OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 122/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 122/2018 de 14 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. OSPITALE-FARMAZIAKO TEKNIKARIA

CATEGORÍA: FAC. ESP. TÉCNICO FARMACIA HOSPITALARIA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 26a**
Fecha prueba: **26 de mayo de 2018**

***1. ariketa** / 1er. ejercicio*
A** Eredua / Modelo **A

1 SEGÚN EL DECRETO 208/2012 DE 16 OCTUBRE NO ES FUNCIÓN PROPIA DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO…

1a) Participar en el proceso multidisciplinar de selección de los medicamentos precisos para las personas internas del centro penitenciario, bajo criterios de eficacia, seguridad, calidad y coste de los mismos.
1b) Establecer un sistema racional, eficaz y seguro de distribución de medicamentos dentro del centro penitenciario.
1c) Elaborar las fórmulas magistrales y preparados oficinales que sean necesarios.
1d) Colaborar y participar en programas de salud pública.

2 EL REAL DECRETO 1015/2009 REGULA LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES. EL MÉDICO RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS EN CONDICIONES DISTINTAS A LAS AUTORIZADAS NO ESTARÁ OBLIGADO A…

2a) Informar al paciente en términos comprensibles, de la naturaleza del tratamiento, su importancia, implicaciones y riesgos, y obtener su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre.
2b) Notificar las sospechas de reacciones adversas de acuerdo a lo previsto en el Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre.
2c) Proporcionar a la Agencia cualquier información relativa al medicamento que pudiera tener impacto a efectos de recomendaciones de uso.
2d) Respetar en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario.

3 NO FORMARA PARTE DE LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ACCESO INDIVIDUALIZADO DE USO COMPASIVO DE UN MEDICAMENTO EN INVESTIGACIÓN…

3a) El informe clínico del médico responsable en el que se justifique la necesidad del medicamento para el paciente. El informe deberá adjuntar la documentación que apoye la necesidad de administrar el medicamento al paciente (motivo por el que no puede tratarse de forma satisfactoria con las alternativas terapéuticas autorizadas, datos que apoyan el uso del medicamento para el paciente y razones por las cuales el paciente no puede ser incluido en un ensayo clínico). Deberá indicarse la duración prevista del tratamiento.
3b) Consentimiento informado del paciente o su representante.
3c) La conformidad del promotor de los ensayos clínicos o del solicitante de la autorización de comercialización en los casos que así lo requiera.
3d) Número de envases requerido.

4 LAS DECISIONES SOBRE INTERCAMBIABILIDAD Y/O SUSTITUCIÓN ENTRE EL MEDICAMENTO DE REFERENCIA Y EL BIOSIMILAR

4a) Es competencia de la OMS.
4b) Es competencia de la EMA.
4c) Es competencia de la AEMPS.
4d) Depende de las autoridades nacionales competentes.

5 RESPECTO A LA EXTRAPOLACIÓN DE INDICACIONES EN MEDICAMENTOS BIOSIMILARES INDIQUE LA RESPUESTA CORRECTA

5a) Si un medicamento demuestra ser biosimilar para una indicación frente al producto de referencia con comparable seguridad y eficacia en una de sus indicaciones, se podrán extrapolar otras indicaciones aprobadas para el medicamento de referencia.
5b) Si un medicamento demuestra ser biosimilar en eficacia frente al producto de referencia la extrapolación de datos de seguridad se realiza de forma automática.
5c) La extrapolación de datos de inmunogenicidad no es automática y requiere para su aprobación incluir la incidencia, título, persistencia de los anticuerpos, ensayo de neutralización, valoración del impacto clínico y medidas de manejo del potencial riego de inmunogenicidad.
5d) a) y c) son correctas.

6 SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA RESPECTO A LA VALIDEZ DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS POR REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2015

6a) La autorización tendrá una validez de 10 años.
6b) La autorización podrá renovarse transcurridos cinco años, previa reevaluación de la relación beneficio/riesgo. La renovación de la autorización tendrá carácter indefinido, salvo que razones de farmacovigilancia justifiquen su sometimiento a un nuevo procedimiento de renovación.
6c) El titular de una autorización comunicará de forma expresa a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios la puesta en el mercado por vez primera de un medicamento autorizado e inscrito por dicha Agencia y efectuará anualmente una declaración de comercialización en los términos que reglamentariamente se establezcan.
6d) La autorización de un medicamento se entenderá caducada si, en un plazo de tres años, el titular no procede a la comercialización efectiva del mismo o una vez autorizado, inscrito y comercializado deja de encontrarse de forma efectiva en el mercado durante tres años consecutivos. Lo anterior no será de aplicación cuando concurran razones de salud o de interés sanitario, en cuyo caso la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios mantendrá la validez de la autorización y podrá exigir la comercialización efectiva del producto.

7 EL DOCUMENTO DE CONSENSO SEMES - SEFH SOBRE CONCILIACIÓN INCLUYE UN LISTADO DE MEDICAMENTOS QUE ES PRECISO CONCILIAR EN LAS PRIMERAS CUATRO HORAS DEL INGRESO. INDIQUE CUALES DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS NO ESTÁN EN DICHO LISTADO

7a) Antidiabéticos orales si dosis múltiples diarias.
7b) Antiarrítmicos (amiodarona, quinidina, disopiramida, dronedarona).
7c) Terapia ocular.
7d) Estatinas (atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pitavastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina).

8 ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES INDICADORES NO ES UN INDICADOR DE CALIDAD DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN?

8a) Pacientes con error de conciliación (%).
8b) Errores de conciliación por paciente.
8c) Índice de cobertura (%).
8d) Medicamentos con error de conciliación (%).

9 A PESAR DE LAS PRUEBAS EN CONTRARIO, SE TIENDE A CENTRAR EN LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS PACIENTES LOS PROBLEMAS CON LA ADHERENCIA. SEÑALE CUAL DE LOS SIGUIENTES FACTORES NO ESTÁ RELACIONADO CON EL PACIENTE Y SU ENTORNO

9a) Baja percepción de autoeficacia.
9b) Idioma.
9c) Insatisfacción con la atención sanitaria.
9d) Intrusividad en el estilo de vida.

10 INDIQUE CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NEBULIZADOS ES FALSA.

10a) No requiere coordinación ni pausa respiratoria.
10b) Permite administrar diferentes fármacos y sus mezclas, así como modificar la concentración.
10c) La humedad puede apelmazar las partículas.
10d) La eficacia es variable y depende de diferentes factores como el sistema compresor-nebulizador utilizado, el mantenimiento del mismo, las características del medicamento y factores del paciente.

11 LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA CLASIFICA LAS PREPARACIONES INTRATECALES COMO DE ALTO RIESGO, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA SOBRE LOS PREPARADOS PARA ADMINISTRACIÓN INTRATECAL DE MEDICAMENTOS.

11a) Su pH debe ser lo más cercano posible a 7,27- 7,37.
11b) Deben ser isosmóticos con el líquido cefalorraquídeo.
11c) Volúmenes entre 2-6 ml.
11d) a) y b) son correctas.

12 CON EL OBJETIVO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS PACIENTES, INDIQUE CUALES DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS NO PODRÁN SUSTITUIRSE, SIN AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL MÉDICO, POR OTROS CON EL MISMO PRINCIPIO ACTIVO

12a) Medicamentos biológicos (insulinas, hemoderivados, vacunas, medicamentos biotecnológicos).
12b) Medicamentos con principios activos de estrecho margen terapéutico, excepto cuando se administren por vía intravenosa.
12c) Terapia ocular.
12d) a) y b) son ciertas.

13 CÚAL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN GAS MEDICINAL MEDICAMENTO

13a) Oxígeno.
13b) Perfluorocarbono.
13c) Mezcla equimolecular de protóxido de nitrógeno/oxígeno.
13d) Aire medicinal.

14 UNO DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS MÁS IMPORTANTES EN LOS ESTUDIOS DE EQUIVALENCIA ES DEFINIR EL VALOR DELTA, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

14a) Se define como la máxima diferencia entre tratamientos que se considerará clínicamente irrelevante.
14b) Viene definido por un valor fijo.
14c) No deriva de aplicar una regla matemática, requiere un enfoque estadístico y clínico.
14d) a) y c) son correctas.

15 LA FUNCIÓN DE UN CÓDIGO DE BARRAS ES PODER IDENTIFICAR UN ELEMENTO FÍSICO DE MANERA QUE A TRAVÉS DE UN LECTOR PUEDE CAPTARSE AUTOMÁTICAMENTE TODA LA INFORMACIÓN DEL PRODUCTO. SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA RESPECTO AL CÓDIGO BIDIRECCIONAL DATA MATRIX USADO EN LA IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS

15a) Es un código de barras matricial que puede imprimirse en formato rectangular o cuadrado y que está formado por un conjunto ordenado de puntos y cuadrados individuales.
15b) Puede contener gran cantidad de datos y ser descodificado de manera rápida en un formato reducido, con una alta fiabilidad de lectura.
15c) Puede estropearse la legibilidad añadiendo una barra.
15d) Permite una lectura multidireccional.

16 LOS MODELOS DE LA EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) Y LAS NORMAS UNE-EN-ISO PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD, NO COMPARTEN UNO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS CLAVE

16a) La organización debe evaluar la satisfacción del cliente.
16b) Es esencial el compromiso de la dirección y la colaboración del personal.
16c) Estar basados en la autoevaluación como proceso clave para la mejora continua.
16d) Utilizan indicadores para medir resultados.

17 EL PROGRAMA MADRE DE GÉNESIS, GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA SEFH ES:

17a) Una herramienta para la redacción de informes de evaluación.
17b) Una guía farmacoterapéutica.
17c) Un procedimiento ordenado para la elaboración de GIFT.
17d) Un cuestionario para la solicitud de incorporación de medicamentos en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales.

18 EN UNA MATRIZ PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS DE LAS PREPARACIONES ESTÉRILES EN LA CATEGORÍA: VÍAS DE ADMINISTRACIÓN, SE ASIGNA EL VALOR "C" A LA/S VÍA/S

18a) Intratecal.
18b) Intraocular (intracameral, intravítrea) intravenosa central, epidural.
18c) Intravenosa periférica, intramuscular, subcutánea, intradérmica, intrapleural, intralesional, intraperitoneal, intraarticular, inhalada, nebulizada.
18d) Oftálmica tópica, ótica tópica, intravesical, oral, rectal, tópica.

19 SEÑALE CUAL NO ES UN INDICADOR DE CALIDAD DE UN SISTEMA SEMIAUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN VERTICAL (SSADV)

19a) Fiabilidad del inventario de medicamentos en el SSADV.
19b) Precisión en la preparación de pedidos a unidades clínicas.
19c) Concordancia en ubicaciones vacías.
19d) Control de caducidad.

20 EN RELACIÓN AL MÉTODO SOJA (SYSTEM OF OBJECTIFIED JUDGEMENT ANALYSIS) UTILIZADO EN LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS, SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA

20a) Los sistemas de selección para un determinado grupo de fármacos se definen de manera prospectiva y consensuada.
20b) Frecuentemente se han de definir criterios específicos de grupo.
20c) Permite extrapolar datos de un centro sanitario a otros centros.
20d) El tiempo puede invalidar los pesos de los criterios y consecuentemente las decisiones tomadas.

21 EL RATIO CONSUMOS/ADQUISICIONES ES UN INDICADOR DE LA GESTIÓN DE ADQUISICIONES DEL SERVICIO DE FARMACIA. SI ES 0,93 QUE INDICA

21a) Que se consume lo que se adquiere.
21b) Que se consume parte del stock.
21c) Que se adquiere más de lo que se consume.
21d) Que el valor de los descuentos obtenidos es el 7%.

22 SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA SOBRE LOS ASPECTOS BÁSICOS PARA VALORAR EL NIVEL DE VALIDEZ INTERNA DE UN ENSAYO CLÍNICO EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS POR LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

22a) Asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de estudio.
22b) Seguimiento exhaustivo de todos los sujetos.
22c) Enmascaramiento.
22d) Análisis por intención de tratar.

23 INDIQUE CUAL DE LAS SIGUIENTES NO ES UNA RECOMENDACIÓN DEL ISMP SOBRE LA INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO QUE DEBE APARECER EN LA PANTALLA DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS.

23a) El nombre del medicamento, que debe ser el mismo que el usado en todo el circuito de medicamentos de la institución, la dosis y la forma farmacéutica.
23b) No utilizar nombres comerciales.
23c) Vía y horario de administración.
23d) Instrucciones especiales de uso (por ejemplo: no partir/ no pulverizar, administrar con las comidas.)

24 RESPECTO AL "FRACASO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL" (SEGÚN EL ÚLTIMO DOCUMENTO DE GESIDA ENERO 2018) SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:

24a) Se define fracaso virológico (FV) como presentar una Carga Viral Plasmática (CVP) >50 copias/ml, confirmada en una segunda muestra consecutiva, trascurridas 24 semanas desde el inicio de tratamiento.
24b) Se define fracaso inmunológico la incapacidad de obtener un recuento de linfocitos CD4+ > 200 células/ul asociado a mantener una CVP > 200 copias/ml.
24c) Raltegravir es el INI (inhibidor de la integrasa) de elección en pacientes con FV que son naive a INI o en fracaso a otros INI.
24d) El objetivo del TAR (tratamiento antirretroviral) de rescate ante un FV es conseguir una CVP <200 copias/ml.

25 LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA TIENEN ALTERADOS CIERTOS PARÁMETROS FARMACOCINÉTICOS QUE IMPACTAN DE MANERA IMPORTANTE EN LA DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS QUE PRECISAN. SEÑALE QUÉ ALTERACIONES FARMACOCINÉTICAS SUELEN PRESENTAR LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA:

25a) Volumen de distribución (Vd) disminuido y Aclaramiento (Cl) renal aumentado.
25b) Vd aumentado y Cl renal disminuido.
25c) Vd aumentado y Cl renal aumentado.
25d) Cl renal disminuido y semivida de eliminación aumentada.

