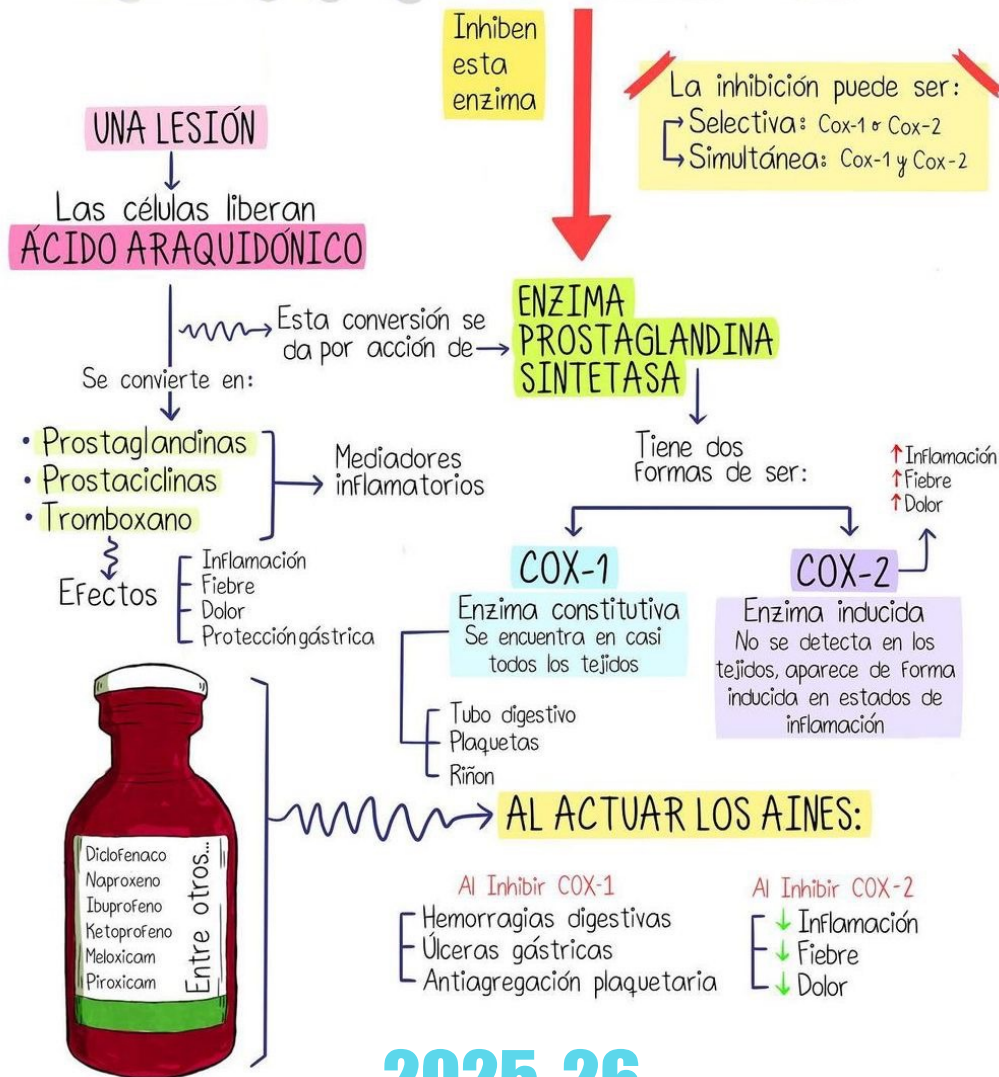


FARMACOLOGÍA CLÍNICA

AINES



2025-26

1	Descubrimiento y desarrollo de nuevos fármacos: ensayo clínico	GARABAL
2	Criterios de selección de medicamentos	GARABAL
3	Factores genéticos, fisiológicos y patológicos modif resp medicamentos	GARABAL
4	Asma	GARABAL
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	GARABAL
6	Anafilaxia: prescripción en enfermedades alérgicas y manejo reacción	GARABAL
7	Menopausia y Andropausia	GARABAL
8	Manejo paciente diabético	GARABAL
9	Procesos degenerativos: osteoporosis	GARABAL
10	Tratamiento farmacológico al dolor	GARABAL
5	Soporte vital básico y avanzado	GARABAL
11	Hipertensión Arterial	PILAR
12	Insuficiencia Cardíaca	PILAR
13	Cardiopatía isquémica	PILAR
14	Hiperlipidemias	PILAR
15	Úlceras y patologías relacionadas con la secreción ácida gástrica	PILAR
16	Anemias	PILAR
17	Coagulación sanguínea	PILAR
18	Enfermedad Parkinson	PILAR
19	Enfermedad Alzheimer y otras demencias	PILAR
20	Trastornos de Ansiedad	PILAR
21	Depresión mental. Trastorno bipolar	PILAR
22	Criterios básicos terapia antiinfecciosa	PILAR
5	Reacciones adversas a medicamentos	PILAR
5	Interacciones farmacológicas	PILAR

FARMA

1. DESCUBRIMIENTO DE UN FÁRMACO: ENSAYO CLÍNICO

. La fase de un ensayo clínico de un fármaco que se lleva a cabo en un pequeño grupo de voluntarios sanos (entre 20 y 100 aproximadamente) cuyo objetivo es comprobar la tolerabilidad y posibles efectos tóxicos, farmacocinética, cómo se debe administrar y con qué frecuencia, y cuál es la dosis máxima tolerada se denomina. (2021 enero)

- a) Fase I.
- b) Fase II.
- c) Fase III.
- d) Fase IV.

→ ensayo clínico

- fase 1 = seguridad (personas sanos) → toxicidad + vías administración + farmacocinética (dosis max tolerada, min eficaz, vida media, posología)
- fase 2 = eficacia + seguridad → grupos reducidos (pacientes enfermos)
- fase 3 = eficacia + seguridad → grupos grandes (pacientes enfermos)
- revisión + aprobación autoridad

→ ensayo clínico - fase 1 - objetivos

- seguridad + tolerabilidad + toxicidad
- cómo administrar
- con qué frecuencia
- dosis máxima tolerada

*correcta: a

. A la fase de un ensayo clínico que se lleva normalmente a cabo en pacientes sanos, utilizando dosis crecientes de fármaco para conocer si es seguro y como se debe administrar se la denomina: (2024 enero)

- a) Fase 1a.
- b) Fase 1b.
- c) Fase 2a.
- d) Fase 2b.

*correcta: b

. En un ensayo clínico, la fase en la que se lleva a cabo una prueba de concepto en un pequeño grupo de pacientes con la patología a estudio, con el fin de determinar su efecto farmacológico/terapéutico en una enfermedad concreta se la denomina: (2024 enero)

- a) Fase 1b.
- b) Fase 2a.
- c) Fase 3.
- d) Fase 1ª.

→ fases ensayo clínico = descubrimiento > fase preclínica > fase clínica:

1. determinar eficacia/administración/dosis/toxicidad → en adultos sanos-jóvenes
IA = admin 1 dosis / IIA = admin varias dosis
2. pacientes enfermos → relación beneficio/riesgo
IIA = demostrar eficacia clínica o actividad biológica / IIB = determinar dosis óptimas con actividad biológica + (-) efectos biológicos
3. pacientes enfermos - si funciona a gran escala → confirmar hallazgos en población grande + toxicidad
4. post-comercialización
5. implementación fármaco = morbi-mortalidad

→ fase 1 descarta xq es en pacientes sanos + fase 3 x ser en pacientes enfermos pero grupos grandes (>300).

*correcta: b

. Una paciente oncológica está pendiente de participar en un ensayo clínico en Fase III. Antes de que comience, le ofrecen ser parte de un estudio en el que recibirá una dosis muy baja de una molécula que ha demostrado eficacia

antitumoral en ensayos preclínicos. Se trata de determinar si el fármaco alcanza el tumor y si muestra algún tipo de efecto terapéutico realizándole pruebas adicionales. El objetivo es justificar o no la realización de un ensayo clínico a gran escala.

¿De qué tipo de fase de ensayo estamos hablando? (2024 enero)

- a) Fase 1a.
- b) Fase 1b.
- c) Fase 0.
- d) Fase 2b.

→ fase 0 = ensayos prueban molécula para determinar si vale la pena financiar en ensayo

*correcta: c

. La aplicabilidad de un ensayo clínico a la población general, objeto del problema de salud de interés, se denomina: (2021 enero)

- a) Aleatorización.
- b) Validez externa.
- c) Intervención.
- d) Todas las respuestas anteriores son falsas.

→ análisis post-ensayo

- validez interna = grado resultados estudio son válido para sujetos del estudio

- validez externa = aplicabilidad conclusiones estudio a población general

*correcta: b

. ¿Qué los resultados de un ensayo clínico sirvan para extrapolarse a la población general que es? (2019 diciembre)

=> Validez externa.

. Criterio primario selección medicamentos: (2019 diciembre)

=> Seguridad.

→ ensayo clínico fases = 1. ¿seguro? + 2. ¿funciona? + 3. ¿más eficaz de lo que ya tenemos? + 4. vigilancia postcomercialización

. Un ensayo clínico en fase 1 estudia: (2015 febrero)

=> La seguridad del fármaco (1-2 años). En voluntarios sanos buscamos saber si se produce toxicidad y vías de administración. Se usan a dosis muy bajas.

. Un ensayo clínico en fase 3 estudia: (2015 febrero)

=> La eficacia y seguridad en grupos mucho más grandes (2-3 años). En muchos pacientes y hospitales alrededor del mundo.

. La vigilancia post-comercialización obligatoria de un fármaco, que se diseña para detectar la aparición de cualquier efecto adverso poco frecuente o a largo plazo en la utilización del fármaco en la clínica en muchos miles de pacientes se denomina: (2014 febrero)

- a) Fase I.
- b) Fase II.
- c) Fase III.
- d) Fase IV.

*correcta: d

. La fase del ensayo clínico que se realiza en un pequeño grupo de voluntarios sanos y cuyo objetivo es comprobar la existencia de posibles efectos peligrosos de un nuevo fármaco en diferentes aparatos y sistemas, conocer su tolerabilidad y su farmacocinética se llama: (2014 febrero)

- a) Fase I.
- b) Fase II.
- c) Fase III.
- d) Fase IV.

*correcta: a

. ¿Cuáles de los siguientes principios forma parte de los cuatro principios básicos de bioética recogidos por el "Informe Belmont" promovido por el Congreso de los EEUU? (2014 febrero)

- a) Principio de justicia.
- b) Principio de no maleficencia.
- c) Principio de beneficencia.
- d) Todas son ciertas.

→ investigación clínica - bioética - informe Belmont = principio: 1. justicia + 2. no maleficencia + 3. beneficencia + 4. autonomía

*correcta: d

. La fase de investigación clínica de un nuevo fármaco que se realiza en un grupo pequeño de voluntarios sanos para evaluar la seguridad y la farmacocinética se denomina: (2016)

- a) Fase I.
- b) Fase II.
- c) Fase III.
- d) Fase IV.

→ objetivo primordial Fase I = seguridad → se realiza en voluntarios sanos.

*correcta: a

. ¿En qué fase de un ensayo clínico se busca establecer por primera vez la eficacia terapéutica en un grupo pequeño de pacientes con la enfermedad?

- a) Fase I.
- b) Fase II.
- c) Fase III.
- d) Fase IV.

→ Fase II = primer contacto con pacientes enfermos. Se busca la "prueba de concepto" y determinar la relación beneficio/riesgo en grupos reducidos.

*correcta: b

. La fase del ensayo clínico que se realiza en grandes grupos de pacientes (multicéntrico) para confirmar la eficacia y comparar con tratamientos ya existentes es: (2018)

- a) Fase I.
- b) Fase II.
- c) Fase III.
- d) Fase IV.

→ Fase III confirmatoria + con miles de pacientes + sirve para solicitar autorización comercialización.

*correcta: c

. La fase de un ensayo clínico que se realiza tras la comercialización del fármaco para detectar efectos adversos poco frecuentes se denomina: (2014)

- a) Fase I.
- b) Fase II.
- c) Fase III.
- d) Fase IV.

→ fase IV = vigilancia post-comercialización. Su objetivo es detectar RAMs que no aparecieron en las fases anteriores por ser muy raras o aparecer a largo plazo.

*correcta: d

. ¿Qué los resultados de un ensayo clínico puedan aplicarse a la población general de la cual se extrajo la muestra se conoce como? (2017)

- a) Validez interna.
- b) Validez externa o aplicabilidad.
- c) Aleatorización.
- d) Sesgo de selección.

→ validez externa = capacidad extrapolar resultados estudio a "vida real".

*correcta: b

. ¿Cuál es el criterio prioritario y primero que se estudia en el desarrollo de un nuevo medicamento? (2010)

- a) Eficacia.
- b) Seguridad.
- c) Coste-beneficio.
- d) Vía de administración.

→ pirámide del desarrollo empieza siempre por la pregunta: ¿Es seguro? (Fase I).

*correcta: b

. Indica cuál de los siguientes es un principio básico de la bioética en investigación clínica según el Informe Belmont: (2014)

- a) Principio de Autonomía.
- b) Principio de Beneficencia.
- c) Principio de Justicia.
- d) Todas las respuestas son correctas.

→ Informe Belmont = establece pilares éticos para proteger a los sujetos humanos en investigación.

*correcta: d

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

. Cuál de los siguientes es un criterio primario para el posicionamiento terapéutico: (2021 enero) (2019 diciembre)

- a) Seguridad.
- b) Coste.
- c) Conveniencia.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

*correcta: a

. Cuál de los siguientes es un criterio SECUNDARIO para el posicionamiento terapéutico: (2024 enero)

- a) Seguridad.
- b) Eficacia.
- c) Coste.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ criterios posicionamiento terapéutico / selección medicamentos

- primarios = max beneficios + min riesgos = eficacia + seguridad → obligatorio

- secundarios = coste + conveniencia

*correcta: c

. Fármacos químicamente distintos del fármaco prescrito, pero con mismo efecto clínico se le denomina: (2024 enero)

- a) Equivalente Farmacéutico.
- b) Reemplazable Genérico.
- c) Equivalente Farmacéutico Genérico.
- d) Alternativa Terapéutica Equivalente.

→ medicamento de referencia ⇒ alternativa terapéutica equivalente (ATE) = sustancia química diferente de referencia prescrita pero con resultado similares en ensayos clínicos

*correcta: d

. Un medicamento que tenga la misma composición cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad se denomina: (2021 enero) (2019 diciembre)

- a) Equivalente Farmacéutico Genérico.
- b) Equivalente Farmacéutico.
- c) Alternativa Terapéutica.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

→ equivalente farmacéutico genérico (EFG) = misma composición cualitativa y cuantitativa del mismo ppio activo que mostró eficacia similar en ensayos clínicos y tiene estudio de bioequivalencia, determina que se hicieron estudios adecuados para ser comercializado como equivalente farmacéutico genérico.

*correcta: a

. Bioequivalencia: (2024 enero)

- a) Diferencia de AUC y $C_{\max}$ <20% e intervalo de confianza entre 80-120%.

→ Bioequivalencia = "ausencia diferencia significativa en velocidad y medida en la que ppio activo o fracción activa de equivalentes/alternativas farmacéuticas se hace disponible en sitio acción farmacológica cuando administra dosis molar bajo condiciones similares"

- genérico puede ser equivalente farmacéutica genérico (EFG) = intervalo confianza entre curvas 90% + $C_{\max}$ y área bajo curva NO dif arriba/abajo >20% ⇒ intervalo 80-120% respecto medicamento ref $C_{\max}$ -AUC

. Biosimilar: (2024 enero)

- a)

→ fármaco biosimilar:

- medicamento biológico equivalente en calidad + eficacia + seguridad a medicamento biológico original (producto referencia) siendo moléculas diferentes
- medicamento origen biotecnológico con exigencias EMEA de calidad + eficacia + seguridad → comparable a medicamento innovador de referencia

3. FACTORES GENÉTICOS

. La diferencia entre farmacogenómica y farmacogenética. (2015 febrero)

=> Ambas estudian el efecto de los polimorfismos genéticos en el metabolismo de los fármacos, pero la farmacogenética lo estudia a nivel individual, mientras que la farmacogenómica lo estudia a nivel poblacional.

-> factores genéticos:

- farmacogenética (PGt) = genes en cada individuo que condicionan la respuesta a un fármaco
- farmacogenómica (PGx) = tipos de respuestas a fármacos basados en variaciones ADN/ARN presentan individuos población

. La disciplina que estudia el efecto de la variación en los genes de un individuo en respuesta a determinados fármacos se denomina: (2014 febrero)

- a) Epigenética.
- b) Proteómica.
- c) Farmacogenética.
- d) Ninguna es cierta.

-> farmacogenética (PGt) = estudio influencia variaciones secuencia ADN sobre respuesta a fármacos => genes individuo condicionen respuesta fármaco

-> farmacogenómica (PGx) = disciplina recoge diferentes tipos respuesta a fármacos basados en variaciones ADN/ARN que presentan individuos una población.

*correcta: c

. Los polimorfismos farmacocinéticos pueden provocar: (2024 enero)

- a) Metabolismo por vías alternativas.
- b) Exacerbación de las interacciones medicamentosas.
- c) Toxicidad de fármacos.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

-> polimorfismos farmacocinéticos - metabolismo => consecuencias

- +/- duración acción x +/-actividad metabólica
- ausencia activación profármacos
- toxicidad/aumento dosis efectiva
- metabolismo x vías alternativas
- exacerbación interacciones medicamentosas
- reacciones adversas

*correcta: d

. ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de los polimorfismos farmacocinéticos? (2021 enero)

- a) Toxicidad/Aumento en la dosis efectiva.
- b) Metabolismo por vías alternativas.
- c) Exacerbación de las interacciones medicamentosas.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

*correcta: d

. ¿Cuáles de las siguientes opciones pueden ser consecuencias potenciales derivadas de polimorfismos en el metabolismo de fármacos? (2014 febrero)

- a) Mayor duración de acción de un fármaco.
- b) Exacerbación de interacciones medicamentosas.
- c) Metabolismo por vías alternativas.
- d) Todas son ciertas.

*correcta: d

. Un paciente de 29 años, diagnosticado de HIV, y es tratado con una combinación efavirenz...POSIBLE RESPUESTA: (2024 enero)

- a) Polimorfismo en CYP2B6.

-> polimorfismos genéticos - farmacocinéticos = variación ADN -> variabilidad respuesta sobre mismo fármaco

- metabolismo => reacciones adversas = psoriasis x intoxicación x efavirenz (tto VIH) en pacientes con déficit CYP2B6
- polimorfismos metabólicos (+) = citocromo CYP450 -> destaca isoforma CYP2B6

*[IA] efavirenz = fármaco antiretroviral → metabolizado x enzima CYPB6 (citocromo P450) = polimorfismos en esta enzima procesan fármaco:

- (+) lento = (+) riesgo efectos adversos
- (+) rápido = fallo terapéutico (no control carga viral VIH)

. Enzimas involucradas en los polimorfismos: (2015 febrero)

→ grupo citocromo CYP450 + N-acetiltransferasa hepática + pseudocolinesterasa + G6PD + Glutathion-S-transferasa

* ¿Cuáles de los siguientes sistemas enzimáticos se ven afectados por variaciones genéticas que tienen relevancia en el metabolismo de fármacos? (2014 febrero)

- a) Citocromo P450.
- b) Glutathion S-transferasas (GST).
- c) Tiopurina metiltransferasa (TPMT).
- d) Todas son ciertas.

