciente tiene un deterioro cognitivo leve o una enfermedad de Alzheimer clara y precoz, especialmente si la vía colinérgica está afectada.

C) En fases avanzadas de la demencia para controlar exclusivamente los síntomas psicoconductuales.

D) Solo si no hay otras enfermedades crónicas asociadas.

E) Nunca, dado que siempre tienen más efectos adversos que beneficios.