26 MEDICAMENTO HUÉRFANO SEGÚN LA UNIÓN EUROPEA ES:

26a) Aquel producto destinado a una indicación cuya prevalencia no exceda los 5 casos por cada 10.000 habitantes en la Unión Europea.
26b) Medicamento usado para una enfermedad con muy baja prevalencia (no exceda los 10 casos por cada 10.000 habitantes) independientemente de la gravedad de la enfermedad para la que se use.
26c) Medicamento usado para una enfermedad con muy baja prevalencia (no exceda los 5 casos por cada 10.000 habitantes) aunque no demuestren un beneficio significativo comparado con un producto ya autorizado.
26d) Aquel producto destinado a una indicación cuya prevalencia no exceda los 50 casos por cada 10.000 habitantes en la Unión Europea.

27 ¿QUIEN DESIGNA UN MEDICAMENTO COMO HUÉRFANO EN ESPAÑA?

27a) AEMPS.
27b) ORPHANET.
27c) EMA.
27d) FDA.

28 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS ES MÁS FRECUENTE CON EL TRATAMIENTO DE CICLOSPORINA COMO INMUNOSUPRESOR DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO, QUE CON TACRÓLIMUS?

28a) Hipertensión e hiperplasia gingival.
28b) Neurotoxicidad e hiperglucemia.
28c) Nefrotoxicidad.
28d) Alopecia.

29 EN EL DOCUMENTO "RECOMENDACIONES PARA EL USO SEGURO DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACION (SAD) DE MEDICAMENTOS" PUBLICADO POR EL INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS (ISMP-ESPAÑA) SE INDICAN COMO "PROCEDIMIENTOS ESENCIALES PARA EL USO SEGURO DE LOS SAD" ALGUNO DE LOS SIGUIENTES, SEÑALE CUAL:

29a) Permitir el proceso de devolución de los medicamentos directamente a los cajetines de los SAD.
29b) No es esencial usar SAD conectados a la prescripción electrónica asistida.
29c) No se considera esencial definir la información que debe aparecer en la pantalla de los SAD.
29d) Definir procedimientos seguros para la reposición de medicamentos en los SAD.

30 CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS NO ES CORRECTA RESPECTO A LOS ESTUDIOS DE CASO-CONTROL:

30a) Son estudios retrospectivos.
30b) Son muy poco eficientes y poco útiles para el estudio de enfermedades o RAM de muy baja frecuencia.
30c) En general proporcionan un grado de evidencia menor que los estudios de cohortes.
30d) Una de sus debilidades es la gran probabilidad de sesgos de selección o factores de confusión en la selección de los controles.

31 EN EL ESTUDIO "HELSINKY HEART STUDY" EL PORCENTAJE DE MUERTES POR ENFERMEDAD CARDÍACA ISQUÉMICA FUE, A LOS 5 AÑOS, DE 4,1% EN EL GRUPO PLACEBO Y DE 2,7% EN EL GRUPO TRATADO CON GEMFIBROZILO. SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA RESPECTO A LOS RESULTADOS:

31a) La diferencia RAR (diferencia absoluta de riesgos) es del 34% entre gemfibrozilo y placebo.
31b) De cada 1000 personas tratadas durante 5 años, 14 se beneficiarían por tomar gemfibrozilo.
31c) El RR (riesgo relativo) de morir por enfermedad cardíaca isquémica por tomar placebo en vez de gemfibrozilo es de 1,4% a los 5 años.
31d) La NNT, o nº de pacientes que son necesarios tratar con gemfibrozilo para evitar una muerte por enfermedad cardíaca isquémica a los 5 años es de 34.

32 EN LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE AMINOGLUCÓSIDOS DEBEMOS TENER EN CUENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DE ESTOS ANTIBIÓTICOS, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:

32a) Son antibióticos con actividad bactericida tiempo-dependiente, deben tener las concentraciones por encima de la CMI (concentración mínima inhibitoria).
32b) Se unen de manera importante a proteínas plasmáticas y se distribuyen muy bien a todo tipo de tejidos por su naturaleza lipofílica.
32c) Se eliminan principalmente por orina por secreción tubular.
32d) En obesos, para su dosificación inicial se utiliza el peso ajustado o peso de dosificación, que es el peso ideal más el 40% del sobrepeso.

33 ENTRE LOS BIOMARCADORES GENÓMICOS QUE APARECEN EN LA FICHA TÉCNICA DE LOS MEDICAMENTOS COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA FIGURA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES, SEÑALE CUAL:

33a) Clopidogrel y CYP2C19: La clasificación como metabolizador pobre del CYP2C19 se asocia a una disminución de la respuesta a clopidogrel.
33b) Afatinib y ALK: afatinib está indicando en pacientes adultos naives a inhibidores de la tirosin quinasa del ALK con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico con mutaciones activadoras del ALK.
33c) Tenofovir y HLA-B: antes de iniciar el tratamiento con dolutegravir, se debe llevar a cabo una prueba de detección del alelo HLA-B*5701 en los pacientes infectados por el VIH.
33d) Nivolumab y EGFR: en comparación con nivolumab en monoterapia, se ha establecido un aumento de la supervivencia global para la combinación de nivolumab con ipilimumab, solamente en los pacientes con baja expresión de EGFR y melanoma metastásico.

34 EL ARCHIVO INTERNO DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE GENERA, CLASIFICA Y REGISTRA EN EL CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS (CIM) DE UN SERVICIO DE FARMACIA, SE PUEDE INCLUIR DENTRO DE:

34a) Fuentes primarias de información.
34b) Fuentes secundarias de información.
34c) Fuentes terciarias de información.
34d) No se puede incluir en ninguna de las anteriores.

35 CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES UN ALERTA O NOTA DE SEGURIDAD PUBLICADA POR LA AEMPS RECIENTEMENTE:

35a) Flutamida: casos graves de leucoencefalopatía multifocal progresiva asociados al uso fuera de condiciones autorizadas.
35b) Cladribina: casos graves de hepatotoxicidad detectados con su empleo incluso desde 6 meses de acabado el tratamiento.
35c) Selexipag: contraindicado el uso concomitante con inhibidores débiles de citocromo P450 3A4 (ejem gemfibrozilo).
35d) Gadolinio: riesgo de formación de depósitos cerebrales asociados a la administración de agentes de contraste que contengan gadolinio.

36 DENTRO DE LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS O TECNOLOGÍA SANITARIAS, SI LOS RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN SE EXPRESAN EN UNIDADES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADAS CON LA SALUD, UTILIZAREMOS UN ESTUDIO DE:

36a) Coste-efectividad.
36b) Coste-eficacia.
36c) Coste-beneficio.
36d) Coste-utilidad.

37 **EN LA "GUÍA DE EVALUACIÓN ECONÓMICA E IMPACTO PRESUPUESTARIO EN LOS INFORMES DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS" (DEL GRUPO GÉNESIS DE LA SEFH), SE INDICA QUE CUANDO EL NUEVO MEDICAMENTO PRESENTE UN VALOR TERAPÉUTICO AÑADIDO, ES NECESARIO CONSIDERAR PARA SU POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO, EL UMBRAL DE COSTE EFECTIVIDAD INCREMENTAL POR AVAC Y LA SOSTENIBILIDAD (PRECIO E IMPACTO PRESUPUESTARIO). SI UN MEDICAMENTO PRESENTA UNA RELACIÓN COSTE-EFECTIVIDAD (RCEI) CLARAMENTE POR ENCIMA DEL UMBRAL Y UN IMPACTO PRESUPUESTARIO MENOR, LA RECOMENDACIÓN SEGÚN DICHA GUÍA SERÍA:**

37a) Valorar sobre todo el impacto poblacional en salud (relevancia y nº de pacientes que se pueden beneficiar). Dado el bajo impacto presupuestario considerar incluirlo.
37b) La recomendación será proponerlo como no financiable, a no ser que se baje el precio hasta que la RCEI esté por debajo del umbral.
37c) La recomendación dependerá del impacto en salud. Si es importante, negociar bajada de precio o asumir su incorporación aportando recursos financieros extras al SNS (desfinanciar otras áreas o aumento de presupuestos).
37d) La recomendación será proponer siempre su inclusión.

38 **ENTRE LAS MEDIDAS CORRECTORAS RECOMENDADAS A ADOPTAR EN CASO DE INTOXICACIÓN MUY SEVERA POR METHOTREXATE (MTX) ESTÁN:**

38a) Favorecer la eliminación de MTX mediante la diuresis forzada ácida.
38b) Favorecer la eliminación de MTX mediante la interrupción del ciclo enterohepático (por ejemplo usando colestiramina).
38c) Inactivar el MTX administrando glucarpidasa.
38d) La b) y la c) son correctas.

39 **¿CUÁL ES LA CATEGORÍA DE RIESGO EN EL EMBARAZO QUE LA FDA ASIGNARÍA A UN MEDICAMENTO PARA EL QUE LOS ESTUDIOS EN ANIMALES HAN DEMOSTRADO EFECTOS ADVERSOS EN EL FETO PERO NO EXISTEN ESTUDIOS CONTROLADOS EN EMBARAZADAS Y SU UTILIZACIÓN DEBE REALIZARSE VALORANDO LA RELACIÓN BENEFICIO/RIESGO?**

39a) A.
39b) B.
39c) C.
39d) D.

40 **¿QUIÉN O QUIENES PUEDEN NOTIFICAR RAM DE FORMA ESPONTÁNEA AL SISTEMA ESPAÑOL DE FARMACOVIGILANCIA?**

40a) Únicamente los profesionales sanitarios (médico, enfermera y farmacéutico entre otros).
40b) Los profesionales sanitarios, el ciudadano y el titular de autorización de comercialización del medicamento.
40c) Únicamente los médicos y farmacéuticos y el titular de autorización de comercialización del medicamento.
40d) Sólo los médicos.

41 CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES UNA REACCIÓN ADVERSA GRAVE COMUNICADA PARA LA CANAGLIFLOZINA (ANTIDIABÉTICO DE ADMINISTRACIÓN ORAL, PERTENECIENTE AL GRUPO DE LOS INHIBIDORES REVERSIBLES DEL CO-TRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT-2):

41a) Riesgo de amputación no traumática en miembros inferiores.
41b) Hipertensión y crisis hipertensivas.
41c) Alteraciones hematológicas graves como neutropenia o trombocitopenia.
41d) Anorexia y pérdida importante de peso.

42 RESPETO A LOS ENSAYOS CLÍNICOS Y COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIM) INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA, DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN DEL RD 1090/2015 QUE REGULA LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS

42a) Tanto los CEI (Comité de Ética de la Investigación) como los CEIm (Comité de Ética de la Investigación con medicamentos) están acreditados para emitir un dictamen en un estudio clínico con medicamentos.
42b) El dictamen sobre un estudio clínico con medicamentos es emitido por el CEIm de referencia después de haber tenido en cuenta las opiniones de los CEI de todos los centros implicados en el estudio.
42c) Es suficiente con la evaluación y dictamen de un solo CEIm para todo el estado español, que se coordina con la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios).
42d) La composición mínima del CEIm de acuerdo a la legislación actual debe incluir al menos 20 miembros.

43 SEGÚN EL RD 1090/2015 QUE REGULA LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE FARMACIA AUTORIZADOS DE UN CENTRO PARTICIPANTE EN EL ENSAYO CLÍNICO:

43a) No pueden realizar el reetiquetado o el reacondicionado de los medicamentos en investigación destinados a ser usados en hospitales, centros de salud o clínicas que participan en el mismo ensayo clínico.
43b) Si el Servicio de Farmacia fabrica un medicamento para un ensayo clínico debe seguir las normas de correcta fabricación española aplicables.
43c) Si el Servicio de Farmacia tiene que fabricar un medicamento en ensayo clínico deberá solicitar una autorización previa a la AEMPS (aportando la documentación requerida) y únicamente se podrá utilizar el medicamento en el ensayo concreto.
43d) Una vez finalizado el ensayo clínico, el Servicio de Farmacia podrá usar los envases sobrantes de los medicamentos en investigación en la práctica clínica habitual, en las condiciones estipuladas en su autorización de comercialización sin la autorización expresa de la AEMPS ni del promotor.

44 **EN RELACIÓN A LAS BUENAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS PARA EL USO SEGURO DE LAS BOLSAS TRICAMERALES DE NUTRICIÓN PARENTERAL (NP) SEÑALE LA RESPUESTA <u>INCORRECTA</u>:**

44a) Dispensar siempre desde el Servicio de Farmacia las NP tricamerales con los micronutrientes incorporados, y si no es posible incorporar dichos aditivos en las unidades asistenciales.
44b) La prescripción de bolsas tricamerales debe realizarse en el mismo impreso normalizado de solicitud o programa de prescripción electrónica asistida que el resto de las fórmulas de NP.
44c) No deben existir NP tricamerales en el stock de las dotaciones de medicamentos de las unidades de hospitalización.
44d) Las bolsas tricamerales, como el resto de terapia con NP, tienen que estar sujetas al proceso de validación farmacéutica. No deben emplearse estas mezclas sin que previamente se haya realizado una validación de la seguridad, eficacia y adecuación de las mismas.

45 **SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS DE VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL ES UN MÉTODO INFORMÁTICO QUE CRUZA DATOS DE LABORATORIO (COLESTEROL PLASMÁTICO, ALBÚMINA Y LINFOCITOS TOTALES) CON DATOS DE ADMISIÓN DIARIAMENTE, EXTRAYENDO ASÍ UNOS INDICADORES CLÍNICOS PARA IDENTIFICAR SI LOS PACIENTES REQUIEREN O NO UNA ATENCIÓN NUTRICIONAL ESPECÍFICA:**

45a) Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).
45b) Mini Nutritional Assesment (MNA).
45c) Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002).
45d) CONUT (CONtrolling NUTritional status).

46 **SEÑALE SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN (VERSIÓN 2) DEL GRUPO RUIZ JARABO 2000 Y DEL ISMP (INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS) CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES <u>NO SE ENCUENTRA</u> ENTRE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES A UN ERROR, <u>ASOCIADOS A LOS SISTEMAS DE TRABAJO:</u>**

46a) Falta u obsolescencia de fuentes de información sobre medicamentos.
46b) Falta de sistemas de identificación del paciente (pulsera identificativa etc.).
46c) Medicamento no disponible.
46d) Error al preparar un medicamento de acuerdo al protocolo establecido.