→

*correcta: d

. Los polimorfismos farmacodinámicos pueden afectar a: (2021 enero)

- a) Canales iónicos.
- b) Enzimas.
- c) Receptores.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ polimorfismos farmacodinámicos - ejemplos

- receptores sobre los que actúan los fármacos
- canales iónicos (aumentan conductancia/ bloquean)
- enzimas diana (IECA/AINEs)
- enzimas reacción adversa
- dianas efecto antitumoral
- dianas sistema inmune
- efectos inficrecros
- metabolismo fármacos

*correcta: d

3. INFLUENCIA EDAD EN RESPUESTA A MEDICAMENTOS

. La aclorhidria gástrica: (2024 enero)

- a) Es menos frecuente en recién nacidos.
- b) Produce un menor grado de ionización de fármacos que son ácidos débiles.
- c) Puede aumentar la absorción gastrointestinal de fármacos que son bases débiles.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ utilización fármacos pediatría - absorción - vía oral:

- >24h vida = estado de relativa aclorhidria (pH 6-7) → alcanza valores adulto a los 3 meses
- importancia grado ionizándose fármacos (ácidos/bases débiles)
- vaciamiento gástrico prolongado + errático = aumenta absorción gástrica → alcanza valores adulto 6 meses

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a factores que pueden afectar a la administración de fármacos por vía oral en el lactante? (2021 enero)

- a) Después de las primeras 24 horas de vida se produce un aumento en la acidez gástrica.
- b) Relativa inmadurez de la mucosa intestinal.
- c) La absorción por vía tópica es mayor que en el adulto.
- d) Alto grado de actividad de la B-glucuronidasa.

→ fármacos en pediatría - absorción:

- vía oral
 - después 1ª 24h vida se produce estado aclorhidria (pH 6-7)
 - fármacos ácidos = (+) ionización
 - vaciamiento gástrico prolongado = (+) absorción gástrica
 - peristaltismo intestinal irregular + impredecible
 - relativa inmadurez mucosa intestinal
 - alto grado actividad beta-glucuronidasa
 - variable colonización intestino flora microbiana
- vía tópica = absorción x3 mayor en lactante que adulto x: grosor piel + (-) queratinización + (+) hidratación

*correcta: a

. Características de la absorción y su farmacocinética en el paciente pediátrico (cuál es cierta): (2015 febrero)

→ vía oral = +cómoda/utilizada

- 24h vida = aclorhidria (pH 6-7) [valores adulto - 3 meses edad]:
 - ácidos = (+) ionizados + (-) liposolubles
 - bases = (+) absorción
- vaciamiento gástrico = prolongado + errático [valores culto - 6 meses edad] = (+) absorción gástrica
- peristaltismo intestinal = irregular + impredecible (depende tipo alimentación niño)
- regurgitaciones = nos hace dudar de la cantidad de fármaco expulsada
- mucosa intestinal = relativa inmadurez → absorción (+) lenta
- función biliar = poco desarrollada → IPERO! bacterias alto grado actividad beta-glucuronidasa = (+) circulación enterohepática = (+) tarda eliminar fármaco
- variable colonización intestino x flora microbiana

→ vía intramuscular = -utilizada

- neonato => (-) flujo sanguíneo + (-) masa = (-) contracción muscular = (-) absorción
- NO: digoxina / fenitoina / diazepam
- niños (+) mayores => muscular: (+) eficaz contracción + (+) flujo sanguíneo = absorción (+) rápida

→ vía tópica

- grosor piel + (-) queratinización + (+) hidratación/vascularización = absorción x3 lactante > adulto
- NO RN < 2sem x intoxicación

→ vía inhalatoria = (=) adulto

→ vía rectal => neonato = (+) absorción (ej: diazepam = concentraciones comparables con i.v.)

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a factores que influyen en la distribución de fármacos en el neonato? (2021 enero)

- a) Mayor volumen de dilución de fármacos hidrosolubles.
- b) Menor fracción libre de fármaco en plasma.
- c) Menor concentración de albúmina sérica.
- d) Mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica.

→ fármacos pediatría - distribución:

- RN contenido agua > adulto = (+) volumen dilución fármacos hidrosolubles
- (-) unión a proteínas plasmáticas x: (-) [albumina]/[alfa 1-glucoproteína] = (+) fracción libre (farmacológicamente activa)
- (+) permeabilidad BHE

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes reacciones adversas es más frecuente en el niño? (2021 enero)

- a) El tratamiento crónico con esteroides puede alterar el crecimiento.
- b) Las tetraciclinas afectan a la formación del esmalte dentario y el desarrollo óseo.
- c) Las fluorquinolonas pueden producir efectos indeseados sobre el cartilago de crecimiento.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ influencia edad respuesta medicamentos → crecimiento = reacciones adversas (+) frec

- tto crónico esteroides/anfetaminas = altera crecimiento
- tetraciclinas = afectan formación: esmalte dentario + desarrollo óseo
- fluoroquinolonas = efecto indeseado sobre cartilago en crecimiento

*correcta: d

* Normas disminuir exposición al lactante (cuál es cierta): (2015 febrero)

- Utilizar fármacos = vida media eliminación (+) corta + mayor experiencia + excretan sin metabolizar.
- En caso uso fármacos vida media (+) larga = admin: 1/día + antes del sueño largo
- Utilizar 1 solo principio activo = se deben evitar combinaciones fármacos.
- Vía administración elección = vía tópica.
- Administrar fármaco: inmediatamente después > justo antes → dar pecho

. ¿Cuál de las siguientes condiciones puede afectar a la distribución de fármacos en el ANCIANO con respecto al adulto joven? (2024 enero)

- a) Mayor volumen de distribución.
- b) Aumento en la concentración de albúmina plasmática.
- c) Aumento en la fracción libre de fármacos.
- d) Mejor vascularización hepática.

→ fármaco terapia anciano:

- distribución
 - (-) agua total
 - (-) [albumina]plasmática = (-) afinidad x fármacos = (+) fracción libre fármaco = (+) intoxicación
- metabolismo = (-) masa hepática + (-) flujo hepático

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes condiciones es FALSA con respecto a la utilización de fármacos en el anciano? (2021 enero)

- a) Disminución de la capacidad de metabolización por parte de algunos sistemas enzimáticos hepáticos como CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1, CYP1A2.
- b) Aumento en la concentración de albúmina plasmática.
- c) Aumento en la fracción fármaco libre en plasma.
- d) Mayor incidencia de hipoclorhidria en el estómago.

→ fármaco terapia anciano

- absorción - v.o. = (+) aclorhidria
- distribución = (-) concentración albúmina plasmática = (-) afinidad x fármacos = (+) fracción libre
- metabolismo = (-) capacidad metabolización x parte sistemas enzimáticos hepáticos (CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19, CYP2E1 y CYP1A2)

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes factores es CIERTO con respecto a la utilización de fármacos en el anciano? (2021 enero)

- a) Menor sensibilidad a los fármacos depresores del sistema nervioso central.
- b) Disminución de la capacidad de reacción de los barorreceptores.
- c) Aumento de la sensibilidad de los receptores B-adrenérgicos.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ farmacoterapia anciano - farmacodinámica:

- (+) sensibilidad fármacos depresores SNC (x -capacids SNC x mantener función colinérgica adecuada)
- (-) capacidad reacción barorreceptores + respuesta vasomotora
- (-) sensibilidad receptores beta = (-) efecto taquicardizante (receptores beta estimulantes)

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto al tratamiento farmacológico en la mujer embarazada? (2021 enero)

- a) Se han descrito fenómenos de inducción enzimática atribuidos a la acción de la progesterona.
- b) Se han descrito fenómenos de inhibición enzimática atribuidos a la acción de los estrógenos.
- c) La absorción inhalatoria aumenta por incremento en volumen corriente, volumen minuto y flujo sanguíneo en los pulmones.
- d) No se afectan Cmax y Tmax.

→ embarazo/lactancia - respuesta medicamentos a - farmacocinética:

- absorción
 - puede afectar Cmax + Tmax
 - absorción inhalatoria = (+) <- (+): V corriente + V min + flujo sanguíneo pulmones (30%)
- metabolismo
 - progesterona = inducción enzimática
 - estrógenos = efectos inhibidores

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes es FALSA con respecto al tratamiento farmacológico en la mujer embarazada? (2018 diciembre)

- a) El aumento de tejido células subcutáneo produce un acumulación del fármaco disminuyendo sus concentraciones en el plasma.
- b) Tienen una mayor concentración de proteínas plasmáticas.
- c) La mayoría de los fármacos que atraviesan la placenta lo hacen por difusión pasiva.
- d) La concentración de proteínas plasmáticas en el feto al final de la gestación son similares a los vales del adulto.

→ influencia embarazo en respuesta medicamentosa - distribución = (-) concentración proteínas plasmáticas = (+) fracción libre fármacos

*correcta: b

. Según la clasificación de valoración de riesgo FDA sobre el riesgo en la utilización de fármacos en la mujer embarazada. Cuando el fármaco se puede utilizar en la madre porque los estudios en animales no muestran riesgo, pero no hay estudios controlados llevados a cabo en mujeres; o bien los estudios en animales sugieren riesgo, pero los estudios controlados en mujeres no indican riesgo en 1 y 3 trimestre. Al fármaco se le incluye en la clase: (2024 enero)

- a) Clase A.
- b) Clase B.
- c) Clase D.
- d) Clase X.

→ influencia embarazo + lactancia → respuesta medicamentosa => valoración riesgo (FDA)

- CLASE A = estudios controlados NO riesgo 1/3 trimestre = puede utilizarse cuando se necesite
- CLASE B = estudios animales NO riesgo pero NO estudios controlados en mujeres + estudios animales sugieren riesgo pero estudios en mujeres NO = pueden utilizarse cuando se necesiten
- CLASE D = riesgo feto - pero beneficio embarazada compensa riesgo
- CLASE X = beneficio mujer no supera riesgo feto = NO embarazadas / mujeres que podrían estarlo

*correcta: b

. Según la clasificación de valoración de riesgo FDA cuando el tratamiento con un determinado fármaco supone un riesgo para el feto, pero el beneficio en la madre que compensa el riesgo se incluye en la: (2021 enero) (2019 diciembre)

- a) CLASE A
- b) CLASE B.
- c) CLASE D.
- d) CLASE X.

*correcta: c

. Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a la eliminación de fármacos por la leche: (2021 enero)

- a) La mayoría de los fármacos se eliminan mediante difusión pasiva.
- b) Solo se eliminan fármacos por transporte activo.
- c) La excreción es mayor para fármacos que se unen poco a proteínas plasmáticas.
- d) La cantidad de fármaco ingerido por el lactante suele ser mínima, en torno al 1-2 por ciento de la dosis administrada a la madre.

→ lactancia - respuesta medicamentosa

- (>) fármacos se eliminan x difusión pasiva → leche
- excreción (+) fármacos lipofílicos - se unen poco a proteínas plasmáticas
- cantidad fármaco ingerido x lactante = mín. = 1-2% de la dosis admin a madre
- inmadurez BB justifica pequeña cant. fármaco = acumulación + efectos adversos

*correcta: b

. Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a la eliminación de fármacos por la leche: (2018 diciembre)

- a) La mayoría de los fármacos se eliminan mediante difusión activa.
- b) La mayoría de los fármacos se eliminan mediante difusión pasiva.
- c) La excreción es mayor para fármacos que se unen poco a proteínas plasmáticas.
- d) La cantidad de fármaco ingerido por el lactante suele ser mínima, en torno al 1-2 por ciento de la dosis administrada a la madre.

*correcta: a

. Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta: (2014 febrero)

- a) La mayoría de los fármacos que se eliminan en alguna proporción ... lo hacen fundamentalmente mediante difusión pasiva.
- b) La excreción es mayor en fármacos que se unen mucho a proteínas...
- c) La excreción es mayor en fármacos hidrosolubles.
- d) La cantidad de fármaco ingerido por el lactante es muy grande, ... por ciento de la dosis administrada a la madre.

→ lactancia - respuesta medicamentos:

- (>) fármacos eliminan x difusión pasiva
- (+) excreción en fármacos lipofílicos = (-) unión proteínas plasmáticas
- cantidad ingerida x lactante = mínima (1-2% dosis admin madre)
- inmadurez procesos eliminación niño justifica mínima cantida fármaco provoque efectos adversos

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto al manejo terapéutico de pacientes con insuficiencia renal? (2021 enero)

- a) Tienen mayor riesgo de hemorragia gastrointestinal por AINE.
- b) Suele haber una disminución del efecto de anticoagulantes.
- c) Puede haber cambios directos en el metabolismo de vitamina D.
- d) Se prolonga la vida media de fármacos que se eliminan activos por el riñón.

→ enfermedad renal

- cambios farmacocinéticos
 - excreción renal = (-) c: se prolonga vida media fármacos que se eliminan activos por riñón
- cambios farmacodinámicos
 - anticoagulantes = (+) efecto
 - AINEs = (+) riesgo hemorragia GI

*correcta: b (creo yo que el enunciado está mal y es cuál es la falsa)

. Características de eliminación renal de un fármaco en insuficiencia renal: (2015 febrero)

- excreción renal = disminuida

- vida media fármacos eliminados activos x riñón = prolongada => dosis produzcan toxicidad
- *en base a la vida media del fármaco hacemos posología

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto al manejo terapéutico de pacientes con insuficiencia renal? (2014 febrero)

- a) Tienen mayor riesgo de úlceras gástricas por medicamentos potencialmente ulcerógenos.
- b) Los opiáceos y sedantes provocan en estos enfermos un sueño más profundo y prolongado.
- c) Los antihipertensivos producen mayores efectos posturales.
- d) Todas son ciertas.

→ enfermedad renal - cambios farmacodinámicos:

- anticoagulantes = (+) efecto
- AINEs = (+) riesgo hemorragia GI (xq tienen alterados los factores de coagulación)
- opiáceos/sedantes = (+) depresión dental (coma urémico)
- antihipertensivos = (+) efectos posturales

*correcta: d

. ¿Qué tipo de cambios en el paciente con daño hepático pueden afectar a la respuesta de los fármacos? (2021 enero)

- a) En el flujo sanguíneo hepático.
- b) En la capacidad metabólica.
- c) En la fracción de fármaco libre en plasma.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ enfermedad hepática - cambios farmacocinéticos:

- dependientes flujo sanguíneo hepático (= fármacos eliminación NO restrictiva)
- capacidad metabólica
- unión a proteínas = (+) fracción fármaco libre plasma

*correcta: d

. Los fármacos hepatotóxicos pueden producir: (2014 enero)

- a) Hepatitis.
- b) Alteraciones vasculares.
- c) Colestasis.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ fármacos + enfermedad hepática =

- cambios farmacocinéticos = dependen:
 - flujo sanguíneo hepático (eliminación NO restrictiva)
 - capacidad metabólica + unión proteínas (eliminación restrictiva)
- hepatotoxicidad => lesiones (+) imp = hepatitis + colestasis

*correcta: d

. ¿Qué tipos de daño hepático se pueden producir por el consumo de fármacos? (2014 febrero)

- a) Hepatitis.
- b) Colestasis.
- c) Alteraciones vasculares.
- d) Todas son ciertas.

4. ASMA

. Paciente de 25 años presenta un cuadro clínico con tos seca, disnea, sibilancias y sensación de opresión torácica. Se le practica espirometría y muestra CVF 93% FEV1 62%, FEV1/FVC 66%. Tras 4 Inhalaciones sucesivas de 100 micro g de salbutamol mediante un inhalador presurizado con cámara espaciadora tiene una mejoría del FEV1 20%. Los síntomas diurnos aparecen a diario, lo que le obliga a tomar medicación de alivio, le limita bastante su actividad. Síntomas nocturnos 1-2 veces a la semana. Ha tenido que acudir a urgencias dos veces en el último año. En la radiografía de tórax se observa hiperinsuflación torácica. Analítica de sangre: leucocitosis con eosinofilia. ¿Cuál sería el tratamiento de mantenimiento de primera línea menos intenso dentro de su gravedad según GEMA 5.3? (ver tablas y figuras al final) (2024 enero)

- a) Glucocorticoides Inhalados (GCI) a dosis bajas + SABA (agonistas β_2 adrenérgicos de corta duración) a demanda.
- b) GCI a dosis medias + LABA (agonistas β_2 adrenérgicos de larga duración).
- c) GCI a dosis bajas + LABA.
- d) Solo GCI a dosis altas.

→ asma

1. Gravedad = persistente moderada
 - síntomas diurnos = diarios
 - medicación de alivio (SABA) = todos los días
 - síntomas nocturno = >1/semana
 - limitación actividad = bastante
 - función pulmonar = FEV1 >60%
 - exacerbaciones = >2 /año
2. Gravedad - escalón => asma persistente moderada = escalón 3/4
3. Tto = escala terapéutica
 - escalón 3 = SABA/GCI (dosis bajas) + LABA inhalados (formoterol)
 - escalón 4 = SABA/GCI (dosis medias) + LABA (formoterol)

*si se controlan mal se hace uso de antagonistas de los leucotrienos (ARLT)

*correcta: c (drama en examen porque b sería escalón 4 y c escalón 3, como es escalonado empezamos con GCI dosis bajas, corresponde a escalón 3, y si no va bien le subimos a dosis medias)

. Varón de 30 años. Cambia de domicilio y empieza a experimentar 3-4 veces a la semana síntomas de disnea, tos y sibilancias, con sensación de opresión torácica que limitan algo su actividad. Unas 3-4 veces al mes sufre crisis por la noche. radiografía de tórax indica hiperinsuflación. Los parámetros espirométricos son los siguientes: FVC 89%, FEV1 87% del teórico, PBD: Mejoría del FEV1 30. Tras el diagnóstico de su enfermedad ¿Cuál crees que sería un posible tratamiento de mantenimiento para este paciente?: (2021 enero) (2019 diciembre)

- a) Antagonista B-adrenérgico de corta duración (SABA).
- b) Glucocorticoide Inhalado (GI) a dosis bajas.
- c) GI a dosis medias.
- d) GI a dosis bajas + Antagonista β -adrenérgico de larga duración (LABA).

→ asma

1. Gravedad = persistente moderada
 - síntomas diurnos = >2/sem
 - medicación de alivio (SABA) = >2/sem
 - síntomas nocturno = >2/mes
 - limitación actividad = algo
 - función pulmonar = FEV1 >80%
 - exacerbaciones = <1 /año
2. Gravedad - escalón => asma persistente leve = escalón 2
3. Tto = escala terapéutica => escalón 2 (asma persistente leve) = GCI dosis bajas

*correcta: b

. Paciente de 35 años presenta un cuadro clínico con tos seca, disnea, sibilancias y sensación de opresión torácica. Se le practica espirometría y muestra FEV1 85%. Los síntomas diurnos aparecen 1 vez por semana que se alivian con medicación, no limitándole su actividad. Síntomas nocturnos 1-2 veces al mes. ¿Cuál sería el tratamiento de mantenimiento de primera línea menos intenso dentro de su gravedad según GEMA 5.3? (2019 diciembre)

- a) SABA a demanda.

b) Glucocorticoide inhalado a dosis bajas.

c) GCI dosis bajas + LABA

d) LABA + LAMA.

→ asma

1. Gravedad = intermitente

- síntomas diurnos = $<2/\text{sem}$

- medicación de alivio (SABA) = $<2/\text{sem}$

- síntomas nocturno = $<2/\text{mes}$

- limitación actividad = ninguna

- función pulmonar = $\text{FEV1} > 80\%$

- exacerbaciones = ninguna

2. Gravedad - escalón $\Rightarrow$ asma intermitente = escalón 1

3. Tto = escala terapéutica $\Rightarrow$ escalón 1 (asma intermitente) = SABA a demanda (altera it a asociado a GCI)

*correcta: a

. ¿Qué tratamiento para el asma se usa en el escalón 1? (2019 diciembre)

$\Rightarrow$ SABA a demanda.

. Una paciente de 40 años acude a urgencias consciente, con disnea moderada, Frecuencia Respiratoria = 22, FC = 110, TA normal. Tiene dificultad para hablar y sibilancias en la auscultación. Los valores espirométricos son los siguientes: $\text{FEV1} = 67\%$, $\text{SaO2} = 90\%$, $\text{PaCO2} = 39$. Usa la musculatura accesoria para respirar, ¿Qué tratamientos manejarías de inicio esa crisis en función de su gravedad según GEMA 5.3? (ver tablas y figuras al final) (2024 enero)

a) Salbutamol pMDI + ipratropio por vía inhalatoria.

b) Oxígeno.

c) Glucocorticoides inhalados + Glucocorticoides sistémicos.

d) Todas las opciones anteriores se incluirían en el tratamiento.