47 **RESPECTO A LAS RECOMENDACIONES DEL ISMP PARA PREVENIR LOS ERRORES ASOCIADOS A LAS PRESCRIPCIONES VERBALES, SEGÚN EL ISMP, SEÑALE LA RESPUESTA <u>INCORRECTA</u>:**

47a) El receptor debe repetir la orden verbal completa al prescriptor en voz alta, para que la verifique y confirme.
47b) El receptor no debe registrar la administración hasta que no haya constancia escrita de la prescripción en la historia clínica.
47c) La institución debe indicar la obligatoriedad de registrar posteriormente las órdenes verbales en las órdenes de tratamiento, en cuanto la situación lo permita.
47d) La institución debe prohibir las prescripciones verbales para la quimioterapia, por su complejidad y alto riesgo de eventos adversos graves.

48 **EN EL DOCUMENTO DE LA SEFH "EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS DEL FARMACÉUTICO RESIDENTE DE FARMACIA HOSPITALARIA" SE SEÑALAN COMO COMPETENCIAS A EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES. EL MODELO INCLUYE UNA PROPUESTA DE HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN PARA CADA TIPO DE COMPETENCIA. SEÑALE CON QUÉ HERRAMIENTAS SE EVALUARÍA LA COMPETENCIA DE HABILIDADES:**

48a) Examen.
48b) Casos clínicos o casos prácticos, actividad directamente observada, auditoria de registros, indicadores de actividad.
48c) Autoevaluación, evaluación 360º, encuestas de satisfacción de pacientes, compromiso con la organización.
48d) Herramientas para valorar el liderazgo, capacidad de actuar de forma rápida ante las dificultades, la iniciativa, estabilidad emocional y seguridad en sí mismo.

49 **EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA, SI EL PACIENTE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO AUN USANDO UNA DOSIS TEÓRICA SUFICIENTE, SE CLASIFICARÍA COMO UN RESULTADO NEGATIVO ASOCIADO AL MEDICAMENTO (RNM) DE TIPO:**

49a) Inseguridad no cuantitativa.
49b) RNM de necesidad: efecto de medicamento innecesario.
49c) Problema de efectividad cuantitativa.
49d) Inefectividad no cuantitativa.

50 **LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS (PRM) SE CLASIFICAN EN 4 CATEGORÍAS, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE DICHAS CATEGORÍAS:**

50a) Necesidad de tratamiento; reacción adversa; incumplimiento y medicamento inadecuado.
50b) Indicación, efectividad, seguridad y adherencia.
50c) Necesidad de tratamiento, reacción adversa, problemas relacionados con la posología e incumplimiento.
50d) Medicamento inadecuado, reacción adversa, problemas relacionados con la posología y adherencia.

51 **SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ECUACIONES PERMITE HACER UNA ESTIMACIÓN DEL "ACLARAMIENTO DE CREATININA" EN ADULTOS CON FUNCIÓN RENAL ESTABLE:**

51a) Ecuación de Cockroft and Gault.
51b) Ecuación MDRD4.
51c) Ecuación CKD-EPI.
51d) Las tres anteriores permiten estimar el Aclaramiento de Creatinina.

52 PARA EL ABORDAJE O REALIZACIÓN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA, EL FARMACÉUTICO PUEDE UTILIZAR LAS DENOMINADAS NOTAS O METODOLOGÍA "SOAP". INDIQUE LA RESPUESTA CORRECTA SOBRE LAS MISMAS:

52a) Es un proceso sistemático, continuo y documentado. Se evalúa la farmacoterapia según su necesidad, efectividad y seguridad.
52b) Modelo estandarizado para organizar la información sobre problemas de salud en el cual los registros se orientan a los problemas del paciente (por ejemplo PRM). Cada problema se identifica y establecen datos subjetivos, objetivos, se analizan y se define un plan para resolverlo.
52c) Se basa en la entrevista directa al paciente donde se establece una relación farmacoterapéutica. Se obtiene información del paciente de tipo demográfico, experiencia con la medicación e información clínica relevante para detectar y evaluar los PRM.
52d) Es un sistema para evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento farmacológico.

53 SEÑALE LA RESPUESTA <u>INCORRECTA</u> EN RELACIÓN A LA DEPRESCRIPCIÓN DE UN PACIENTE CRÓNICO:

53a) Se puede definir como el cese de un tratamiento de larga duración bajo la supervisión de un profesional médico.
53b) Se considera un proceso de desmontaje de la prescripción por medio de su análisis, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros.
53c) Existen motivos éticos, clínicos y económicos que avalan y explican la necesidad del proceso de deprescripción en pacientes crónicos.
53d) Entre los medicamentos susceptibles de Deprescripción no se encuentran los usados para tratar RAMs de otros fármacos.

54 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA EN RELACIÓN A LOS VALORES QUE SE TIENEN EN CUENTA PARA CALCULAR EL ESTADÍO CHILD PUGH DE ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA:

54a) Creatinina, bilirrubina e INR.
54b) Bilirrubina, albúmina, INR, ascitis y grado de encefalopatía hepática.
54c) Bilirrubina, creatinina y urea.
54d) Bilirrubina, albúmina y ascitis.

55 EN EL DOCUMENTO "MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CRÓNICOS DE LA SEFH" SE DEFINE PACIENTE PLURIPATOLÓGICO COMO AQUEL QUE TIENE DOS O MÁS PATOLOGÍAS DE UNA SERIE DE OCHO POSIBLES CATEGORÍAS CLÍNICAS. SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES <u>NO</u> ESTÁ DENTRO DE LAS POSIBLES PARA SER CONSIDERADO PACIENTE PLURIPATOLÓGICO:

55a) Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel< 60).
55b) Insuficiencia renal aguda definida por elevación de creatina (>1,4 mg/ dl en hombres o > 1,3 mg/ dl en mujeres) o proteinuria.
55c) Ataque cerebrovascular.
55d) Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.

56 EN RELACIÓN A NIVOLUMAB, INDIQUE LA AFIRMACIÓN INCORRECTA:

56a) Nivolumab en monoterapia está indicado en primera línea para el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico, localmente avanzado o metastásico, en adultos.
56b) En comparación con nivolumab en monoterapia se ha establecido un aumento de la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) para la combinación de nivolumab con ipilimumab, solamente en los pacientes con baja expresión de PD-L1 en el tumor melanoma avanzado (irresecable o metastásico).
56c) Nivolumab en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con linfoma de Hodgkin clásico en recaída o refractario después de un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) y de tratamiento con brentuximab vedotina.
56d) Según Ficha Técnica la dosis recomendada de nivolumab en monoterapia es 3 mg/kg de peso administrado por vía intravenosa durante 60 minutos cada 2 semanas.

57 EN RELACIÓN AL CÁNCER DE PRÓSTATA (CP) SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:

57a) En los pacientes con CP diseminado, el lugar predominante de la enfermedad metastásica es el hígado.
57b) La anulación de la producción de testosterona mediante castración (farmacológica o quirúrgica) tiene una baja eficacia en el control de la enfermedad diseminada, sin embargo, la duración del beneficio suele ser larga en el tiempo (medianas muy superiores a 24 meses).
57c) Enzalutamida es un inhibidor potente de la señalización de los receptores androgénicos indicada para el tratamiento de adultos con CP metastásico resistente a la castración (CPRCm) que es asintomático o levemente sintomático tras el fracaso del tratamiento de deprivación de andrógenos en los cuales la quimioterapia no está aun clínicamente indicada.
57d) Abiraterona es un inhibidor de la biosíntesis de los andrógenos que tiene las mismas indicaciones en ficha técnica que la enzalutamida, pero presenta la ventaja que se usa en monoterapia, sin necesidad de usarse de forma combinada con prednisona o prednisolona.

58 EN CASO DE EXTRAVASACIÓN POR UNA ANTRACICLINA, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA RESPECTO A SU TRATAMIENTO (ADEMÁS DE LAS MEDIDAS GENERALES RECOMENDADAS):

58a) Administrar inyecciones locales de hialuronidasa.
58b) Administración sistémica de dexrazoxano y si no está disponible inmediatamente se puede usar dimetilsulfósido (DMSO) tópico.
58c) Administrar inyecciones locales de tiosulfato sódico.
58d) No hay antídoto específico, se recomienda solo aplicar calor seco local.

59 EN UN PACIENTE CON NEUTROPENIA FEBRIL, SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD NI RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN Y CON BAJA PROBABILIDAD DE MICROORGANISMOS MULTI-RESISTENTES, SI LA DURACIÓN ESPERADA DE LA NEUTROPENIA ES CORTA (MENOS DE 7 DÍAS), SEÑALE EL RÉGIMEN ANTIBIÓTICO QUE RECOMENDARÍA:

59a) Asociación de meropenem 2 g iv cada 8 h con amikacina 15-20 mg/kg/día iv.
59b) Monoterapia con ceftazidima 2 g/8h iv.
59c) Asociación de ciprofloxacino 750 mg/12h y amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 h por vía oral.
59d) Asociación de piperacilina-tazobactam 4-0,5 g /6-8h iv con amikacina 15-20 mg/kg/día iv.

60 INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES SON INDICACIONES DE PROFILAXIS PRIMARIA DE NEUTROPENIA FEBRIL (NF) CON G-CSF (FILGRASTIM):

60a) En pacientes con riesgo de neutropenia febril >20% por la mielotoxicidad del régimen de quimioterapia.
60b) En pacientes con riesgo de neutropenia febril entre 10-20% con factores clínicos que predisponen a complicaciones y neutropenias prolongadas como por ejemplo: edad>65 años, mal estado general y desnutrición, o administración de quimioterapia y radioterapia combinada.
60c) Solo en pacientes cuyo riesgo de neutropenia febril sea >50% por mielotoxicidad del régimen de quimioterapia.
60d) Las respuestas a) y b) son indicaciones de profilaxis primaria de NF.

61 CON EL ENVEJECIMIENTO SE PRODUCEN UNA SERIE DE CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE PUEDEN AFECTAR A LA FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINÁMICA DE NUMEROSOS FÁRMACOS, SEÑALE LA RESPUESTA <u>INCORRECTA</u> EN RELACIÓN A ESTOS POSIBLES CAMBIOS:

61a) Disminuye el metabolismo de primer paso con lo que aumenta la biodisponibilidad de ciertos fármacos y sin embargo disminuye la de algunos pro-fármacos.
61b) Disminuye el volumen de distribución y la semivida de eliminación de los fármacos liposolubles.
61c) Disminuye la excreción renal con lo que disminuye el aclaramiento y aumenta la semivida de eliminación de fármacos eliminados por vía renal.
61d) Con la edad hay un aumento de la sensibilidad del Sistema Nerviosos Central (SNC) a los efectos de algunos medicamentos como las benzodiacepinas, anestésicos, analgésicos opioides etc.

62 EN LOS CRITERIOS BEERS EN SU VERSIÓN 2015 EDITADA POR LA AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, CLASIFICAN CIERTOS MEDICAMENTOS COMO POTENCIALMENTE INADECUADOS PARA SU USO EN PACIENTES ANCIANOS. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES <u>NO</u> ES UNA RECOMENDACIÓN DE LOS CRITERIOS BEERS?

62a) Usar solo la difenhidramina en situaciones de alergia graves, ya que tiene muchos efectos anticolinérgicos.
62b) Evitar el dipiridamol por vía oral en monoterapia como antitrombótico porque puede causar hipotensión ortostática.
62c) Evitar la amitriptilina por sus efectos anticolinérgicos.
62d) Si se usa la digoxina como primera línea de tratamiento de la fibrilación atrial o de fallo cardíaco no sobrepasar la dosis de 350 mcg al día.

63 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES EXCIPIENTES ESTÁ CONTRAINDICADO USAR EN LA ELABORACIÓN DE FORMULACIONES DESTINADAS A NEONATOS, POR AUMENTAR EL RIESGO DE ACIDOSIS METABÓLICA Y DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

63a) Alcohol bencílico.
63b) Aspartamo.
63c) Sorbitol.
63d) Sulfitos.

64 SEÑALE CUAL ES EL DISPOSITIVO DE ADMINISTRACIÓN INHALATORIA RECOMENDADO PARA UN NIÑO DE MENOS DE 4 AÑOS DE EDAD.

64a) Dispensador de polvo seco.
64b) Nebulizador con boquilla.
64c) Inhalador presurizado con cámara espaciadora y mascarilla facial.
64d) Inhalador presurizado o aerosol presurizado.

65 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES COMBINACIONES DE FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES CONSIDERARÍA DE USO PREFERENTE (SEGÚN LAS ÚLTIMAS RECOMENDACIONES DE GESIDA DE ENERO 2018) PARA UN INICIO DE TRATAMIENTO EN UN PACIENTE VIH-1 POSITIVO CON HLA-B*5701 POSITIVO Y QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN RENAL NI OSTEOPENIA, NI EXISTE RIESGO DE DESARROLLARLAS, Y NO SE PREVÉN PROBLEMAS DE ADHERENCIA?

65a) Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina.
65b) Dolutegravir/Tenofovir disoproxil fumarato/Emtricitabina.
65c) Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir Alafenamida.
65d) Efavirenz/Tenofovir disoproxil fumarato/Emtricitabina.

66 ACTUALMENTE HAY IDENTIFICADAS MÁS DE 50 ISOENZIMAS DEL CYP EN LOS HUMANOS. ESTAS ISOENZIMAS TIENEN UN IMPORTANTE PAPEL EN LAS REACCIONES DE BIOTRANSFORMACIÓN Y METABOLIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS. ¿QUÉ SUBFAMILIA DEL CYP450 ES LA MÁS IMPORTANTE EN EL METABOLISMO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K (WARFARINA Y ACENOCUMAROL) Y POR LO TANTO EL RESPONSABLE DE LA MAYOR PARTE DE LAS INTERACCIONES FARMACOCINÉTICAS Y EN EL QUE LA PRESENCIA DE POLIMORFISMOS CONLLEVA A RECOMENDAR AJUSTE DE DOSIS?

66a) CYP2C9.
66b) CYP1A2.
66c) CYP2C19.
66d) CYP2A6.

67 RESPECTO AL TAF (TENOFOVIR ALAFENAMIDA) SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:

67a) En España está comercializado como principio activo único a dosis de 10 y 25 mg o asociado a otros antirretrovirales en combinación de dos y tres fármacos con potenciador.
67b) TAF presenta menor activación intracelular que el tenofovir disoproxilo fumarato (TDF), por lo que es menos eficaz a la hora de concentrar tenofovir en las células sanguíneas.
67c) TAF se dosifica a dosis de 10 mg coformulado con 200 mg de emtricitabina si se usa asociado a darunavir junto a un potenciador como ritonavir o cobicistat. Sin embargo se usa a dosis de 25 mg coformulado con emtricitabina 200 mg si se usa asociado a dolutegravir o efavirenz.
67d) Aunque según las últimas recomendaciones de GESIDA TAF induce menos nefrotoxicidad que TDF, se requiere un ajuste de la dosis de TAF en pacientes adultos o adolescentes con aclaramiento de creatinina estimado menor a 60 ml/min (debe usarse la dosis de 10 mg).

68 SEÑALE CUAL SERÍA LA DOSIS Y DURACIÓN RECOMENDADA DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA (VHC) EN UNA MUJER DE 70 AÑOS, CON FIBROSCAN DE 15,2 KPA, GENOTIPO 3, QUE PRESENTÓ FRACASO A UN TRATAMIENTO PREVIO CON PEGINTERFERON + RIBAVIRINA Y ACTUALMENTE NO TOMA OTROS MEDICAMENTOS.

68a) Glecaprevir/Pibrentasvir 300/120 mg una vez al día junto con alimentos durante 12 semanas.
68b) Glecaprevir/Pibrentasvir 300/120 mg una vez al día junto con alimentos durante 16 semanas.
68c) Glecaprevir/Pibrentasvir 300/120 mg una vez al día en ayunas durante 24 semanas.
68d) Sofosbuvir/Velpatasvir 400/100 mg una vez al día con o sin comidas durante 24 semanas.

69 EN UN PACIENTE COINFECTADO DEL VIH Y DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) SIN CIRROSIS, GENOTIPO 1B Y NO TRATADO PREVIAMENTE, SE PONE TRATAMIENTO CON GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR (MAVIRET®) DURANTE 8 SEMANAS. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ANTIRETROVIRALES USADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH ESTARÍA RECOMENDADO USAR EN ESTE PACIENTE?

69a) Atazanavir con ritonavir..
69b) Raltegravir.
69c) Darunavir con ritonavir.
69d) Efavirenz.

70 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ESCALAS SE USA PARA MEDIR LAS RESPUESTAS A LOS FÁRMACOS USADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA O COMO MODIFICADORES DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, EN EL CASO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE-REMITENTE (EMRR):

70a) Escala EDSS (Expanded Disability Status Score) de Kurtzke. Cuantifica el grado de discapacidad en sistemas funcionales.
70b) ALSFRS-R (escala revisada de valoración funcional de la esclerosis múltiple). Es un instrumento para medir la progresión de la enfermedad en pacientes con EM.
70c) NEDA (No Evidence Disease Activity). Mide si se consigue el control clínico completo (ausencia de brotes y de progresión) y de neuroimagen (estabilización de las lesiones).
70d) Las respuesta a) y c) son correctas.

71 SEÑALE LA RESPUESTA <u>INCORRECTA</u> RESPECTO A FINGOLIMOD Y SU EMPLEO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM).

71a) Está indicado en Ficha Técnica para pacientes con enfermedad muy activa de Esclerosis Múltiple remitente-recurrente (EMRR) a pesar de un curso de tratamiento completo y adecuado con al menos una terapia modificadora de la enfermedad.
71b) Está indicado, según Ficha Técnica, para pacientes con EMRR grave de evolución rápida definida por 2 o más brotes discapacitantes en un año, y con 1 o más lesiones realzadas con gadolinio en la Resonancia Magnética (RM) o incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con RM anterior reciente.
71c) Según ficha técnica, se deben monitorizar los signos y síntomas de bradicardia en todos los pacientes al inicio del tratamiento con Fingolimod, durante un periodo de 48 h. Se recomienda en este tiempo monitorización ECG continua a tiempo real.
71d) La dosis recomendada de Fingolimod es una cápsula de 0,5 mg una vez al día. Puede tomarse con o sin alimentos.

72 UN PACIENTE DE 55 AÑOS ACUDE A URGENCIAS POR DOLOR DE CABEZA REPENTINO, ADORMECIMIENTO Y DEBILIDAD REPENTINA EN LA CARA Y EL BRAZO IZQUIERDO ASÍ COMO DIFICULTADES EN EL HABLA. CUENTA QUE LOS SÍNTOMAS SE HAN INICIADO HACE APROXIMADAMENTE UNA HORA. EN SU HISTORIAL CLÍNICO SE COMPRUEBA QUE ES FUMADOR E HIPERTENSO (EN TRATAMIENTO CON ENALAPRILO 20 MG/24). TRAS LAS PRUEBAS Y ANALÍTICAS CORRESPONDIENTES SE DESCARTA UNA HEMORRAGIA INTRACRANEAL Y SE LE DIAGNOSTICA DE UN ICTUS ISQUÉMICO. EN ESTOS MOMENTOS TIENE CONTROLADA LA TA Y HAN TRASCURRIDO DOS HORAS DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS POR LO QUE SE PLANTEAN HACER FIBRINÓLISIS CON ALTEPLASA (RT-PA). SEÑALE LA RESPUESTA <u>INCORRECTA</u> EN RELACIÓN A ESTE TRATAMIENTO.

72a) Más allá de los 90 min después de la presentación de los síntomas de ictus hay una relación beneficio/riesgo negativa asociada al tratamiento con alteplasa y no se debe administrar.
72b) El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible dentro de las 4,5 horas después de la presentación de los síntomas de ictus y después de la exclusión de hemorragia intracraneal mediante técnicas de imagen apropiada. En este caso se podría administrar la alteplasa.
72c) La dosis recomendada en el tratamiento del Ictus es de 0,9 mg de alteplasa/kg de peso (hasta un máximo de 90 mg) perfundidos por vía iv durante 60 min con un 10% de la dosis total administrada como bolo iv inicial.
72d) En el tratamiento del ictus la alteplasa está contraindicada si el paciente presenta un recuento de plaquetas inferior a 100.000/mm3 o presenta una presión sanguínea sistólica > 185 o diastólica >110 mm Hg.

73 ¿QUÉ TIPO DE EFECTO ADVERSO GRAVE PUEDE PRODUCIRSE POR UNA INTERACCIÓN DE TIPO FARMACODINÁMICO ENTRE LINEZOLID Y MIRTAZAPINA?

73a) Torsade de Pointes.
73b) Síndrome Neuroléptico Maligno.
73c) Síndrome Serotoninérgico.
73d) Trombocitopenia.

74 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA EN RELACIÓN AL MANEJO Y TRATAMIENTO DE UNA SEPSIS O SHOCK SÉPTICO EN UN PACIENTE CRÍTICO:

74a) Los microorganismos que más frecuentemente se aíslan en pacientes con sepsis son los anaerobios (en un 50-62% de los casos) seguidos de los Gram (-) en un 37-47%.
74b) Se recomienda un inicio temprano (dentro de las 24 h del diagnóstico de sepsis o shock séptico) con uno o más antibióticos de amplio espectro por vía parenteral. El inicio en esas primeras 24 h reduce la mortalidad y morbilidad.
74c) Los pacientes sépticos tienen unos grandes requerimientos de fluidos como resultado de la vasodilatación periférica y la pérdida capilar de líquidos. Se recomienda por lo general el uso de soluciones cristaloides ante la ausencia de un claro beneficio del empleo de coloides.
74d) El vasopresor recomendado en el paciente séptico es la adrenalina, quedando la noradrenalina como alternativa para pacientes intolerantes a la adrenalina.

75 SEÑALE QUE OTRA FARMACOTERAPIA ADYUVANTE DEBERÍAN RECIBIR DE FORMA RÁPIDA LOS PACIENTES CON SCA QUE PRESENTAN IN IAMCEST ADEMÁS DE LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN (ICP), SIEMPRE QUE NO PRESENTEN CONTRAINDICACIONES:

75a) Oxígeno intranasal, nitroglicerina sublingual, aspirina, un inhibidor P2Y (clopidogrel, prasugrel o ticagrelor), anticoagulación (bivaluridina, enoxaparina o fondaparinux) y una estatina de alta intensidad previa a la ICP.
75b) Oxígeno intranasal y anticoagulación (bivalirudina, enoxaparina o fondaparinux).
75c) Oxígeno intranasal, aspirina e inhibidor P2Y (clopidogrel, prasugrel o ticagrelor).
75d) Aspirina, anticoagulación (bivalirudina, enoxaparina o fondaparinux) y una estatina de alta intensidad previa a la ICP.

76 SEGÚN EL DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA GEIH-SEIMC, SEFH, SEMPSPH "PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN HOSPITALES ESPAÑOLES" SEÑALE QUÉ REDUCCIÓN DE CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS PUEDE USARSE COMO AYUDA AL CONTROL DE LA APARICIÓN DE CIERTOS MICROORGANISMOS RESISTENTES:

76a) Reducir el consumo de cefalosporinas ayuda al control de Acinetobacter Baumanii resistente a carbapenems.
76b) Reducir el consumo de aminoglucósidos ayuda al control de Pseudomona Aeruginosa resistente a carbapenems.
76c) Reducir el consumo de cefalosporinas (espectro extendido) y quinolonas ayuda al control de Enterobacterias productoras de BLEE.
76d) Reducir el consumo de clindamicina y carbapenems ayuda al control de Staphylococcus Aureus resistentes a meticilina.

77 DE ACUERDO AL RECIENTE POSICIONAMIENTO DE LA SEFH EN MATERIA DE ANTISEPSIA DE LA PIEL Y A LA EVIDENCIA DISPONIBLE, CUÁL SERÍA LA ANTISEPSIA DE ELECCIÓN DE LA PIEL, ANTES DE LA INSERCIÓN DE CATÉTERES:

77a) Povidona iodada en solución alcohólica.
77b) Povidona Iodada.
77c) Clorhexidina acuosa al 2%.
77d) Clorhexidina al 2% en solución alcohólica.

78 QUE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO RECOMENDARÍA PARA TRATAR UNA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA PRODUCIDA POR UN STREPTOCOCO DEL GRUPO VIRIDANS MODERADAMENTE SENSIBLE A PENICILINA (CMI ≥ 0,12 Y ≤ 0,5 MG/L) EN UN PACIENTE QUE NO ES ALÉRGICO A PENICILINA O BETA-LACTÁMICOS Y NO PRESENTA FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE INSUFICIENCIA RENAL:

78a) Penicilina G sódica 4 MU/4h o ceftriaxona 2 g/24 h iv durante 4 semanas + gentamicina 3 mg/kg/día iv durante las 2 primeras semanas.
78b) Penicilina G sódica 4 MU/4 h o ceftriaxona 2 g/24h iv durante 6 semanas + gentamicina 3 mg/kg/día iv durante 2 a 6 semanas.
78c) Cloxacilina 2 g/4h iv + rifampicina 600 mg/12-24 h oral durante 2 a 4 semanas + gentamicina 3 mg/kg/día las 2 primeras semanas.
78d) Cloxacilina 2 g/4h iv + rifampicina 600 mg/12-24 h oral durante 4 a 6 semanas.

79 QUÉ TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO RECOMENDARÍA PARA EL TRATAMIENTO DE UNA PERITONITIS PRIMARIA (ESPONTÁNEA) EN UN PACIENTE CON CIRROSIS Y FACTORES DE RIESGO DE COLONIZACIÓN POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BLEES:

79a) Cefotaxima 1-2 g/8h iv o ceftriaxona 1-2 g/24h iv.
79b) Cefotaxima 1-2 g/8h iv o ceftriaxona 1-2 g/24h iv + metronidazol 500 mg/6-8 h iv.
79c) Piperacilina –tazobactam 4/0,5 g c/6-8 h iv + amikacina 15-20 mg/kg día iv.
79d) Un carbapenem como ertapenem a dosis de 1-2 g/día iv.

80 EN EL CÓDIGO DE ÉTICA FARMACÉUTICA 2015 DE LA SEFH SE HACEN PÚBLICOS LOS PRINCIPIOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL FARMACÉUTICO EN RELACIÓN CON EL PACIENTE, CON OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD Y CON LA SOCIEDAD. INDIQUE CUAL DE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS O RESPONSABILIDADES SE CONSIDERA LA <u>PRIMERA RESPONSABILIDAD</u> DEL FARMACEUTICO:

80a) Procurar el bienestar del paciente mediante la adecuación y seguimiento de su farmacoterapia, con objeto de mejorar o preservar su salud y calidad de vida.
80b) Proporcionar una información terapéutica veraz y adecuada a cada paciente.
80c) Corresponsabilizarse en la correcta adherencia terapéutica.
80d) Procurar una distribución equitativa de los recursos sanitarios con criterios objetivos y trasparentes, en particular cuando estos sean limitados.

81 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA RESPECTO A USTEKINUMAB Y LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII):

81a) Está indicado en ficha técnica para su uso tanto en la enfermedad de Crohn como en la colitis ulcerosa, de moderada a grave y con respuesta inadecuada o pérdida de respuesta a tratamiento convencional o anti-TNFα.
81b) Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la bioactividad de la IL-12 y la IL-23 humanas.
81c) El tratamiento en la EII se inicia con una dosis de 90 mg sc en las semanas 0-8 y posteriormente se administra cada 12 semanas.
81d) Según el IPT de la AEMPS, en la EII aporta ventajas de eficacia frente a los anti-TNF, aunque tiene un inicio de acción más lento que vedolizumab.

82 SEÑALE LA RESPUESTA <u>INCORRECTA</u> RESPECTO A VEDOLIZUMAB Y LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII):

82a) Vedolizumab está indicado tanto para el tratamiento de la colitis ulcerosa activa como de la enfermedad de Crohn, de moderada a grave, en adultos que hayan tenido una respuesta inadecuada, presenten pérdida de respuesta o sean intolerantes al tratamiento convencional o a un anti-TNFα.
82b) El mecanismo de acción de vedolizumab se basa en el bloqueo exclusivo de la integrina α4β7, mediador de la inflamación gastrointestinal.
82c) El régimen de dosificación recomendado es de 300 mg administrados en perfusión iv de 30 min en la semana cero y dos y después de mantenimiento cada 4 semanas.
82d) En el IPT de la AEMPS se indica que para la enfermedad de Crohn no representa una alternativa porque los datos sugieren un efecto modesto en eficacia y un retraso en la inducción a la remisión en comparación con otros biológicos. Sin embargo, dadas las escasas alternativas terapéuticas podrías representar una opción en pacientes con fallo a anti-TNFα.