→ crisis asma

- evaluación gravedad:

- crisis moderada = disnea moderada + habla frases + $\text{FR} > 20$ + $\text{FC} > 100$ + PA normal + uso musculatura accesoria presente + sibilancias + $\text{FEV1} < 70\%$ + $\text{SaO2} < 95\%$ + $\text{PaCO2} < 40$

- crisis grave = disnea intensa + habla palabras + $\text{FR} > 25$ + $\text{FC} > 120$ + PA normal + uso musculatura accesoria muy evidente + sibilancias + $\text{FEV1} < 50\%$ + $\text{SaO2} < 90\%$ + $\text{PaCO2} < 40$

- manejo terapéutico $\Rightarrow$ crisis moderada/grave ($\text{FEV1} < 70\%$):

- oxígeno ($\text{FiO2} < 40$ / $\text{SaO2} < 92\%$)

- salbutamol + ipratropio

- GCS (prednisona/hidrocortisona)

- GCI (propionato de fluticasona / budesonida)

*correcta: d

. El mismo paciente (2021 enero) acude a urgencias consciente, con disnea leve, taquipnea, ligera dificultad para hablar y sibilancias. Los valores espirométricos son los siguientes: $\text{FEV1} 73\%$, $\text{SaO2} > 96$, PaCO2 normal. No usa musculatura accesoria, TA normal, $\text{FC} < 100$. ¿Como manejarías de inicio esa crisis en función de su gravedad? (ver tablas al final) (2021 enero)

a) Salbutamol pMDI + cámara, 2-4 inhalaciones c/20 min durante 1 hora.

b) Salbutamol + Ipratropio nebulizados.

c) Glucocorticoides inhalados + Glucocorticoides sistémicos.

d) Salbutamol intravenoso + Hidrocortisona intravenosa.

→ crisis asma

- evaluación gravedad:

- crisis leve = disnea leve + habla párrafos + FR aumentada + $\text{FC} < 100$ + PA normal + NO uso musculatura accesoria + sibilancias + $\text{FEV1} > 70\%$ + $\text{SaO2} > 95\%$ + PaCO2 normal

- manejo terapéutico $\Rightarrow$ crisis leve ($\text{FEV1} > 70\%$) = salbutamol: pMDI + cámara 2-4 inhalaciones c/20min durante 1ª hora

*correcta: a

5. EPOC

. Mujer de 69 años, fumadora. IMC: 35. Sufre tos y expectoración durante largas temporadas a lo largo del año. Presenta disnea al caminar deprisa en llano y al subir pequeñas pendientes. FVC: post-broncodilatador: 60%. No sufrió ninguna exacerbación/ingreso. ¿Cuál crees que sería el tratamiento inicial de elección? (ver tablas al final) (2021 enero)

- a) Antagonista muscarínico de larga duración (LAMA).
- b) Antagonista B-adrenérgico de larga duración (LABA) + Corticoide Inhalado (CI).
- c) LAMA+ CI.
- d) LABA + Roflumilast.

→ EPOC - gravedad = riesgo bajo:

- FEV1 postbroncodilatación >50%
- Disnea (mMRC) = 0-2 => disnea andar de prisa en llano + subiendo pendiente poco pronunciada = 1
- exacerbaciones (último año) = 0-1 (sin ingreso)

→ EPOC - riesgo bajo - tto inicial = LAMA

*correcta: a

. Paciente de 72 años IMC 21. Fumador. Tosedor habitual con expectoración escasa. Disnea que le produce incapacidad para mantener el paso de otras personas de su misma edad caminando en llano. La espirometría revela FVC: =93%, FEV1 =65,8%, FVC1/FVC = 70,7, FVC1 post-broncodilatador = 47%. Dos exacerbaciones graves el último año. La analítica de sangre nos indica 500 eosinófilos/mm³ en fase estable ¿Cuál de los siguientes tratamientos crees que podría estar recibiendo? (ver tablas al final) (2024 enero)

- a) LAMA (agonista muscarínico de larga duración) solamente.
- b) LAMA + LABA (agonistas β_2 adrenérgicos de larga duración).
- c) LAMA + LABA + ICS (corticoide inhalado).
- d) ICS solamente.

→ EPOC

1. estratificación gravedad => riesgo alto = FEV1<50% + disnea (mMRC) >2/=2 con tto + exacerbaciones >2/a ó ingreso
- mMRC -> 2 = disnea produce incapacidad mantener paso personas misma edad
2. tto inhalado => alto riesgo + exacerbaciones = LABA + ICS -> >300 eosinófilos = LAMA + LABA + ICS

*correcta: c

. Paciente varón de 72 años. Constitución física asténica, IMC 18. Fumador. Tosedor habitual con expectoración escasa. Disnea que le provoca tener que parar cada 80 metros. Patrón espirométrico: FVC1 post-broncodilatador: 45%. Más de 4 exacerbaciones graves con 2 ingresos. ¿Cuál de los siguientes tratamientos crees que podría estar recibiendo? (ver tablas al final) (2021 enero) (2019 diciembre)

- a) LAMA solamente
- b) Antagonista B-adrenérgico de corta duración (SABA) solamente.
- c) LAMA / LABA + CI).
- d) Ninguna de las opciones anteriores es correcta.

→ EPOC

1. estratificación gravedad => riesgo alto = FEV1<50% + disnea (mMRC) >2/=2 con tto + exacerbaciones >2/a ó ingreso
- mMRC -> 3 = disnea te para a descansar tras andar 100m / pocos min en llano
2. tto inhalado => alto riesgo + exacerbaciones = LABA + ICS -> antecedentes de ASMA / >300 espsinofilos / exacerbaciones a pesar tto (después de 4 exacerbaciones y 2 ingresos este paciente muestra control nulo de la enfermedad) = x3 terapia: LABA + LABA + ICS

*correcta: c

6. ANAFILAXIA

. ¿Cuál es el objetivo principal del uso de corticoides en el tratamiento de una reacción anafiláctica? (2024 enero)

- a) Tratar el broncoespasmo.
- b) Prevenir o acortar reacciones prolongadas.
- c) Tratar la hipotensión refractaria.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ anafilaxia - algoritmos actuación:

1. paciente posición Trendelenburg + estado general (ABDE)
2. adrenalina IM (muslo)
3. estabilizar vía aérea
4. terapéutica adyuvante => esteroides = prevenir reacciones prolongadas (admin post resucitación inicial)

*correcta: b

. En un paciente a tratamiento con un fármaco antagonista B-adrenérgico, ¿Qué fármaco se podría utilizar para aumentar el gasto cardíaco sin actuar sobre los receptores B-1 adrenérgicos? (2024 enero)

- a) Noradrenalina.
- b) Glucagón.
- c) Adrenalina.
- d) Dobutamina.

*correcta: b

. ¿En un paciente con que sufre una reacción anafiláctica, recibe tratamiento con adrenalina, pero por estar a tratamiento con beta-bloqueantes adrenérgicos ésta no ejerce la acción inotropa positiva esperada; ¿cual podría ser una alternativa terapéutica para conseguirlo? (2021 enero) (2019 enero)

- a) Glucagón.
- b) Noradrenalina.
- c) Acetilcolina.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

→ reacción anafiláctica = tto adrenalina -> si paciente recibe betabloqueantes = resistencia tto adrenalina (hipotensión refractaria + bradicardia prolongada) => glucagón = indicado x acción inotrópica/cronotrópica NO mediada x receptores beta adrenérgicos

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes son acciones de la adrenalina justifica sus efectos terapéuticos en el tratamiento de una reacción anafiláctica? (2024 enero) (2018 enero)

- a) Antagonista α -1 adrenérgico.
- b) Agonista B-1 adrenérgico.
- c) Antagonista B-2 adrenérgico.
- d) Las respuestas b) y c) son las correctas.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes son acciones de la adrenalina justifica sus efectos terapéuticos en el tratamiento de una reacción anafiláctica? (2021 enero) (2019 enero)

- a) Agonista α -1 adrenérgico.
- b) Agonista B-1 adrenérgico.
- c) Agonista B-2 adrenérgico.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ adrenalina - efectos farmacológicos/terapéuticos:

- agonistas receptores α 1 adrenérgicos = (+) vasoconstricción + (+) resistencia vascular periférica + (-) edema mucoso
- agonistas beta1 adrenérgicos = inotrópico + cronotrópico positivo
- agonistas beta2 adrenérgicos = (+) broncodilatación + (-) liberación mediadores inflamación (de mastocitos + basófilos)

*correcta: d

7. MENOPAUSIA

. ¿Cuál de las siguientes son contraindicaciones absolutas de la THM? (2024 enero)

- a) Neoplasia dependiente de estrógeno.
- b) Trombosis activa.
- c) Embarazo.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ terapia hormonal sustitutiva (THS) - contraindicaciones absolutas:

- sangrado anormal NO dx
- cáncer mama
- neoplasia dependiente estrógenos
- trombosis activa
- enfermedad tromboembólica arterial
- disfunción/enfermedad hepática
- embarazo

*correcta: d

. Mujer de 53 años con amenorrea, con fecha de última menstruación en enero de 2018. Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama y de coronariopatía, por lo que deciden administrarle paroxetina (SSRI) para el tratamiento de los síntomas vasomotores. Es diagnosticada de cáncer de mama y recibe tratamiento con tamoxifeno. ¿Seguirías administrándole el SSRI? (2021 enero)

- a) Si.
- b) No, porque puede interferir con la activación del tamoxifeno.
- c) Reduciría la dosis, para que no aumentase la activación del tamoxifeno.
- d) Lo sustituiría por un estrógeno.

→ tamoxifeno = tto cancer mama estrógeno dependiente

- NO se puede dar tamoxifeno con paroxetina (ISRS) = compiten con CYP2D6 (enzima hepática activa tamoxifeno)

* tamoxifeno = profármacos [need] metabolismo hígado → encima CYP2D6 = forma activa

* paroxetina = [OFF] CYP2D6

→ menopausia = síndrome vasomotor / sofocos - tto:

1. THM (estrógenos a dosis bajas)
2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina = paroxetina
3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina = venlafaxina
4. Gabapentina

*correcta: b

. Mujer de 43 años que sufre amenorrea de más de un año. Niveles de FSH > 40 UI/l en dos ocasiones separadas por 6 semanas. ¿Qué actitud crees que se adaptaría a las recomendaciones de la International Menopause Society en relación con la terapia hormonal sustitutiva (THM)? (2024 enero)

- a) Tratarla con Raloxifeno.
- b) No aplicar THM.
- c) Aplicar THM cuando alcance la edad promedio de la menopausia.
- d) Aplicar THM hasta la edad promedio de la menopausia.

→ terapia hormonal sustitutiva (THM) - declaración consenso global - sección A (beneficio riesgo)

- mujeres experimentan menopausia espontánea/iatrogénica <45a (st <40a) = (+) riesgo: ECV + osteoporosis + trastorno afectivos + demencia => MHT = (-) síntomas + preserva densidad ósea → tto THS hasta edad promedio menopausia

*correcta: d

. Según la International Menopause Society, en mujeres que presentan la menopausia espontánea o iatrogénica antes de los 45 años, y particularmente antes de los 40: (2021 enero)

- a) Tienen menor riesgo de enfermedad cardiovascular.
- b) Suelen tener menor riesgo de alteraciones afectivas y demencia.
- c) La THM puede reducir los síntomas y preservar la densidad mineral ósea, y se aconseja su uso al menos hasta la edad promedio de la menopausia.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes son recomendaciones de la International Menopause Society en relación con la terapia hormonal sustitutiva (THM)? (2024 enero)

- a) Los ensayos controlados aleatorios y los datos observacionales, así como los metaanálisis, proporcionan evidencia de que la THM con estrógeno solo en dosis estándar aumenta significativamente el riesgo de infarto de miocardio y la mortalidad por todas las causas cuando se inicia en mujeres menores de 60 años y/o dentro de los 10 años de menopausia que a partir de los 70 años.
- b) El riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) y accidente cerebrovascular isquémico no aumenta con la THM oral.
- c) Los estudios observacionales y un metaanálisis apuntan a un probable menor riesgo de TEV y posiblemente accidente cerebrovascular con la terapia transdérmica (0,05 mg dos veces por semana o monos) en comparación con la terapia oral.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ terapia hormonal menopáusica (THM) - declaración consenso global => riesgo TEV + ACV isquémico

- (+) x THM v.o.

- THM [start] <60a = riesgo absoluto ACV

- THM transdérmica = (-) ACV [según estudios observacionales + metaanálisis]

*correcta: c

8. DIABETES MELLITUS

. En el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II ¿Qué fármaco es de primera elección en monoterapia? (2021 enero) (2019 enero)

- a) Sulfonilurea.
- b) Metformina.
- c) Inhibidor del DPP-4.
- d) Agonista del receptor GLP-1.

→ DM - antidiabéticos orales:

- biguanidas (metformina) = 1ª elección → (+) seguro

→ DMII - tto farmacológico ⇒ monoterapia = metformina

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes antidiabéticos orales tiene más riesgo de hipoglucemia? (2024 enero) (2021 enero) (2019 enero)

- a) Metformina.
- b) Tiazolidinediona.
- c) Sulfonilureas.
- d) Agonista del receptor GLP-1.

→ DM - antidiabéticos orales:

- sulfonilureas = hipoglucemia (+peso + cefaleas + mareos + reacciones cutáneas + edemas + anemia + alteraciones enzimas hepáticas)

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes antidiabéticos orales tiene más riesgo de ganancia de peso? (2024 enero)

- a) Metformina.
- b) Tiazolidinadiona.
- c) Agonista del receptor GLP-1 RAS.
- d) Inhibidores SGLT-2.

→ DM - antidiabéticos orales - efectos 2º = aumento peso <- sulfonilureas + tiazolidinedionas + meglitinidas

*correcta: b

. ¿Qué hipoglucemia te produce aumento de peso? (2018 diciembre)

- a) Metformina.
- b) Glipizida.
- c) Miglitol.
- d) Dapaglofozina.

→ DM - antidiabéticos orales - efectos 2º = aumento peso <- sulfonilureas (glipizida/gliclazida) + tiazolidinedionas + meglitinidas (repaglinida)

*correcta: b

9. OSTEOPOROSIS

. ¿Cuál de los siguientes fármacos podrían ser utilizados para reducir la reabsorción ósea en una mujer postmenopáusica con osteoporosis? (2024 enero)

- a) Bifosfonatos.
- b) Denosumab.
- c) Raloxifeno.
- d) Todas las opciones anteriores son válidas.

→ osteoporosis - tto farmacológico => fármacos inhibidores reabsorción ósea:

- bifosfonatos
- denosumab
- moduladores selectivos receptor estrógenos (raloxifeno)
- calcitonina
- estrógenos

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes es un fármaco antireabsortivo? (2018 diciembre)

- a) Denosumab.
- b) Bifosfonatos.
- c) Raloxifeno.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

*correcta: d

. Mujer de 70 años sufre una fractura de cadera izquierdo tras haberse caído sobre la misma altura que la de la acera sobre la que iba caminando. Tras ser intervenida, se lleva a cabo una densitometría ósea que aporta un T score ≤ -2.5 DE. ¿Cuál crees que sería el fármaco que más favorecería su ganancia de hueso? (2024 enero)

- a) Denosumab.
- b) Calcitonina.
- c) Alendronato.
- d) Teriparatida.

→ osteoporosis - tto farmacológico:

- fármacos formadores de hueso / osteoformadores = teriparatida + abaloparatida + romosozumab
- fármacos inhibidores resorción ósea / antirresortivos = bifosfonatos + denosumab + mod select recap estrógeno (raloxifeno/bazedoxifeno) + calcitonina

(Te rallas al principio porque piensas en buscar su riesgo y guías de tto, es mucho más fácil que eso, fármacos osteoformadores = "no te rompas el TARRO para formar hueso" T(eriparamida)A(baloparatida)RO(mosozumab))

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO SE UTILIZA en el tratamiento de la osteoporosis? (2021 enero)

- a) Denosumab.
- b) Tamoxifeno.
- c) Teriparatida.
- d) Raloxifeno.

→ osteoporosis - fármacos usos prevención farmacológica

- antireabsortivos = bifosfonatos + denosumab + THS + SERM (raloxifeno)
- osteoformadores = teriparatida
- mix = ranelato de estroncio

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA con respecto a los bifosfonatos: (2021 enero)

- a) Si se administran por vía oral, deben ingerirse en ayunas.
- b) Pueden producir osteonecrosis.
- c) Pueden producir fracturas atípicas.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

→ osteoporosis - fármacos

- vías administración => bifosfonatos = v.o. -> ayunas + (+)H₂O

- efectos 2º/adversos => bifosfonatos = osteonecrosis maxilares + fracturas atípicas diafisarias

*correcta: d

.Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA con respecto a los bifosfonatos: (2019 enero)

- a) Si se administran por vía oral, deben ingerirse en ayunas.
- b) Pueden producir osteonecrosis de maxilares.
- c) Pueden producir fracturas atípicas en fémur.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

*correcta: d

. Una mujer de 79 años acude a un servicio de Odontología por sufrir un dolor mandibular difuso de meses de evolución y ulceraciones mucosas submentonianas. Refiere haber sido tratada durante 5 años con alendronato por osteoporosis. En el examen odontológico se observó una lesión ulcerada en el lado derecho del maxilar inferior. Se realizó una tomografía computada y una resonancia magnética de los maxilares, y se detectaron lesiones osteolíticas en el maxilar inferior que afectaban ambas corticales con compromiso de los tejidos blandos adyacentes. ¿puede tratarse de un efecto secundario del alendronato? (2024 enero)

- a) Si, una fractura atípica de mandíbula.
- b) Si, osteonecrosis del maxilar inferior por bifosfonatos.
- c) Si, enfermedad de Paget secundaria al alendronato.
- d) No.

→ osteoporosis - tto farmacológicos - efectos adversos

- bifosfonatos

- irritación gastroesofágica + náuseas
- toxicidad renal
- dolor musculoesquelético + cefalea
- osteonecrosis de maxilares
- hipocalcemia
- fracturas atípicas diafisarias

- denosumab

- calambre extremidades
- sofocos
- riesgo tromboembólica

*correcta: b

. ¿Cuándo debemos hacer prevención primaria de osteoporosis? (2019 enero)

- a) DXA <2,5 en un paciente de más de 70 años.
- b) DXA <2,5 en un paciente de más de 65 años con un factor de riesgo mayor añadido.
- c) DXA <2,5 en un paciente menor de 65 años con dos factores de riesgo mayores.
- d) Todas son correctas.

→ osteoporosis - prevención primaria - indicación = DXA (densitometría ósea) = T < 2,5 DS + paciente:

- >70a

- >65a + FR mayor

- >60a + 2FR mayores / 1mayor+2menores

*correcta: d

10. DOLOR

. Una mujer de 52 años que acude a un servicio de urgencias por dolor e hinchazón en la rodilla izquierda a consecuencia de un traumatismo. Tiene antecedentes de úlcera péptica no complicada y coronariopatía. Si se decide tratar el dolor y la inflamación de forma sintomática, que opción elegirías: (2021 enero)

- a) AINE.
- b) Evitar AINE.
- c) AINE+IBP.
- d) Ninguna es correcta.

→ dolor tto farmacológico

- riesgo GI - medio = úlcera NO complicada
- riesgo CV - muy alto = enfermedad cardiovascular documentada
- GI medio + CV muy alto = naproxeno + IBP
- naproxeno = AINE (-) riesgo vascular

*correcta: c

. En un paciente con un dolor inflamatorio, con riesgo gastrointestinal bajo y cardiovascular alto, ¿qué tipo de tratamiento analgésico te parece el más adecuado? (2021 enero)

- a) Evitar AINE.
- b) COXIB + antiácido.
- c) Naproxeno.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

→ algoritmo uso AINEs según riesgo: cardiovascular + gastrointestinal

- GI bajo + CV alto = naproxeno

*correcta: c

. Un paciente con dolor, con riesgo gastrointestinal alto y riesgo cardiovascular muy alto, ¿qué tipo de tratamiento analgésico te parece el más adecuado? (2019 enero)

- a) AINE no selectivo
- b) Naproxeno + IBP
- c) COXIB + IBP.
- d) Evitar AINEs.

→ algoritmo uso AINEs según riesgo GI/CV

- riesgo GI alto → riesgo CV muy alto / alto = evitar AINES

*correcta: d

. ¿Qué fármaco AINE tiene menor riesgo cardiovascular? (2019 enero)

- a) Diclofenaco.
- b) Ibuprofeno.
- c) Naproxeno.
- d) Colecoxib.

→ efectos AINES a dosis antiinflamatorias:

- naproxeno → riesgo CV = (-)

*naproxeno = AINE con menor riesgo CV

*correcta: c

. ¿Cuál es el antídoto de las benzodiazepinas? (2018 diciembre)

- a) Flumacenilo.
- b) Naloxona.
- c) Morfina.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

*correcta: a

11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

. Varón de 20 años, no fumador, deportista, con PA media en los últimos controles de 145/90 mmHg, analítica y ECO normales. Riesgo cardiovascular calculado 1% a los 10 años. ¿Cuál no sería su actitud? (2024 enero)

- a) Recomendar abstención de alcohol y dieta sin exceso de sal.
- b) Ecografía abdominal para descartar estenosis de arteria renal.
- c) Iniciar enalapril 5mg.
- d) Control de PA en consulta de enfermería.

→ HTA

- PA consulta >140/90mmHg
- tto = PA<140/90 → pacientes RCV elevado / lesión órgano diana = PA<130/80
- tto NO farmacológico = se de instaurar siempre
 - dieta = (-) sal + comida sana-variada + alimentos K+
 - ejercicio físico moderado (caminar 1h)
 - dejar de fumar / reducir consumo alcohol
 - evitar sobrepeso
- tto farmacológico:
 - monoterapia si = cifras tensiomales próximas normalidad y NO FRCV + pacientes frágiles + >85a

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes es una combinación de primera elección en el tratamiento de hipertensos esenciales de riesgo bajo, no complicados? (2024 enero)

- a) Enalapril + bisoprolol.
- b) Amlodipino + Espironolactona.
- c) Atenolol + hidroclorotiazida.
- d) Enalapril + hidroclorotiazida.

→ HTA - esquema tto - tto combinado doble = IECA/ARAII + CA/diurético

*correcta: d

. 1a linea HTA: (2019 enero)

=> IECA y tiazida.

→ HTA - esquema tto farmacológico:

1. IECA/ARA-II + CA/diurético

. En el tratamiento de la HTA son posibles estas combinaciones excepto: (2017 mayo) (2012 mayo)

- a) IECAS- Antagonistas del calcio.
- b) IECAS- Tiazidas.
- c) IECAS- ARAII.
- d) Tiazidas- Antagonistas del Calcio.

*correcta: c

. En el tratamiento de la HTA resistente como cuarto fármaco podemos utilizar: (2024 enero)

- a) Diltiazem.
- b) Doxazosina.
- c) Labetalol.
- d) Alfametildopa.

→ HTA - politerapia = tto combinado triple plus = IECA/ARA II + CA + diurético + espironolactona → "hipertensión resistente"

=> alternativa espironolactona = betabloqueante/ doxazosina

*correcta: b

. Mujer de 68 años de edad con HTA de 20 años de evolución, realiza tratamiento de forma irregular con medidas higienicodietéticas y nifedipino, con mal control de sus cifras tensionales. Refiere presentar desde hace tres meses disnea a esfuerzos moderados y edemas en extremidades inferiores. En el ECG: Ritmo sinusal con FC 100 lpm, signos de hipertrofia del ventrículo izquierdo. Ecocardiograma: Hipertrofia de ventrículo izquierdo y aurícula izquierda ligeramente aumentada de tamaño. FE: 60%. Con estos datos cual crees que sería la opción terapéutica a llevar a cabo: (2021 enero)

- a) Retirar el tratamiento con Nifedipino.

- b) Iniciar tratamiento con Losartan y Furosemida.
- c) Dejar el tratamiento con Nifedipino y añadir Furosemida.
- d) a y b son correctas.

→ HTA - tto farmacológico

- ARA-II = losartan → indicado en presencia HVI + IC
- calcio antagonistas = nifedipino → efectos adversos = edemas pretibiales NO ceden con elevación piernas
- diuréticos = furosemida (seguril) → indicado para reducir congestión (edemas + disnea)

→ HTA - esquema tto = 1. IECA/ARA-II + CA/diurético

*correcta: d

. En el caso de HTA resistente podemos utilizar como tratamiento: (2017 mayo) (2012 mayo)

- a) Espironolactona.
- b) Calcioantagonistas.
- c) IECAS o ARA-II.
- d) Todas son correctas.

→ HTA resistente (3 fármacos y no responde) = 1. espironolactona → 2. doxazosina → 3. betabloqueante

*correcta: a

. Los fármacos betabloqueantes: (2021 enero)

- a) Están contraindicados en el tratamiento de la HTA durante el embarazo.
- b) No se utilizan nunca en el tratamiento de la HTA.
- c) Pueden utilizarse como terapia inicial de la HTA en pacientes con Insuficiencia Cardíaca fracción de eyección reducida sintomáticos.
- d) Son los fármacos que se añaden en caso de hipertensión resistente.

→ betabloqueantes - HTA:

- pueden retrasar crecimiento fetal en 1ª fases embarazo
- labetalol (alfa-betabloq) = fármaco elección emergencia hipertensiva (preeclampsia)
- HTA resistente = IECA/ARA-II + CA + diurético + espironolactona (/ betabloqueante / doxazosina)
- usos = alternativa espironolactona + embarazadas + pacientes con otra patología (cardiopatía isquémica / insuficiencia cardíaca)
- cuando paciente otra patología (IC) = betabloqueantes sustituyen elementos terapia combinada → st calcio antagonistas

*correcta: c

. El Icatibant es una de las opciones terapéuticas en el tratamiento de: (2021 enero)

- a) Angioedema inducido por IECAS.
- b) Insuficiencia cardíaca que no cede con la triple terapia de IECAS más betabloqueantes más espironolactona.
- c) Dislipemias cuando no se pueden utilizar las estatinas.
- d) Hiperglucemias derivadas del uso de corticosteroides.

→ IECAS - efectos adversos = angioedema

*correcta: a

. Son acciones de los IECAS, excepto: (2018)

- a) Disminuyen la presión arterial.
- b) Dilatan las arteriolas al impedir la formación de angiotensina II.
- c) Bloquean la acción de la enzima convertidora de angiotensina.
- d) Producen hipopotasemia.

→ HTA - IECA ⇒ mecanismo acción:

- [OFF] enzima convertidora angiotensina = (-) angiotensina II
- angiotensina = vasoconstrictora → si disminuimos sus niveles plasmáticos = vasodilatación
- (+) cininas = vasodilatadoras
- hiperpotasemia

*correcta: d

. Mujer con HTA a tto con ieca con cifras de 140/85 y se queda embarazada que haces: (2019 enero)

- a) Quitar IECA y dar METILDOPA.
- b) Cambiar IECA por ARA-II.

- c) Dejar ieca.
 - d) Quitar antihipertensivo porque las cifras de tensión están bien.
- HTA - fármacos embarazadas:
- elección = metildopa + labetalol + nifedipino
 - cautela = betabloqueantes + diuréticos
 - contraindicados = IECA + ARA-II + inhibidores directos renina
- *correcta: a

. ¿Cuál es el fármaco de elección en el tratamiento de la hipertensión arterial en el embarazo? (2018)

- a) Enalapril.
- b) Amlodipina.
- c) Carvedilol.
- d) Metildopa.

*correcta: d

. Uno de los siguientes fármacos está contraindicado como tratamiento de la hipertensión arterial durante el embarazo: (2017 mayo) (2012 mayo)

- a) Captopril.
- b) Labetalol.
- c) Nifedipino.
- d) Metildopa.

*correcta: a

. ¿Qué antihipertensivo no se puede administrar en un paciente con artritis gotosa? (2018 diciembre)

=> Hidroclorotiazida.

→ HTA - tto farmacológico => diuréticos - efectos adversos = hiponatremia + hipopotasemia + hiperuricemia + intolerancia glucosa + impotencia + alteraciones lipídicas.

. Antihipertensivo de elección en el primer trimestre en embarazadas. (2015 febrero)

=> Labetalol: bloqueante combinado de receptores α y β adrenérgicos.

. Un hombre de 73 años manifiesta dificultad para respirar por las noches e hinchazón en los tobillos. El paciente ha disminuido la actividad física en este año por el dolor torácico que surge cuando realiza algún esfuerzo. La exploración física revela estertores en los pulmones, crecimiento del hígado y edemas en ambos tobillos. Tiene 140/90 mmHg de PA, y la FC es de 95 lpm. El ECG en reposo es normal. ¿Cuáles de los siguientes fármacos deben incluirse en el tratamiento inmediato? (2014 febrero)

- a) Furosemida y captopril.
- b) Captopril y nitratos.
- c) Diltiazem y captopril.
- d) Furosemida y diltiazem.

→ esos edemas en MMII ya me llevan a evitar CA (diltiazem)

→ edemas = usar diuréticos (Furosemida)

→ HTA - tto = IECA/ARAII + CA/diuréticos

- porque entre las opciones no hay ARA II + diurético, pero sería lo más recomendado teniendo en cuenta que entre los efectos adversos de los IECAs están los angioedemas

- Me corrijo en lo anterior = IECAs son los cardioprotectores x excelencia por lo que se dan en pacientes con IC

*correcta: a

. Un paciente de 55 años ha sido diagnosticado de miocardiopatía alcohólica e insuficiencia cardíaca congestiva. Tiene hipertensión esencial de 180/110 mmHg. ¿Cuál de los siguientes sería el tratamiento más apropiado para reducir la tensión arterial del paciente? (2018)

- a) Bloqueantes α -adrenérgicos.
- b) Nitratos.
- c) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
- d) Antagonistas de los canales de calcio.

→ HTA - tto farmacológico => IECA = cardioprotectores

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes asociaciones fármaco antihipertensivo-efecto indeseado es incorrecta? (2018)

- a) Primer escalón.
 - b) Enalapril - Hiperpotasemia.
 - c) Nifedipino - Edemas maleolares.
 - d) Verapamilo - taquicardia.
- HTA - tto farmacológico - efectos adversos
- IECA = hiperpotasemia + angioedema + tos seca
 - CA (nifedipino + verapamilo + diltiazem) = edema pretibial
 - verapamilo = antiarrítmicos (bradicardia)

*correcta: d

12. INSUFICIENCIA CARDÍACA

. Hoy en día los péptidos natriuréticos constituyen una herramienta fundamental para el diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardíaca. Señale la respuesta falsa respecto a los mismos: (2024 enero)

- a) Presentan un alto valor predictivo positivo para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca.
- b) Presentan un alto valor predictivo negativo para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca.
- c) Entre las causas no cardíacas que los pueden elevar se encuentran la EPOC, la insuficiencia renal, la edad avanzada o la sepsis.
- d) Pueden ser útiles para monitorizar la respuesta al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca.

→ IC - dx => NT-proBNP >125 / BNP >35 → eco = confirmar dx

- biomarcadores elevados = NO signo patognomónico IC => aumentados x: IR + ACV + TEP + EPOC + CI + edad avanzada + hemorragias subaracnoideas + quemados + anemia

*correcta: a

. En pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida, hay una serie de medidas terapéuticas que han demostrado reducir la mortalidad cardiovascular. ¿Cuál de la siguiente medida terapéutica no ha demostrado claramente dicho beneficio? (2024 enero)

- a) Sacubitrilo/valsartán.
- b) Bisoprolol.
- c) Furosemida.
- d) Espironolactona.

→ ICfEr - tto = IECA/ARNI + betabloqueantes + antagonista receptor mineralocorticoides (espironolactona) + iSGLT2 (dapagliflozina) = 4 fantásticos → reducen mortalidad

- síntomas congestivos = damos diuréticos → diuréticos = NO cardioprotectores

*correcta: c

. ¿Cuál no baja morbilidad? (2019 diciembre)

=> Furosemida.

. Paciente de 72 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e infarto de miocardio hai un ano con FEVI do 30% O seu tratamento habitual é Acido acetilsalicílico, furosemida e captopril. Acode a consulta referindo disnea de pequenos esforzos. A exploración física é compatible con IC de predominio dereito. TA: 140/70; FC 70 lpm. Cal das seguintes intervencións é de menor prioridade desde o punto de vista de mellorar a seu pronóstico? (2021 enero)

- a) Iniciar tratamento con Espironolactona.
- b) Iniciar tratamento con Digoxina.
- c) Iniciar tratamento con Bisoprolol.
- d) Iniciar tratamento con Simvastatina.

→ ICfEr = 4 fantásticos

→ IC - tto farmacológico:

- digoxina = NO reduce morbi-mortalidad [1ª lines tto FA]

- estatinas = se dejan en pacientes toman x cardiopatía isquémica

*correcta: b

. Mujer de 75 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca con FE del 25% que acude a revisión encontrándose estable en clase funcional III de la NYHA. Tiene un desfibrilador cardioversión implantado. La medicación actual consiste en Lisinopril, Carvedilol y Espironolactona en las dosis máximas toleradas. En la exploración física tiene TA: 118/74 mmHg. FC: 78lpm. En la auscultación cardíaca se detecta un tercer tono. La auscultación pulmonar es normal. No presenta edemas. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado en su manejo? (2014 enero)

- a) Añadir sacubitrilo/valsartán.
- b) Añadir ivabradina.
- c) Suspender el lisinopril e iniciar sacubitrilo/valsartán.
- d) Suspender el carvedilol e iniciar ivabradina.

→ ARNI = fármaco 1ª línea ICfEr

*correcta: c

. Los fármacos denominados ARNI se utilizan en el tratamiento de: (2018) (2017 mayo)

- a) Hiperlipidemias.
- b) Hipertensión arterial.
- c) Insuficiencia cardíaca.
- d) Artritis reumatoide.

*correcta: c

. Primera línea tto IC: (2019 diciembre)

=> IECA.

-> IC:

- IECA = tto inicial estándar -> IC sistólica/ FER
- ARNI = fármaco 1ª línea tto IC FER (preferentes a IECAs)

*si me dan opción de ARNI pongo ARNI.

. IC a tto con bb, ieca y furosemida, sigue sintomático qué haces: ¿2019 diciembre)

=> Añadir espironolactona (única opción que puede hacerte dudar: subir dosis ieca).

-> IC FER - tto = 4 fantásticos (si das 3 y sigue sintomático pues das el cuarto)

*dejo fallo para espabilar con tanta tontería ya. Furosemida es un diurético que NO está entre los 4 fantásticos = ARNI/IECA/ARAII + BB + ARM (espironolactona) + iSGLT2 (dapaglifozina).

. ¿Qué fármacos empleados en el tratamiento de la IC aumentan la vida de los pacientes (reducen la morbimortalidad)? (2018 diciembre)

-> IC- tto = (-)morbimortalidad:

- FER = ARNI/IECAs/ARA-II + BB + ARM + iSGLT2
- FEC = iSGLT2

. Todos los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en cualquiera de sus estadios deben recibir una combinación de fármacos ¿Cuáles son? (2018)

- a) Betabloqueantes + Digitalicos.
- b) IECA + betabloqueantes.
- c) Diurético + Antagonista de la Aldosterona.
- d) Aspirina + Betabloqueantes.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no ha demostrado disminuir la mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca? (2018)

- a) Digoxina.
- b) Metoprolol.
- c) Enalapril.
- d) Espironolactona.

*correcta: a

. Son acciones de los IECAs, excepto: (2018)

- a) Disminuyen la presión arterial.
- b) Dilatan las arteriolas al impedir la formación de angiotensina II.
- c) Bloquean la acción de la enzima convertidora de angiotensina.
- d) Producen hipopotasemia.

-> IC - IECA => control: PA (hipotensión arterial) + función renal + nivel electrolitos (hiperpotasemia) + FC (disminuida)

*correcta: d

. Los ARA-II como el Losartán, son uná alternativa a los IECA: (2017 mayo)

- a) En pacientes que no toleran los IECA por la tos seca y persistente que producen.
- b) En la HTA son más eficaces que los IECA.
- c) En la Insuficiencia Cardíaca Congestiva son más seguros que los IECA.
- d) En el embarazo no presentan riesgo teratogénico como los IECA.

-> IC - tto farmacológico => ARA-II - indicaciones:

- pacientes IC-FEr intolerancia IECA/ARNI
- contraindicaciones embarazo (como IECA)

*correcta: a

. La titulación de la dosis de sacubitrilo/valsartán se debe realizar cada 2-4 semanas aproximadamente hasta llegar a la dosis máxima tolerada por el paciente ¿Qué no se debe tener en cuenta en el seguimiento específico de este fármaco? (2024 enero)

- a) Función renal y niveles de potasio.
- b) Presión arterial y niveles de NT-proBNP.
- c) Glucemia y HbA1c.
- d) Angioedema.

→ ARNI = valsartán (ARA-II) + sacubitrilo (inhibidor neorilipsina)

- monitorizar siempre = TA + FC + potasio + función renal
- reacciones adversas = hipotensión sintomáticos + angioedema

*correcta: c

. En pacientes con patologías cardíacas como insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular que asocian enfermedad renal crónica, el manejo terapéutico es complejo debido a que algunos fármacos precisan ajuste de dosis según los niveles de creatinina o filtrado glomerular. Señale cuál de los siguientes fármacos no precisa ajuste de dosis en estos casos: (2024 enero)

- a) Nebivolol.
- b) Eplerenona.
- c) Canaglifozina.
- d) Sacubitrilo / valsartán.

→ IC - tto farmacológico:

- betabloqueantes = nebulolol → metabolización hepática → útil en pacientes con insuficiencia renal
- antagonistas receptores mineralocorticoides (ARM) / antialdosterónicos = eplerenona → efectos 2º: hiperpotasemia + deterioro función renal = control función renal + cifras potasio
- ARNI (sacubitrilo-valsartán) → monitorizar siempre función renal

*correcta: a

. Hombre de 75 años, hipertenso y dislipémico con antecedentes de insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (FE < 30%). Acude a nuestra consulta por empeoramiento de su disnea habitual en las últimas semanas. Su tensión arterial sistólica es de 160/95 mmHg con frecuencia cardíaca de 65 lpm. En la exploración física no se auscultan crepitantes y su presión venosa yugular es normal. La determinación de creatinina es de 3.7 mg/dL con iones dentro de la normalidad. ¿Cuál de los siguientes fármacos es el más adecuado para mejorar el pronóstico de su insuficiencia cardíaca? (2021 enero)

- a) Enalapril.
- b) Losartán.
- c) Espironolactona.
- d) Bisoprolol.

→ betabloqueantes metabolizable en hígado = preservan función renal

*correcta: d

. Un paciente con infarto de miocardio al que se le pautaron varios ... presenta tos seca de varios meses de evolución, no fuma ni tiene antecedentes de asma. ¿Cuál sería el fármaco que produce este efecto adverso? (2014 febrero)

- a) Lisinopril.
- b) Losartán.
- c) Lovastatina.
- d) Labetalol.

→ IECA - efecto adverso = tos seca NO productiva

*correcta: a

. Un paciente de 60 años asmático, hipertenso e hipercolesterolémico, ha presentado dos episodios de angor en relación con el esfuerzo. ¿Cuál de los dos siguientes fármacos excluiría en el tratamiento inicial? (2018)

- a) Verapamilo.