83 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA RESPECTO A LA ESCALA DISEASE ACTIVITY SCORE (DAS28):

83a) Es una escala usada para evaluar la respuesta a tratamientos biológicos en espondiloartrosis axial. Se considera que el paciente se encuentra en remisión si DAS28 < 3,2.
83b) Es una escala usada para evaluar la respuesta a los tratamientos biológicos en artritis psoriásica. Se considera que el paciente se encuentra en remisión si DAS28 < 2,6.
83c) Es una escala usada para evaluar la respuesta a los tratamientos biológicos en artritis reumatoide. Se considera que el paciente se encuentra en remisión si el DAS28 < 2,6.
83d) Es una escala usada para evaluar la respuesta a los tratamientos biológicos en artritis reumatoide. Se considera que el paciente presenta una baja actividad de la enfermedad si el DAS28 $\leq$ 6,2.

84 SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA SOBRE LAS PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES DE USO DE ADALIMUMAB EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE:

84a) En pacientes que sufran una reactivación del Virus de la hepatitis B (VHB) se debe iniciar tratamiento antiviral efectivo pero no es necesaria la interrupción del tratamiento con adalimumab.
84b) Antes de iniciar el tratamiento se debe realizar a todos los pacientes una prueba cutánea de tuberculina y radiografía de tórax para evaluar la existencia de tuberculosis activa o latente.
84c) Está contraindicado su uso en pacientes con insuficiencia cardiaca moderada a grave (NYHA clases III/IV).
84d) Se debe considerar con precaución el uso de adalimumab en pacientes con trastornos neurológicos desmielinizantes.

85 SEÑALE CUALES SON LOS NIVELES OBJETIVO DE COLESTEROL RECOMENDADOS ALCANZAR EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIACA CORONARIA.

85a) LDL-colesterol <130 mg/dl.
85b) LDL-colesterol <130 mg/dl y HDL-colesterol >60 mg/dl.
85c) LDL-colesterol <160 mg/dl.
85d) LDL-colesterol <100 mg/dl (opcionalmente <70 mg/dl).

86 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA EN RELACIÓN A LAS DIFERENCIAS ENTRE DABIGATRAN CON RIVAROXABAN Y APIXABAN EN LA PREVENCIÓN DEL ICTUS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (FANV):

86a) Dabigatrán es un inhibidor Xa vs rivaroxaban y apixaban que son inhibidores IIa.
86b) Rivaroxaban tiene un agente de reversión específico (idarucizumab) de sus efectos anticoagulantes, a diferencia de dabigatrán.
86c) Dabigatrán presenta una mayor eliminación renal que rivaroxaban y apixaban, y es dializable. En rivaroxaban y apixaban es improbable que la diálisis sea una medida efectiva para manejar la sobredosificación.
86d) Dabigatrán se administra en dosis única diaria oral de 150 o 110 mg, frente a rivaroxaban que se administra 20 mg cada 12 h y apixaban 5 mg/24h por vía oral.

87 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES ANTIPSICÓTICOS NO SE CONSIDERA DE ELECCIÓN PARA EL INICIO DE UN TRATAMIENTO EN PACIENTE "NAIVE" CON UN PRIMER BROTE DE ESQUIZOFRENIA:

87a) Aripiprazol.
87b) Risperidona.
87c) Clozapina.
87d) Ziprasidona.

88 EL TRATAMIENTO CON CONCENTRADO DE FACTOR VIII EN PACIENTES CON "HEMOFILIA A" PUEDE DESENCADENAR LA APARICIÓN DE ANTICUERPOS, CONOCIDOS COMO INHIBIDORES, QUE NEUTRALIZAN LA FUNCIÓN DE LA PROTEÍNA INFUNDIDA. SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES UN POSIBLE TRATAMIENTO EN UN PACIENTE QUE HA DESARROLLADO INHIBIDORES Y PRESENTA UNA HEMORRAGIA:

88a) Concentrado de Complejo Protrombínico Activado (CCPa) (Feiba®).
88b) Factor IX plasmático a altas dosis.
88c) Factor VII recombinante activado (rFVIIa).
88d) La a) y la c) son correctas.

89 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SE EMPLEA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND TIPO 1:

89a) Desmopresina.
89b) Factor II recombinante.
89c) Factor IX recombinante.
89d) Terlipresina.

90 SEÑALE CUAL SERÍA EL TRATAMIENTO INICIAL DE ELECCIÓN PARA UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP) QUE EN LA PRUEBA DE VASOREACTIVIDAD AGUDA DA COMO RESULTADO RESPUESTA POSITIVA "VASOREACTIVA" Y PRESENTA UNA CLASE FUNCIONAL II DE LA OMS (ESTADO FUNCIONAL DE PACIENTES CON HP SEGÚN LA ASOCIACIÓN CARDIACA INTERNACIONAL DE NUEVA YORK (NYHA)):

90a) Epoprostenol.
90b) Bosentan.
90c) Antagonistas de los canales del calcio (ejemp: amlodipino o nifedipino).
90d) Sildenafilo.

91 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENE INDICACIÓN APROBADA PARA SU USO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA:

91a) Bosentan.
91b) Riociguat.
91c) Epoprostenol.
91d) Macitentan.

92 DIGA CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA:

92a) El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud no comprende la prestación farmacéutica.
92b) La cartera común básica del Sistema Nacional de Salud se aprueba mediante Real Decreto.
92c) La cartera común suplementaria está sujeta a aportación del usuario.
92d) Las Comunidades Autónomas pueden incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

93 EN RELACIÓN CON LAS RETRIBUCIONES DEL PERSONAL ESTATUTARIO, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

93a) Las retribuciones del personal estatutario se estructuran en retribuciones básicas y retribuciones complementarias.
93b) La deducción de haberes derivada del ejercicio del derecho de huelga tiene carácter de sanción disciplinaria.
93c) Las pagas extraordinarias forman parte de las retribuciones básicas.
93d) Las retribuciones complementarias son fijas o variables.

94 ES COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN-GERENCIA DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS SANITARIOS DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD:

94a) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con la Organización Central de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94b) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con el Departamento de Salud.
94c) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con los centros sanitarios de titularidad privada para la prestación de los servicios sanitarios complementarios.
94d) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con las demás organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

95 EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PACIENTES Y USUARIOS:

95a) Se registrarán todas las reclamaciones y solicitudes que se presenten ante ellos, con independencia del centro, servicio o establecimiento destinatario de la misma.
95b) Únicamente se registrarán las reclamaciones y solicitudes dirigidas a su propio centro, servicio o establecimiento sanitario.
95c) Únicamente se registrarán las reclamaciones y solicitudes presentas por escrito y dirigidas a su propio centro, servicio o establecimiento sanitario.
95d) Las reclamaciones y solicitudes deben presentarse, en todo caso, por escrito.

96 CONFORME A LA LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO SANITARIO, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

96a) Las instrucciones sobre el tratamiento contenidas en el documento de voluntades anticipadas deberán ser respetadas por el médico o equipo sanitario que le atienda cuando el paciente se encuentra en una situación en la que no sea posible expresar su voluntad.
96b) Las instrucciones sobre el tratamiento contenidas en el documento de voluntades anticipadas deberán ser respetadas por el médico o equipo sanitario que le atienda siempre que el paciente se encuentre en alguna de las situaciones previstas en las instrucciones.
96c) Las instrucciones sobre el tratamiento contenidas en el documento de voluntades anticipadas deberán ser respetadas por el médico o equipo sanitario que le atienda cuando el documento de voluntades anticipadas que contiene las instrucciones haya sido previamente inscrito en algún Registro de voluntades anticipadas legalmente constituido.
96d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

97 A LOS EFECTOS DE LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

97a) Se considera violencia contra las mujeres cualquier acto violento por razón de sexo.
97b) Se considera violencia contra las mujeres cualquier acto violento contra una mujer.
97c) Se consideran actos violentos contra las mujeres las amenazas de realizar actos violentos por razón de sexo.
97d) Se considerarán violencia contra las mujeres los actos violentos que supongan la privación arbitraria de libertad que se produzca en la vida privada.

98 EN RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD 2013-2020, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

98a) Es un Plan de Gobierno limitado al ámbito sanitario.
98b) Marca las políticas de salud para Euskadi.
98c) Todos los departamentos del Gobierno están implicados en el desarrollo del Plan.
98d) Define las prioridades que durante su periodo de vigencia han de ser atendidas con recursos públicos.

99 EN RELACIÓN CON LOS RETOS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

99a) En relación con la universalidad y equidad en el acceso a la salud, el objetivo de Osakidetza-Servicio vasco de salud es garantizar el acceso a la salud a todas las personas que tengan reconocido el derecho a recibir asistencia sanitaria.
99b) En relación con la humanización de la atención, el objetivo se centra prioritariamente en la atención hospitalaria.
99c) En relación con la atención en la lengua oficial de preferencia, el objetivo de Osakidetza-Servicio vasco de salud es conseguir que, para el año 2020, el 65% de las y los profesionales sanitarios atiendan indistintamente en los dos idiomas oficiales.
99d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

100 EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL II PLAN DE NORMALIZACIÓN DEL USO DEL EUSKERA EN OSAKIDETZA ES:

100a) Garantizar a la ciudadanía la opción de comunicarse en la lengua oficial en la que se encuentre más cómoda y segura.
100b) Garantizar que las Unidades de Atención Primaria, en razón de su mayor cercanía al conjunto de la ciudadanía, sean mayoritariamente bilingües.
100c) Garantizar la presencia y el uso del euskera como lengua de servicio oral y escrita en las relaciones externas con pacientes, familiares, administraciones, etc.
100d) Garantizar la presencia y el uso del euskera como lengua de servicio oral y escrita, tanto en las relaciones externas como en las relaciones internas.

PREGUNTAS RESERVA

101 SEGÚN LOS ESTÁNDARES DEL GRUPO DE EVALUACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA SEFH, CUÁL DE LOS SIGUIENTES, SERÍA UN REQUISITO TÉCNICO IMPRESCINDIBLE EN UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA), EN RELACIÓN CON EL PROCESO DE VALIDACIÓN FARMACÉUTICA:

101a) Impresión de recetas al alta hospitalaria.
101b) Validación automática de las órdenes de tratamiento sin cambios de prescripción ni de monitorización.
101c) Registros de no administración de un fármaco: dosis, devolución y motivo.
101d) Vía de administración recomendada.

102 LA HIDROXOCOBALAMINA SE EMPLEA EN LAS INTOXICACIONES POR:

102a) Beta-bloqueantes.
102b) Humo en pacientes con acidosis láctica severa o compromiso cardiovascular.
102c) Salicilatos.
102d) Isoniazida.

103 SEGÚN EL DOCUMENTO DE CONSENSO "MODELO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL HOSPITAL" ELABORADO POR EL GRUPO TECNO DE LA SEFH, EL MODELO PRESENTA TRES NIVELES SEGÚN EL GRADO DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA Y EVOLUCIÓN A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA. SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA RESPECTO AL NIVEL I DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA:

103a) Especialización clínica, 20% del tiempo del farmacéutico en planta, trabajo diario con acceso a la historia farmacoterapéutica y el farmacéutico se ubica en la farmacia.
103b) Integración en equipo clínico, 60% del tiempo del farmacéutico en planta, acceso a la historia clínica del paciente, ubicación del farmacéutico parte en planta y parte en farmacia.
103c) Atención farmacéutica al paciente, 100% del tiempo del farmacéutico en planta, trabajo diario con acceso directo al paciente, ubicación del farmacéutico parte en planta y parte con acceso directo al paciente.
103d) Existe especialización por áreas clínicas: se sugieren inicialmente las siguientes áreas: servicios médicos, quirúrgicos, infecciosas, cuidados críticos, pediatría, onco-hematología, mediante programas estructurados de intervenciones poblacionales.

104 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS NO ES UNA CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA PARA UNA NUTRICIÓN ENTERAL

104a) Isquemia gastrointestinal.
104b) Pancreatitis aguda grave.
104c) Íleo paralítico.
104d) Hemorragia gastrointestinal activa.

105 EN EL PROCESO DE RECEPCIÓN DE LOS GASES MEDICINALES EN BOTELLAS EL PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN VERIFICARÁ

105a) Que las botellas no tienen golpes, quemaduras eléctricas, corrosión, otros daños y contaminación con aceite o grasa.
105b) Que las botellas estén cubiertas con caperuza o protector, que tengan las válvulas cerradas y la ausencia de fugas.
105c) Que todas las botellas o recipientes vengan adecuadamente identificadas con lote y fecha de caducidad.
105d) a), b) y c) son correctas.

106 A UN PACIENTE QUE TOMA 10 MG DE ATORVASTATINA C/24H ¿QUÉ AJUSTE DE DOSIS DE ATORVASTATINA LE RECOMENDARÍA SI PRESENTA UN GRADO 5 DE INSUFICIENCIA RENAL SEGÚN LA GUÍA KDIGO (TASA DE FILTRADO GLOMERULAR < 15 ML/MIN/1,73 M^2)?

106a) Reducir la dosis de atorvastatina un 50%: 5 mg/24h.
106b) Reducir la dosis de atorvastatina un 50% y aumentar el intervalo de dosificación: 5 mg/48 h.
106c) Reducir la dosis de atorvastatina un 25%: tomar 7,5 mg/24h.
106d) No realizar ningún ajuste de dosis: tomar 10 mg/24h.