- b) Propanolol.
- c) Aspirina.
- d) Nitratos.

→ beta-bloqueantes - contraindicaciones:

1. hipotensión arterial mantenida
2. bradicardia sinusal (FC < 50 lpm)
3. bloqueos A-V grado II-III
4. arteriopatía periférica sintomática en reposo
5. ASMA bronquial (x producir broncoconstricción)

*correcta: b

. Paciente de 78 años diagnosticado de artritis reumatoidea y de miocardiopatía dilatada idiopática con disfunción ventricular izquierda (FE 38%) y fibrilación auricular crónica. ¿Cuál de los siguientes fármacos debería ser evitado en su tratamiento? (2024 enero) (2019 diciembre)

- a) Desketoprofeno.
- b) Digoxina.
- c) Sacubitril/valsartán.
- d) Acenocumarol.

→ IC + FA = digoxina (1ª línea) + anticoagulación (acenocumarol/sintrom)

→ IC - fármacos "prohibidos" = IECA (desketoprofeno) + CA (verapamilo/diltiazem) + glitazonas

*correcta: a

. Paciente de 78 años diagnosticado de miocardiopatía dilatada idiopática con disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección 38%) y fibrilación auricular crónica. ¿Cuál de los siguientes fármacos debería ser evitado en su tratamiento? (2021 enero)

- a) Naproxeno.
- b) Digoxina.
- c) Acenocumarol.
- d) Enalapril.

→ IC - estrategias terapéuticas = evitar fármacos NO seguros :

- AINEs (desketoprofeno) = nefropatía
- inhibidores COX-2
- antagonistas calcio (verapamilo + Diltiazem) → nifedipino podría darse
- glitazonas = hipoglicemizantes pueden provocar congestión (edemas)

→ IC - tto farmacológico:

- ARNI (sacubitril-valsartán) = fármaco 1ª línea IC/FA
- digoxina = IC/FA ⇒ 1ª línea tto
- anticoagulantes = todo paciente IC + FA → sintrom (acenocumarol)

*correcta: a

. Contraindicado en IC: (2019 diciembre)

⇒ Glitazona.

→ IC - estrategia terapéutica = evitar fármacos NO seguros = AINE/iCOX2 + CA + glitazonas

. En el caso de un paciente portador de una miocardiopatía dilatada idiopática con FE 20%, clase funcional III-IV, diabético tipo 2, con una creatinina sérica de 2,1 mg/dl y un potasio de 4 mmol/L, con fibrilación auricular permanente, no tolera los IECAs por tos seca y persistente, que presenta un cuadro de edema agudo de pulmón, de los siguientes cuál crees que sería el tratamiento más idóneo en este momento: (2021 enero)

- a) Digoxina, Furosemida, Enalapril, Amiodarona, Dinitrato de isosorbida.
- b) Warfarina, Furosemida, Enalapril, Digoxina, Carvedilol.
- c) Losartán, Furosemida, Espironolactona, Bisoprolol, Digoxina.
- d) Lisinopril, Losartán, Furosemida, Espironolactona, Warfarina, Digoxina, Amiodarona, AAS, Carvedilol.

→ IC/FA - tto farmacológico:

- 4 fantásticos
- diuréticos = muy eficaces control síntomas congestivos (edemas) → diuréticos de asma (furosemida = max potencia)
- IC/FA + FA = digoxina 1ª línea tto

→ a,b,d llevan IECAs (enalapril + lisinopril) que el enunciado te dice que contraindica x efectos 2º no tolera paciente

*correcta: c

. La digoxina: (2017 mayo)

- a) Disminuye la contractilidad cardíaca.
- b) Disminuye la frecuencia cardíaca y aumenta la fuerza de contracción.
- c) Activa la bomba Na/K.
- d) Inhibe la actividad vagal.

→ digoxina = (+) contractilidad (inotrópico positivo) + (-)FC + vasodilatación

*correcta: b

. Señala cuál de las siguientes reacciones adversas no es propia de la digoxina: (2014)

- a) Sequedad de la boca y retención urinaria.
- b) Arritmias cardíacas.
- c) Náuseas y vómitos.
- d) Visión borrosa.

*correcta: a

. Hombre de 84 años de edad, con insuficiencia cardíaca crónica en grado funcional secundario cardiopatía isquémica con fracción de eyección reducida no vascularizable, enfermedad renal crónica estadio 3 (filtrado glomerular 45-0mL/min) y fibrilación auricular permanente con frecuencia cardíaca > 80 latidos por minuto. ¿Cuál de los siguientes fármacos no aporta beneficio al paciente según la evidencia disponible en la actualidad? (2024 enero) (2021 enero) (2019 diciembre) (2018 diciembre)

- a) Ivabradina.
- b) Enalapril.
- c) Espironolactona.
- d) Dapagliflozina.

→ ICfEr - tto farmacológico = 4 fantásticos

1. ARNI>IECA>ARA-II
2. betabloqueantes
3. ARM
4. iSGLT2

Otros = Ivabradina => NO en pacientes FA / FC<70lpm

*correcta: a

. ¿Cuál no dar en FA? (2019 diciembre)

=> Ivabradina

. Señala la respuesta incorrecta con respecto a la ivabradina: (2018)

- a) Se utiliza para tratamiento de la insuficiencia cardíaca.
- b) Se utiliza para tratamiento de la cardiopatía isquémica.
- c) Se puede utilizar si el paciente está en fibrilación auricular.
- d) Se puede usar si el paciente tiene una Fc>70lpm.

→ IC - tto farmacológico => ivabradina

- reducción frecuencia cardíaca - pacientes con ICfEr
- FC>70lpm
- paciente FA / FC<70lpm = NO
- efectos 2º = trastornos oculares + trastornos ritmo cardíaco

*correcta: c

. En un paciente que tiene FA con FC>80 l/m, ¿qué fármaco no se puede administrar? (2018 diciembre)

=> Ivabradina.

. Indicar qué fármaco de los señalados se evitará en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica: (2017 mayo)

- a) Furosemida.
- b) Verapamilo.

c) IECA.

d) Espironolactona.

→ IC - tto farmacológico => antagonistas calcio

- verapamilo / diltiazem = empeoran IC (xq provocan edema) → contraindicados IC-FEr

- si podemos dar Nifedipino

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes calcioantagonistas se utiliza preferentemente en el tratamiento de la cardiopatía isquémica? (2014)

a) Verapamilo.

b) Nifedipino.

c) Diltiazem.

d) No se utiliza ninguno de ellos.

*correcta: b

. No es una indicación de los antagonistas del calcio: (2014)

a) Hipertensión arterial.

b) Arritmias cardíacas supraventriculares.

c) Insuficiencia cardíaca.

d) Profilaxis de la angina de pecho.

*correcta: c

. En el manejo de la Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, están indicados inicialmente los siguientes fármacos, excepto: (2024 enero)

a) Empaglifozina.

b) Furosemida.

c) Lisinopril.

d) Ivabradina.

→ IC-FEr - tto:

- iSGLT2 = empaglifozina

- IECA = lisinopril

- diuréticos = furosemida

- anti-HTA (BB + antagonistas Calcio)

*correcta: d

13. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

. SCACEST confirmado x EKG, ¿cuál es falsa?: (2019 diciembre)

=> Esperar a resultados de troponinas antes de tomar decisión terapéutica.

-> SCA => si sospechamos = hacemos ECG

- elevación persistente ST = IAMCEST = actuar urgentemente -> ICP (angioplastia) / tto trombolítico
- anomalías ST / ECG anodino = estudio troponinas (valor predictivo negativo = SI descarta - NO confirma)

. Hombre de 57 años, exfumador, con antecedentes de pancreatitis aguda alitiásica. A tratamiento con pantoprazol y sildenafil. Consulta por dolor torácico opresivo a las 7,30 h a.m., mientras se encontraba en reposo. PA, 148/82 mmHg. FC 85 lpm, Sat 98% basal. AC rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. No edemas, pulsos presentes y simétricos. Se le realiza un ECG compatible con IAM inferior. ¿Cuál de los siguientes fármacos está contraindicado en este paciente? (2024 enero)

- a) Morfina.
- b) Dinitrato de Isosorbida.
- c) Atenolol.
- d) Clopidogrel.

-> cardiopatía isquémica - tto - modificar estilo vida:

- restringir toma sildenafil (viagra) = x NO +nitratos => sildenafil + nitratos = muerte

-> síndrome coronario agudo - tto

1. reposo + analgesia + monitorización => morfina / nitroglicerina
- nitratos (nitroglicerina / dinitrato isorbida) = antianginoso
2. antiagregación = AAS + prasugrel/tricagrelor
- clopidogrel = se prefiere NO usar x (+) riesgo sangrado
3. anticoagulantes = heparina NO fraccionada / enoxaparina
4. perfusión coronaria

*correcta: b

. Paciente con scacest y toma viagra: (2019 diciembre)

=> No dar nitratos.

. El uso de nitratos: (2021 enero)

- a) Se utilizan siempre por vía i.v. en pacientes sintomáticos con IAMCEST.
- b) Se pueden administrar siempre si la PAS es menor de 90 mmHg.
- c) Son útiles por vía sublingual para el control sintomático del Síndrome Coronario Agudo.
- d) Son de elección por vía i.v. cuando hay un infarto del Ventrículo derecho.

-> nitratos = nitroglicerina

- tto SCA sublingual - antianginoso

- vía administración (+) frec = sublingual

- i.v. = fase aguda paciente HTA/IC (siempre que NO! hipotensión (PAS<90) + infarto VD + admin iPDE5 (sildenafil) <48h

*correcta: c

. Los nitratos son: (2014)

- a) Fármacos vasoconstrictores y hemostáticos.
- b) Fármacos antiulcerosos.
- c) Fármacos hipolipemiantes.
- d) Fármacos vasodilatadores y antianginosos.

-> nitratos = antianginosos

1. liberan óxido nítrico = mejora aporte O₂ pacientes
2. mejoran dolor anginoso
3. vasodilatación periférica
4. (-) espasmo coronario

*correcta: d

. Un varón de 63 años acude a Urgencias de un PAC con un dolor opresivo torácico minutos de evolución. El ECG muestra elevación persistente del segmento ST derivaciones V1 a V4. La clínica no cede con nitroglicerina. No existe contraindicación

para la fibrinólisis y el tiempo estimado en llegar a un centro con posibilidad de intervencionismo coronario es de 3 horas. ¿Cuál sería la estrategia más adecuada? (2024 enero)

- a) Administrar aspirina, clopidogrel, enoxaparina y trasladar al paciente para ICP primaria.
- b) Administrar Tenecteplasa y traslado posterior urgente a un centro con servicio de hemodinámica para realización de ICP.
- c) Administrar Tenecteplasa, tratamiento concomitante con aspirina, clopidogrel y enoxaparina.
- d) Administrar Tenecteplasa, tratamiento concomitante con aspirina, clopidogrel y enoxaparina. Traslado posterior a un centro con servicio de hemodinámica para la realización de cateterismo y revascularización si procediera.

→ IAM - tto ⇒ desde dx IAM = 2 h angioplastia

- centro angioplastia >2h/120min = tto fibrinolítico (antitrombótico) + traslado centro ICP

- tto fibrinolítico = tenecteplasa i.v. + x2 antiagregación (AAS + clopidogrel *tricagrelor/prasugrel pref*) + enoxaparina i.v. + traslado centro ICP (evalúan eficacia tto + necesidad angioplastia rescate)

*correcta: d

. Después del proceso de revascularización coronaria con angioplastia debemos utilizar como antiagregantes: (2019) (2017 mayo) (2012 mayo)

- a) AAS más Ticagrelor durante doce meses.
- b) AAS más Abciximab durante doce meses.
- c) AAS más Clopidogrel durante un mes.
- d) AAS más Ticlopidina durante doce meses.

→ recuerda que a día de hoy se prefiere ticagrelor/prasugrel

*correcta: a

. Hombre de 72 años que acude al hospital por dolor torácico opresivo de una hora de evolución. La presión arterial es de 68/32mmHg, la frecuencia cardíaca es de 124 lpm, la frecuencia respiratoria es de 32rpm, la saturación de oxígeno es del 91%. A la auscultación pulmonar se aprecian crepitantes bilaterales. Se realiza un ECG que muestra elevación marcada del ST en II, III y aVF, con imagen especular en V1-V3, con descenso marcado del ST. ¿Cuál es tu decisión terapéutica? (2021 enero)

- a) Iniciar infusión de nitratos por vía i.v.
- b) Realizar fibrinólisis con tenecteplasa (TNK).
- c) Realizar angioplastia coronaria urgente.
- d) Administrar un betabloqueante por vía i.v.

→ IAMCEST - tto = angioplastia (<2h)

*correcta: c

. Caso clínico scacest tratamiento: (2019 diciembre)

⇒ ICP

. Caso clínico de IAMCEST, indicar el tratamiento más adecuado: (2018 diciembre)

. Varón de 58 años, que acude a Urgencias por cuadro de dolor retroesternal opresivo, de unas 6h de evolución, con irradiación al brazo izquierdo. También náuseas y vómito alimentario. Exploración física: PA 150/100 mmHg, nor... y con sudoración profusa. Datos analíticos: leucocitosis, función renal normal, ... U/I (fracción MB 109 U/I). Electrocardiograma: ritmo sinusal de 53/min, ... elevación del segmento ST y negativización de la onda T. Una vez hagas ... probable, ¿cuál sería la principal estrategia farmacológica en su tratamiento? (2014 febrero)

- a) Betabloqueantes.
- b) Morfina.
- c) Terapia de reperfusión.
- d) Nitratos.

*correcta: c

. ¿Cuál no ha mostrado beneficio en prevención secundaria IAM?

⇒ ANTAGONISTAS del CALCIO (otras opciones: ejercicio, bb, aas)

→ SCA - medidas farmacológicas complementarias

- betabloqueantes = muy beneficiosos a largo plazo IAMCEST

- antagonistas calcio = NO en fase aguda IAM + SÍ tto crónico/preventivo SCA

→ SCA - alta hospitalaria

- estilo vida + control FR = ejercicio + dieta + NO alcohol/tabaco ...

- doble antiagregación 12m = AAS + iP2Y12 => >12m = AAS (de x vida)
- estatinas
- nitroglicerina sublingual (de rescate)
- IECA/ARA-II + BB
- si FER = ARM + iSGLT2
- persistencia síntomas = nitratos (i.v.) + CA + Ivabradina + ranolazina

. En la angina vasoespástica o angina de Prinzmetal ¿Cuál de los siguientes fármacos está especialmente indicado? (2018) (2017 mayo)

- Calcioantagonistas.
- Betabloqueantes.
- Nitratos.
- Inhibidores de la ECA.

-> SCA => antagonista calcio - aplicación:

- NO fase aguda IAM ¡excepto! contraindicación BB = angina variante/vasoespástica
- Sí tto crónico/preventivo SCA

*correcta: a

. SCACEST, qué das para que no progrese la necrosis: (2019 diciembre)

=> AAS (otras opciones nitrato, morfina, bzd).

-> [explicación IA] El objetivo principal para evitar la progresión de la necrosis en un SCACEST es restablecer el flujo sanguíneo coronario (reperusión) lo antes posible.

- AAS = antiagregante plaquetario = [OFF] ciclooxigenasa-1 (COX-1) = (-) producción tromboxano A2 (potente vasoconstrictor y activador plaquetario)

- Función = previene: formación + estabilización + crecimiento -> trombo plaquetario ocluye arteria coronaria.

- Impacto = componente esencial tto inicial para evitar trombo (+) grande = facilitando indirectamente reperusión + limitación daño -> terapia Clase I.

- Nitrato (Nitroglicerina) = antianginosa (alivio del dolor) + vasodilatadora (reduce precarga y poscarga). Si bien reduce la demanda de oxígeno miocárdico, no disuelve ni previene el crecimiento del trombo que causa la necrosis, por lo que su impacto directo en limitar la necrosis es menor que la antiagregación o la reperusión.

- Morfina = alivio del dolor (analgesia) + reduce ansiedad/trabajo cardíaco (x efecto venodilatador). Tampoco actúa sobre la causa trombótica.

- BZD (Benzodiazepinas) = reducir ansiedad + componente adrenérgico = indirectamente (-) demanda miocárdica => pero no tiene un efecto significativo en la progresión de la necrosis.

-> Estrategia Global (La clave para limitar la necrosis)

Aunque AAS indispensable tratamiento inicial -> medida (+) limita necrosis = reperusión coronaria mediante:

- ICP Primaria (Intervención Coronaria Percutánea)
- Fibrinólisis

-> El tratamiento completo para un SCACEST que busca limitar la necrosis incluye:

- Doble Antiagregación: AAS + un inhibidor P2Y12 (Clopidogrel, Ticagrelor o Prasugrel).
- Anticoagulación: (Heparina, Enoxaparina, etc.).
- Reperusión Urgente.

. La administración de IECAS: (2014 febrero)

- Debe iniciarse siempre en pacientes con IAM en las primeras 24h.
- Debe administrarse en la fase aguda del IAM si han presentado clínica de IC.
- Sólo se utilizan en prevención secundaria de cardiopatía isquémica.
- Ninguna es correcta.

-> SCA - medidas farmacológica complementarias => IECAs

- NO fase aguda - SI tto crónico
- admin en fase aguda (primeras 24h) si IAM anterior con IC sistólica (FE<40%) / diabéticos / HTA
- uso al alta SCA
- angina pecho x efecto cardioprotector

*correcta: b

. Paciente portador de Cardiopatía isquémica. Al alta hospitalaria tiene como posible tratamiento farmacológico: (2018)

- a) IECA.
 - b) Estatinas.
 - c) Diuréticos osmóticos.
 - d) a y b son correctas.
- SCA - alta hospitalaria:
- estilo vida + control FR
 - AAS + iP2Y12 x 12 meses
 - estatinas
 - nitroglicerina (rescate dolor)
 - FEV :) → IECA/ARAI/BB
- *correcta: d

14. HIPERLIPIDEMIAS

. Dislipemia con elevado nivel de quilomicrones de que tipo es. (2015 enero)

=> Dislipemia tipo I.

-> hiperlipoproteinemias - clasificación

- hipercolesterolemia aislada = (+) LDL -> hiperlipoproteinemias tipo IIa
- hipercolesterolemia + hipertrigliceridemia = hiperlipidemias mixta = (+) LDL + VLDL -> hiperproteíнемia tipo IIb
- (+) triglicéridos
- moderado x (+) VLDL -> hiperproteíнемia tipo IV
- pronunciado (+) quilomicrones -> hiperlipoproteíнемia tipo I
- (+) VLDL + quilomicrones -> hiperlipoproteíнемia tipo V

. Con respecto a las estatinas, indique la respuesta INCORRECTA: (2018 diciembre)

=> Los mecanismos iónicos actúan en triglicéridos (ya que actúan en el colesterol).

-> estatinas - mecanismos acción:

- inhibición HMG-CoA reductasa = limitador parte final síntesis colesterol
- (-) formación LDL -> en menor medida (-) VLDL (triglicéridos)
- (-) LDL + colesterol total = dosis dependiente
- (+) mod HDL

. Las estatinas: (2011)

- Inhiben la síntesis celular de colesterol en los hepatocitos.
- Aumentan la captación de LDL y VLDL, y como consecuencia disminuyen sus niveles plasmáticos.
- Estimulan la actividad de la lipoproteína lipasa.
- Actúan fundamentalmente en el tubo digestivo, donde se unen al colesterol ingerido en la dieta e impiden su absorción.
- Las respuestas A y B son ciertas.

*correcta: e

. Paciente de 45 años de edad, obeso y fumador a tratamiento de su dislipemia con atorvastatina desde hace un año y que mantiene elevados sus cifras de triglicéridos plasmáticos (valor medio de 300 mg/dl). Como actitud terapéutica haríamos: (2024 enero)

- Añadir fenofibrato al tratamiento.
- Cambiar el tratamiento por rosuvastatina.
- Añadir ezetimibe al tratamiento.
- Cambiar el tratamiento por evolocumab.

-> estatinas - indicación:

- hiperlipidemias (LDL elevado)
- dislipemias (cLDL elevado)
- hipercolesterolemia + diabetes/enf renal/hipertensión (puede)
- hipercolesterolemia + elevado riesgo IAM (elección)
- NO hipercolesterolemia familiar homocigótica
- elección hipertrigliceridemia -> si >200mg/dL = + fibrato (fenofibrato)

*correcta: a

. Dislipemia a tto con estatinas y los TG siguen altos: (2019 diciembre)

=> Añadir fibrato (opcion que puede hacerte dudar es añadir ezetimibe pero son triglicéridos los que estan altos).

. Acude á nosa consulta Pedro de 52 anos de idade remitido polo médico da súa Mutua. Achega unha bioquímica de sangue na que destaca un colesterol de 290 mg/ dl e triglicéridos de 300 mg/ dl. Hábitos tóxicos: fumador de aproximadamente 15 cigarros/día desde hai 20 anos e bebedor de 20-30 gramos de alcol/día. Antecedentes persoais e familiares normais. Exploración física: tensión arterial 140/90, índice masa corporal 26, resto sen alteracións. Co diagnóstico de dislipemia mixta e unha vez valoradas as opcións terapéuticas decidimos realizar tratamento con modificación de hábitos de vida e simvastatina. Que control clínico e/ou analítico estaría indicado realizar na seguinte visita? (2021 enero)

- Perfil lipídico.
- Control clínico de alteracións musculares.
- Toxicidade hepática.

d) Todos los anteriores.

→ perfil lipídico:

- colesterol total = alto >240mg/dL

- cLDL = alto >160mg/dL

- triglicéridos = normal-alto 160-500 / alto >500mg/dL

→ tto hipolipemiente - estatinas

- efectos adversos

- (+) transaminasas hepáticas • DM
- molestias digestivas + (+)CPK • (+) proteinuria
- miopatías

- indicaciones = dislipemias mixtas

*correcta: d

. Seguindo o caso anterior, se no control analítico se obxectiva unha elevación de transaminasas (GOT de 80 U/ L e unha GPT de 90 U/L), cal sería a nosa actitude? (2021 enero)

a) Suspender o tratamento

b) Diminuir a dose.

c) Completar estudo de alteracións hepáticas.

d) Control clínico e analítico.

→ estatinas - reacciones adversas = (+) transaminasas hepáticas (GOT/GPT>40)

- si aumentan - NO x3normsl = control clínico/analítico

- transaminasas x3 = intercambiar estatinas / bajar dosis

- transmainasas >(+)x3 = suspender tto -> repetir analítica en un 1mes = si descienden transas valoramos cambiar estatinas / si no decís te cambiamos hipolipemiente

- síntoma = actuar como si superasen triplicados.

*correcta: d

. Paciente a tto con estatina y le suben las transas x3: (2019 diciembre)

=> Cambias o bajas dosis.

. Si un paciente que toma estatuas tiene enzimas elevadas x3, ¿qué se debe hacer? (2018 diciembre)

a) Bajar la dosis.

b) Cambiar a otra estatina.

c) La respuesta es "a y b correctas".

*correcta: c

. De los siguientes fármacos, di cual puede producir miopatías dentro de las reacciones adversas: (2018)

a) IECAS.

b) Estatinas.

c) Ezetimiba.

d) ARNI.

*correcta: b

. Efectos secundarios de las estatinas. (2015 enero)

- Aumento transaminasas hepáticas: hay que hacer un control analítico inicial de las transaminasas y repetirlo al cabo de 2 meses. Si en ese momento todo va bien, volvemos a repetir las analíticas al año. Si aumentan, pero no llega a triplicarse el valor basal, mantenemos. Pero si triplica, lo que hacemos es intercambiar por otra o disminuir la dosis o, en caso de que suban mucho los valores, suspender el tratamiento repitiendo la analítica al cabo de un mes. En este caso, si vemos que descienden las cifras, podemos intentar dar una estatina diferente a la que estaba tomando o, si siguen igual de altas, entonces nos plantearemos cambiarlas por otro hipolipemiente. Si aparecen síntomas, hay que actuar igual que si los valores superasen los triplicados.

- Molestias digestivas

- Aumentos ocasionales de la CPK.

- Miopatías (mialgias, debilidad muscular, miositis). Muy frecuente sobre todo cuando se combinan estatinas y fibratos (en especial con el Gemfibrozilo). Se diagnostican por una elevación de la CK. Si la CK aumenta menos de 10 veces el límite de normalidad y el paciente es asintomático se continúa el tratamiento. En caso de que el paciente sea sintomático, hay que

reducir la dosis o interrumpir el tratamiento. Si la CK aumenta más de 10 veces el valor normal, siempre hay que interrumpir el tratamiento y medir la CK cada 2 semanas.

- Rabdomiolisis e insuficiencia renal aguda por acúmulo de mioglobina (proteinuria).
- Diabetes Mellitus en pacientes de edad avanzada, predispuestos, especialmente con el uso de las estatinas más potentes y a dosis más altas.
- Aumento de la frecuencia de proteinuria (especialmente la Rosuvastatina).

. Respecto a los fármacos hipolipemiantes, señala la respuesta incorrecta: (2021 enero)

- a) Los inhibidores de la HMG-CoA-reductasa tienen un sinergismo de potenciación con el ezetimibe.
- b) Las resinas de intercambio iónico disminuyen los niveles de Triglicéridos.
- c) Los fibratos aumentan la expresión de las lipoproteínlipasas.
- d) Un posible efecto de los inhibidores de la HMG-CoA-reductasa es la rabdomiolisis.

→ tto hipolipemiente:

- estatinas (inhibidores HMG-CoA reductasa) - efectos adversos = (+) CK → miopatías = en casos extremos puede llegar a rabdomiolis / IRA x acúmulo mioglobina (proteinuria)
- fibratos = [ON] actividad oxidativa lipoproteínlipasa → efecto farma = (-) LDL + (+) triglicéridos
- ezetimibe = efecto sinérgico +estatinas

*correcta: b

. Una de las indicaciones del uso de evolocumab (PCSK9) es: (2021 enero)

- a) Pacientes con cardiopatía isquémica no controlados con la dosis máxima tolerada de estatinas.
- b) Pacientes con cardiopatía isquémica a los cuales se les ha implantado stents.
- c) Pacientes con enfermedad arterial periférica y diabetes.
- d) Pacientes con hipertrigliceridemia que son intolerantes a las estatinas.

→ tto hipolipemiente ⇒ inhibidores PCSK9 = evolocumab / alirocumab - indicaciones:

1. hipercolesterolemia Camilo RSR homocigoto NO controlada con estatinas dosis max
2. (=) heterocigota
3. enf CV establecida (cardiopatía isquémica / enf cerebro vascular isquémica / enf arterial periférica) NO controlada estatinas max dosis
4. pacientes grupos 1/2/3 intolerantes estatinas / estatinas contraindicadas → + cLDL > 100mg/dL

*correcta: a

. Los fármacos IPCSK9 se utilizan para tratamiento de: (2018)

- a) Insuficiencia cardíaca.
- b) Hipertensión arterial.
- c) Cardiopatía isquémica.
- d) Hiperlipidemias.

*correcta: d

. El Inclisiran es un fármaco que se utiliza para el tratamiento de: (2024 enero)

- a) Regulación de los niveles del colesterol.
- b) Tratamiento de los vómitos provocados por quimioterapia.
- c) Tratamiento de la depresión mental.
- d) Regulación de los niveles de tensión arterial.

→ hiperlipidemias - tto hipolipemiente farmacológico - inclisiran-levquo

- interfiere ARNm PCSK9 = reduce c-LDL
- PCSK9 = proteína incrementa niveles colesterol LDL
- complemento estatinas

*correcta: a

. A un hombre de 57 años en un programa de escrutinio se le encontró un colesterol total de 285mg/dl y triglicéridos de 195 mg/dl. Tiene una historia familiar ... cardiovascular. ¿Cuál de los siguientes fármacos no debe utilizarse en su ...? (2014 febrero)

- a) Atorvastatina.
- b) Gemfibrozilo.
- c) Colestipol.

d) Ezetimibe.

*correcta: c

→ cuando le he preguntado a IA entiende la pregunta cómo asociaciones con estatinas y es importante entender este concepto

- estatinas + fibratos (st gemfibrozilo) = (+) riesgo miopatias -> evitar asociación

*si la pregunta fuese por este palo la correcta sería la b

15. ÚLCERA + PATOLOGÍAS SECRECIÓN GÁSTRICA

.Cuál es el enfoque más importante para la cicatrización de Úlceras peptídicas: (2012)

=> Erradicar la Infección por *Helicobacter Pylori*.

→ Úlcera gástrica - tto - objetivos:

1. aliviar dolor
2. cicatrizar ulcera con tto farmacológico inhibe secreción gástrica
3. evitar recidiva erradicando *H.Pylori*.

. El mecanismo de acción de fármacos como el omeprazol y el lansoprazol al reducir la acidez gástrica se basa en:

- a) Antagonista histaminérgico H₂
- b) Inhibición de la bomba de protones.
- c) Agonista de PGE₂.
- d) Antagonista muscarínico M₁.
- e) Efecto erradicador de *H. pylori*.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes fármacos inhibidores de la secreción ácida gástrica actúa como inhibidor de la bomba de protones? (2014)

- a) Cimetidina.
- b) Omeprazol.
- c) Sucralfato.
- d) Misoprostol.

*correcta: b

. Los inhibidores de la bomba de protones ejercen una acción prolongada por presentar: (2011)

- a) Larga semivida de eliminación.
- b) Escaso metabolismo hepático.
- c) Inhibición irreversible de la H/K ATP-asa.
- d) Lenta eliminación renal.
- e) Ninguna de las anteriores.

*correcta: c

. Al administrar un IBP, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones, excepto:

- a) Las reacciones adversas son infrecuentes.
- b) Se deben tomar en ayunas, tragando los comprimidos sin masticar.
- c) Pueden provocar interacciones con fármacos metabolizados por el CYP2C19 por su efecto activador sobre esta isoenzima.
- d) Son profármacos que deben ser metabolizados para dar lugar a una molécula funcional.
- e) Está indicado el uso de IBP en pacientes con consumo crónico de AINE.

→ Inhibidores Bomba Protones

- profármacos = forma inactiva → adquieren actividad una vez metabólicas
- administración = v.o. → mañanas en ayunas + deben tragarse + sin masticar
- efectos adversos = infrecuentes
- inhiben isoenzima CYP2C19 citocromo P450 = interfieren con fármacos usan esta vía de eliminación
- indicaciones = tto + prevención paciente riesgo úlceras gástricas + duodenas asociadas a AINEs

*correcta: c

. La aplicación terapéutica de la cimetidina es en el tratamiento de: (2012 marzo)

- a) Shock anafiláctico.
- b) Asma bronquial.
- c) Úlcera gastroduodenal.
- d) En toda case de vómitos

→ Úlcera gástrica - tto (relegado x IBP)

- antagonistas histaminérgico H₂ (ranitidina + famotidina + cimetidina) = [off] secreción gástrica

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes fármacos es un fármaco protector de la mucosa gástrica análogo de la PGE2? (2016)

- a) Misoprostol.
- b) Sucralfato.
- c) Bismuto coloidal.
- d) Ninguna de las opciones anteriores es correcta.

→ úlceras gástrica - tto = agonistas prostaglandinas E2 → misoprostol = (+) secreción mucosas = efecto protector en mucosa gastrointestinal

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes fármacos es protector de la mucosa gástrica con efectos tóxicos sobre H. pylori? (2018)

- a) Compuestos de bismuto.
- b) Ranitidina.
- c) Misoprostol.
- d) Todas las opciones anteriores son correctas.

→ sales bismuto = protegen pared aparato dos gte lvo + tto H.Pylori

*correcta: a

. El tratamiento erradicador de H pylori de primera línea en un paciente no alérgico a las penicilinas es:

- a) IBP + amoxicilina + metronidazol + claritromicina
- b) IBP + amoxicilina + levofloxacino + bismuto.
- c) IBP + bismuto + doxiciclina + metronidazol.
- d) IBP + Pylera.
- e) a o c indistintamente.

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no se incluye en el tratamiento de primera línea de úlcera gastro-duodenal por Helicobacter pylori en España? (2014 febrero)

- a) Amoxicilina.
- b) Inhibidor de la bomba de protones (IBP).
- c) ...ciclina (¿Tetraciclina?)
- d) Claritromicina.

→ H.Pylori - algoritmo tto erradicador - NO alérgico penicilina => 1ª línea = IBP + amoxicilina + claritromicina + metronidazol

*correcta: c

. ¿Terapia erradicadora de Helicobacter Pylori? (2018 diciembre)

=> OCAM: omeprazol, claritromicina, amoxicilina y metronidazol

. Helicobacter pylori que hacer si falla OCAM: (2019 diciembre)

=> Dar OLAB.

→ H.Pylori - tto erradicador:

1. OCAM 14d = IBP (Omeprazol) + Metronidazol + Amoxicilina + Claritromicina
2. OLAB / IMPBP + pylera
- OLAB 14d = IBP (Omeprazol) + Levofloxacino + Amoxicilina + Bismuto
- IBP + pylera (doxiciclina + metronidazol + bismuto)

. Un paciente con diagnóstico de úlcera péptica y test de la ureasa positivo, alérgico a betalactámicos debe comenzar tratamiento de primera elección: (2021 enero)

- a) Omeprazol, Amoxicilina, Metronidazol, Bismuto.
- b) Omeprazol, Bismuto, Doxiciclina, Metronidazol.
- c) Omeprazol, Metronidazol, Claritromicina, Levofloxacino.
- d) Omeprazol, Amoxicilina, Metronidazol y Claritromicina.

→ H.Pylori - algoritmo tto erradicador - alérgicos penicilina

1ª IBP + Pylera (bismuto + tetraciclina/doxiciclina + metronidazol) → 10 días

2ª IBP + levofloxacino + claritromicina + bismuto → 14 días

*correcta: b

NO. VÓMITOS, DIARREA Y EXTREÑIMIENTO

(NO DADO ESTE AÑO)

. Un hombre de 54 años con antecedentes de tabaquismo, así como consumo significativo de alcohol sufre un carcinoma de laringe. Su tratamiento consiste en la combinación de radioterapia y dosis elevadas de cisplatino. Presenta náuseas y vómitos intensos. ¿Cuál es el mejor fármaco para tratar estos síntomas tan molestos? (2024 diciembre) (2021 enero)

- a) Metoclopramida.
- b) Ondansetron.
- c) Dimenhidrinato.
- d) Haloperidol.

→ fármacos antieméticos => antiserotoninérgicos = ondansetrón + granisetron

- uso: tto + prevención vómitos x agente QT

*correcta: b

. Para que se usa dexametasona y sentron: (2019 diciembre)

=> Tto vomitos por quimioterapia.

→ fármacos antieméticos =>

- antiserotoninérgicos = ondansetrón + granisetron => uso: tto + prevención vómitos x agente QT
- glucocorticoides = dexametasona => en asociación con antiserotoninérgicos / antagonistas neurocinina
- antagonistas neurocinina-1 = aprepitant + fosaprepitant => actúan sobre centro vómito -> uso: vómitos no ceden con otros medicamentos
- triple = antiserotoninérgicos-5HT3 + dexametasona + antagonistas neurocinina1 => para fármacos neoplásicos con mucha capacidad hematogénica

. Varón de 87 años que acude a Urgencias con diarrea y vómitos de un día de evolución. La noche anterior ingirió huevo que sospecha estaba en mal estado. Presenta mialgias generalizadas. Regular estado general, abdomen blando y depresible con dolor inespecífico. Se realiza coprocultivo. Presión Arterial: 77/55mmHg; FC: 110 lpm; Temperatura: 38,1°C, Saturación de Oxígeno: 99%. Con estos datos, la actuación terapéutica serían las siguientes excepto una: (2021 enero)

- a) Sueroterapia.
- b) Paracetamol 1g cada 8 horas si fiebre.
- c) Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas.
- d) Loperamida 2 mg tras cada deposición diarreica.

→ fármacos antidiarreicos = en casos graves => Loperamida (Fortasec)

*correcta: d

. Si en diarrea das antibiotico cuál es primera opción: (2019 diciembre)

=> Ciprofloxacino.

→ diarrea - antibióticos => quinolonas = ciprofloxacino

16. ANEMIAS

. Acude a consulta un paciente varón de 80 años que como antecedente personales presenta un IAM en cara inferior hace 8 años. A tratamiento con I betabloqueante y Ácido Acetil Salicílico (AAS). En una analítica de sangre rutinaria realizada la semana previa se le objetiva: Hb 7,3 gr/dL y VCM 78 fL. ¿Cuál ser tratamiento ideal de la anemia ferropénica? (2024 enero)

- a) 100-200 mg/día de Fe elemental en preparados de sales férricas V.O.
- b) Complejo hierro sorbitol por vía I.M.
- c) 100-200 mg/día de Fe elemental en preparados de sales ferrosas v.o.
- d) 600-800 mg de Fe elemental en preparados de sales férricas v.o.

→ sales ferrosas (Fe²⁺) = mejor absorción > férricas (Fe³⁺)

*correcta: c

. Acude a consulta un paciente varón de 80 años que como antecedentes personales presenta insuficiencia cardiaca y un IAM en cara inferior hace 8 años. A tratamiento con IECA, betabloqueante, diurético y Ácido Acetil Salicílico (AAS). Refiere empeoramiento de su disnea habitual (ha pasado de ser de moderados esfuerzos a mínimos esfuerzos en la última semana). En una analítica de sangre rutinaria realizada la semana previa se le objetiva: Hb 7,3 gr/dL y VCM 78 fL. ¿Cuál sería el tratamiento ideal de la anemia ferropénica? (2021 enero)

- a) 10 a 20 mg/día de Fe elemental en preparados de sales férricas v.o.
- b) Complejo hierro-sorbitol por vía i.m.
- c) 100-200 mg/día de Fe elemental en preparados de sales ferrosas v.o.
- d) 600-800 mg de Fe elemental en preparados de sales férricas v.o.

*correcta: c

. Dosis Fe: (2019 diciembre)

⇒ 100-200 ferroso.

. El hierro oral, ¿se debe administrar? (2018 diciembre)

⇒ Forma ferrosa

. Según el caso anterior, ¿estaría indicada la suspensión del tratamiento antiagregante? (2021 enero)

- a) Sí, ya que la anemia probablemente esté en relación con la toma del mismo.
- b) No, acompañándolo de un inhibidor de bomba de protones.
- c) Sí, ya que no es necesaria la toma del mismo.
- d) No, el paciente debe de continuar el tratamiento aunque exista sangrado activo.

→ AAS vital como prevención secundaria IAM ⇒ no dejamos corazón sin protección sino que protegemos el estómago = +IBP

*correcta: b

. En relación con el tratamiento de la anemia perniciosa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?: (2021 enero)

- a) El mecanismo responsable dura toda la vida.
- b) La vitamina B12 se debe administrar por vía parenteral.
- c) La dosis terapéutica de vitamina B12 debe estar en relación a la intensidad de la anemia.
- d) El ácido fólico no corrige la anemia.

→ anemia perniciosa:

- enfermedad autoinmune (Ac anti-FI) = NO absorción B12 → [NEED] dosis estándar B12 = llenen reservas + suficiente vitamina para SN

*correcta: c

. El déficit por malabsorción de vitamina B12: (2014)

- a) Puede ocasionar anemia megaloblástica y alteraciones neurológicas.
- b) Puede compensarse con la administración únicamente de ácido fólico.
- c) Se resuelve con aporte de la vitamina preferentemente por vía oral.
- d) Requiere de administraciones diarias de la vitamina durante varios meses

→ B12 fundamental mantener mielina

*correcta: a

17. COAGULACIÓN SANGUÍNEA

. El clopidogrel es un antiagregante plaquetario y su mecanismo de acción es: (2014)

- a) Inhibición de la COX.
- b) Inhibición de la fosfodiesterasa plaquetario.
- c) Antagonista del receptor GpIIb / IIIa.
- d) Inhibición de la unión del ADP a su receptor plaquetario

*correcta: d

. Los anticoagulantes orales de acción directa: (2024 enero)

- a) Tienen una vida media larga.
- b) Están contraindicados en los pacientes con hepatopatía asociada a coagulopatía y riesgo de sangrado.
- c) Presentan numerosas interacciones farmacológicas.
- d) La dosis es individualizada para cada paciente.