107 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA EN RELACIÓN A LA RELACIÓN ENTRE EFICACIA CLÍNICA Y LA FARMACOCINÉTICA/FARMACODINAMIA DE LOS ANTIBIÓTICOS:

107a) Los aminoglucósidos tienen un efecto postantibiótico largo, son bactericidas concentración dependientes y la eficacia clínica se correlaciona con obtener un cociente CMax/CMI $\geq$ 2.
107b) La eficacia clínica de las cefalosporinas se correlaciona con la persistencia de su concentración por encima de la CMI durante al menos el 25% de intervalo entre dosis consecutivas (actividad tiempo-dependiente).
107c) Las penicilinas son bactericidas con actividad tiempo-dependiente. La eficacia clínica se correlaciona con la obtención de un tiempo de persistencia de antibiótico libre, por encima de la CMI al menos el 90% del intervalo entre dosis consecutivas.
107d) Las quinolonas tienen actividad bactericida rápida, presentan efecto postantibiótico de moderado a prolongado y la eficacia clínica se correlaciona con el valor del cociente AUC (área bajo la curva)24h/CMI. Siendo el valor óptimo $\geq$ 125.

108 INDIQUE CUAL DE LA SIGUIENTES RESPUESTAS ES FALSA CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS ESENCIALES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRODUCTOS SANITARIOS

108a) No deben comprometer el estado clínico, la salud ni la seguridad de: pacientes, personas que los utilicen, terceros, en su caso.
108b) Deben ofrecer las prestaciones que les atribuyen los fabricantes.
108c) Los requisitos esenciales pueden alterarse durante el periodo de validez en las condiciones normales de utilización.
108d) No han de alterarse las características y prestaciones durante el almacenamiento y el trasporte.

109 EL "PLAN ESTRATÉGICO DE LA SEFH SOBRE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÓNICO" SE SUSTENTA SOBRE 6 EJES ESTRATÉGICOS Y 11 LÍNEAS DE ACTUACIÓN. EN FUNCIÓN DE SU IMPACTO, FACILIDAD Y PERIODO DE IMPLANTACIÓN SE PRIORIZAN ESTAS LÍNEAS EN UNA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN. SEÑALAR CUAL NO ES UNA DE LAS TRES LÍNEAS CONSIDERADAS PRIORITARIAS.

109a) Línea de actuación 1- Promover un área formativa, tanto en formación sanitaria especializada como en formación continuada, que aborde la atención al paciente crónico.
109b) Línea de actuación 11- Desarrollar una estrategia de comunicación dirigida a diversos agentes para poner en valor la labor del farmacéutico como uno de los ejes fundamentales de la mejora de la calidad en la atención al paciente crónico.
109c) Línea de actuación 7- Impulsar y promover el acceso a la información completa del paciente.
109d) Línea de actuación 5- Definir procesos y objetivos comunes en relación a la atención de pacientes crónicos con otros profesionales, tanto de dentro como de fuera del hospital.

110 EN RELACIÓN CON EL PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

110a) Todas las mujeres embarazadas, atendidas en Osakidetza-Servicio vasco de salud, disponen de cartilla electrónica de la embarazada.
110b) Todas las mujeres embarazadas, atendidas en Osakidetza-Servicio vasco de salud, disponen de una cartilla de embarazada en formato papel.
110c) Únicamente las mujeres embarazadas, con Tarjeta Individual Sanitaria emitida por el Departamento de salud del Gobierno Vasco disponen de cartilla electrónica de la embarazada.
110d) Las mujeres embarazadas atendidas en Osakidetza-Servicio vasco de salud, pueden optar entre la cartilla electrónica y la cartilla en soporte papel.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

FAK. ESP. OSPITALE-FARMAZIAKO TEKNIKARIA
FAC. ESP. TECNICO FARMACIA HOSPITALARIA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 C	031 B	061 B	091 B
002 C	032 D	062 D	092 A
003 B	033 A	063 A	093 B
004 D	034 B	064 C	094 B
005 D	035 D	065 B	095 A
006 A	036 D	066 A	096 A
007 D	037 A	067 C	097 Baliogabetua (*)
008 C	038 D	068 B	098 A
009 D	039 C	069 B	099 D
010 C	040 B	070 D	100 D
011 D	041 A	071 C	101 B
012 D	042 C	072 A	102 B
013 B	043 C	073 C	Erreserbak / Reservas
014 D	044 A	074 C	103 C
015 C	045 D	075 Baliogabetua (*)	104 B
016 C	046 D	076 C	105 D
017 A	047 B	077 D	106 D
018 B	048 B	078 B	107 D
019 B	049 D	079 D	108 C
020 C	050 B	080 A	109 D
021 C	051 A	081 B	110 B
022 C	052 B	082 C	
023 B	053 D	083 C	
024 A	054 B	084 A	
025 C	055 B	085 D	
026 A	056 A	086 C	
027 C	057 C	087 C	
028 A	058 B	088 D	
029 D	059 C	089 A	
030 B	060 D	090 C	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.
(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak
(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 184/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución n° 184/2018 de 14 de Febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de Marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. OSPITALE-FARMAZIAKO TEKNIKARIA

CATEGORÍA: FAC. ESP. TECNICO FARMACIA HOSPITALARIA

Proba eguna / Fecha prueba
2018ko maiatzaren 26an / 26 de mayo de 2018

2. ariketa / 2º ejercicio

KASU ZK.: 1

A.U. 61 urteko gizonezkoa da (74 kg eta 1,78 m-ko altuera). Duela 20 urte utzi zion erretzeari eta hipertentsio arterialeko aurrekariak ditu. Urologoaren kontsultara joan da, prostatako minbizia bahetzeko programaren baitan. Ondeste-haztapena egin zaio eta emaitza anormala eman du, eta 13 ng/ml-ko PSA duenez, biopsia egiteko indikazioa eman da. Proba horren emaitza: Prostatako adenokartzinoma; tumoreak lobulu bakar baten % 50 baino gehiago hartzen du (T2b); Gleason score: 4 + 3. Pazientearen ohiko medikazioa hau da: Balsartan/hidroklorotiazida 320 mg/12,5 mg/eguneko eta Genfibrozilo 600 mg, egunean bi aldiz (gosaldu eta afaldu baino lehen).

Galderak:

1.-	Estadio horretan oinarrituta, zein da tratatzeko aukerarik onena?
a)	Dutasterida + Zaintza aktiboa.
b)	Erradioterapia + Androgenoak kentzeko tratamendu laburra.
c)	Androgenoak kentzeko tratamendu luzea.
d)	Zaintza aktiboa.

2.-	A.U.-k duela 4 urte amaitu zuen prostatako minbizi lokalizaturako tratamendua. Egindako azken azterketan PSA 25 ng/ml-koa zen, eta nekatuago dagoela eta bizkarreko mina duela dioenez, bere urologoak eskaner bat eskatu du. Probak erakutsi du zenbait metastasi dagoela bizkarrezurrean, urruneko metastasirik gabe. Zein da tratatzeko aukerarik onena?
a)	Abiraterona 1000 mg/eguneko + Prednisona 10 mg/eguneko.
b)	Bikalutamida 50 mg/eguneko.
c)	Bikalutamida 50 mg/eguneko, 2 astez; gero, leuprolida 45 mg azalpeko bidetik (SC) sei hilean behin.
d)	Enzalutamida 160 mg/eguneko.

3.-	Adierazi zein den erantzun OKERRA:
a)	Kontuz egin behar da Enzalutamidaren preskripzioa neke arazoak dituzten edo konbultsioak izateko aurrejoerako aurrekariak dituzten pazienteekin.
b)	Abiraterona indikatuta dago lehen lerroan kastrazioari erresistentea den prostatako minbizi metastasikoan, hezurretako eta/edo gongoiletako metastasiak daudenean.
c)	Egunean 10 mg Abiraterona eta prednisona emateak saihesten du P450C17 zitokromoaren inhibizioaren ondoriozko efektu mineralokortikoideoa, eta janariarekin batera hartu behar da.
d)	Abirateronarekin tratamendua hasten bada, komeni da 15 egunean behin tentsio arteriala kontrolatzea, lehen 3 hilabeteetan, A.U.ren ohiko tratamenduarekin elkarrekintza adierazgarririk espero ez arren.

4.-	A.U. kontrolatuta dago 2 urtez, Goserelinarekin tratamenduan, nahiz eta beroaldiez kexatu, batez ere. Azken 9 hilabeteetan neke handiagoa nabaritzen du eta bere PSA igoz joan da (14 ng/ml – 22 ng/ml – 36 ng/ml). Horregatik, medikuak bikalutamida preskribatu zion, eta gero kendu egin zion berriro PSA igo zenean. Beste eskaner batek hezurretako metastasiek aurrera egin dutela erakutsi du, nahiz eta eguneroko lanarekin jarraitzen duen. Pazienteak 0-ko ECOG Performance Status-a du, eta toxikotasun esanguratsuko tratamendua saihetsi nahi du. Une horretan, zein da tratatzeko aukerarik egokiena?
a)	Abiraterona+ Prednisona.
b)	Kabazitaxel + Prednisona.
c)	Dozetaxel + Prednisona.
d)	Radio 223.

5.-	A.U. kontsultara bueltatzean, Goserelinarekin 2 urte egin eta gero, 4. galderako egoera klinikoaren ordez egon izan balitz hezurretako eta abdomeneko minarekin (batzuetan, morfina eskatzeko besteko minarekin), igo izan balitzaio PSA 14 ng/ml-tik 28 ng/ml-ra aurreko 2 hilabeteetan, eta eskanerrak erakutsi izan balu, hezurretako metastasiak hedatu direla ez ezik, gibeleko metastasi berriak ere badituela, nahiz eta ECOG Performance status-a 1ean mantendu, une horretan zein izango zen tratatzeko aukerarik onena?

a)	Kabazitaxel.
b)	Dozetaxel + Prednisona.
c)	Mitoxantrona + Prednisona.
d)	Radio 223.

6.-	A.U.k enzalutamidarekin tratamendua hasten badu… Adierazi zein den erantzun OKERRA:
a)	Abirateronaren ondorengo tratamendu sekuentziala enzalutamidarekin egiteko ez dago ebidentzia nahikorik gaur egun.
b)	Enzalutamida CYP3A4ren induktore ahaltsua da eta CYP2C9 eta CYP2C19ren induktore moderatua.
c)	Astenia eta idorreria enzalutamidaren toxikotasun nagusiak dira.
d)	Ez da espero klinikoki esanguratsua den igoerarik enzalutamidaren kontzentrazio plasmatikoei dagokienez, ohiko tratamenduarekin duen elkarrekintzagatik.

7.-	A.U.k tratamendua hasten badu dozetaxelen gisako taxano batekin... Adierazi zein den erantzun OKERRA:
a)	Gomendatzen den hasierako dosia dozetaxelekin 75 mg/m^2-koa da 3 astean behin, eta 5 mg prednisona ahotik, egunean bi aldiz, modu jarraituan.
b)	Dozetaxelek, prostatako minbizian, dexametasona 8 mg edo beste kortikoide baliokide bat ematea eskatzen du, 12 ordu lehenagotik, infusio-erreakzioak gutxitzeko.
c)	Dozetaxelen 1. zikloaren ondoren A.U.k sukar-neutropenia du; horregatik, indikatuta dago dozetaxelen dosia % 20 gutxitzea 2. zikloan.
d)	Filgastrim gehitu beharko litzateke dozetaxelen infusioa amaitu eta 24-72 ordutara, 1. ziklotik, sukar-neutropeniaren intzidentzia gutxitzeko.

8.-	A.U.k indikatutako tratamendua jarraitzen du. Dagoeneko 72 urte ditu eta pisu gutxiago: 68 kg ditu orain. Gaur kontsultara etorri da, eta nekea, goragalea, gorakoa eta nahasmendua dituela dio. Bere emaztearen esanean, azken 2 egunak egon da nahastuta, eta bezperan ez du ia ezer jan, ezta edan ere. Odol-analitika: Kreatinina: 2,07 mg/dl; Na: 138 mEq/l; Albumina: 2,9 g/dl; Ca: 13,1 mg/dl. Zein da hurrengo pausorik egokiena?

a)	Garun-metastasietarako Erresonantzia magnetiko bat eskatzea.
b)	Gatz-seruma 200 ml/h, eta jarraian, 3 mg azido zoledroniko.
c)	Gatz-seruma 200 ml/h, eta jarraian, 4 mg azido zoledroniko.
d)	Hasi kaltzitonina 100 UI 6-8 orduan behin.

KASU ZK.: 2

Farmazia zerbitzuan, **Adalimumabekin (larruazalpetik**, 40mg 2 astean behin) tratamendu biologikoa hasteko eskaera bat jaso da, farmazia zerbitzuan bertan baliozkotu eta kudeatu dadin. Datu hauek jasota utzi dira eskaeran:

58 urteko pazientea, emakumezkoa, 5 urte lehenago Artritis Erremautoidearen diagnostikoa jaso duena.
Aurrekariak: erretzailea; pisua: 60 kg; altuera: 1,65 m; menopausia 42 urterekin; hipertentsio arteriala; hiperkolesterolemia.

Analitika: Fase akutuko erreakzionatzaileak VSG 39 mm/h; PCR 12 mg/L; Faktore erreumatoidea, positibo; Antigorputz antipeptido zikliko zitrulinatuak, positibo (anti-CCP +); antigorputz antinuklearrak (ANA), negatibo.

Biokimika eta gernua, normal.

Minaren EVA (ikus eskala analogikoa): 6/10
Gaixotasunaren EVA bidezko ebaluazio orokorra, pazienteak egindakoa: 7/10
Gaixotasunaren EVA bidezko ebaluazio orokorra, medikuak egindakoa: 6/10
HAQ (Health Assessment Questionnaire): 1,3/3
DAS28 (Disease Activity Score): 5,1

Erradiologia: erosio nabarmenak eskuetan.
Larruazalpeko noduluak.
Giltzadurez kanpoko manifestazioak: ez.

<u>Tratamentuak, aurretikoak eta konkomitanteak:</u>

-Aurretikoak: Leflunomida 20mg/egunean 9 hilabetez; kendu egin zen ez zelako eraginkorra. Infiltrazio lokalak kortikoideekin.

-Egun: Metotrexatoa ahotik 15mg *(toleratzen den gehieneko dosia)* + azido folikoa, astean behin (6 hilabete lehenago hasita). Diklofenako konprimatu 1, 50mg/8h. Prednisona 7,5mg/egunean, ahotik. Atorbastatina 10mg/24h, ahotik. Enalaprilo 5mg/egunean, ahotik. Omeprazol 20mg/egunean, ahotik. Lorazepam 1mg gauez, ahotik. Kaltzioa 1000mg/ D3 bitamina 800 UI: zorro 1/egunean.