→ anticoagulantes orales directos (ACOD) - tener en cuenta [before] prescribir

- pruebas función hepática = contraindicados si coagulopatía + riesgo clínicamente relevante x sangrado

→ ACOD = vida media corta + pocas interacciones con alimentos/farmacos + dosis fijas

*correcta: b

. Muller de 40 anos, fumadora de 20 cigarros/día desde fai vinte anos, hipertensa sen outros antecedentes de interese. Tratamento actual con enalapril e anticonceptivos. Acode á nosa consulta porque desde hai 15 días refire expectoración hemoptoica e cadro de disnea progresiva, inicialmente de moderados esforzos, que se fai cada vez máis intensa, sendo actualmente de mínimos esforzos. Hai 15 dias presentou cadro catarral, con malestar xeral e febrícula. Á exploración a paciente mostra un bo estado xeral, TA: 135/80, FC: 120 latexados por minuto en repouso, frecuencia respiratoria 19 rpm e Tª: 37,8 ° C. Cos datos referidos, ¿cal sería a túa hipótese diagnóstica? (2021 enero)

- a) Insuficiencia cardíaca.
- b) Enfermidade tromboembólica venosa.
- c) Neumonía.
- d) Todas son correctas.

→

*correcta: d

. Seguindo o caso anterior se se diagnostica un tromboembolismo pulmonar ¿Cal sería o tratamento adecuado? (2021 enero)

- a) Anticoagulantes orais (ACO) durante 6 meses.
- b) Heparina a doses profilácticas e ACO durante seis meses.
- c) Heparina de baixo peso molecular a dose anticoagulante durante un mes e logo tratamento antiagregante durante 2 meses.
- d) Heparina de baixo peso molecular a dose anticoagulante e ACO durante polo menos tres meses.

→ heparina = actúa lya! → ACO x3meses = prepara terreno largo plazo = seguridad

*correcta: d

. Diabetes Mellitus desde hace 5 años y EPOC, no refiere traumatismo previo ni enfermedad intercurrente. TC: 36'5 °C. Presenta dolor ...ión en trayecto venoso de la pierna izquierda así como edema con fôvea. ...exploración normal. Se solicita Eco-Doppler que objetiva trombosis venosa ...al. ¿Qué tratamiento sería el indicado? (2014 febrero)

- a) Tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéuticas.
- b) Tratamiento con acenocumarol.
- c) Tratamiento con acenocumarol de forma simultánea a la HBPM.
- d) ...ácido acetilsalicílico.

→ Se iniciará tratamiento simultáneo con enoxaparina (HBPM) y warfarina/acenocumarol porque las heparinas tienen un efecto anticoagulante inmediato mientras que las cumarinas tardan entre 24-48h

*correcta: c

. Siguiendo el caso anterior. ¿Cuál debería ser la duración del ...? (2014 febrero)

- a) Un mes.
- b) Tres meses.

c) Nueve meses.

d) Hasta resolución de la clínica.

→ Aunque el mínimo absoluto para cualquier trombosis son 3 meses => tto con warfarina/Sintrom debería mantenerse 9-12 meses x índice de reestenosis (trombo vuelva a aparecer) es mucho menor si se prolonga el tratamiento respecto a los 3 meses

*correcta: c

. Cuál fármaco está indicado en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en cirugía y enfermos encamados: (2017 mayo)

=> Heparina

. Ante una hemorragia provocada por el uso de heparina utilizaremos: (2014)

a) Desmopresina.

b) Vitamina K.

c) Protamina.

d) Ácido epsilon amino caproico.

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2014)

a) La insulina puede administrarse por vía oral.

b) Los pacientes diabéticos tipo II siempre requieren tratamiento con insulina.

c) La protamina se añade a la insulina para disminuir la tasa de absorción de la hormona.

d) Las sulfonilureas son útiles para el tratamiento de la cetoacidosis.

→ La protamina no solo sirve para revertir la heparina; también se usa en la Insulina NPH (Neutral Protamine Hagedorn). Al añadir protamina a la insulina, esta se absorbe más lentamente, haciendo que el efecto dure más tiempo (insulina de acción intermedia)

→ La insulina es una proteína y el estómago la digeriría si se tomara oral (opción a); los tipo II no siempre necesitan insulina, a veces basta con dieta o metformina

*Mas de diabétes que de coagulación; pero para tener cuidado con la protamina

*correcta: c

. Cuál de los siguientes emparejamientos entre fármacos anticoagulante y mecanismo de acción es incorrecto: (2017 mayo)

a) Heparina - antitrombina III.

b) Dabigatran - inhibe la trombina.

c) Rivaroxaban - inhibe el factor Xa.

d) Acenocumarol - inhibe la absorción de la vitamina K

→ ACO = warafrina + sintrom (acenocumarol)

- mecanismos acción = [OFF] síntesis hepática factores dependientes vitamina K (II/III/IX/X)

*correcta: c

. Inhibidor factor Xa: (2015 febrero)

=> Apixaban (Eliquis®), Rivaroxaban (Xarelto®), Edoxabán (Lixiana): es un inhibidor del factor Xa.

. Indicaciones del dabigatrán. (2015 febrero)

- Profilaxis del tromboembolismo venoso tras cirugía programada de reemplazo de cadera o rodilla.

- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con FA no valvular con uno o más factores de riesgo.

- Tratamiento del tromboembolismo venoso y prevención secundaria del mismo.

. El Apixaban se utiliza: (2014 febrero)

a) Prevención de embolia en pacientes con FA no valvular.

b) Prevención secundaria de tromboembolismo en pacientes sometidos a cirugía de prótesis de rodilla.

c) Prevención de embolia en pacientes con cardiopatía isquémica.

d) Todas son correctas.

*correcta: d

. ¿Qué anticoagulante no se puede dar en pacientes con válvula protésica? (2018 diciembre)

=> Dabigatrán.

. Dabigatrán se utiliza: (2014)

- a) Prevención de embolia en pacientes con fibrilación auricular no valvular.
- b) Prevención secundaria de tromboembolismo en pacientes sometidos a cirugía vascular cardíaca.
- c) Prevención de embolia en pacientes con cardiopatía isquémica.
- d) Todas son correctas.

*correcta: d

. Es un fibrinolítico y por tanto está indicado en infarto agudo de miocardio: (2014 febrero)

- a) Anistreplasa.
- b) rt-PA.
- c) Estreptocinasa.
- d) Todos los anteriores.

→ fármacos trombolíticos / antitrombóticos - clasificación funcional:

- fibrinolíticos sistémicos / NO fibrinóespecíficos = estreptocinasa (SK) + urocinasa (UK) + APSAC (anistreplasa)
- fibrinolíticos fibrinóespecíficos = activador tisular plasminógeno (t-PA) + derivados (rt-PA) + uroquinasa fracción única

*correcta: d

. Paciente a tto con dicumarina (sintrom) cual es falsa: (2019 diciembre)

=> No hay que quitar ni siquiera bajar dosis antes de hacer una biopsia (otras opciones: las verduras tomarlas regulares, tomar aco 1 vez al día por la tarde, dejar de fumar que tiene vit K e interfiere).

→ anticoagulantes orales viejos = acenocumarol (sintrom)

- cuidados paciente anticoagulado:

- dieta variada + equilibrada
- evitar alimentos ricos vitK / flatulentos (verduras hoja verde)
- hacer planificación días quiere tomar verdura = que sea regular → irregularidades toma verduras (una semana ni toma nada de verdura y la siguiente se hincha) es lo que (+) descontrola paciente
- NO alcohol = interfieren síntesis vitK (preferible vino>cerveza)
- NO fumar = tabaco contiene vitK interfiere
- pastilla toma 1/día almuerzo/merienda → siempre hora fija = se aconseja 2-3h post comida (18.00h)

- precauciones

- evitar = objetos cortantes/punzantes + deportes violentos + inyecciones intramusculares + acupuntura
- para extracciones dentarias / intervenciones quirúrgicas → suspenderlo 1-2 días antes + tomar heparina

. Ante un ACV de causa isquémica en las tres primeras horas debe ser tratado con: (2016)

- a) tPA.
- b) Aspirina.
- c) Acenocumarol.
- d) Heparina.

→ fármacos trombolíticos - indicaciones terapéuticas = ictus isquémico

*correcta: a

. Es un fibrinolítico, y por lo tanto está indicado en infarto agudo de miocardio: (2014)

- a) Anistreplasa.
- b) rt-PA.
- c) Estreptocinasa.
- d) Todos los anteriores.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes no se considera una contraindicación para el tratamiento fibrinolítico? (2021 enero)

- a) Hemorragia activa.
- b) Intervención quirúrgica hace una semana.
- c) Alta sospecha de disección de aorta.
- d) ACV isquémico hace 18 meses.

→ fármacos trombolíticos / antitrombóticos - contraindicaciones:

- ACV hemorrágico / origen desconocido
- ACV isquémico 6 meses previos
- traumatismo/neoplasia SNC
- traumatismo/Cx/daño encefálico importante 3 sem previas
- sangrado GI último mes
- alteración hemorrágica conocida
- disección aórtica
- punción no comprensible (ej: biopsia)

*correcta: d

. No es contraindicación fibrinólisis: (2019 diciembre)

=> ACV isquémico hace 9 meses (otras opciones: hemorragia activa, cx hace 1 semana, sospecha disección aórtica)

. ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación de los tromboembolíticos? (2016)

- a) Tromboembolismos venosos.
- b) Oclusiones arteriales.
- c) Infarto agudo de miocardio.
- d) Historia de hemorragias recientes.

*correcta: d

. TVP en embarazo: (2019 diciembre)

=> heparina todo el embarazo (otras opciones: dicumarínico+heparina, fibrinolítico iv, otra opción de dicumarínico)

-> Warfarina = teratogénica => sintrom no tanto pero se evita a ser posible

-> HBPM = NO atraviesa placenta

18. PARKINSON

. NO es efecto secundario de Idopa: (2019 diciembre)

=> HTA (otras: náuseas, vómitos, fenómenos on/off, distonias).

-> párkinson - fármacos 1ª línea = levodopa - efectos secundarios:

- hipotensión
- temblor paradójico
- bradicardia
- depresión
- náuseas + vómitos
- psicosis tóxica
- estreñimiento
- insomnio

. Con respecto a los agonistas dopaminérgicos en el tratamiento de la Enfermedad de Parkinson, señale la respuesta incorrecta: (2024 enero)

- a) La rotigolina se puede utilizar en pacientes con disfagia por vía transdérmica.
- b) Los efectos secundarios son similares a los de la levodopa.
- c) La apomorfina por vía oral se utiliza para mejorar los fenómenos oftalmológicos de determinados pacientes.
- d) Se pueden administrar en monoterapia.

*correcta: c

. Con respecto a los agonistas dopaminérgicos en el tratamiento de la Enfermedad de Parkinson, señale la respuesta incorrecta: (2021 enero)

- a) Ropirrol y Pramipexol, presentación por vía oral.
- b) No tienen eficacia similar a levodopa pero tienen menos efectos secundarios.
- c) La apomorfina se utiliza para mejorar los fenómenos off de determinados pacientes.
- d) Se pueden administrar en monoterapia.

-> agonistas dopaminérgicos:

- estimulan receptores dopaminérgicos = liberación dopamina constantes-mantenida = (+) fisiológica
- uso: monoterapia/combinado con otros tto (ej: +Levodopa)
- 1ª elección pacientes enfermedad Párkinson inició temprano
- vía oral = pramipexol + ropirrol -> liberación retardada = 1 comprimido/día = mejora cumplimiento
- vía transdérmica = parches rotigotina -> facilitan cumplimiento + buena opción pacientes con enf párkinson avanzada con disfagia (/ pacientes ayudas x Cx)
- vía subcutánea = apomorfina (infusión continua / jeringuilla precarga) -> (+) potente = trata fenómenos "off" (gracias a efecto rápido + duración corta)
- (V) efectos adversos -> levodopa => náuseas + vómitos + taquicardia

*correcta: b

. Paciente con parkinson 49 años hace su trabajo con normalidad: (2019 diciembre)

=> Agonistas dopamina (otras opciones son Idopa + capones, Idopa retard y otra Idopa pero es joven sin demasiada limitación funcional)

-> agonistas dopaminérgicos = 1ª elección paciente enf párkinson inició temprano - pacientes => retrasa levodopa hasta los 5-7a de enfermedad que es cuando va a ser verdaderamente funcional

. ¿Cuál de los siguientes tipos de fármacos se suelen utilizar en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson? (2018)

- a) Agonistas colinérgicos de acción central.
- b) Agonistas dopaminérgicos de acción central.
- c) Activadores de la MAO de tipo B.
- d) Las opciones a y b son correctas.

*correcta: b

. Tratamiento para la enfermedad de parkinson, indica la correcta: (2018 diciembre)

- a) Agonistas dopaminérgicos.
- b) Levodopa estándar.
- c) Levodopa "red".
- d) Levodopa...

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se utilizan en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson? (2016)

- a) L-DOPA.
- b) Inhibidores selectivos de la MAO-B.
- c) Potenciadores de la liberación de dopamina.
- d) Bloqueantes dopaminérgicos D2/D3.

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes fármacos se suelen utilizar en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson? (2014)

- a) Inhibidores de la hiperactividad colinérgica central como el trihexifenidilo.
- b) Incrementadores de la función dopaminérgica central como la bromocriptina.
- c) Sustitutivos del neurotransmisor deficitario dopamina como la levodopa.
- d) Todas son ciertas.

*correcta: d

*anticolinérgicos a día de casi no se utilizan

. Caso clínico del parkinson: tratamiento a seguir: (2015 diciembre)

=> Incapacidad funcional leve o moderada = Agonistas dopaminérgicos o IMAO-B.

=> Incapacidad funcional moderada o severa y/o disfunción cognitiva = Levodopa + LAAD (asociado o no a agonista dopaminérgico).

Preguntas inventadas

. Señala la afirmación falsa sobre la levodopa:

- a) Es un tratamiento de primera línea de la enfermedad de Parkinson.
- b) Para poder atravesar la barrera hematoencefálica, necesita ser metabolizada a dopamina.
- c) A partir de los 5-7 años de tratamiento pierde eficacia por la aparición de discinesias
- d) No se comercializa sola, siempre se acompaña de un inhibidor de la LAAD para disminuir los efectos fuera del sistema nervioso.
- e) Puede producir hipotensión, náuseas, taquicardia y temblor paradójico.

→ levodopa

- atraviesa BHE

- a partir 5-7a = complicaciones = discinesias + distonias fin de dosis

- efectos 2º = hipotensión + náuseas/vómitos + bradicardia* + temblor paradójico

- siempre acompañada fármacos inhibidores LAAD (L-aminoácido aromático descarboxilasa) = inhibe enzima periférica ente

- *que ponga primera línea me parece cierto pero si q su uso se retrasa al máximo

*correcta: b

. Una ventaja del uso de agonistas dopaminérgicos (AD) sobre la levodopa en la enfermedad de Parkinson consiste en:

- a) Los AD detienen el desarrollo de la enfermedad.
- b) Algunos AD pueden administrarse por vía oral, mientras que la levodopa es siempre subcutánea o intravenosa.
- c) Los AD producen menos efectos secundarios.
- d) Los AD consiguen una liberación de dopamina más fisiológica.
- e) Los AD siempre deben asociarse a un iCOMT o iMAO, al contrario que la levodopa, que puede administrarse sola.

. Una ventaja del uso de agonistas dopaminérgicos (AD) sobre la levodopa en la enfermedad de Parkinson consiste en:

- a) Los AD detienen el desarrollo de la enfermedad.

→

- b) Algunos AD pueden administrarse por vía oral, mientras que la levodopa es siempre subcutánea o intravenosa.

→ levodopa = administración x vía oral (están empezando experimentos uso subcutáneo)

→ AD - 3 vías administración = v.o + vía transcérmica + vía subcutánea

- c) Los AD producen menos efectos secundarios.

→ AD = mismos efectos 2º levodopa (náuseas + vómitos + bradicardia + ...)

- d) Los AD consiguen una liberación de dopamina más fisiológica.

→ agonistas dopaminérgicos = liberación dopamina constante-mantenida = liberación forma fisiológica

- e) Los AD siempre deben asociarse a un iCOMT o iMAO, al contrario que la levodopa, que puede administrarse sola

→ levodopa SIEMPRE acompañado fármacos inhibidores LAAD

*correcta: d

. Sobre el uso de AD en la enfermedad de Parkinson, es falso:

- a) Pramipexol y ropirinol se administran por vía oral.
- b) Los AD son de elección en pacientes con enfermedad de Parkinson de inicio precoz, pues permiten retrasar la introducción de levodopa.
- c) Los parches de rotigotina son útiles en fases avanzadas en las que la disfagia impide la vía oral.
- d) La apomorfina subcutánea tiene un efecto muy rápido y potente pero poco duradero.
- e) Ninguna de las anteriores es correcta.

→

*correcta: e

. Sobre los inhibidores de la MAO, es falso:

- a) Inhiben la degradación de la dopamina.
- b) Se pueden utilizar en monoterapia en fases iniciales de la enfermedad de Parkinson.
- c) Son ejemplos entacapone, tolcapone y opicapona.
- d) Suelen ser bien tolerados.
- e) Tienen efecto neuroprotector.

→

*correcta: c

. Uno de los siguientes fármacos es un inhibidor de la COMT:

- a) Selegilina.
- b) Rotigotina.
- c) Levodopa.
- d) Opicapona.
- e) Saffinamida.

→

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no se puede utilizar en monoterapia para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer?

- a) Levodopa.
- b) Selegilina.
- c) Tolcapone.
- d) Pramipexol.
- e) Ropirinol.

→

*correcta: c

19. ENFERMEDAD ALZHEIMER

. Mujer de 68 años, viuda, pensionista y residente en un núcleo semiurbano. hija demanda la consulta por olvidos y fallos de memoria, más frecuentes en el último año. Los descuidos afectan a sus actividades cotidianas. Comenzó a escribir r para no olvidarse de cosas, no sabe manejar el dinero, se confunde constantemente le cuesta expresar lo que quiere decir. Su carácter ha ido cambiando, pasó de amable y cariñosa a enfadarse sin razón aparente. Se volvió obstinada y quejumbrosa. Ocasionalmente agresiva sin motivo aparente. Perdió interés por aficiones, periódico y televisión. Presenta dificultades para encontrar la palabra adecuada, y a veces frases sin sentido. ¿Cuál es la causa posible? (2024 enero)

- a) Enfermedad de Alzheimer.
- b) Abuso de psicofármacos,
- c) ¿Déficit cognitivo?
- d) Todas.

*correcta: d

. Sig...Alzheimer: (2024 enero)

- a) Benzodicepinas.
- b) Memantina.
- c) Inhibidores de la acetilcolinesterasa.
- d) Todas.

*correcta: d

. Muller de 68 anos, viúva, pensionista e residente nun núcleo semiurbano. Unha filla demanda a consulta por esquecementos e fallos de memoria, máis frecuentes no último ano. Os descoidos afectan as súas actividades cotiás. Comezou a escribir notas para non esquecerse de cousas, non sabe manexar o diñeiro, confúndese constantemente e cústalle expresar o que quere dicir. O seu carácter foi cambiando, pasou de amable e cariñosa a enfadarse sen razón aparente. Volveuse obstinada e quejumbrosa. Ocasionalmente agresiva sen motivo aparente. Perdeu interese por afeccións, xornais e televisión. Presenta dificultades para atopar a palabra adecuada, e ás veces forma frases sen sentido. ¿Cal é a causa posible? (2021 enero)

- a) Enfermidade de Alzheimer.
- b) Abuso de psicofármacos.
- c) Deficiencia de vitamina B-12 ou de ácido fólico.
- d) Todas son posibles.

→ demencias - clasificación según su origen:

- origen degenerativo = enfermedad Alzheimer
- origen metabólico/nutricional = déficit vitamina B12 / ácido fólico
- origen tóxico = fármaco (antipsicóticos)

→ enfermedad Alzheimer - 10 signos alarma:

- | | |
|--|--|
| 1. pérdida memoria afecta capacidad laboral | 6. problemas pensamiento abstracto |
| 2. dificultad para llevar a cabo tareas familiares | 7. cosas colocadas en lugares erróneos |
| 3. problemas con lenguaje | 8. cambios humor y comportamiento (como agresividad) |
| 4. desorientación tiempo y espacio | 9. cambios personalidad |
| 5. juicio pobre o disminuido | 10. pérdida iniciativa |

*correcta: d

. Seguindo o caso anterior, o tratamento psicofarmacolóxico da demencia tipo Alzheimer e as súas complicacións conductuais inclúe: (2021 enero)

- a) Benzodicepinas de vida media curta.
- b) Memantina.
- c) Inhibidores da acetilcolinesterasa como Donepecilo ou Rivastigmina.
- d) Todas as opcións son correctas.

→ demencia - origen tóxico = fármacos (benzodicepinas)

→ Alzheimer - tto disfunción cognitiva:

- inhibidores sistema acetilcolinesterasa (IACE) = donepezilo + galantamina + rivastigmina
- antagonista receptor NMDA (aa excitadores) = memantina

*correcta: d

. Mecanismo de acción de la memantina: (2015 febrero)

=> La memantina es un antagonista del receptor NMDA, por lo que actúa disminuyendo la liberación de glutamato, lo cual le confiere un efecto neuroprotector.

-> Alzheimer - tto = memantina

- antagonista receptor NMDA = (-) liberación glutamato = efecto neuroprotector
- glutamato = tóxico neuronal x liberar radicales libres

. No es un inhibidor de la acetilcolinesterasa indicado en la Enfermedad de Alzheimer: (2014 febrero)

- a) Tacrina.
- b) Galantamina.
- c) Rivastigmina.
- d) Memantina.

*correcta: d

. ¿Qué tipo de fármacos se utilizan en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer? (2018)

- a) Inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa central.
- b) Agonistas NMDA.
- c) Agonistas dopaminérgicos D2.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas

*correcta: a

. ¿Qué tipos de fármacos se pueden utilizar en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer? (2014)

- a) inhibidores reversibles de la acetilcolinesterasa.
- b) Bloqueante no competitivo de los receptores NMDA.
- c) A y B son ciertas.
- d) Ninguna es cierta.

*correcta: c

. Fármacos que se suelen utilizar en el tto de Alzheimer: (2012)

- a) Inhibidores reversibles de la acetilcolinesterasa.
- b) Inhibidores reversibles de la acetilcolinesterasa + moduladores nicotínicos
- c) Bloqueantes no competitivos de los receptores NMDA.
- d) Todas las anteriores.

*correcta: d

. Debemos tener precaución con el uso de los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) en las siguientes circunstancias, excepto: (2024 enero)

- a) Hipertensión arterial.
- b) EPOC.
- c) Hipertrofia prostática.
- d) Epilepsia.

*correcta: a

. No es efecto secundario de la rivastigmina: (2019 diciembre)

=> Taquicardia.

-> Alzheimer - tto (colinérgico) - precauciones:

- alteraciones ritmo cardíaco (sd nódulo sinusal) / trastorno conducción supra ventricular (bloqueo A-V / sinoauricular = x fármacos Alzheimer producen bradicardia
- alteraciones GI = úlcera gástrica/duodenal en pacientes a tto con AINEs
- asma/EPOC
- hipertrofia prostática / obstrucción urinaria
- anestesia
- proceso neurológico = epilepsia -> potencial causar convulsiones + aumento síntomas extra piramidales

20. ANSIEDAD

. María es una paciente de 42 años, autónoma y madre de tres hijos, que acude a consulta acompañada por su marido por encontrarse desde hace casi un año constantemente nerviosa e irritable. Refiere mucha tensión muscular cervical, palpitaciones ocasionales, cansancio, dificultad para concentrarse y para conciliar el sueño. Refiere empeoramiento en el último mes. La exploración física es normal. Una vez descartado factor orgánico y farmacológico, podemos diagnosticar: (2014 febrero)

- a) Trastorno de ansiedad generalizado.
- b) Trastorno mixto ansiedad-depresión.
- c) Trastorno por angustia.
- d) Trastorno fóbico.

→ ansiedad - orientación Dx

- síntomas físicos = tensión muscular (músculos cuello) + irritabilidad
- 1º descartar causas orgánicas

*correcta: a

. Siguiendo el caso anterior, el tratamiento farmacológico de primera elección: (2014 febrero)

- a) Alprazolam.
- b) Paroxetina.
- c) Amitriptilina.
- d) Bromazepam.

*correcta: b

. Paciente de 61 años de edad, con antecedentes de hipercolesterolemia e hipertensión arterial no controlados porque la paciente indica que no toma la medicación prescrita. Acude a la consulta de Unidad Mental en donde le diagnosticaron un trastorno de ansiedad generalizada. De los siguientes fármacos cual no debería prescrito en este caso: (2024 enero)

- a) Paroxetina.
- b) Imipramina.
- c) Venlafaxina.
- d) Escitalopram.

→ ansiedad - tto farmacológico:

1ª elección = AD ISRS (paroxetina)

2ª elección = venlafaxina → NO: arritmias + IAM reciente + HTA mal/no controlada

3ª elección = AD tricíclicos

*correcta: c

. Uno de los siguientes fármacos no se puede utilizar en pacientes con ansiedad o depresión que tengan arritmias, infarto de miocardio reciente o hipertensión arterial mal controlada: (pregunta inventada)

- a) Sertralina.
- b) Venlafaxina.
- c) Amitriptilina.
- d) Imipramina.
- e) Mirtazapina.

*correcta: b

. Caso clínico: paciente con trastorno de ansiedad generalizado, ¿Cuál es el tratamiento de elección? (2018 diciembre)

⇒ Paroxetina.

. Fármaco de elección para una crisis de ansiedad en un niño: (2015 febrero)

⇒ Hidroxicina (Atarax)

→ trastorno ansiedad generalizada (TAG) - otros fármacos:

- pregabalina = anticonvulsivante + tto dolor neuropático
- hidroxicina (Atarax) = antihistamínico 1ª elección - dosis altas efecto sedante → uso: gente proclive adicción + niños pequeños

. El orden de utilización de fármacos en los trastornos de ansiedad es: (pregunta inventada)

a) ISRS - tricíclicos - ISRSN.

b) BZD - tricíclicos - ISRS.

c) ISRSN - ISRS - tricíclicos.

d) Tricíclicos - ISRS - BZD.

e) Ninguna es correcta.

→ ansiedad - tto = ISRS > ISRSN > ADT → + BZD pacientes muy sintomáticos

*correcta: e

. Benzodicepinas: ¿cuál es de acción corta? (2015 febrero)

=> Lorazepam.

→ benzodicepinas:

- acción larga (>12h) = diazepam + flurazepam + bromazepam

- acción intermedia (8-12h) = clonazepam + flumitrazepam

- acción corta (4-6h) = lorazepam + temazepam + oxazepam

- acción ultracorta (<5h) = triazolam + midazolam

. Antídoto benzodicepinas: (2021 diciembre)

=> Flumazenilo.

. ¿Cuál es el antídoto benzodicepinas? (2018 diciembre)

=> Flumazenilo.

21. DEPRESIÓN

*. Un hombre de 56 años ha sufrido recientemente un IAM. Se encuentra en tratamiento con diversos fármacos para su cardiopatía isquémica. Actualmente acude al psiquiatra por un trastorno del sueño y pérdida de apetito. Reconociendo que la depresión es habitual en pacientes que han sufrido un infarto, el psiquiatra decide iniciar tratamiento con ISRS. ¿Qué ISRS debería evitarse? (2024 enero)

- a) Citalopram.
- b) Fluoxetina.
- c) Sertralina.
- d) Escitalopram.

→ depresión - tto farmacológico = 1º ISRS → pacientes polimedicados damos fluoxetina/paroxetina

(Tengo mucho lío porque en clase dijo q estos eran los que se daban, pero entendiendo Los fármacos fluoxetina y paroxetina inhibe enzimas que en pacientes polimedicados supondrían una toxicidad, mientras que ser TRALI a y citalopra, para por el hígado sin molestar al resto así que estos mejor para los polimedicados)

*correcta: b

. De los siguientes fármacos antidepresivos ¿cuál indicarias a un paciente con enfermedad reumática crónica a tratamiento para disminuir el riesgo de interacciones medicamentosas? (2021 enero)

- a) Citalopram.
- b) Fluoxetina.
- c) Paroxetina.
- d) Venlafaxina.

→ mira de Vd q tengo la picha hecha un lío y un lío en la picha, porque en clase le pregunte por los fármacos que dar en pacientes polimedicados y dijo fluoxetina y Paroxetina, pero según la IA el que menos interacciones tiene es la venlafaxina, así que por favor nos ponemos todos de acuerdo y poneos lo mismo.)

*correcta: a

. Paciente con depresión y HTA, ¿tratamiento? (2019 diciembre)

- a) Paroxetina.
- b) Tricíclico.
- c) Venlafaxina.
- d) Reboxetina.

→ depresión - tto farmacológico

1. ISRS (citalopram + sertralina + fluoxetina + paroxetina) = 1ª elección
2. ADT (amitriptilina + imipramina) = 2ª elección
3. IRSN (venlafaxina) = NUNCA arritmias + IAM + HTA mal controlada
4. NaSSA (mirtazapina)
5. NARI (reboxetina) = muy activador + pacientes NO mejoran ISRS + mal tolerado

*correcta: a

. Varón de 75 años fumador, obeso, hipertenso, con antecedentes de Cardiopatía Isquémica, a tratamiento con valsartán más hidroclorotiazida y Acido Acetil Salicilico que desde hace 3 semanas presenta cansancio de predominio matutino, irritabilidad y falta de interés por aficiones. El paciente refiere episodios depresivos previos. Con estos datos indica de los enunciados siguientes cuál utilizarías de elección en el caso de diagnóstico de un nuevo episodio depresivo? (2021 enero)

- a) Fluoxetina.
- b) Imipramina.
- c) Fluoxetina más Alprazolam.
- d) Fluoxetina mas IBP.

→ depresión - tto = inhibidores selectivos recaptación serotonina:

- todo producen hemorragia gastrointestinal → pacientes toman AAS/AINEs/antiagregante/anticoagulante = indicado gastroprotección IBP

*correcta: d

. Paciente de 15 años diagnosticado de Depresión Mental. ¿Cuál de los siguientes fármacos no estarían indicados para su tratamiento? (2021 enero)

- a) Antidepresivos tricíclicos.

- b) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- c) Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
- d) Antagonistas de la serotonina.

*correcta: b

. Paciente 15 años deprimido, ¿tratamiento contraindicado? (2019 diciembre)

=> ISRS.

→ depresión - tto farmacológico = 1. ISRS:

- reacciones adversas: (+) riesgo suicida niños/adolescentes
- contraindicado = niños/adolescentes + depresión mental x (>) riesgo suicidio

*. Caso clínico depresión con bulimia, ¿qué fármaco utilizar? (2015 febrero)

=> Fluoxetina.

→ depresión - tto =

. Sobre el uso de ISRS en el tratamiento de la depresión, es falso: (pregunta inventada)

- a) La letalidad por dosificación es escasa.
- b) En pacientes polimedicados, citalopram y sertralina son de elección.
- c) Si se administran a pacientes que están tomando antiagregantes plaquetarios, se debe asociar un IBP.
- d) Producen molestias digestivas, impotencia y aumentan el riesgo de caídas.
- e) Todas son correctas.

*correcta: e

. Uno de los siguientes fármacos funciona como un ISRS a dosis bajas y tiene una acción dual sobre la recaptación de serotonina y noradrenalina a dosis elevadas: (pregunta inventada)

- a) Sertralina.
- b) Venlafaxina.
- c) Amitriptilina.
- d) Imipramina.
- e) Mirtazapina.

*correcta: b

. La reboxetina es un...: (pregunta inventada)

- a) ISRS.
- b) IRSN.
- c) Antidepresivo tricíclico.
- d) NaSSA.
- e) NARI.

→ depresión - tto farmacológico => inhibidores selectivos recaptación noradrenalina (NARI) = reboxetina

*correcta: e

S. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

. Indica la respuesta INCORRECTA respecto a las reacciones adversas tipo B:

- a) Son reacciones no previsibles a partir de los efectos farmacológicos del medicamento.
- b) Aparecen en un bajo porcentaje de los pacientes tratados.
- c) Suelen ser reacciones graves con una alta mortalidad.
- d) Suelen estar relacionadas con la dosis de fármaco administrada.

→ RAM - tipo B = bizarre => efectos raros + impredecibles + NO relacionados con efecto fármaco

*correcta: d

. Señale la respuesta VERDADERA: (2018)

- a) Las RAM tipo A no son predecibles.
- b) Las RAM tipo B no son predecibles, son raras y pueden llegar a ser mortales.
- c) El tratamiento de las RAM tipo A es la supresión del medicamento.
- d) El tratamiento de las RAM tipo B es el ajuste de la dosis.

→ RAM - tipo:

- A (augmented) = efectos exagerados + predecibles + relacionados con efectos fármaco

*[IA] RAM -tto = A ajusta dosis + B suspende fármaco

*correcta: b

. Debemos notificar obligatoriamente al Sistema Español de Farmacovigilancia: (2024 enero)

- a) Medicamentos sujetos a seguimiento adicional.
- b) Medicamentos que provoquen la muerte.
- c) Reacciones adversas que aparecen con medicamentos biológicos.
- d) Todas son correctas.

→ farmacovigilancia - notificar obligatoriamente

- medicamentos + vacunas -> seguimiento adicional (triángulo negro invertido)

- reacciones adversas graves = provoquen muerte

- reacciones adversas medicamentos a largo plazo

*correcta: d

. Qué hay que notificar a la agencia del medicamento española: (2019 diciembre)

=> Todas (medicamento a seguimiento adicional, ram que causa muerte, ram con biológicos)

. La base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia de las posibles RAM, se denomina: (2021 enero)

- a) Eudravigilance.
- b) PRAC.
- c) FEDRA.
- d) Vigibase.

→ casos notificados RAM se registra base de datos SEFV-H = FEDRA

*correcta: c

. ¿Qué fármaco de los siguientes produce con mayor frecuencia reacciones adversas? (2019)

- a) Antineoplásicos.
- b) Antidiabéticos orales.
- c) Vitaminas.
- d) Hipolipemiantes.

*correcta: a

. El riesgo de hemorragia gastrointestinal por el uso de AINEs se incrementa con el uso concomitante de: (2014)

- a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- b) Antagonistas del calcio.
- c) Betabloqueantes.
- d) Estatinas.

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede producir como reacción adversa una tendinitis o rotura de tendón? (2017 mayo)

- a) Quinolonas (ej. Levofloxacino).
- b) Macrólidos.
- c) Betalactámicos.
- d) Tetraciclinas.

*correcta: a

. La Azatioprina es un fármaco que puede producir:

- a) Toxicidad hepática y depresión de la médula ósea.
- b) Hiperplasia gingival.
- c) Nefrotoxicidad únicamente.
- d) No tiene efectos adversos graves.

*correcta: a

. ¿Qué significa el triángulo negro invertido (▼) en el prospecto de un medicamento? (2016)

- a) Medicamento de especial control médico.
- b) Medicamento sujeto a seguimiento adicional.
- c) Medicamento que produce somnolencia.
- d) Medicamento fotosensible.

*correcta: b

. El método de farmacovigilancia más utilizado para la detección de reacciones adversas tras la comercialización es: (2010)

- a) Ensayos clínicos fase IV.
- b) Notificación voluntaria (Tarjeta Amarilla).
- c) Estudios de cohortes.
- d) Estudios de casos y controles.

*correcta: b

S. TERAPIA ANTIINFECCIOSA

. Un fármaco inductor enzimático produce: (2018)

- a) Un aumento de la semivida de eliminación del fármaco cuyo metabolismo induce.
- b) Una disminución de la intensidad o duración del efecto del fármaco cuyo metabolismo induce.
- c) Un aumento de los niveles plasmáticos del fármaco cuyo metabolismo induce.
- d) Una disminución del aclaramiento hepático del fármaco afectado.

→ inductor = "acelera" trabajo del hígado → al trabajar (+) rápido = fármaco se destruye antes + su efecto disminuye

*correcta: b

. La formación de complejos insolubles o quelatos en el tubo digestivo es característica de la interacción de:

- a) Tetraciclinas con leche o antiácidos.
- b) Adrenalina con anestésicos locales.
- c) Alcohol con benzodiazepinas.
- d) Aspirina con warfarina.

→ calcio leche se une físicamente al antibiótico (Tetraciclina) formando "pedrusco" (quelato) que el cuerpo no puede absorber.

*correcta: a

. El fenómeno por el cual el efecto de dos fármacos administrados conjuntamente es superior a la suma de sus efectos individuales se denomina: (2016)

- a) Sinergismo de suma.
- b) Sinergismo de potenciación.
- c) Antagonismo competitivo.
- d) Tolerancia.

→ sinergismo

- de suma $3+3=6$

- de potenciación = resultado mayor ($3 \times 3=9$)

*correcta: b

. La utilización de Naloxona en una intoxicación por opioides es un ejemplo de: (2019)

- a) Antagonismo químico.
- b) Antagonismo farmacológico (competitivo).
- c) Sinergismo de potenciación.
- d) Inducción enzimática.

→ Naloxona - Opiode = compiten x mismo receptor (Naloxona gana el sitio y desplaza al opioide, anulando su efecto)

*correcta: b

. ¿Cuál es el componente de la dieta que más interacciones produce por inhibición del citocromo P450? (2017)

- a) Fibra vegetal.
- b) Leche de vaca.
- c) Zumo de pomelo.
- d) Tiramina (quesos curados).

→ zumo pomelo = [PFF] citocromo (frena hígado) = fármacos NO se eliminan = (+) concentración = tóxicos.

*correcta: c

. La Hierba de San Juan (Hipérico) es conocida en farmacovigilancia por ser:

- a) Un inhibidor enzimático potente.
- b) Un inductor enzimático potente.
- c) Un antagonista muscarínico.
- d) Un protector gástrico natural.

→ interacciones medicamento-plantas = hipérico/herba de sanjuan = inductor potente.

[Al igual que la rifampicina, hace que otros fármacos (como el Sintrom) se metabolicen demasiado rápido y dejen de funcionar.]

*correcta: b

. Si a un paciente tratado con anticoagulantes orales (Sintrom/Varfarina) se le administra un fármaco que inhibe su metabolismo, el resultado será: (2014)

- a) Una disminución del INR y riesgo de trombosis.
- b) Un aumento del INR y riesgo de hemorragia.
- c) No hay cambios en la coagulación.
- d) El fármaco se elimina más rápido.

→ simvastatina actúa como inhibidor + Varfarina acumula en sangre = INR sube 8 (sangre muy líquida) = riesgo alto de hemorragia.

*correcta: b

. ¿Qué criterios ayudan a identificar fármacos potencialmente inapropiados en ancianos polimedicados? (2019)

- a) Criterios de Naranjo.
- b) Criterios STOPP/START.
- c) Algoritmo de Horn.
- d) Escala de Glasgow.

→ criterios STOPP/START3 = herramienta estándar para revisar medicación en ancianos + evitar interacciones peligrosas.

*correcta: b