Galderak:

9.-	Adierazi zein den baieztapen ZUZENA:
a)	DAS28 indizea da EULARek (European League Against Rheumatism) jarduera inflamatorioa neurtzeko gomendatzen duena, eta ohiko praktiko klinikoan erabiltzen da.
b)	Gaixotasunaren jarduera-indizea baxua da une honetan, DAS 28 balioaren arabera.
c)	DAS28 indizearen kalkuluan hauek sartzen dira: fase akutuko erreakzionatzailea den proteina C erreaktiboa (PCR) eta globuluen jalkiera-abiadura (VSG).
d)	a eta c zuzenak dira.

10.-	Kontuan izanda terapia biologiko bat hasteko unean egin beharreko arrisku-kudeaketa, beste zer informazio eskatuko zenioke erreumatologoari eskaera hori baliozkotu ahal izateko?
a)	Mantoux eta/edo booster + toraxeko erradiografia, B eta C hepatitisen serologiak.
b)	Bihotz-gutxiegitasun konkomitantea dagoen ala ez.
c)	Onko-hematologiako historia.
d)	Denak zuzenak dira.

11.-	Erreumatologoak eman digu eskatutako dokumentazioa, eta paziente honentzat gomendagarria izango litzatekeen txertaketa motari buruzko informazioa eskatu digu. Pazienteak adierazi du haurren txertaketa egutegiari jarraituz txertatu zutela, eta gaur egun tetanosaren kontra babestuta dagoela (azken oroitzapen-dosia 2 urte lehenago eman zioten). Zer gomendio emango zenuke txerto motari eta horiek emateko moduari dagokienez? Adierazi zein den OKERRA:
a)	Pneumokokoaren kontra txertatzea gomendatzen dugu, gutxienez Adalimumabaren lehen dosia baino 15 egun lehenago.
b)	Txerto ez-aktiboak kontraindikatuta daude Adalimumaben

	tratamenduarekin dauden pazienteetan.
c)	Gripearen aurkako txertoa jartzea gomendatzen dugu, urteroko osasuneko kanpainen arabera.
d)	Ez dugu antihepatitis B txertoa gomendatzen, pazientea dagoeneko txertatu dute eta: HBsAg (-), HBcAc edo anti-HBc (-), HBsAc edo anti-HBs (+).

12.-	Behin informazioa osatuta, eskaera ontzat ematea erabakitzen da, eta pazienteari hitzordua ematen zaio farmazia zerbitzuko farmazia-arretarako kontsultara etor dadin. Pazienteak ezagutzen ditu bai gaixotasuna, bai jasoko duen tratamendua, baina farmazia zerbitzuan, informazio hori berresteko, medikamentua emateko modua eta izan ditzakeen efektu kaltegarriak azaltzen zaizkio, baita medikamentua nola gorde ere. Handik 4 hilabetera medikazioaren bila datorrenean, pazienteak farmazialariari adierazten dio arduratuta dagoela osteoporosia ere izateko aukerarekin, bere gaixotasunari eta unean duen tratamenduari lotuta. Osteoporosiaren zer arrisku-faktore du paziente honek?
a)	65 urte baino gutxiago izatea, tabako kontsumoa eta HAQ >1,25.
b)	Tratamendu jarraitua prednisonarekin, gorputz-pisua >58 kg, eta HAQ > 1,25.
c)	Menopausia goiztiarra, tabako kontsumoa eta artritis erreumatoide aktiboa.
d)	Tratamendua adalimumab eta prednisonarekin, eta 65 urte baino gutxiago izatea.

13.-	Medikuaren kontsultako hiru hilean behingo kontroletan, tratamendu biologikoaren erantzun terapeutikoa ebaluatu da: ez da helburu terapeutikoa lortu, Adalimumabaren (ADA) posologia astean 40mg-ra aldatu arren. DAS28 indizearen azken puntuazioa: 4,8. Erreumatologoak anti ADA antigorputzen determinazioa egitea eskatu du eta emaitza negatiboa izan da. ADA maila plasmatikoak, maila optimoetan. Nola interpretatu daitezke emaitzak? Adierazi zein den erantzun ZUZENAK.
a)	Erantzun eza anti Adalimumab antigorputzik ez egotetik dator.
b)	Artritis erreumatoide aktiboa duten pazienteekin, anti-TNF tratamenduari ez erantzutearen arrazoia hau da beti: anti-TNF antigorputzek eragindako immunogenizitatea.
c)	Gaixotasunaren jarduera TNF α faktorearekiko mendekotasunik gabekoa izan daiteke, antigorputzen ebidentziarik ez dagoen kasuetan, farmako

	librearen maila optimoekin.
d)	Denak okerrak dira.

14.-	Ondoren, erreumatologoak Adalimumaba kentzea erabakitzen du, eta farmazia zerbitzuari artritis erreumatoide kasuetan indikatuta dauden beste aukera terapeutiko eskuragarri batzuk eskatzen dizkio, diana terapeutiko desberdin batean eragiten dutenak, gainerako tratamendua berdin mantenduta. Indikatutako hauen artean, zein da aukera ZUZENA?
a)	Sekukinumab, Tozilizumab, Tofazitinib.
b)	Barizitinib, Ixekizumab, Tozilizumab.
c)	Tozilizumab, Abatazept, Ustekinumab.
d)	Tozilizumab, Abatazept, Tofazitinib.

15.-	Erreumatologoak hau aukeratzen du: Tozilizumab zain barnetik (IV) hilean behin. Zer parametro aintzat hartu beharko luke farmako horren dosia doitzeko?
a)	Gorputz-pisua, neutrofiloak, hemoglobina eta transaminasak.
b)	Gorputz-pisua, neutrofiloak, plaketak eta transaminasak.
c)	Gorputz-pisua, neutrofiloak, transaminasak eta profil lipidikoa.
d)	Gorputz-pisua.

16.-	Paziente honekin, zer farmakori jarraipena egitea gomendatuko zenuke, tratamendua Tozilizumabekin hastean, elkarrekintza farmakologikoen arriskuari begira?
a)	Lorazepam.
b)	Lorazepam eta atorbastatina.
c)	Atorbastatina.
d)	Bat ere ez.

KASU ZK.: 3

<u>Enuntziatua</u>:

Farmazia Zerbitzuan, C hepatitisaren tratamendua paziente batean baloratzeko eskaera jaso da.

Pazientea 51 urteko gizonezkoa da, VHC eta Giza Immunoeskasiaren Birusaz koinfektatua. Ez du komorbilitaterik, ezta intereseko beste aurrekaririk ere.

Pazientearen VHC 3a genotipoa da, eta karga birikoa: 563.487 UI/ml. Egin zaion azken fibroscan-ak emaitza hau eman du: 8,7 KPa. Transaminasa AST/ALT mailak 38 eta 54 U/L-koak dira, eta bilirrubina totala: 0,46 mg/dL; plaketopeniarik ez (232x 10^9/L), ezta hipoalbuminemiarik ere (4,7 g/dl), eta alfa-fetoproteina mailak tarte normalen barruan daude.

Pazientea aurretik tratatu dute peginterferon + erribabirinarekin, 2013an, 48 astez. Erantzun biriko goiztiarra ikusi zen, baina eutsitako erantzun birikorik gabe.

Galderak:

17.-	Azken fibroscana kontuan izanik, paziente honen fibrosi maila gutxi gorabehera zenbatekoa dela esango genuke?
a)	F2.
b)	F3.
c)	F4.
d)	F0-F1.

18.-	2018an EASL elkarteak (European Association for the Study of the Liver) C hepatitisa tratatzeko emandako Gomendioen arabera, aukera terapeutiko hauetako zein da egokiena paziente honentzat?
a)	Elbasbir/grazoprebir.
b)	Sofosbubir/ledipasbir.
c)	Sofosbubir/belpatasbir.
d)	Aurreko guztiak dira aukera zuzen bat.

19.-	Pazientea glekaprebir/pibrentasbirrekin tratatuz gero, tratamenduaren iraupena zenbatekoa izan beharko litzateke, medikamentuaren fitxa teknikoaren arabera?
a)	8 astekoa.
b)	12 astekoa.
c)	16 astekoa.
d)	24 astekoa.

20.-	VHCrako tratamendua hasteko proposamena egiteko unean pazientea tratamenduan baldin badago Giza Immunoeskasiaren bisurerako, honako hauekin: etrabirina + erraltegrabir + darunabir 800 mg/ erritonabir 100 mg, jarraian adierazitako VHCrako tratamenduetatik zein ez dago kontraindikatuta, medikamentuen elkarrekintzak kontuan hartuta?
a)	Glekaprebir/pibrentasbir.
b)	Sofosbubir/belpatasbir.
c)	Aurreko aukeretako bat ere ez dago kontraindikatuta.
d)	Aurreko aukera guztiak daude kontraindikatuta.

21.-	Nola neurtzen da C hepatitis kronikoaren tratamenduaren eraginkortasuna?
a)	Eutsitako erantzun birikoa, hau da, karga biriko detektaezina tratamendua amaitu eta 12 edo 24 astera.
b)	Erantzun biriko goiztiarra, hau da, karga biriko detektaezina tratamendua hasi eta 4 astera.
c)	Erantzun biriko azkarra, hau da, karga biriko detektaezina tratamendua amaitu eta 4 astera.
d)	a eta b zuzenak dira.

22.-	VHCrako tratamendua hasi aurretik, kontuan izanik Giza Immunoeskasiaren birusarekiko erresistentzien patroia, erabakitzen da pazientearen tratamendua aldatzea eta integrasaren inhibitzailea duen QD pauta proposatzea. Adierazi aukera hauetako zein sartu daitekeen tratamenduaren eskeman:
a)	Dolutegrabir 25 mg, egunean behin.
b)	Erraltegrabir 800 mg, egunean behin.
c)	Erraltegrabir 1200 mg, egunean behin.
d)	Aurreko guztiak zuzenak dira.

23.-	Aurretik GIBerako tratamendua jaso ez duen paziente baten aurrean, GeSIDAren 2018ko Adostasun-agiriaren arabera, hauetako zein ez da lehenetsitako konbinazioa 1 motako GIBagatiko infekzioa duten pazienteekin tratamendu antierretrobirala hasteko unean?
a)	Abakabir + lamibudina + dolutegrabir.
b)	Abakabir + lamibudina + darunabir indartua.
c)	Tenofobir + emtrizitabina + dolutegrabir.
d)	Tenofobir + emtrizitabina + erraltegrabir.

24.-	VHCrako tratamendua eman behar zaio 1a genotipoa eta 1 fibrosi maila dituen 16 urteko paziente bati. Tratamendu hauetako zeinetan sartzen da indikazio hori fitxa teknikoan (AEMPS)?
a)	Sofosbubir/belpatasbir.
b)	Glekaprebir/pibrentasbir.
c)	Sofosbubir/ledipasbir.
d)	Aurreko aukeretako batean ere ez dago indikatuta.

CASO Nº: 1

A.U. es un varón de 61 años (74 kg y 1,78 m de altura), ex-fumador desde hace 20 años y con antecedentes de hipertensión arterial, que acude a la consulta de su urólogo dentro de su programa de screening de cáncer de próstata. Le realiza un tacto rectal, que da un resultado anormal, y como su PSA es 13 ng/ml, le indica una biopsia, que dará como resultado Adenocarcinoma de próstata, con el tumor afectando más del 50% de 1 único lóbulo (T2b) con un Gleason score 4 + 3. Como medicación habitual toma Valsartan/hidroclorotiazida 320 mg/12,5 mg/día y Gemfibrozilo 600 mg, dos veces al día (antes del desayuno y de la cena).

Preguntas:

1.-	Basado en este estadio. ¿Cuál es la mejor opción de tratamiento?
a)	Dutasterida + Vigilancia activa
b)	Radioterapia + Tratamiento corto de Deprivación de andrógenos
c)	Tratamiento largo de Deprivación de Andrógenos
d)	Vigilancia activa

2.-	A.U. terminó hace 4 años el tratamiento para el cáncer de próstata localizado. En la última revisión el PSA es 25 ng/ml, y como se nota más cansado y se queja de dolor de espalda, su urólogo solicita un scanner que revela varias metástasis óseas en la columna, sin metástasis a distancia. ¿Cuál es la mejor opción de tratamiento?
a)	Abiraterona 1000 mg/dia + Prednisona 10 mg/dia
b)	Bicalutamida 50 mg/día
c)	Bicalutamida 50 mg/día 2 semanas, luego leuprolida 45 mg SC semestral
d)	Enzalutamida 160 mg/dia

3.-	Señale la respuesta <u>INCORRECTA,</u>
a)	La prescripción de Enzalutamida ha de hacerse con precaución en pacientes con problemas de fatiga o antecedentes o predisposición a convulsiones.
b)	La Abiraterona está indicada en 1ª línea en el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración, con metástasis óseas y/o ganglionares.
c)	La administración de Abiraterona junto a prednisona 10 mg/día evita el efecto mineralocorticoide derivado de la inhibición del citocromo P450C17, y debe tomarse con comidas.
d)	Si se inicia tratamiento con Abiraterona, se recomienda controlar la tensión arterial cada 15 días en los 3 primeros meses, aunque no se esperan interacciones significativas con el tratamiento habitual de AU.

4.-	AU está controlado durante 2 años en tratamiento con Goserelina, aunque se queja principalmente de sofocos. En los últimos 9 meses nota más cansancio y su PSA ha aumentado (14 ng/ml – 22 ng/ml – 36 ng/ml). Por ello su médico le prescribió bicalutamida y su retirada posterior cuando aumentó otra vez el PSA. Otro scanner ha revelado progresión de las metástasis óseas, aunque continua con su trabajo diario habitual. Su ECOG Performance Status es 0 y desea evitar tratamiento con toxicidad significativa. ¿Qué opción de tratamiento es la más apropiada en este momento?
a)	Abiraterona+ Prednisona
b)	Cabazitaxel + Prednisona
c)	Docetaxel + Prednisona
d)	Radio 223

5.-	Si cuando AU vuelve a consulta tras los 2 años de Goserelina y en vez de la situación clínica de la pregunta 4, mostrase dolor óseo y abdominal que requiere a veces morfina, aumento del PSA de 14 a 28 ng/ml en los 2 últimos meses y su scanner hubiese revelado además de la progresión de las metástasis óseas, nuevas metástasis hepáticas, aunque mantiene ECOG Performance status de 1. ¿Cuál es la mejor opción de tratamiento en este momento?

a)	Cabazitaxel
b)	Docetaxel + Prednisona
c)	Mitoxantrona + Prednisona
d)	Radio 223

6.-	Si AU iniciase tratamiento con enzalutamida. Señala la respuesta INCORRECTA:
a)	El tratamiento secuencial de enzalutamida tras abiraterona no tiene evidencia suficiente en el momento actual.
b)	Enzalutamida es un inductor potente de CYP3A4 y un inductor moderado de CYP2C9 y CYP2C19
c)	La astenia y el estreñimiento son las principales toxicidades de enzalutamida.
d)	No se espera un incremento clínicamente significativo de las concentraciones plasmáticas de enzalutamida por interacción con su tratamiento habitual.

7.-	Si AU iniciase tratamiento con un taxano como docetaxel. Señala la respuesta INCORRECTA:
a)	La dosis inicial recomendada de docetaxel es de 75 mg/m^2 cada 3 semanas con 5 mg de prednisona vía oral, dos veces al día, de forma continua.
b)	Docetaxel, en el cáncer de próstata, requiere la administración de dexametasona 8 mg u otro corticoide equivalente para disminuir las reacciones infusionales, desde 12 horas antes.
c)	Tras el 1º ciclo de docetaxel, AU tiene neutropenia febril, por lo que está indicado reducir la dosis de docetaxel un 20% en el 2º ciclo.
d)	Se debería añadir filgastrim a las 24-72 h de finalizada la infusión de docetaxel desde el 1º ciclo para disminuir la incidencia de neutropenia febril.

8.-	AU sigue el tratamiento indicado. Ahora ya tiene 72 años, y ha bajado su peso a 68 kg. Hoy acude a consulta y se queja de fatiga, náuseas, vómitos y confusión. Su mujer indica que ha estado confundido los 2 últimos días y que el día anterior prácticamente no ha comido, ni bebido nada. Analítica de sangre: Creatinina: 2,07 mg/dl; Na: 138 mEq/l ; Albúmina: 2,9 g/dl; Ca:

	13,1 mg/dl. ¿Cuál es la siguiente acción más apropiada?
a)	Solicitar una Resonancia Magnética para metástasis cerebrales
b)	200 ml/h de suero salino, seguido de 3 mg de ácido zoledrónico
c)	200 ml/h de suero salino, seguido de 4 mg de ácido zoledrónico
d)	Iniciar calcitonina 100 UI c/6-8 h.

CASO Nº: 2

Se recibe en el servicio de farmacia una solicitud para el inicio de un tratamiento biológico con **Adalimumab subcutáneo** (40mg cada 2 semanas) para que sea validada y gestionada por el servicio de farmacia. Se hacen constar los siguientes datos:
Paciente de 58 años de edad, mujer, diagnosticada de Artritis Reumatoide desde hace 5 años.
Antecedentes: fumadora, peso 60 Kg, talla 1,65m, menopausia a los 42 años, hipertensión arterial, hipercolesterolemia.
Analítica: Reactantes de fase aguda VSG 39 mm/h, PCR 12 mg/L, Factor Reumatoide positivo, Anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados positivo (anti-CCP +), anticuerpos antinucleares (ANA) negativo.
Bioquímica y orina normal

EVA (escala visual analógica) dolor: 6/10
EVA evaluación global de la enfermedad realizada por el paciente: 7/10
EVA evaluación global de la enfermedad realizada por el médico: 6/10
HAQ (Health Assessment Questionnaire): 1,3/3
DAS28 (Disease Activity Score): 5,1

Radiología: erosiones importantes en manos.
Nódulos subcutáneos.
Manifestaciones extraarticulares: no

Tratamientos previos y concomitantes:

-Previos: Leflunomida 20mg/día durante 9 meses, se suspendió por ineficacia. Infiltraciones locales con corticoide.

-Actualmente: Metotrexato oral 15mg *(dosis máxima tolerada)* + ácido fólico semanales (comienzo hace 6 meses). Diclofenaco 1 comp 50mg/8h. Prednisona 7,5mg/día oral. Atorvastatina 10mg/24h oral. Enalaprilo 5mg/día oral. Omeprazol 20mg/día oral. Lorazepam 1mg noche oral. Calcio 1000mg/vitamina D_3 800 UI: 1 sobre/día.

Preguntas:

9.-	Señale la afirmación CORRECTA:
a)	El índice DAS28 es el recomendado para medir la actividad inflamatoria por la EULAR (European League Against Rheumatism) y se emplea en la práctica clínica habitual
b)	La enfermedad se encuentra en un índice de actividad bajo en estos momentos según valor DAS 28
c)	El índice DAS28 incluye en su cálculo el reactante de fase aguda proteína C

	reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG).
d)	a y c son correctas

10.-	Teniendo en cuenta la gestión de riesgos al inicio de una terapia biológica, ¿Qué información adicional pedirías al reumatólogo para poder validar esta solicitud?:
a)	Mantoux y/o booster + radiografía de tórax, serologías hepatitis B y C.
b)	Existencia o no de insuficiencia cardiaca concomitante
c)	Historial onco-hematológico
d)	Todas son ciertas

11.-	El reumatólogo aporta la documentación requerida y nos solicita información sobre el tipo de vacunación que sería recomendable en esta paciente. La paciente refiere que fue vacunada conforme al calendario de vacunación infantil y que actualmente está protegida contra el tétanos (ya que recibió la última dosis de recuerdo hace 2 años). ¿Qué recomendaciones aportaría respecto al tipo y administración de las vacunas?. Señale la opción INCORRECTA:
a)	Recomendamos vacunar contra Neumococo al menos 15 días antes de la primera dosis de Adalimumab
b)	Las vacunas inactivadas están contraindicadas en pacientes en tratamiento con Adalimumab
c)	Recomendamos vacuna antigripal conforme a las campañas sanitarias anuales
d)	No recomendamos vacunación antihepatitis B puesto que la paciente está vacunada: HBsAg (-), HBcAc o anti-HBc (-), HBsAc o anti-HBs (+).

12.-	Una vez completada la información, se decide dar el visto bueno a la solicitud y se cita a la paciente en la consulta de atención farmacéutica del servicio de farmacia. La paciente conoce la enfermedad y el tratamiento que va a recibir, en el servicio de farmacia se refuerza esta información y se le indica cómo debe administrase el medicamento y los posibles efectos adversos así como la conservación del fármaco. A los 4 meses, cuando viene a recoger la medicación, la paciente comenta al farmacéutico que le preocupa la aparición de osteoporosis relacionada con su enfermedad y su tratamiento actual, ¿Qué factores de riesgo de osteoporosis presenta esta paciente?

a)	Edad inferior a 65 años, consumo de tabaco y HAQ >1,25
b)	Tratamiento continuado con prednisona, peso corporal >58 Kg y HAQ > 1,25
c)	Menopausia precoz, consumo de tabaco y artritis reumatoide activa
d)	Tratamiento con adalimumab, prednisona y edad inferior a 65 años

13.-	En los controles sucesivos trimestrales en la consulta médica, se evalúa la respuesta terapéutica al tratamiento biológico, no consiguiéndose el objetivo terapéutico a pesar de haber modificado la posología de Adalimumab (ADA) a 40mg semanales. Última puntuación DAS28 4,8. El reumatólogo ha solicitado la determinación de anticuerpos anti ADA, siendo negativos, y los niveles plasmáticos de ADA estando en nivel óptimo. ¿Cuál es la interpretación de los resultados? Señala la respuesta CORRECTA.
a)	El fallo de respuesta se debe a la ausencia de anticuerpos anti Adalimumab
b)	La causa de falta de respuesta al tratamiento con anti-TNF en paciente con artritis reumatoide activa es siempre debida a la inmunogenicidad producida por anticuerpos anti-TNF.
c)	La actividad de la enfermedad puede ser independiente del factor TNF α en los casos sin evidencia de anticuerpos y con niveles óptimos de fármaco libre.
d)	Todas son falsas

14.-	Posteriormente el reumatólogo decide suspender Adalimumab y solicita al servicio de farmacia opciones terapéuticas disponibles con indicación en artritis reumatoide y que actúen en una diana terapéutica diferente manteniendo el resto del tratamiento igual. ¿Cuál es la opción CORRECTA de las indicadas?:
a)	Secukinumab, Tocilizumab, Tofacitinib
b)	Baricitinib, Ixekizumab, Tocilizumab
c)	Tocilizumab, Abatacept, Ustekinumab
d)	Tocilizumab, Abatacept, Tofacitinib

15.-	El reumatólogo decide Tocilizumab IV mensual. ¿Qué parámetros debería tener en cuenta para ajustar la dosis de este fármaco?

a)	Peso corporal, neutrófilos, hemoglobina y transaminasas
b)	Peso corporal, neutrófilos, plaquetas y transaminasas
c)	Peso corporal, neutrófilos, transaminasas y perfil lipídico
d)	Peso corporal

16.-	Que fármaco/s recomendarías vigilar en esta paciente al iniciar el tratamiento con Tocilizumab por riesgo de interacción medicamentosa?
a)	Lorazepam
b)	Lorazepam y atorvastatina
c)	Atorvastatina
d)	Ninguno

CASO Nº: 3

Se recibe en el Servicio de Farmacia una solicitud para valorar el tratamiento de la hepatitis C de un paciente.

El paciente es un varón de 51 años coinfectado por el VHC y el VIH. No tiene comorbilidades ni otros antecedentes de interés.

El VHC del paciente es genotipo 3a, y presenta una carga viral de 563.487 UI/ml. El último fibroscan realizado indica 8,7 KPa. Los niveles de transaminasas AST/ALT son de 38 y 54 U/L, con una bilirrubina total de 0,46 mg/dL; sin plaquetopenia (232x 10^9/L) ni hipoalbuminemia (4,7 g/dl) y los niveles de alfa-fetoproteína se encuentran dentro de rango de normalidad.

El paciente ya había sido tratado en 2013 con peginterferon + ribavirina durante 48 semanas. Hubo respuesta viral temprana pero sin respuesta viral sostenida.

Preguntas:

17.-	Teniendo en cuenta el último fibroscan, diríamos que el grado de fibrosis estimado en este paciente es:
a)	F2
b)	F3
c)	F4
d)	F0-F1

18.-	Según las Recomendaciones de la EASL (European Association for the Study of the Liver) 2018 en el tratamiento de la hepatitis C, cuál de las siguientes opciones terapéuticas sería adecuada en este paciente:
a)	Elbasvir/grazoprevir
b)	Sofosbuvir/ledipasvir
c)	Sofosbuvir/velpatasvir
d)	Todas las anteriores son una opción correcta

19.-	Si el paciente fuese tratado con glecaprevir/pibrentasvir la duración del tratamiento, según la ficha técnica del medicamento, debería ser:
a)	8 semanas
b)	12 semanas
c)	16 semanas
d)	24 semanas

20.-	Si en el momento de propuesta de inicio de tratamiento para el VHC, el paciente se encuentra en tratamiento con etravirina + raltegravir + darunavir 800 mg/ ritonavir 100 mg para el VIH. Cuál de los siguientes tratamientos para el VHC no está contraindicado teniendo en cuenta las interacciones medicamentosas:
a)	glecaprevir/pibrentasvir
b)	sofosbuvir/velpatasvir
c)	Ninguna de las opciones anteriores está contraindicada
d)	Todas las opciones anteriores están contraindicadas

21.-	¿Cómo se mide la eficacia del tratamiento de la hepatitis C crónica?
a)	Respuesta viral sostenida, es decir, carga viral indetectable a las 12 o 24 semanas después de finalizar el tratamiento.
b)	Respuesta viral temprana, es decir, carga viral indetectable a las 4 semanas de iniciar el tratamiento.
c)	Respuesta viral rápida, es decir, carga viral indetectable a las 4 semanas después de finalizar el tratamiento.
d)	La respuesta a y b son correctas.

22.-	Previo a iniciar el tratamiento del VHC y teniendo en cuenta el patrón de resistencias del VIH, se decide modificar el tratamiento de nuestro paciente a una pauta QD que incluya un inhibidor de la integrasa. Indicar cuál de las siguientes opciones se puede incluir en el esquema de tratamiento:
a)	Dolutegravir 25 mg una vez al día
b)	Raltegravir 800 mg una vez al día
c)	Raltegravir 1200 mg una vez al día
d)	Todas las anteriores son correctas

23.-	Si nos encontráramos ante un paciente sin tratamiento previo para el VIH, según el documento de Consenso de GeSIDA 2018, cuál de las siguientes NO se considera una combinación preferente en el inicio de tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por VIH-1:
a)	Abacavir + lamivudina + dolutegravir
b)	Abacavir + lamivudina + darunavir potenciado
c)	Tenofovir + emtricitabina + dolutegravir
d)	Tenofovir + emtricitabina + raltegravir

24.-	Si fuera preciso tratar el VHC en un paciente de 16 años, genotipo 1a y grado de fibrosis 1, cuál de los siguientes tratamientos incluye esta indicación en su ficha técnica (AEMPS):
a)	Sofosbuvir/velpatasvir
b)	Glecaprevir/pibrentasvir
c)	Sofosbuvir/ledipasvir
d)	Ninguna de las opciones anteriores está indicado

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

FAK. ESP. OSPITALE-FARMAZIAKO TEKNIKARIA
FAC. ESP. TECNICO FARMACIA HOSPITALARIA

ARIKETA / EJERCICIO: 02 EREDUA / MODELO: X

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 B			
002 C			
003 C			
004 A			
005 B			
006 D			
007 D			
008 C			
009 A			
010 D			
011 B			
012 C			
013 C			
014 D			
015 B			
016 Baliogabetua (*)			
017 A			
018 C			
019 C			
020 D			
021 A			
022 C			
023 B			
024 C			

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.
(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak
(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales