Osakidetza




# *FACULTATIVO/A TÉCNICO/A FARMACEÚTICO/A*

## PREGUNTAS

1. **De acuerdo con el Real Decreto 1275/2011 por el que se crea la "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" (AEMPS) y se aprueba su Estatuto, NO ES FUNCIÓN del Comité de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS:**

   a) Con carácter facultativo, a solicitud del/de la Director/a de la Agencia emitirá, informes sobre los procedimientos relacionados con los medicamentos humanos.
   b) Velar por la eficiencia y transparencia en los procedimientos de autorización de medicamentos humanos.
   c) Proponer a la Agencia la realización de los estudios e investigaciones que estime necesarios para el mejor ejercicio de la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
   d) Coordinar los comités y grupos de trabajo en los procedimientos de evaluación y utilidad terapéutica de los medicamentos de uso humano.

2. **¿Cuál de las siguientes NO es función de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)?**

   a) La evaluación y autorización de medicamentos de uso humano y veterinario.
   b) La autorización de ensayos clínicos con medicamentos y la autorización de investigaciones clínicas con productos sanitarios.
   c) El seguimiento continuo de la seguridad y eficacia de los medicamentos una vez comercializados y el control de su calidad.
   d) Establecimiento de un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos y productos sanitarios.

3. **La Nota de Seguridad MUH (FV), publicada en 2024 por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), establece nuevas recomendaciones sobre el uso de valproato en:**

   a) Varones.
   b) Niñas y mujeres con capacidad de gestación.
   c) Insuficiencia hepática.
   d) Uso concomitante con otros fármacos antiepilépticos.

4. **Ante el incremento de los problemas de suministro de medicamentos la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha puesto en marcha las siguientes acciones, EXCEPTO:**

   a) El Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos.
   b) Publicar en su web los desabastecimientos y las posibles alternativas.
   c) Creación del sistema “CISMED” (Centro de Información sobre el Suministro de Medicamentos).
   d) Autorización de importación de medicamentos extranjeros.




5. **De acuerdo al Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, el Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano está integrado por:**

   a) Los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de las comunidades autónomas y las unidades o centros autonómicos de farmacovigilancia a ellas adscritos, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y los profesionales sanitarios.
   b) Los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de las comunidades autónomas y las unidades o centros autonómicos de farmacovigilancia a ellas adscritos, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, los profesionales sanitarios y los ciudadanos.
   c) Los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de las comunidades autónomas y las unidades o centros autonómicos de farmacovigilancia a ellas adscritos, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
   d) Ninguna es cierta.

6. **El nombramiento de la persona titular de la Jefatura del Centro Nacional de Certificación de Productos Sanitarios se llevará a cabo por:**

   a) El/La directora/a de la AEMPS.
   b) El/La Presidente/a de la AEMPS.
   c) El Consejo Rector de la AEMPS.
   d) El/La Secretario/a de Estado de Sanidad.

7. **En la actualidad, NO es un Comité de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS):**

   a) El Comité de Productos Sanitarios.
   b) El Comité de Seguridad de Medicamentos Veterinarios.
   c) El Comité Técnico del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano.
   d) El Comité de Coordinación de Estudios Posautorización.

8. **Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, ¿la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos puede fijar el importe máximo de venta al público de los medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica?**

   a) Cuando exista una situación excepcional sanitaria, con el fin de proteger la salud pública.
   b) Sí, en cualquier caso.
   c) No, en ningún caso.
   d) Solo el Gobierno de España tiene esta competencia, siempre con el objeto de proteger la salud de la población.




**9. Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, podrá ser objeto de publicidad destinada al público:**

a) Un medicamento que contiene doxilamina para el tratamiento sintomático del insomnio ocasional.
b) Un medicamento que contiene tapentadol para el tratamiento del resfriado.
c) Un inhalador que contienen salbutamol como principio activo.
d) Ninguno de los anteriores.

**10. Respecto del Real Decreto 1015/2009 sobre situaciones especiales de los medicamentos, señale la opción correcta:**

a) La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) podrá autorizar el acceso a un medicamento que estando autorizado en España no se encuentre comercializado, siguiendo los procedimientos correspondientes.
b) Una persona paciente podrá obtener un medicamento mediante uso compasivo, aún cuando el promotor del ensayo clínico o el/la solicitante de la autorización de comercialización no lo apruebe.
c) El acceso a un uso compasivo de un medicamento no podrá hacerse mediante una autorización temporal de utilización.
d) La utilización de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica no tendrá carácter excepcional.

**11. Según el Real Decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, NO es una garantía de los ensayos clínicos:**

a) Garantía de defensa de la propiedad industrial.
b) Garantía de idoneidad.
c) Garantía de respeto a los postulados éticos.
d) Garantía de responsabilidad.

**12. ¿Cuál de las siguientes NO es una función del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)?**

a) Proponer a la Agencia la realización de estudios e investigaciones para el mejor ejercicio de la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
b) Asesorar a la Agencia en la planificación, evaluación y desarrollo del Sistema Español de Farmacovigilancia.
c) Con carácter facultativo, a solicitud del/de la Directora de la Agencia, emitirá informes sobre los procedimientos relacionados con los medicamentos humanos.
d) Informar preceptivamente en los procedimientos de suspensión o revocación de autorizaciones de comercialización de medicamentos de uso humano.




**13. Si un Titular de autorización de comercialización de medicamentos tiene intención de comercializar su rivaroxabán 20 mg EFG por primera vez, únicamente en España, Alemania y Francia, señale la opción correcta:**

a) Se debe autorizar de manera obligatoria por procedimiento centralizado de la Unión, de acuerdo con el Reglamento UE 726/2004.
b) Se puede autorizar por el procedimiento de reconocimiento mutuo en cada uno de los países mencionados.
c) Debe hacerlo a través del procedimiento nacional en cada uno de los países citados.
d) Puede hacerlo por el procedimiento descentralizado.

**14. Los problemas de suministro y de desabastecimiento tienen un relevante impacto sobre la eficiencia del sistema y la salud de la ciudadanía. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, dentro de sus competencias, puede llevar a cabo las siguientes actuaciones para evitar o minimizar el impacto de los problemas de suministro, EXCEPTO:**

a) Inspecciones a laboratorios farmacéuticos para detectar deficiencias que generen problemas de suministro.
b) Excepcionalmente, fabricación propia de los medicamentos con problemas de suministro.
c) Importación y gestión de medicamentos extranjeros.
d) Autorizaciones de comercialización excepcional.

**15. Se denomina problema de suministro de medicamentos:**

a) A la ausencia puntual de un medicamento en las entidades autorizadas para dispensar medicamentos.
b) Cuando un medicamento ya no está autorizado para su comercialización como resultado de una decisión tomada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
c) Cuando un medicamento no dispone de alternativas terapéuticas en el mercado.
d) A la situación en la que el suministro de un medicamento es inferior a la demanda nacional.

**16. A raíz de los casos notificados de arritmias asociadas a la administración de domperidona y en base a los resultados de un ensayo clínico posterior se ha modificado su ficha técnica. Señale la respuesta CORRECTA:**

a) Se ha suprimido la indicación pediátrica en niños/as y adolescentes de domperidona.
b) Domperidona está autorizada en personas adultas y adolescentes de 12 años o mayores, y con al menos 25 kg de peso corporal.
c) Domperidona está autorizada en personas adultas y adolescentes de 12 años o mayores, y con al menos 35 kg de peso corporal.
d) Domperidona está autorizada en adolescentes de 10 años o mayores, y con al menos 25 kg de peso corporal.




**17. ¿La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos puede fijar el importe máximo de venta al público de los medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica?**

a) Sí, en todo caso.
b) Solo el Gobierno tiene esta competencia, siempre con el objeto de proteger la salud poblacional.
c) Cuando exista una situación excepcional sanitaria, con el fin de proteger la salud pública.
d) No, en ningún caso.

**18. En relación con la autorización de medicamentos de Terapia Avanzada de fabricación industrial, señale la opción CORRECTA:**

a) Se autorizan mediante procedimiento nacional, siendo la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) el organismo competente.
b) Se autorizan mediante procedimiento centralizado, siendo evaluados por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y autorizados en todos los Estados miembros.
c) Se autorizan mediante procedimiento de reconocimiento mutuo, siendo evaluados por la EMA y autorizados en todos los Estados miembros.
d) Se autorizan mediante procedimiento descentralizado, siendo evaluados por la EMA o por la AEMPS en función del hospital donde se utilicen.

**19. Las comunicaciones de seguridad de medicamentos y medidas de prevención de riesgos que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publica en su página web para información de los/las profesionales NO incluyen:**

a) Notas informativas de seguridad.
b) Informes mensuales de la AEMPS.
c) Informes sobre desabastecimientos.
d) Cartas de seguridad de los laboratorios a los/las profesionales sanitarios/as.

**20. El Real Decreto 1015/2009, que regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, NO es de aplicación a cuál de los siguientes casos:**

a) Uso compasivo de medicamentos en investigación.
b) Acceso a medicamentos no autorizados en España, pero comercializados en otros países.
c) Uso de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas.
d) Uso de medicamentos en el marco de un ensayo clínico.




**21. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el programa Priority Medicines (PRIME) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)?**

a) Es un programa destinado a reforzar el apoyo al desarrollo de nuevos medicamentos dirigidos a necesidades médicas no cubiertas.
b) Es un programa destinado a la evaluación de la gestión de riesgos de todos los medicamentos autorizados en la Unión Europea.
c) Es un programa que proporciona apoyo científico y normativo para el desarrollo de medicamentos pediátricos.
d) Es un programa encargado de evaluar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos de Terapia Avanzada.

**22. De acuerdo con el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) podrá proceder a la suspensión o revocación de la autorización de un medicamento en los siguientes casos, EXCEPTO:**

a) Cuando el medicamento resulte no ser terapéuticamente eficaz.
b) Cuando, con base en datos de seguridad y/o eficacia, el medicamento tenga una relación beneficio/riesgo desfavorable.
c) Cuando el medicamento sea excluido de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud por no cumplir los criterios de coste-efectividad.
d) A solicitud de la persona titular de la autorización, previa justificación en motivos tecnológicos o científicos, siempre que la decisión no origine una laguna terapéutica.

**23. La herramienta Presbide incorpora un cálculo de la adherencia. Se considera que la adherencia es la adecuada cuando:**

a) Está en el rango de 80-100%.
b) Está en el rango de 80-110%.
c) Es superior al 90%.
d) Es superior al 85%.

**24. El vademécum corporativo es un repositorio de medicamentos único que alimenta todos los siguientes, excepto:**

a) Receta electrónica a todos los ámbitos asistenciales.
b) "eOsabide" como sistema de prescripción, dispensación y administración hospitalaria.
c) OnkoBide. Prescripción oncológica.
d) NutriBide. Prescripción de dietas.




**25. En la receta electrónica, en caso de un incremento de posología de un medicamento prescrito anteriormente:**

a) El sistema crea automáticamente un "crédito adicional", que consiste en una prescripción aguda con la cantidad de envases necesarios.
b) El sistema presenta un aviso en el que se sugiere realizar un "crédito adicional", y propone la cantidad de envases que son necesarios.
c) Debe ser el/la facultativo/a quien al incrementar la posología prevea que pueden ser necesarios más envases, y en su caso, crear un "crédito adicional".
d) El incremento de la posología no genera ningún problema de dispensación.

**26. De acuerdo con el documento "Medicamentos sujetos a condiciones restringidas de prescripción y/o dispensación" publicado por la Dirección de Farmacia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, ¿cuál de los siguientes principios activos requiere visado previo de la Inspección para su financiación por el Sistema Nacional de Salud y su dispensación en oficinas de farmacia?**

a) Bimatoprost.
b) Acenocumarol.
c) Clopidogrel.
d) Dapagliflozina.

**27. Señala cuál de los siguientes medicamentos es sustituible sin la autorización expresa del/de la médico/a prescriptor/a:**

a) Terbutalina.
b) Acenocumarol.
c) Insulina.
d) Risperidona.

**28. El código TSI 003 en una receta médica significa que la persona usuaria ha de realizar una aportación del:**

a) 10%.
b) 40%.
c) 50%.
d) 60%.

**29. Respecto a la utilización de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en la ficha técnica señala la respuesta incorrecta:**

a) Tendrá carácter excepcional.
b) Se limitará a las situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas.
c) Deberá indicarse la duración prevista del tratamiento.
d) El médico responsable deberá justificar convenientemente en la historia clínica.




**30. Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, ¿cuál de los siguientes colectivos NO está exento de aportación en la prestación farmacéutica?**

a) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.
b) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.
c) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo/a o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.
d) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 11.200 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 22.400 euros.

**31. Según el Real Decreto 1718/2010 sobre receta médica y órdenes de dispensación:**

a) Las recetas médicas, públicas o privadas, ya no se pueden emitir en soporte de papel para cumplimentación manual, siendo únicamente aceptable su emisión en soporte informático.
b) El código TSI 002 corresponde a los usuarios con aportación de un 60 %.
c) El código TSI 004 corresponde a los usuarios con aportación de un 50 %.
d) Una receta para la dispensación de lisinopril podrá contener hasta 4 envases.

**32. Según el Real Decreto 1718/2010 sobre receta médica y órdenes de dispensación, con carácter general, el plazo máximo de duración del tratamiento que puede ser prescrito en una receta es de 3 meses. Cuando así lo determinen las Administraciones Sanitarias competentes, el plazo de duración del tratamiento se podrá ampliar:**

a) Hasta los cuatro meses de duración como máximo, para la prescripción a pacientes con tratamientos crónicos de medicamentos sujetos a prescripción médica de dispensación renovable, y para aquellos tratamientos que dichas Administraciones consideren necesarios para la realización de programas sanitarios específicos y en centros expresamente autorizados, previo informe al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
b) Hasta los cinco meses de duración como máximo, para la prescripción a pacientes con tratamientos crónicos de medicamentos sujetos a prescripción médica de dispensación renovable, y para aquellos tratamientos que dichas Administraciones consideren necesarios para la realización de programas sanitarios específicos y en centros expresamente autorizados, previo informe al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
c) Hasta los seis meses de duración como máximo, para la prescripción a pacientes con tratamientos crónicos de medicamentos sujetos a prescripción médica de dispensación renovable, y para aquellos tratamientos que dichas Administraciones consideren necesarios para la realización de programas sanitarios específicos y en centros expresamente autorizados, previo informe al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.




d) No se puede ampliar el plazo de duración de tratamiento.

**33. La aplicación informática de prescripción Presbide dispone de la función de "adecuación", con la posibilidad de obtener un informe en formato pdf imprimible para uso exclusivo del/de la profesional sanitario/a, que contiene:**

a) Información sobre interacciones en el tratamiento de la persona paciente.
b) Información sobre duplicidades y dosis máxima superada en el tratamiento de la persona paciente.
c) Información sobre carga anticolinérgica elevada en el tratamiento de la persona paciente.
d) Contiene todas las informaciones anteriores.

**34. Como herramienta de ayuda a la prescripción, Osakidetza ha elaborado unas recomendaciones con respecto a los tratamientos con citicolina, entre las cuales NO está:**

a) Plantearse la idoneidad de la citicolina en las indicaciones autorizadas antes de instaurar un nuevo tratamiento debido a su escasa eficacia.
b) Valorar su uso en deterioro cognitivo vascular leve y demencia vascular.
c) No utilizar citicolina en indicaciones distintas a las autorizadas.
d) Evaluar los beneficios del tratamiento más allá de 1,5-3 meses y considerar la suspensión del mismo.

**35. En el acto de dispensación, solo uno de los siguientes medicamentos podrá sustituirse sin la autorización expresa del/de la médico prescriptor/a; señálelo:**

a) Fenitoina.
b) Isotretinoina.
c) Enoxaparina.
d) Vilanterol.

**36. Con relación a la receta médica electrónica oficial del Sistema Nacional de Salud, señale la respuesta FALSA:**

a) El/La prescriptor/a tiene que acreditar su identidad y firmará electrónicamente la prescripción.
b) El/La prescriptor/a solicitará la tarjeta sanitaria individual para introducir en el sistema el código de identificación personal.
c) Los medicamentos y productos sanitarios serán prescritos según el plan terapéutico establecido, en base a intervalos de tratamiento definidos que no podrán ser superiores a seis meses, con las limitaciones establecidas reglamentariamente para la prescripción de medicamentos estupefacientes.
d) La persona paciente podrá solicitar en el momento de la prescripción, protección y confidencialidad en la dispensación de algún tratamiento.




**37. Según el RD 954/2015, sobre los requisitos que deben reunir las enfermeras y enfermeros para la indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios, señale la respuesta correcta:**

a) A la persona titular del Ministerio de Sanidad le corresponde la acreditación de las enfermeras y enfermeros para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano sujetos a prescripción médica.
b) Las/los enfermeras/os, en el ejercicio de su actividad profesional, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios de uso humano, de forma autónoma, mediante una orden de dispensación.
c) Para acreditarse, las enfermeras y enfermeros deberán acreditar de una experiencia profesional mínima de un año y deberán superar un curso de adaptación adecuado, ofrecido por la Administración sanitaria de manera gratuita.
d) Todas son falsas.

**38. El sistema de prescripción electrónica que se encuentra integrado en el circuito de la receta electrónica en Osakidetza, que constituye una única herramienta compartida que da servicio a todos los ámbitos asistenciales (primaria, hospital, salud mental, sociosanitario), se conoce como:**

a) eRezeta.
b) eOsabide.
c) Presbide.
d) eBotika.

**39. De acuerdo con el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, en la receta electrónica de Osakidetza-Servicio vasco de salud, ¿cuál es el intervalo de tratamiento máximo que puede definirse en una prescripción crónica?**

a) Tres meses.
b) Seis meses.
c) Un año.
d) Dos años.

**40. De acuerdo con el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre sobre receta médica y órdenes de dispensación, ¿cuál es el número máximo de envases que se pueden prescribir en cada receta médica en el caso de insulinas en viales multidosis?**

a) Un envase.
b) Dos envases
c) Tres envases.
d) Cuatro envases.




**41. Según la información publicada por el Servicio Corporativo de Farmacia (DAS) en el boletín "Novedades Presbide", ¿cuál de las siguientes funcionalidades está incorporada en el sistema de prescripción Presbide?**

a) La visualización del valor de la última analítica de Filtrado Glomerular (FG).
b) El botón "desabastecimientos" que permite acceder al listado de desabastecimientos relevantes.
c) La posibilidad de prescribir fórmulas magistrales, tanto financiadas como no financiadas.
d) Todas las anteriores.

**42. Según lo establecido en el Real Decreto 954/2015, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las personas profesionales de enfermería, en su texto consolidado, ¿a qué órgano corresponde la competencia para otorgar la acreditación a dichas personas profesionales para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos?**

a) Al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
b) Al Colegio Oficial de Enfermería de cada provincia.
c) A la persona titular del órgano competente en materia de salud de la comunidad autónoma correspondiente.
d) A la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

**43. De acuerdo con el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre sobre receta médica y órdenes de dispensación, a fin de garantizar la interoperabilidad entre los distintos servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS), ¿qué información deben incorporar necesariamente las recetas médicas electrónicas para ser válidas en todo el territorio nacional?**

a) Código identificador unívoco de usuario del SNS, código de identificación del medicamento y del resto de parámetros de definición del tratamiento, que figuren en el Nomenclátor oficial del SNS.
b) Código de la tarjeta sanitaria individual (TSI) y validación del nodo regional de interoperabilidad.
c) Código de la tarjeta sanitaria individual (TSI) y denominación común internacional (DCI) del medicamento.
d) Código identificador unívoco de usuario del SNS, denominación común internacional (DCI) del medicamento y validación de la receta por el sistema autonómico de salud.

**44. De forma general, en los contratos públicos de suministros y de servicios de prestación sucesiva, la duración del contrato, incluidas las posibles prórrogas no será superior a:**

a) 4 años.
b) 5 años.
c) 7 años.
d) 10 años.




**45. El órgano consultivo específico en materia de contratación pública de las entidades del sector público de la Comunidad Autónoma de Euskadi es:**

a) La Oficina de Control Económico.
b) La Comisión de Clasificación.
c) La Junta Asesora de Contratación Pública.
d) El Órgano Administrativo de Recursos Contractuales.

**46. Los recursos especiales en materia de contratación, reclamaciones y cuestiones de nulidad que se interpongan en contratos emanados por poderes adjudicadores integrados en los sectores públicos de la administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi y de las administraciones locales de su territorio, a excepción de las tres Diputaciones Forales se resuelven por:**

a) El Órgano Administrativo de Recursos Contractuales.
b) La Junta Asesora de Contratación Pública.
c) La Oficina de Control Económico.
d) La Comisión de Clasificación.

**47. ¿Cómo se denomina la plataforma de licitación electrónica del Gobierno Vasco que permite la gestión electrónica de los expedientes de contratación pública en Euskadi?**

a) e-Kontratu.
b) KontratazioA.
c) Eginbide.
d) Kontratubide.

**48. De acuerdo con la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, cuando el órgano de contratación realiza consultas preliminares del mercado, los resultados deben recogerse en un informe que:**

a) Es confidencial y solo puede ser consultado por la Intervención.
b) Debe publicarse obligatoriamente en el perfil del contratante del órgano de contratación.
c) No es necesario si el presupuesto del contrato es inferior a 100.000 euros.
d) Solo se entregará a las empresas que finalmente resulten adjudicatarias.

**49. De acuerdo con la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, ¿cuál es el plazo máximo para interponer un recurso especial en materia de contratación tras la notificación de la adjudicación?**

a) Diez días hábiles.
b) Quince días hábiles.
c) Quince días naturales.
d) Treinta días naturales.




**50. De acuerdo con la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, el Acuerdo Marco en la contratación de medicamentos tiene como finalidad:**

a) Permitir la adquisición directa de medicamentos sin necesidad de publicidad ni licitación.
b) Limitar la contratación a empresas previamente homologadas por la Administración.
c) Sustituir los procedimientos abiertos de contratación por sistemas centralizados de compra.
d) Establecer las condiciones (en particular en lo relativo a precios) que regirán los contratos que se pretendan adjudicar durante un periodo determinado.

**51. De conformidad con la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, señale cuál de las siguientes funciones corresponde a la Mesa de Contratación:**

a) Aprobar el expediente de contratación y el gasto correspondiente.
b) Adjudicar el contrato a favor del licitador que haya presentado la mejor oferta y autorizar el inicio de su ejecución.
c) Seleccionar candidatos en el procedimiento restringido cuando así se delegue por el órgano de contratación y conste en el pliego de cláusulas administrativas particulares.
d) Resolver los posibles recursos especiales en materia de contratación interpuestos contra la adjudicación.

**52. De conformidad con la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, ¿cuál de los siguientes sistemas puede utilizarse para racionalizar y ordenar la adjudicación de contratos por parte de las Administraciones Públicas?**

a) Acuerdos marco.
b) Sistemas dinámicos de adquisición.
c) Centrales de contratación.
d) Todas las anteriores.

**53. Sobre el supuesto del procedimiento negociado de compra de medicamentos sin publicidad, NO se puede utilizar:**

a) Cuando los productos se fabriquen exclusivamente para fines de investigación.
b) Cuando hay imperiosa urgencia resultante de acontecimientos imprevisibles.
c) Cuando exista competencia por razones técnicas.
d) Cuando el contrato haya sido declarado secreto o reservado, o cuando su ejecución deba ir acompañada de medidas de seguridad especiales conforme a la legislación vigente.

**54. Según la Ley 9/2017, del 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, ¿cuál NO es un tipo de procedimiento de adjudicación de contratos?**

a) Abierto
b) Restringido
c) Asociado a la innovación




d) Indirecto

**55. Según la Ley 9/2017, del 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, ¿cuándo se considera un contrato menor?**

a) Suministros inferiores a 15.000 €.
b) Suministros superiores a 10.000 €.
c) Suministros superiores a 15.000 €.
d) Suministros inferiores a 10.000 €.

**56. ¿Quién determina lo que se consideran contrataciones centralizadas en Osakidetza?**

a) Dirección de Farmacia del Departamento de Salud.
b) Consejo de Administración de Osakidetza.
c) Dirección Económica de Osakidetza.
d) Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza.

**57. Según la Ley 9/2017, del 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, ¿se puede adjudicar más de un lote a un mismo proveedor?**

a) Sí, siempre.
b) Sí, si lo permite el órgano de contratación.
c) Sí, si hay criterios basados en fórmulas.
d) No, en ningún caso.

**58. ¿Quién puede iniciar un procedimiento de contratación de suministro de medicamentos en Osakidetza?**

a) Tribunal Vasco de Cuentas.
b) Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza.
c) Dirección de Farmacia del Departamento de Salud.
d) Dirección General de Osakidetza.

**59. Indique qué documentación recogida en los pliegos técnicos de contratación debe ser incluida en el sobre C que se presenta al Órgano de Contratación:**

a) Resolución de autorización de comercialización del medicamento, y en su caso, las modificaciones posteriores.
b) Informe del Director Técnico del laboratorio sobre las Alertas o Notas de Seguridad comunicadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y por cualquier otra Agencia del Medicamento a nivel internacional con relación a los medicamentos ofertados en los últimos tres años.
c) Garantía de que la calidad de los principios activos y excipientes que entran en la composición de los medicamentos se ha establecido de acuerdo a la Real Farmacopea Española o en casos justificados, otras monografías o farmacopeas aceptadas por la AEMPS.




d) Debe ser presentado todo lo anterior.

**60. Cuando la Administración Sanitaria tiene que actuar de manera inmediata a causa de _____, se utilizará la tramitación de emergencia (indique la respuesta INCORRECTA):**

a) necesidades que afecten a la seguridad nacional
b) situaciones que supongan un grave peligro
c) situaciones de catástrofe
d) crisis económicas estructurales

**61. ¿Se pueden prever penalidades para casos de incumplimiento de contrato?**

a) Sí, en los pliegos o el documento descriptivo.
b) Sí, en el informe técnico.
c) Sí, aunque sólo en procedimientos abiertos.
d) No, en ningún caso.

**62. La garantía definitiva que debe constituir las mejores ofertas según la Ley 9/2017, del 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, es de:**

a) En ningún caso se solicita garantía definitiva.
b) 1 % del precio final ofertado excluido.
c) 2 % del precio final ofertado excluido el IVA.
d) 5 % del precio final ofertado excluido el IVA.

**63. A propósito de los plazos de inicio de la ejecución según la Ley 9/2017, del 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público:**

a) El plazo de inicio de la ejecución de un contrato objeto de tramitación urgente no podrá exceder de un mes a partir de su formalización.
b) El plazo de inicio de la ejecución de un contrato objeto de tramitación de emergencia no podrá exceder de dos meses a partir de su formalización.
c) El plazo de inicio de la ejecución de un contrato objeto de tramitación de emergencia no podrá exceder de un mes a partir de su formalización.
d) Los expedientes calificados de emergencia gozarán de preferencias para su tramitación por los distintos órganos que intervengan en su tramitación, que dispondrá de un plazo de 5 días para emitir los respectivos informes o cumplimentar los trámites correspondientes.

**64. Según la Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público, ¿quién debe acreditar la constitución de garantía definitiva?**

a) En ningún caso se solicita garantía.
b) Todos los licitadores.
c) Únicamente se puede pedir garantía provisional.
d) Licitadores con mejor oferta.




**65. En los casos en los que los criterios basados en juicio de valor tengan una ponderación superior a los criterios basados en fórmulas, ¿a quién corresponde la valoración de esos criterios?**

a) Comité de expertos.
b) Órgano de contratación de Osakidetza.
c) Dirección de Farmacia del Departamento de Salud.
d) Servicio corporativo de farmacia de Osakidetza.

**66. Señale cuáles son actuaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para evitar o minimizar el impacto de los problemas de suministro de medicamentos:**

a) Gestión de la demanda, stock y previsiones de medicamentos críticos.
b) La comercialización excepcional para la puesta en el mercado de un medicamento igual al autorizado en España, pero que está acondicionado para otros países y, por ello, etiquetado en otro idioma.
c) Limitar la salida del territorio nacional de medicamentos con problemas de suministro y ordenar que estas unidades se destinen a cubrir las necesidades del mercado español.
d) Todas ellas son actuaciones competencia de la AEMPS para evitar o minimizar el impacto de los problemas de suministro.

**67. De acuerdo con el Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, ¿quién actúa como órgano de contratación competente para las contrataciones centralizadas?**

a) El Consejo de Administración de Osakidetza.
b) La Dirección General del Ente Público.
c) El Consejero o Consejera de Salud del Gobierno Vasco.
d) La Comisión Corporativa de Farmacia.

**68. De acuerdo con el Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, ¿qué se consideran "compras de suministros integradas" en el ámbito de Osakidetza?**

a) Compras que agrupan distintos tipos de suministros sanitarios en un mismo lote con el fin de optimizar su gestión conjunta.
b) Compras que, por su relevancia estratégica, son definidas por el Consejo de Administración del Ente Público mediante procedimientos de homologación establecidos por la Dirección General
c) Contrataciones centralizadas que se aplican a todas las organizaciones del Ente Público y se someten a una planificación específica con participación de los destinatarios de los suministros.
d) Compras efectuadas mediante catálogos de proveedores previamente homologados, con condiciones comunes de suministro para las distintas organizaciones del Ente Público.




**69. En la gestión de compras de medicamentos en los hospitales, el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, asigna a las unidades o servicios de farmacia la función de:**

a) Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición de medicamentos en colaboración con los órganos de contratación.
b) Negociar los procedimientos de contratación de medicamentos, asegurando el cumplimiento de la normativa de contratación pública y de las condiciones de suministro.
c) Asesorar a la Mesa de Contratación en los procedimientos de adquisición de medicamentos, conforme a criterios clínicos y económicos.
d) Participar y coordinar la gestión de las compras de medicamentos del hospital a efectos de garantizar la eficiencia de la misma.

**70. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 255/1997, por el que se aprueban los Estatutos Sociales de Osakidetza-Servicio vasco de salud, ¿a qué órgano corresponde definir y ejecutar las compras de suministros consideradas "integradas"?**

a) A cada una de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI).
b) A la Comisión Corporativa de Farmacia.
c) A la Organización Central de administración y gestión corporativa.
d) A la Dirección de Farmacia del Departamento de Salud.

**71. El Tribunal Vasco de Cuentas Públicas es el supremo órgano fiscalizador de las actividades financieras y contables del sector público vasco y:**

a) Es nombrado por el/la Consejero/a de Hacienda y Economía, y actúa dependientemente de él/ella.
b) Es nombrado por el/la Consejero/a de Hacienda y Economía, pero actúa con independencia, incluso del/de la propio/a Consejero/a.
c) Es nombrado por el Parlamento Vasco, y actúa dependientemente del Parlamento.
d) Es nombrado por el Parlamento Vasco, pero actúa con independencia, incluso del propio Parlamento.

**72. ¿Cuál de los siguientes no es un trabajo obligatorio del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas?**

a) La Cuenta de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
b) Las Cuentas de las Diputaciones Forales.
c) Los Informes Diagnósticos de Ayuntamientos.
d) Las Cuentas de Gastos Electorales correspondientes a Elecciones al Parlamento Vasco o a Juntas Generales.




**73. Serán objeto de fiscalización del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas:**

a) Los contratos celebrados por el Sector Público Vasco.
b) La situación y variaciones del patrimonio del Sector Público Vasco.
c) La legalidad, regularidad y eficacia de los ingresos presupuestarios.
d) Todos ellos pueden ser objeto de fiscalización por el Tribunal Vasco de Cuentas Públicas.

**74. El Tribunal Vasco de Cuentas Públicas depende:**

a) Del Gobierno Vasco.
b) Del Parlamento Vasco.
c) Del/De la Consejero/a de Economía y Hacienda del Gobierno Vasco.
d) De ninguno de los anteriores.

**75. El ámbito material de actuación de la función fiscalizadora fijado por la Ley 1/1988, del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas se resume en la verificación de:**

a) La legalidad de la actividad económico-financiera de los Entes integrantes del Sector Público Vasco (SPV).
b) La eficacia y eficiencia de la actividad económico-financiera del SPV.
c) El sometimiento de la documentación financiera presentada a los principios contables que sean de aplicación.
d) Todas ellas son materia de su función fiscalizadora.

**76. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 255/1997, por el que se aprueban los Estatutos Sociales de Osakidetza-Servicio vasco de salud, la Intervención:**

a) Tiene nivel orgánico de Subdirección y depende exclusivamente de la Dirección General.
b) Tiene nivel orgánico de Dirección, estando adscrita orgánicamente a la Dirección General y funcionalmente a la Oficina de Control Económico.
c) Depende únicamente de la Oficina de Control Económico, sin adscripción orgánica a la Dirección General.
d) Tiene dependencia funcional de la Dirección General, aunque su adscripción orgánica corresponde a la Oficina de Control Económico.

**77. La función de fiscalización del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas se rige por tres criterios fundamentales; señálelos:**

a) Legalidad, oportunidad y veracidad.
b) Eficacia, eficiencia y economía.
c) Independencia, eficacia, eficiencia.
d) Independencia, eficiencia y transparencia.




**78. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 255/1997, por el que se aprueban los Estatutos Sociales de Osakidetza-Servicio vasco de salud, ¿qué órgano es competente para ejercer el control financiero permanente sobre la actividad del Ente Público?**

a) La Dirección General de Osakidetza, por delegación del Departamento de Salud.
b) El Tribunal Vasco de Cuentas Públicas, como órgano fiscalizador externo del Parlamento Vasco.
c) La Intervención en Osakidetza-Servicio vasco de salud, en nombre y por delegación de la Dirección de la Oficina de Control Económico.
d) La Dirección de Asistencia Sanitaria, por delegación del Consejo de Administración del Ente Público.

**79. El informe de solicitud de un nuevo medicamento a la Comisión Corporativa de Farmacia incluye todos los siguientes aspectos, EXCEPTO:**

a) Aspectos de seguridad.
b) Evaluación económica.
c) Aspectos éticos.
d) Evaluación de la eficacia.

**80. NO es función de la Comisión Corporativa de Farmacia:**

a) Proponer medidas que promuevan el uso racional de los medicamentos en el Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
b) La evaluación continuada del consumo farmacéutico en el Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
c) Asesorar técnicamente en todas las contrataciones de medicamentos que se lleven a cabo en el Ente Público Osakidetza- Servicio Vasco de Salud.
d) Asesorar técnicamente en la elaboración e implantación de la gestión de Farmacia en las aplicaciones informáticas del Ente Público Osakidetza- Servicio Vasco de Salud.

**81. La sustitución de las personas miembros inicialmente designadas o, en su caso, incorporaciones subsiguientes de la Comisión Corporativa de Farmacia será competencia de:**

a) La Dirección de Recursos Humanos de Osakidetza.
b) La Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza.
c) La Dirección General de Osakidetza.
d) La Dirección de Farmacia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

**82. Para la financiación de un tratamiento de deshabituación tabáquica en Osakidetza, la persona usuaria debe cumplir la siguiente condición:**

a) Que fume 10 o más cigarrillos al día.
b) Que tenga un nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström ≥5.
c) En general, la duración máxima del intento anual financiado no deberá exceder los 2 meses de tratamiento.




d) Se financiará un máximo de 3 intentos anuales para dejar de fumar.

**83. La Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, está compuesta por:**

a) Presidente/a, Presidente/a suplente, 16 vocales y un Secretario/a.
b) Presidente/a, Presidente/a suplente, 14 vocales y un Secretario/a.
c) 8 vocales serán médicos de diferentes especialidades.
d) Tendrá un farmacéutico/a de la Dirección de Farmacia del Departamento de Salud.

**84. La relación de medicamentos objeto de Posicionamiento Terapéutico por parte de la Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza, NO INCLUYE:**

a) Medicamentos huérfanos.
b) Medicamentos aprobados mediante un programa de gestión de riesgos en el que se definen los riesgos potenciales y la seguridad de los mismos.
c) Nuevos medicamentos de alto impacto presupuestario.
d) Nuevos medicamentos biosimilares.

**85. Una de las siguientes es una función de la Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza:**

a) Resolver las contrataciones complejas de medicamentos que se lleven a cabo en Osakidetza.
b) Elaborar e implantar la gestión de Farmacia en las aplicaciones informáticas de Osakidetza.
c) Proponer medidas que promuevan el uso racional de los medicamentos en Osakidetza.
d) Fijar los límites del consumo farmacéutico en el Ente Público Osakidetza.

**86. La Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza tiene las siguientes funciones, EXCEPTO:**

a) Proponer medidas que promuevan el uso racional de los medicamentos.
b) Decidir técnicamente emitiendo informes sobre las contrataciones complejas de medicamentos.
c) Asesorar en autorizaciones individualizadas de uso de medicamentos que por circunstancias clínicas particulares del paciente requieran una rápida decisión.
d) Proponer procedimientos empleados para la adquisición, gestión del aprovisionamiento, almacenamiento, dispensación y administración de fármacos y productos sanitarios a nivel hospitalario.




**87. Según lo dispuesto en el Acuerdo de 13 de mayo de 2010, por el que se crea y se asignan funciones a una Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza-Servicio vasco de salud y se designan sus personas miembros, ¿qué función tiene dicha Comisión en relación con la incorporación de nuevos medicamentos en los hospitales de la red de Osakidetza?**

a) Autorizar la inclusión de nuevos medicamentos en la guía farmacoterapéutica de cada hospital.
b) Establecer los precios de financiación de los medicamentos en el ámbito hospitalario.
c) Aprobar los expedientes de contratación de medicamentos de uso hospitalario derivados de las propuestas de incorporación de nuevos medicamentos.
d) Proponer el posicionamiento terapéutico corporativo, los criterios de seguimiento clínico y el impacto presupuestario de las propuestas de incorporación de nuevos medicamentos.

**88. Según lo dispuesto en el Acuerdo de 13 de mayo de 2010, por el que se crea y se asignan funciones a una Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza-Servicio vasco de salud y se designan sus miembros, ¿qué naturaleza orgánica tiene la Comisión?**

a) Órgano colegiado del Ente Público Osakidetza.
b) Órgano delegado del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
c) Órgano de contratación para la compra centralizada de suministros del Ente Público Osakidetza.
d) Órgano ejecutivo adscrito al Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

**89. Según lo dispuesto en el Acuerdo de 13 de mayo de 2010, por el que se crea y se asignan funciones a una Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza-Servicio vasco de salud y se designan sus personas miembros, ¿en qué caso podrá proponerse la modificación o inclusión de nuevas categorías de medicamentos en el Anexo I, que enumera la relación de medicamentos para establecer el posicionamiento terapéutico corporativo?**

a) Únicamente cuando se produzca el vencimiento de la patente del medicamento de referencia.
b) Cuando concurran circunstancias futuras relacionadas con criterios económicos, de efectividad o de seguridad.
c) A propuesta exclusiva de las Direcciones de Farmacia de los hospitales de Osakidetza.
d) En ningún caso, al tener el Anexo I carácter cerrado y no susceptible de modificación.

**90. Según la propuesta de la AEMPS para la elaboración de los informes de posicionamiento terapéutico de los medicamentos, el primer informe lo elaborará:**

a) La propia AEMPS.
b) Un grupo de trabajo formado por 2 personas miembros de la AEMPS y 2 representantes de las Comunidades Autónomas.
c) Las personas miembros del Grupo de Coordinación de Posicionamiento Terapéutico que manifiesten su interés y disposición para realizar el informe.




d) El Grupo de Coordinación de Posicionamiento Terapéutico en su conjunto.

**91. Según el Procedimiento Normalizado de Trabajo del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Euskadi, para la evaluación de nuevos medicamentos se evalúan los siguientes aspectos en este orden:**

a) Seguridad, eficacia, coste, pauta.
b) Eficacia, seguridad, coste, pauta.
c) Seguridad, eficacia, pauta, coste.
d) Eficacia, seguridad, pauta, coste.

**92. Según el Procedimiento de Trabajo del Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos (CMENM) de Andalucía, País Vasco, Cataluña, Aragón y Navarra, el cálculo de los costes comparados del medicamento evaluado respecto a los comparadores que se estimen oportunos se hará según el siguiente criterio:**

a) En los procesos agudos, el coste/día del tratamiento a la dosis aguda.
b) En los procesos crónicos, el coste/día del tratamiento a la dosis de mantenimiento.
c) En el análisis comparativo se utilizará, siempre que esté disponible, el precio de referencia.
d) Todas las respuestas son correctas.

**93. Los criterios STOPP-START:**

a) Se utilizan para detectar prescripciones potencialmente inapropiadas en personas mayores de 65 años.
b) Son criterios propuestos por la Sociedad Canadiense de Geriatría.
c) Se actualizan anualmente.
d) Se publicaron por primera vez en 2010.

**94. Según el informe de posicionamiento terapéutico del medicamento sacubitrilo/valsartán ¿Cuál es el perfil de la persona paciente en edad adulta que se beneficiaría de la combinación de sacubitrilo-valsartán:**

a) Pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sintomática (grado II-III) que presenten un mal control pese al tratamiento con dosis estables de IECA o ARA-II en combinación con betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona (salvo intolerancia o contraindicación) a las dosis máximas toleradas.
b) Pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sintomática (grado II-III) con fracción de eyección reducida (FEVI ≤ 35 %) y niveles plasmáticos elevados de BNP o de NT-pro-BNP.
c) Pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sintomática (grado II-III) y niveles plasmáticos elevados de BNP o de NT-pro-BNP.
d) Pacientes con todos los criterios anteriores tras haber valorado que este mal control no es debido al incumplimiento terapéutico.




**95. Teniendo en cuenta los principios de la prescripción prudente, ante un fracaso terapéutico primero se debe:**

a) Aumentar la dosis del medicamento utilizado.
b) Cambiar a otro fármaco con un mecanismo de acción diferente.
c) Asociar otro fármaco con un mecanismo de acción diferente.
d) Comprobar la adherencia al tratamiento.

**96. En relación a la elaboración de los informes de posicionamiento terapéutico ¿Cuál de los siguientes organismos NO interviene en el proceso de evaluación de un nuevo medicamento?**

a) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
b) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
c) Las Direcciones de Farmacia de las Comunidades Autónomas.
d) La Dirección General de Cartera Básica del Servicio Nacional de Salud y Farmacia**.**

**97. Según la nota para el uso racional de medicamentos de la Dirección de Farmacia del Gobierno Vasco "Desintensificación de hipoglucemiantes en personas mayores" ¿qué pacientes NO se podrían beneficiar de esta desintensificación?**

a) Pacientes con años de evolución de la diabetes, especialmente si más de 20 años de evolución.
b) Personas pacientes institucionalizadas con multimorbilidad.
c) Pacientes mayores de 70 años.
d) Numerosas comorbilidades, especialmente 5 o más.

**98. Según la nota para el uso racional de medicamentos de la Dirección de Farmacia del Gobierno Vasco "Desintensificación de hipoglucemiantes en personas mayores", señale la respuesta correcta:**

a) En personas mayores polimedicadas y con esperanza de vida limitada, se recomienda establecer objetivos de HbA1c menos estrictos (entre 7,5-8 %).
b) Se recomienda interrumpir o reducir la dosis de los fármacos con mayor riesgo de provocar hipoglucemias como la insulina.
c) Se recomienda cambiar a otro medicamento con menor riesgo de hipoglucemia, como por ejemplo sustituir glicazida por glibenclamida.
d) Se recomienda reducir la dosis de aquellos hipoglucemiantes eliminados por vía hepática, como por ejemplo metformina.

**99. Según el informe de posicionamiento terapéutico de semaglutida oral, señale la respuesta correcta:**

a) En el País Vasco, semaglutida oral está financiada con visado para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, exclusivamente para obesos con un índice de masa corporal (IMC) > 35 kg/m2, en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), cuando éstos junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.




b) La vía de administración oral supone una ventaja por su buena biodisponibilidad.
c) Los efectos adversos gastrointestinales son los más frecuentes y los que en mayor medida ocasionan la discontinuación del tratamiento.
d) Del perfil de eventos adversos más graves destaca la toxicidad hepática.

**100. Según el procedimiento normalizado de trabajo del comité de evaluación de nuevos medicamentos de Euskadi, para la reevaluación de un medicamento:**

a) Se podrá disponer de un Procedimiento Normalizado de Trabajo abreviado.
b) No es posible solicitar la reevaluación de forma expresa, deberá ser de oficio.
c) La reevaluación la realizará cualquiera de los Comités integrantes del Comité Mixto.
d) Sólo se reevaluarán medicamentos cuya evaluación sea anterior al menos 5 años.

**101. En referencia a la gestión de los informes de posicionamiento terapéutico, el grupo de coordinación del posicionamiento terapéutico está compuesto por:**

a) Dos representantes del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS, dos representantes de la Dirección General de Cartera Básica de del Servicio Nacional de Salud y Farmacia y un representante de cada una de las Comunidades Autónomas que expresen su interés en participar en el grupo.
b) Dos representantes del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS, dos representantes de la Dirección General de Cartera Básica de del Servicio Nacional de Salud y Farmacia y dos representantes de cada una de las Comunidades Autónomas que expresen su interés en participar en el grupo.
c) El Jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS, el Jefe de la Dirección General de Cartera Básica de del Servicio Nacional de Salud y Farmacia, dos representantes de cada una de las Comunidades Autónomas que expresen su interés en participar en el grupo y el secretariado de la AEMPS.
d) El Jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS, un representante de la Dirección General de Cartera Básica de del Servicio Nacional de Salud y Farmacia, un representante (hasta 17) de cada una de las CCAA que expresen su interés en participar en el grupo y el secretariado de la AEMPS.

**102. Según el posicionamiento de la SEFAP en la revisión de la medicación centrada en la persona. El diagnóstico situacional. Señale la respuesta FALSA:**

a) Es una valoración multidimensional integral y evolutiva a lo largo del tiempo de las dimensiones clínica, funcional, mental y social de la persona.
b) La visión global del paciente es determinante en la revisión de la medicación centrada en la persona.
c) Consiste en detectar y cuantificar la funcionalidad, problemas, necesidades y capacidades de la persona en las diferentes dimensiones.
d) La lleva a cabo exclusivamente el/la enfermero/a referente de la persona paciente.




**103. Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, para contribuir al uso racional de los medicamentos las unidades o servicios de farmacia de atención primaria realizarán las siguientes funciones, señale la respuesta correcta:**

a) Establecer un sistema para el seguimiento puntual de los tratamientos a las personas pacientes, garantizar el cumplimiento terapéutico y el acceso seguro a los medicamentos en las condiciones prescritas, garantizando la correcta custodia y dispensación de los mismos.
b) Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos y productos sanitarios en los centros y estructuras a su cargo, y con los laboratorios farmacéuticos y las entidades de distribución de medicamentos de la comunidad autónoma a las que pertenezca.
c) Impulsar la coordinación y trabajo en equipo y colaboración con los hospitales y servicios de atención especializada, con la finalidad de asegurar la calidad de la prestación farmacéutica mediante el seguimiento de los tratamientos prescritos por el médico.
d) Impulsar la coordinación en farmacoterapia entre diferentes estructuras sanitarias, garantizando la conciliación de la medicación de las personas pacientes entre tránsitos asistenciales, y el uso racional de los medicamentos aplicando los principios de prescripción y dispensación prudente.

**104. Según el Procedimiento Normalizado de Trabajo del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Euskadi, en referencia a la eficacia comparada en el proceso de evaluación de nuevos medicamentos, señale la respuesta correcta:**

a) Un nuevo medicamento supera en términos de eficacia al comparador cuando los ensayos clínicos que la avalan tienen una adecuada validez interna y los resultados del estudio se consideran al menos clínicamente comparables.
b) Un nuevo medicamento supera en términos de eficacia al comparador cuando los ensayos clínicos que la avalan se consideran clínicamente superiores, la validez interna puede ser limitada siempre que la precisión del estudio garantice la eficacia de la metodología empleada.
c) Los ensayos clínicos que avalan la eficacia comparada deberán presentar una adecuada validez interna, resultados clínicamente relevantes y pueden ser aplicados en la práctica clínica habitual.
d) Los ensayos clínicos que avalan la eficacia comparada podrán poner de manifiesto mejoras sobre alguna de las siguientes variables finales: en procesos agudos el tiempo de detección del problema de salud y en patologías crónicas aumento de la morbi-mortalidad y/o mejora de la calidad de vida.




**105. Según el Procedimiento Normalizado de Trabajo del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Euskadi, los ensayos clínicos que avalan la seguridad comparada deberán poner de manifiesto mejoras significativas en cuanto a, señale la respuesta correcta:**

a) Limitaciones de la población estudiada: examinar las diferencias entre la población beneficiaria en la práctica clínica y la expuesta en los ensayos clínicos. Las poblaciones que se deben considerar para la discusión no deberían incluir: niños/as, embarazadas y lactantes.
b) Errores potenciales de medicación: valorar si es necesario tener especial precaución con la administración del medicamento, que no se pueda fraccionar o triturar, o se deba tener especial precaución con el horario de administración respecto a las comidas o el tipo de alimentos.
c) Reacciones adversas (RAM): para la evaluación de cada RAM se tendrá en cuenta incidencia, gravedad, desenlace, posibilidad de predicción y prevención, excluyendo frecuencia de tasa de abandonos y los riesgos que serían comunes con la clase farmacológica.
d) Datos de seguridad a largo plazo: informar y describir si se dispone de información relacionada con la seguridad a largo plazo, la duración del seguimiento debe ser superior a 36 meses en patologías crónicas y a 6 meses en agudas.

**106. Pregunta Según la nota para el uso racional de medicamentos "Denosumab: considerar sus riesgos antes de iniciar el tratamiento", señale la respuesta correcta:**

a) Denosumab puede facilitar la adherencia al tratamiento por su posología más cómoda; sin embargo, en la selección de personas candidatas a tratamiento hay que tener en cuenta que el riesgo de fracturas vertebrales múltiples comienza a aumentar a corto plazo tras interrumpir el tratamiento.
b) Las personas más jóvenes son candidatas al tratamiento con denosumab, teniendo en cuenta su eficacia clínica superior a bisfosfonatos en esta población, aunque comparte con ellos otras reacciones adversas como hipocalcemia, osteonecrosis mandibular y fracturas atípicas de fémur.
c) Antes de iniciar la terapia con denosumab acordar con cada paciente la necesidad de un tratamiento alternativo en caso de suspensión por riesgo de fracturas vertebrales múltiples; en ese caso, bisfosfonato está contraindicado hasta 24 meses después de la última dosis de denosumab administrada.
d) La duración óptima del tratamiento de los medicamentos antiosteoporóticos no está establecida, pero hay información de seguridad hasta 20 años de tratamiento con denosumab. Por ello, ha desplazado en determinados grupos de población a los bisfosfonatos como el tratamiento de elección de la osteoporosis.

**107. En relación al informe de posicionamiento terapéutico de tirzepatida (Mounjaro®) como complemento a una dieta baja en calorías y un aumento de la actividad física para el control de peso, incluida la pérdida y el mantenimiento del peso, en adultos con obesidad, o sobrepeso y comorbilidades asociadas, señale la respuesta correcta:**

a) Tirzepatida está indicado como complemento a una dieta baja en calorías y a un aumento de la actividad física para el control del peso, en personas adultas con obesidad en




presencia de al menos tres comorbilidades relacionadas con el peso (hipertensión, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 1 y 2).

b) La dosis inicial es de 10 mg de tirzepatida una vez por semana. Después de 4 semanas, se debe aumentar la dosis a 15 mg una vez a la semana. Si es necesario, después de un mínimo de 4 semanas con la dosis actual, se puede aumentar la pauta progresivamente a dos inyecciones subcutáneas de 15 mg a la semana.
c) La evidencia más robusta sobre su eficacia se observa en pacientes con un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m² y en aquellos menores de 65 años. No está establecida la seguridad a largo plazo de tirzepatida subcutánea, pero es necesaria su administración crónica para mantener las mejoras en el peso.
d) Los estudios directos concluidos que comparan tirzepatida con liraglutida y semaglutida, establecen la superioridad de tirzepatida para el control del peso. Tirzepatida se considera la opción de tratamiento de elección para el control del peso en adultos tras fracasos con cambios en hábitos dietéticos y ejercicio.

**108. En relación con los indicadores de adecuación de la prescripción (cualitativos) en los procesos infecciosos más prevalentes, recogidos en el documento "Indicadores de uso de antibióticos en Atención Primaria" del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), señale la respuesta correcta:**

a) Estos indicadores ligan en tiempo real y de manera automatizada, información sobre las prescripciones con los diagnósticos, las situaciones clínicas de las y los pacientes y los informes acumulados de resistencia de los microorganismos del Área de Salud o equivalente.
b) La calidad de los registros en la historia clínica del paciente y la veracidad de los diagnósticos realizados limitan el grado de exactitud y validez de la información obtenida a través de estos indicadores.
c) Entre los indicadores de medicina de familia se incluye el porcentaje de pacientes tratados con antibiótico (J01) en resfriado común, faringoamigdalitis aguda, sinusitis aguda, otitis media aguda, mononucleosis infecciosa, bronquitis aguda, neumonía aguda en la comunidad e infección del tracto urinario.
d) Entre los indicadores de pediatría se incluye el porcentaje de pacientes tratados con antibiótico (J01) en resfriado común, faringoamigdalitis aguda, otitis media aguda, virus respiratorio sincitial, virus influenza y bronquitis aguda.

**109. En relación al boletín INFAC "Uso racional de los antibióticos en procesos dentales", señale la respuesta correcta:**

a) El uso de antibióticos como adyuvantes al tratamiento odontológico está justificado en pulpitis aguda, periodontitis y periimplantitis, salvo evidencia de diseminación o síntomas sistémicos.
b) El antibiótico de elección en infecciones odontogénicas es la amoxicilina-ácido clavulánico, la duración recomendada del tratamiento suele ser de 7 días, aunque la tendencia actual es utilizar pautas cortas.
c) La Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial recomienda hacer profilaxis antibiótica en cirugía oral menor, la pauta recomendada es una dosis única de amoxicilina 2 g vía oral 30-60 minutos antes del procedimiento.
d) En la mayoría de las infecciones odontogénicas la prescripción de antimicrobianos se realiza de forma empírica, siendo el antibiótico de elección la amoxicilina.




**110. Según el boletín INFAC "Tratamiento de la sarna", señale la respuesta correcta respecto al tratamiento escabicida:**

a) En niños/as menores de 6 años los comprimidos de ivermectina deben machacarse antes de tragarse, y tomarlos disueltos en agua y acompañados de alimentos.
b) La ivermectina oral, en general, se recomienda como tratamiento de segunda línea en embarazadas.
c) Debido al riesgo de neurotoxicidad y encefalopatía, la ivermectina oral sólo está autorizada en niños/as de más de 25 kg de peso.
d) La ivermectina oral puede ser una alternativa a la permetrina tópica en población pediátrica que presenta la piel muy inflamada en la que los tratamientos tópicos podrían causar efectos cutáneos y sistémicos graves.

**111. Según la información recogida en el boletín INFAC "Carga anticolinérgica ¿Cómo aligerarla?", la combinación de fármacos con acción anticolinérgica puede dar lugar a efectos adversos acumulativos en personas con multimorbilidad, riesgo que aumenta con la edad y la fragilidad. ¿Cuál de los siguientes síntomas NO es debido a la elevada carga anticolinérgica?**

a) Sequedad de boca, ocular y cutánea.
b) Trastornos cognitivos, confusión y desorientación.
c) Erupción cutánea.
d) Retención urinaria, taquicardia o disfunción eréctil.

**112. Según la última versión en español de los criterios STOPP/START (versión 3, 2023), se considera un criterio START:**

a) Estatinas en la insuficiencia cardiaca sistólica bien documentada.
b) Diuréticos tiazídicos en la cardiopatía isquémica.
c) Betabloqueantes en la cardiopatía isquémica sintomática.
d) Vacuna antineumocócica anual.

**113. ¿Cuál de las siguientes opciones es un criterio START según la última versión en español de los criterios STOPP/START (versión 3, 2023)?**

a) Diuréticos tiazídicos cuando existe hipopotasemia.
b) IECA en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.
c) IECA o ARA-II en pacientes con hiperpotasemia.
d) Diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota.




**114. Según la Guía farmacoterapéutica para residencias de mayores de Euskadi (2024), ante la decisión de iniciar un antipsicótico para el control de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia, señale la respuesta correcta:**

a) Tras la fase aguda, mantener la dosis eficaz. Deprescribir de forma gradual solo si aparecen efectos secundarios, incluso en caso de no existir antecedentes de trastorno psicótico previo, debido al alto riesgo de recurrencia de los síntomas conductuales.
b) Identificar trastornos conductuales basándose en síntomas aislados y específicos evitando establecerlos en agrupaciones sindrómicas, para facilitar un tratamiento rápido y dirigido.
c) Se debe tener en cuenta el perfil de reacciones adversas de estos fármacos y será necesario evaluar a periódicamente la relación riesgo-beneficio del tratamiento con la intención de garantizar el mantenimiento del antipsicótico a largo plazo de manera segura, y en caso necesario, incrementar la dosis paulatinamente.
d) Monitorizar efectividad y seguridad de las intervenciones, en función de unas metas establecidas. Los beneficios a corto, medio y largo plazo deben superar los riesgos de la medicación.

**115. De las siguientes afirmaciones para la correcta prescripción según la Guía farmacoterapéutica para residencias de mayores de Euskadi (2024), señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Para garantizar una respuesta terapéutica adecuada como norma general se ajustará la dosis inicial a la recomendada en ficha técnica para población adulta.
b) En la selección del medicamento se procurará evitar los que son poco seguros, están poco estudiados o se tiene poca experiencia.
c) Es esencial conocer los cambios que se producen a nivel farmacocinético en las personas de edad avanzada, ya que pueden afectar a la respuesta al tratamiento.
d) Hay que determinar realmente la necesidad del medicamento. Se debe considerar en primer lugar alternativas no farmacológicas.

**116. Según la información recogida en el boletín INFAC "Vitamina D en personas adultas: ¿está sobrevalorada?", señale la respuesta correcta:**

a) En pacientes mayores de 70 años la ingesta dietética recomendada de vitamina D es de 800 UI.
b) En la población de edad avanzada no institucionalizada la suplementación con vitamina D está justificada.
c) En la población de edad avanzada institucionalizada la monitorización de 25(OH)D es necesaria.
d) En la población de edad avanzada no institucionalizada la monitorización de 25(OH)D está justificada.




**117. Según lo recogido en la Guía farmacoterapéutica para residencias de mayores de Euskadi 2024 ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA respecto a la asociación de caídas relacionadas con la medicación?**

a) La polimedicación y los cambios recientes de dosis aumentan el riesgo de caídas por lo que la revisión de la medicación es un componente clave de las intervenciones multifactoriales de prevención de caídas.
b) Los hipoglucemiantes son medicamentos asociados a un aumento del riesgo de caídas.
c) Doxazosina puede causar hipotensión ortostática grave por lo que puede aumentar el riesgo de caídas.
d) La evidencia sobre la relación entre el uso de medicamentos y el riesgo de caídas proviene en su mayor parte de ensayos clínicos, aunque con infrarrepresentación de la población anciana.

**118. En referencia al uso adecuado de medicamentos en la persona paciente geriátrica, ¿cuál de los siguientes métodos para la detección de prescripciones potencialmente inapropiadas o uso inapropiado de medicamentos NO es un método o criterio explícito?**

a) Criterios Beers.
b) MAI (Medication Appropriateness Index).
c) Criterios STOPP/START.
d) PRISCUS.

**119. Según la última versión en español de los criterios STOPP/START (versión 3, 2023, ¿cuál de los siguientes es un criterio STOPP?**

a) Bloqueantes alfa-1-adrenérgicos (exceptuando la silodosina) en presencia de hipotensión ortostática sintomática o antecedentes de síncope.
b) Laxantes osmóticos (p.ej., lactulosa, macrogol, sorbitol) en estreñimiento crónico persistente idiopático o secundario benigno.
c) Memantina en pacientes con demencia moderada-grave, ya que existen alternativas más seguras y eficaces.
d) Ácido acetilsalicílico en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica.

**120. Entre las principales funciones principales del ejercicio profesional farmacéutico en atención primaria se encuentra implementar estrategias de seguridad en el uso de los medicamentos. Indicar cuál de los siguientes criterios STOPP es INCORRECTO según la última versión en español de los criterios STOPP/START (versión 3, 2023:**

a) Diuréticos tiazídicos cuando existe hipopotasemia (potasio sérico < 3,0 mmol/l), hiponatremia (sodio sérico < 130 mmol/l) o hipocalcemia (calcio sérico corregido < 2,65 mmol/l) significativas o con antecedentes de gota (las tiazidas pueden producir hipopotasemia, hiponatremia, hipercalcemia y gota).
b) Antagonistas de la aldosterona (p. ej., espironolactona, eplerenona) junto con otros fármacos que pueden aumentar los niveles de potasio (p. ej., IECA, ARA-II, amilorida, triamtereno) sin monitorizar el potasio sérico (riesgo de hiperpotasemia grave > 6,0 mmol/l; el potasio sérico debería monitorizarse periódicamente, al menos cada 6 meses).




c) Diuréticos de asa para el tratamiento de la hipertensión cuando existe incontinencia urinaria.
d) Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 en insuficiencia cardiaca grave con hipotensión (presión arterial sistólica < 90 mmHg).

**121. Según el boletín INFAC "Duración de la antibioterapia: desmontando mitos", para tratar a una niña de 4 años, 18 kg de peso, afebril y sin alergias conocidas, señale la respuesta correcta:**

a) El tratamiento de elección en neumonía adquirida en la comunidad (NAC) será penicilina V durante 5-7 días.
b) El tratamiento empírico de elección de una cistitis aguda no complicada será cefixima durante 7-10 días.
c) El tratamiento empírico de elección de una cistitis aguda no complicada será fosfomicina trometamol en dosis única.
d) El tratamiento de elección en faringoamigdalitis estreptocócica aguda será penicilina V durante 10 días.

**122. En relación al informe de posicionamiento terapéutico de melatonina (Slenyto®) en el tratamiento del insomnio en niños/as y adolescentes de 6 a 17 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en los que las medidas de higiene del sueño han sido insuficientes, señale la respuesta correcta:**

a) La melatonina es una hormona exógena que ejerce su función principal sobre el desarrollo puberal, secundariamente contribuye a la inducción del sueño.
b) El tratamiento debe iniciarse con una dosis de 1-2 mg, pudiendo incrementarse hasta una dosis máxima de 5 o 10 mg si la respuesta es insuficiente.
c) La melatonina de liberación prolongada se utiliza como tratamiento adyuvante de la doxilamina, fármaco de primera línea para esta indicación.
d) Se ha identificado una baja incidencia de eventos adversos graves. Los datos de seguridad a los 2 años sugieren afectación en el desarrollo puberal.

**123. Según el boletín INFAC "Motivos frecuentes de consulta en pediatría: fiebre y gastroenteritis aguda", en relación al tratamiento antitérmico con paracetamol e ibuprofeno, señale la respuesta correcta:**

a) Se recomienda la pauta alternante de paracetamol e ibuprofeno en caso de fiebre superior a 39ºC, al proporcionar una reducción más eficaz que la monoterapia y disminuir el riesgo de toxicidad renal y hepática acumulada.
b) A partir de los 6 meses de edad, el paracetamol y el ibuprofeno vía oral son de elección considerando las preferencias del niño o niña y de la familia.
c) El metamizol como antipirético es el tratamiento de elección en casos de fiebre superior a 38ºC, por su mayor reducción de temperatura en comparación paracetamol e ibuprofeno.
d) La administración rectal del paracetamol a corto plazo (<24 h) constituye una alternativa a la vía oral en menores de 2 años, ya que, por su adecuada absorción, presenta una biodisponibilidad similar a la vía oral en este grupo poblacional.




**124. Según el boletín INFAC "Motivos frecuentes de consulta en pediatría: fiebre y gastroenteritis aguda", en relación al tratamiento de la fiebre, señale la respuesta correcta:**

a) Los fármacos antitérmicos están indicados para prevenir la fiebre sin foco, proceso febril más común en pediatría, que suele presentar una duración menor a 3 días, aunque puede prolongarse hasta 7 días.
b) En la fiebre sin foco se desaconseja la prescripción de antibióticos orales en la población infantil correctamente vacunada con un buen estado general, salvo sospecha de faringoamigdalitis aguda.
c) En la fiebre sin foco se contempla la administración de antibiótico empírico en caso de sospecha de infección urinaria hasta el resultado del cultivo, en caso de sospecha de enfermedad meningocócica y en menores de un mes.
d) Se recomienda el uso de paracetamol como fármaco antitérmico en menores de 6 meses para prevenir la fiebre posvacunal, dado que la evidencia muestra una disminución del riesgo de convulsiones febriles.

**125. Según el boletín INFAC "Motivos frecuentes de consulta en pediatría: fiebre y gastroenteritis aguda", en relación al uso de probióticos y al tratamiento antimicrobiano en la gastroenteritis aguda, señale la respuesta correcta:**

a) La mayoría de las gastroenteritis agudas son de origen vírico, los antibióticos suelen ser el tratamiento de primera elección en la mayoría de las de origen bacteriano en menores de 6 años, con duración superior a 48 horas.
b) La efectividad de los probióticos para reducir la duración y la intensidad de los síntomas ha mostrado un elevado grado de evidencia en gastroenteritis agudas de origen bacteriano.
c) En gastroenteritis aguda no complicadas por Salmonella, confirmadas mediante coprocultivo, en población sana mayor de 3 meses se indica tratamiento con cefixima o ciprofloxacino; en menores de 3 meses se indica derivación hospitalaria.
d) En caso de tratamiento antibiótico necesario, los antimicrobianos más utilizados de forma empírica en las gastroenteritis agudas pediátricas son la azitromicina y las cefalosporinas de tercera generación.

**126. Según el boletín INFAC "Motivos frecuentes de consulta en pediatría: fiebre y gastroenteritis aguda", en relación al uso de antieméticos en la gastroenteritis aguda, señale la respuesta correcta:**

a) El ondansetrón oral en los vómitos asociados a gastroenteritis aguda se está incorporando en las guías, pero al ser una indicación fuera de ficha técnica requiere consentimiento informado.
b) La evidencia sugiere que el uso de ondansetrón se asocia a un aumento significativo del riesgo de arritmias, incluso en ausencia de factores de riesgo, así como al posible enmascaramiento de otros diagnósticos graves asociados con vómitos.
c) Se recomiendan fármacos como la domperidona o la metoclopramida como terapia adicional a la rehidratación. Se trata de una indicación fuera de ficha técnica que requiere consentimiento informado por los posibles efectos adversos extrapiramidales.
d) La domperidona se ha asociado, además de con efectos adversos extrapiramidales, con arritmias ventriculares graves y muerte cardíaca súbita, no estando indicada como terapia adicional a la rehidratación en menores de 2 años.




**127. Según el boletín INFAC "Cuidados paliativos: un nuevo enfoque", en la atención de pacientes frágiles de edad avanzada con necesidades de atención paliativa, señale la respuesta correcta:**

a) Para una prescripción adecuada al final de la vida se recomienda priorizar los fármacos que prolongan la vida, aunque no mejoren los síntomas.
b) Cuando se plantee retirar más de un fármaco, es preferible hacerlo a la vez y simplificar en lo posible las pautas posológicas de los restantes.
c) El IDC-Pal es un instrumento de ayuda a la deprescripción para pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal.
d) NECPAL es un instrumento de identificación de pacientes con necesidades de atención paliativa.

**128. Según la última versión en español de los criterios STOPP/START (versión 3, 2023), ¿cuál de los siguientes criterios NO es un criterio START?**

a) Probióticos de forma concomitante con los antibióticos en pacientes que no estén inmunocomprometidos o gravemente deteriorados, para la prevención de la diarrea por Clostridioides difficile.
b) Vacuna contra el virus varicela-zoster, según las guías nacionales.
c) Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (canaglifozina, dapagliflozina, empagliflozina, ertuglifozina) en la insuficiencia cardíaca sintomática con fracción de eyección reducida o preservada, independientemente de si el paciente es o no diabético.
d) Levotiroxina para el hipotiroidismo subclínico (T4 libre normal con TSH elevada, pero < 10 microU/l).

**129. En referencia a los cambios que se producen a nivel farmacocinético en las personas de edad avanzada, señale la respuesta correcta:**

a) Incremento del porcentaje de grasa corporal, por lo que disminuye el riesgo de acumulación y liberación prolongada de fármacos lipófilos desde la grasa.
b) Disminución de la cantidad de albúmina sérica, por lo que disminuye la cantidad de fármaco libre de naturaleza ácida.
c) Reducción de la masa y el flujo sanguíneo hepático, por lo que aumenta la semivida de fármacos con alta metabolización.
d) Aumento de la perfusión tisular, por lo que aumenta la concentración de fármaco tanto en el órgano diana como en sistema nervioso central, aumentado los efectos secundarios neurológicos.

**130. En relación a la medida de la carga anticolinérgica de los fármacos, señale la respuesta correcta:**

a) Existe solo moderada concordancia entre las distintas escalas de medida de la carga anticolinérgica, lo que invalida los estudios basados en la medición de la exposición anticolinérgica.
b) La mayoría de las escalas han sido construidas en base a opinión de expertos y se actualizan trimestralmente para adaptarse a los fármacos de más reciente comercialización.




c) El "Drug Burden Index" (DBI) es una escala de medida de la carga anticolinérgica que tiene en cuenta la dosis y también los fármacos sedantes.
d) La herramienta "Anticholinergic Burden Calculator" se basa en una revisión sistemática sobre el uso de escalas anticolinérgicas y permite el cálculo simultáneo de 12 escalas, pero no es de acceso libre.

**131. En la valoración del tratamiento del insomnio nuestra recomendación será:**

a) Disminución de la dosis de clonazepam.
b) Retirada brusca del clonazepam.
c) Dividir la dosis actual en dos tomas diarias (mañana y noche).
d) Cambio del clonazepam por un tratamiento más adecuado del insomnio en la persona paciente geriátrica e instauración de medidas no farmacológicas.

**132. A una persona paciente mayor de 75 años se le realiza una valoración geriátrica integral. Según la Guía farmacoterapéutica para residencias de mayores de Euskadi 2024, ¿qué áreas se valoran?**

a) Clínica, física y social.
b) Clínica, funcional y social.
c) Clínica, mental, funcional y social.
d) Mental, física, y social.

**133. Respecto a la prescripción de Solifenacina, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) La asociación de solifenacina y tamsulosina está indicada para el tratamiento de los síntomas de llenado de moderados a graves y de los síntomas de vaciado asociados a la hiperplasia benigna de próstata en hombres con tamaño prostático superior a 30 g.
b) La solifenacina está indicada para el tratamiento sintomático de la incontinencia de urgencia y/o aumento de la frecuencia urinaria y la urgencia que puede producirse en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva.
c) La asociación de solifenacina y tamsulosina está indicada para el tratamiento de los síntomas de llenado de moderados a graves y de los síntomas de vaciado asociados a la hiperplasia benigna de próstata en hombres que no están respondiendo adecuadamente al tratamiento con monoterapia.
d) La solifenacina es un fármaco que presenta una alta carga anticolinérgica.

**134. Para calcular el índice Child-Pugh NO se tiene en cuenta el siguiente parámetro:**

a) Ascitis.
b) Bilirrubina.
c) Albúmina.
d) Superficie corporal.




**135. En personas pacientes diabétics con enfermedad hepática crónica, la opción de tratamiento más segura es:**

a) Metformina.
b) Repaglinida.
c) Pioglitazona.
d) Insulina.

**136. Se denomina "Triple Whammy" a la interacción de tres fármacos que aumenta el riesgo de fallo renal agudo. Además de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II (IECA) y los diuréticos, ¿cuál es el tercer grupo de fármacos?:**

a) Betabloqueantes.
b) Inhibidores de la bomba de protones (IBP).
c) Antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
d) Estatinas.

**137. Se conoce como insuficiencia renal crónica cuando, durante al menos tres meses, el filtrado glomerular es inferior a:**

a) 30 mL/min/1,73m2.
b) 50 mL/min/1,73m2.
c) 60 mL/min/1,73m2.
d) 90 mL/min/1,73m2.

**138. ¿Cuál de los siguientes antiinfecciosos se considera más seguro en el embarazo?**

a) Quinolonas.
b) Cefalosporinas.
c) Trimetoprim.
d) Tetraciclinas.

**139. Según el boletín INFAC "Medicamentos en enfermedad hepática crónica", señale la respuesta INCORRECTA:**

a) El valor del índice de Child-Pugh indica el grado de daño hepático crónico.
b) La mayoría de los fármacos pueden utilizarse de forma segura en pacientes con cirrosis, tanto en la fase compensada como en la descompensada.
c) Al prescribir medicamentos en la enfermedad hepática crónica uno de los aspectos que hay que considerar es si el medicamento es hepatotóxico.
d) Es preferible usar los medicamentos conocidos y que se utilizan habitualmente.




**140. Respecto al efecto "Triple Whammy" de los medicamentos, todas las afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:**

a) Se refiere a la triple asociación de un AINE, un diurético y un IECA o ARAII.
b) Se debe monitorizar estrechamente los niveles de creatinina.
c) El aumento del riesgo de fallo renal agudo es mayor tras 6 meses del inicio del tratamiento.
d) Se debe monitorizar estrechamente los niveles de potasio.

**141. La prescripción de fármacos en la mujer embarazada debe ser prudente realizando una valoración individualizada que tenga en cuenta su relación beneficio-riesgo, las alternativas y las consecuencias de no administrarlos. Además, hay que considerar el riesgo teratogénico basal o poblacional, así como los siguientes aspectos. Señale la respuesta correcta:**

a) La mayoría de los medicamentos atraviesan la placenta, por lo que hay que asumir que el feto estará expuesto a los mismos en cierto grado.
b) El riesgo teratogénico de un medicamento es independiente de la vía de administración del mismo.
c) La valoración del beneficio riesgo del medicamento debe centrarse en el primer trimestre del embarazo.
d) Es preferible utilizar una terapia combinada para facilitar emplear dosis menores del medicamento.

**142. En la Unión Europea se ha puesto en marcha para algunos medicamentos un programa específico para prevenir el embarazo denominado Programa de Prevención de Embarazo (PPE). ¿Cuál de los siguientes medicamentos NO FIGURA actualmente con PPE en la página web de la AEMPS?**

a) Valproato.
b) Vismodegib.
c) Leflunomida.
d) Isotretinoína.

**143. En la enfermedad hepática crónica (EHC) o cirrosis, se utiliza la clasificación Child-Pugh para valorar el grado de daño hepático crónico. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO se tiene en cuenta para valorar la clasificación Child-Pugh?**

a) Ascitis.
b) Albuminuria.
c) INR.
d) Bilirrubina.

**144. Según el boletín INFAC "Dosificación de medicamentos en pacientes con alteración de la función renal", en los tratamientos para la diabetes, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Suspender metformina si el filtrado glomerular es inferior a 30 mL/min/1,73 m2.




b) Linagliptina requiere ajuste de dosis en caso de filtrado glomerular inferior a 50 mL/min/1,73 m2.
c) Semaglutida oral y subcutánea no están recomendadas si el filtrado glomerular es inferior a 15 mL/min/1,73 m2.
d) Repaglinida no requiere ajuste posológico independientemente del grado de insuficiencia renal.

**145. Según el boletín INFAC "Medicamentos en el embarazo", señale la respuesta correcta:**

a) Las penicilinas y las cefalosporinas pueden utilizarse de forma segura durante el embarazo.
b) Los AINE pueden utilizarse de forma segura durante el embarazo.
c) En la diabetes gestacional, los antidiabéticos orales son el tratamiento de elección.
d) El paracetamol está contraindicado durante el embarazo.

**146. Según el boletín INFAC "Uso de medicamentos en el embarazo", respecto a las recomendaciones de uso de medicamentos en anemia y estados carenciales, señale la respuesta correcta:**

a) En mujeres con diabetes, obesidad, epilepsia con tratamiento anticonvulsivante o con antecedentes personales o familiares de defectos del tubo neural, la dosis de ácido fólico es de 5 mg/día en lugar de 0,4 mg/día, durante los 3 primeros meses del embarazo.
b) La suplementación universal con yodo en nuestro entorno está justificada, se debe indicar un suplemento de 500 mcg/día de yoduro potásico durante los 3 primeros meses del embarazo.
c) La suplementación universal con Vitamina A en nuestro entorno está justificada, se debe indicar un suplemento de 5.000 mcg/día durante los 3 primeros meses del embarazo.
d) La suplementación universal con Vitamina D en nuestro entorno está justificada, es importante no superar la ingesta de 600 UI/día durante los 3 primeros meses del embarazo.

**147. Según el boletín INFAC "Uso de medicamentos en el embarazo", respecto a las recomendaciones de uso de medicamentos en patologías digestivas, señale la respuesta correcta:**

a) El tratamiento farmacológico de elección en náuseas y vómitos es la asociación de piridoxina y doxilamina. En los casos más graves y si la situación no mejora, se puede utilizar ondansetrón.
b) El tratamiento farmacológico de elección para el estreñimiento son los laxantes formadores de bolo o los laxantes estimulantes. No es aconsejable el uso de enemas salinos o parafínicos.
c) El tratamiento farmacológico de elección para la dispepsia y la pirosis son los antiácidos no absorbibles. En los casos más graves y si la situación no mejora, se puede utilizar rabeprazol.
d) En caso de dispepsia y pirosis no se recomienda el bicarbonato sódico debido al riesgo de alcalosis metabólica y retención de líquidos.




**148. Según el boletín INFAC "Lactancia y medicamentos", respecto a la transferencia del fármaco desde el plasma materno a la leche, señale la respuesta correcta:**

a) Los fármacos con un elevado grado de unión a proteínas presentarán una mayor concentración plasmática materna y, por tanto, una mayor concentración a la leche.
b) A mayor liposolubilidad del fármaco, mayor coeficiente de reparto plasma/leche y, por tanto, una menor concentración en la leche.
c) Al ser la leche ligeramente más ácida que el plasma, los fármacos básicos no ionizados, pasan con mayor dificultad a la leche, presentando una menor concentración en leche que los fármacos ácidos.
d) Los fármacos con un elevado volumen de distribución presentarán una menor concentración plasmática materna y, por tanto, una menor concentración en la leche.

**149. Según el boletín INFAC "Lactancia y medicamentos", ¿cuál de los siguientes fármacos está contraindicado durante la lactancia?**

a) Nifedipino y verapamilo.
b) Beclometasona, budesonida, hidrocortisona, metilprednisolona, prednisona y prednisolona.
c) Ergotamina, bromocriptina, cabergolida.
d) Labetalol, metoprolol, propranolol.

**150. Según el boletín INFAC "Uso de medicamentos en enfermedad hepática crónica" respecto al tratamiento en la enfermedad hepática crónica, señale la respuesta correcta:**

a) El valor del índice de Child-Pugh indica el grado de daño hepático y puede emplearse para el ajuste de dosis. El índice se clasifica en cuatro grados, siendo A enfermedad compensada y D enfermedad descompensada.
b) Los cambios hemodinámicos que se producen en etapas avanzadas de la cirrosis hacen necesario instaurar tratamiento antihipertensivo. Los IECA, como enalapril, presentan un adecuado perfil de tolerancia en pacientes con cirrosis descompensada y ascitis.
c) El paracetamol empleado a las dosis adecuadas es el analgésico de elección en pacientes con enfermedad hepática, incluyendo cirrosis, debido a su perfil de seguridad y a la ausencia de efecto sedante y de nefrotoxicidad.
d) Los opioides se metabolizan a través del hígado y pueden causar complicaciones como fallo renal. La morfina es el opioide indicado en pacientes con cirrosis y fallo renal.

**151. Según el informe de posicionamiento terapéutico de finerenona (Kerendia®) en enfermedad renal crónica (ERC) (con albuminuria) asociada a diabetes tipo 2, señale la respuesta correcta:**

a) La dosis inicial recomendada es de 20 mg /día en pacientes con una TFGe (tasa de filtración glomerular estimada) ≥60 mL/min/1,73m2 y 5 mg /día en aquellos con TFGe <25 mL/min/1,73m2. Se recomienda monitorizar la albuminemia durante las primeras 4 semanas para el ajuste de dosis.
b) Es un agonista selectivo no esteroideo del receptor de mineralocorticoides. Al ser un inhibidor potente del CYP3A4, su administración conjunta con medicamentos que afectan al potasio puede aumentar el riesgo de hiperpotasemia.




c) El evento adverso más importante es la hiperpotasemia, aunque se permite su administración concomitante con diuréticos ahorradores de potasio, como la espironolactona, siempre bajo monitorización estrecha del potasio sérico.
d) Puede añadirse al tratamiento con dosis máximas de un IECA o un ARA-II en pacientes con ERC asociada a diabetes tipo 2 y potasio sérico ≤4,8 mmol/L, en riesgo de progresión renal y/o cardiovascular (albuminuria 30-300 mg/g y TFGe 25-59 mL/min/1,73 m2; o albuminuria > 300 mg/g y TFGe > 25 mL/min/1,73m2).

**152. Según el boletín INFAC "Dosificación de medicamentos en pacientes con alteración de la función renal", en relación con los métodos empleados para la estimación de la función renal, señale la respuesta correcta:**

a) Las ecuaciones CKD-EPI han mostrado superioridad para estimar el filtrado glomerular cuando son aplicadas en la población adulta, siendo las recomendadas actualmente.
b) En la población adulta general, el método de referencia recomendado para la estimación del filtrado glomerular es el cálculo del aclaramiento de creatinina mediante la recogida de orina de 24 horas.
c) La ecuación de Cockcroft-Gault constituye el método más preciso para la estimación del filtrado glomerular en pacientes con un índice de masa corporal inferior a 19 kg/m² o superior a 35 kg/m².
d) En pacientes con alteraciones significativas de la masa muscular, las ecuaciones de estimación del filtrado glomerular MDRD-4 o MDRD-6 son consideradas el método de elección.

**153. Según el boletín INFAC "Dosificación de medicamentos en pacientes con alteración de la función renal", respecto al uso de antipsicóticos en pacientes con enfermedad renal crónica, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Tanto la esquizofrenia como el trastorno bipolar están asociados a un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica.
b) El aripiprazol y la quetiapina no requieren habitualmente ajuste de dosis en función del grado de funcionalidad renal.
c) Se recomienda evitar los antipsicóticos con elevada potencia anticolinérgica debido al incremento del riesgo de retención urinaria.
d) Se recomienda vigilar la aparición de distonías y del síndrome neuroléptico maligno, dado que la rabdomiolisis secundaria puede producir un fallo hepático agudo.

**154. Se revisa la evolución del filtrado glomerular de una paciente con el siguiente tratamiento farmacológico: Enalapril/Hidroclorotiazida 20/12,5 mg/24h, Citalopram 20 mg/24h, Lorazepam 1 mg/noche, Quetiapina 25 mg 1,5/día, Levotiroxina 88 mcg/día 5 días a la semana y 100 mcg/día el fin de semana y Lezotrol 2,5 mg/día. Se observa lo siguiente, evolución de filtrado glomerular estimado (FGe): 60,25 mL/min (2018), 58,48 mL/min (05/2021), 55,33 mL/min (05/2022), 32,34 mL/min (09/2022) y 16,72 mL/min (10/2022). Señale la respuesta correcta:**

a) El medicamento que puede causar este descenso brusco del filtrado glomerular puede ser el lorazepam por ser un medicamento nefrotóxico.




b) El medicamento que puede causar este descenso brusco del filtrado glomerular puede ser el enalapril.
c) El medicamento que puede causar este descenso brusco del filtrado glomerular puede ser la quetiapina por ser un medicamento nefrotóxico.
d) El medicamento que puede causar este descenso brusco del filtrado glomerular puede ser el lorazepam por ser un medicamento que altera los valores de potasio.

**155. Según el filtrado glomerular de la paciente, ¿qué medicamentos estarían contraindicados o se deberían modificar la dosis o la pauta de los mismos?**

a) El citalopram
b) Se debería retirar la hidroclorotiazida por inefectividad con el filtrado glomerular actual de la paciente.
c) Todos los medicamentos son adecuados teniendo en cuenta el filtrado glomerular de la paciente.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

**156. La cifra objetivo de hemoglobina glicosilada en personas pacientes ancianas con diabetes mellitus tipo 2:**

a) Se recomienda que sea menos estricta que en pacientes más jóvenes.
b) Se recomienda que sea igual que en pacientes más jóvenes.
c) Se recomienda que sea más estricta que en pacientes más jóvenes.
d) Se recomienda que sea más estricta que en pacientes recién diagnosticados.

**157. En relación al tratamiento de la prediabetes, señala la respuesta INCORRECTA:**

a) La metformina es el tratamiento de elección.
b) El ejercicio y la dieta son tan eficaces o más que los fármacos en prevenir la diabetes.
c) Actualmente, los fármacos hipoglucemiantes no tienen la indicación de prediabetes aprobada.
d) La metformina disminuye la incidencia de diabetes.

**158. Señala cuál de las siguientes es una insulina basal:**

a) Aspart.
b) Detemir.
c) Glulisina.
d) Lispro.

**159. En prevención primaria de enfermedad cardiovascular:**

a) Se recomienda iniciar tratamiento con estatinas a dosis bajas-moderadas en personas entre 40- 75 años con riesgo cardiovascular >5% a los 10 años, según la ecuación de REGICOR.
b) Se recomienda iniciar tratamiento con estatinas a dosis altas en personas entre 40-75 años con riesgo cardiovascular >5% a los 10 años según la ecuación de REGICOR.




c) Se recomienda iniciar tratamiento con estatinas a dosis bajas-moderadas en personas entre 40- 75 años con riesgo cardiovascular >15% a los 10 años según la ecuación de REGICOR.
d) Se recomienda iniciar tratamiento con estatinas a dosis altas en personas entre 40-75 años con riesgo cardiovascular >15% a los 10 años según la ecuación de REGICOR.

**160. Según el estudio PATHWAY-2 en pacientes con hipertensión arterial resistente al tratamiento con tres antihiertensivos (IECA/ARA-II, calcioantagonista y diurético) se considera razonable añadir:**

a) Bisoprolol.
b) Espironolactona.
c) Doxazosina.
d) Carvedilol.

**161. Señala la respuesta INCORRECTA en relación a la hipertensión arterial:**

a) Se consideran cifras objetivo generales: PAS<140 mmHg y PAD<90 mmHg.
b) En pacientes sin comorbilidades, se recomienda como tratamiento inicial un diurético tiazídico, un IECA o un calcioantagonista.
c) No se deben asociar los betabloqueantes con verapamilo o diltiazem.
d) No se recomienda iniciar el tratamiento en pacientes >80 años.

**162. En relación con los efectos adversos de las estatinas:**

a) No se recomienda la monitorización rutinaria de las enzimas musculares.
b) En las personas pacientes en las que la creatina quinasa supera más de10 veces el límite superior de la normalidad, se debe reducir la dosis de estatina a la mitad.
c) En caso de elevación de la creatina quinasa, una opción es utilizar pautas no diarias (a días alternos, o dos veces a la semana), que han probado ser eficaces en prevención cardiovascular.
d) Generalmente no dependen de la dosis.

**163. Según la "Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular" (Guiasalud-2017), sobre el tratamiento hipolipemiante más efectivo en la prevención de enfermedad cardiovascular, señale la opción correcta:**

a) Se recomiendan medidas de prevención primaria con estatinas a dosis moderadas-altas en las personas entre 40 y 75 años con niveles de RCV > 15 % según la ecuación de REGICOR. El inicio de tratamiento debe realizarse tras intervención sobre otros factores de riesgo cardiovascular (HTA, tabaquismo etc).
b) Se recomienda establecer medidas de prevención primaria con estatinas a dosis bajas-moderadas en las personas entre 40 y 75 años con niveles de RCV entre el 7,5 y el 10 % según la ecuación de REGICOR. El inicio de tratamiento debe realizarse tras intervención sobre otros factores de riesgo cardiovascular (HTA, tabaquismo etc).
c) Se recomienda no iniciar tratamiento con estatinas a dosis bajas-moderadas en personas con niveles de RCV < 10 % según la ecuación de REGICOR.
d) Todas las opciones son correctas.




**164. Según la "Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular" (Guiasalud-2017), la recomendación correcta en los individuos que son dados de alta tras un síndrome coronario agudo, con independencia de las cifras basales de colesterol total y c-LDL es:**

a) Iniciar el tratamiento con estatinas, considerándose seguras las dosis altas de las mismas, exceptuando la dosificación de simvastatina 80 mg.
b) Iniciar el tratamiento con estatinas, considerándose seguras las dosis altas de las mismas, exceptuando la dosificación de atorvastatina 80 mg.
c) Iniciar el tratamiento con estatinas, considerándose seguras las dosis altas de las mismas, exceptuando la dosificación de pitavastatina 4 mg.
d) Todas las opciones son correctas.

**165. Según la "Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular" (Guiasalud-2017), el tratamiento hipolipemiante más efectivo después de las estatinas en prevención secundaria, señale la opción FALSA:**

a) Se recomienda en pacientes en prevención secundaria y con intolerancia a las estatinas bajar la dosis o cambiar a otra estatina.
b) Se recomienda que, si persiste la intolerancia a estatinas a pesar de las medidas anteriores, se utilicen fibratos.
c) En caso de intolerancia a estatinas y fibratos se sugiere como otras opciones el uso de ácidos grasos omega 3.
d) Todas las opciones son falsas.

**166. Según la "Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular" (Guiasalud-2017), ¿está indicado el tratamiento combinado de estatinas con otro fármaco, en pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) alto o en prevención secundaria? Señale la opción correcta:**

a) Se detectan diferencias significativas en efectos adversos serios (potencialmente mortales, que requieren hospitalización o prolongación de la hospitalización existente, persistente o significativa discapacidad / incapacidad o una anomalía congénita o defecto de nacimiento) cuando se combinan estatinas con ezetimiba.
b) En estudios con combinaciones de dosis estándar de estatinas con ezetimiba, fibratos, niacina o secuestradores de los ácidos biliares de duración entre 12 y 52 semanas, se producen pocos eventos y aparecen diferencias estadísticamente significativas.
c) Se detectan diferencias estadísticamente significativas en efectos adversos serios (potencialmente mortal, requiere hospitalización o prolongación de la hospitalización existente, persistente o significativa discapacidad / incapacidad o una anomalía congénita o defecto de nacimiento) cuando se combinan estatinas con fibratos.
d) No se recomienda la utilización del tratamiento combinado de estatinas con otro hipolipemiante en pacientes en prevención secundaria o con alto RCV para disminuir eventos cardiovasculares.




**167. Según el boletín INFAC titulado "Actualización en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial" (2022), señale la opción correcta:**

a) Sobre la selección de los diuréticos, la guía ESC/ESH prefiere los análogos tiazídicos (clortalidona o indapamida) debido a su mayor duración de acción y mejores evidencias de beneficio de tratamiento.
b) Como tratamiento de primera línea en hipertensión arterial sin comorbilidad, se recomienda seleccionar un diurético tipo tiazida a dosis bajas (preferentemente clortalidona o indapamida) o un calcioantagonista (dihidropiridina) o un IECA (o ARA II) considerando el perfil de efectos adversos, los costes y las preferencias del paciente.
c) La OMS recomienda iniciar el tratamiento con terapia combinada, especialmente si la presión arterial basal está >18/8 mmHg por encima de las cifras objetivo y da preferencia a la terapia combinada porque mejoran la adherencia y persistencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la PA.
d) En ausencia de ensayos comparativos, sigue estando recomendada la estrategia de terapia combinada de inicio, reservando el tratamiento escalonado, para pacientes cuya PA basal esté alejada de las cifras objetivo, así como cuando se requiera debido a comorbilidad, teniendo en cuenta los costes y las preferencias del paciente.

**168. Según el boletín INFAC titulado "Actualización del tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2" (2021), ¿cuál de los siguientes antidiabéticos NO requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal?**

a) Saxagliptina.
b) Alogliptina.
c) Metformina.
d) Linagliptina.

**169. ¿Cuál de las siguientes combinaciones de antidiabéticos NO es recomendable?**

a) Metformina con dapagliflozina.
b) Pioglitazona con glimepirida.
c) Exenatida con alogliptina.
d) Metformina con repaglinida.

**170. Según el boletín INFAC titulado "Actualización en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial" (2022), el tratamiento de primera línea recomendado en hipertensión arterial sin comorbilidad es:**

a) ARA II + betabloqueante.
b) IECA + betabloqueante.
c) Betabloqueante en monoterapia.
d) Un diurético tipo tiazida a dosis bajas (preferentemente clortalidona o indapamida) o un calcioantagonista (dihidropiridina) o un IECA (o ARA II).




**171. Según el Boletin INFAC "Tratamiento Farmacológico de la Hipertensión Arterial", ¿cuál de los siguientes fármacos sería un antihipertensivo de elección en una persona paciente que presenta arteriopatía periférica?**

a) **R**amiprilo.
b) Telmisartán.
c) Bisoprolol.
d) Indapamida.

**172. Respecto al tratamiento de la diabetes y de los factores de riesgo cardiovascular en esta persona paciente, señale la recomendación INCORRECTA:**

a) Prescribir una estatina en lugar del gemfibrozilo, con el objetivo de reducir su riesgo cardiovascular.
b) Vigilar el riesgo de fallo renal debido a la prescripción de glicazida.
c) Vigilar el riesgo de hipoglucemias debido a la prescripción de metformina.
d) Intensificar el tratamiento antidiabético, ya que, de acuerdo con su edad, se debería alcanzar una HbA1c < 6,5 %.

**173. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Colesterol y prevención primaria de la enfermedad cardiovascular: El debate continúa" (2022), respecto a la decisión de iniciar o no tratamiento en prevención primaria de la Enfermedad Cardiovascular (ECV), señale la respuesta FALSA:**

a) En general, en personas entre 40 y 75 años con niveles de riesgo coronario <5 % según la ecuación de riesgo Regicor, se recomienda no iniciar tratamiento con estatinas, salvo que existan factores potenciadores de riesgo. Estas indicaciones de tratamiento siempre deben ir precedidas y/o acompañadas de recomendaciones en el estilo de vida cardiosaludable.
b) En las personas entre 40 y 75 años con niveles de riesgo coronario >10 % según la ecuación de riesgo Regicor, se recomienda iniciar tratamiento con estatinas. Esta indicación debe ir precedida y/o acompañada de recomendaciones en el estilo de vida cardiosaludable.
c) En pacientes con cifras de c-LDL ≥190 mg/dL, se recomienda valorar la presencia de dislipemias genéticas y de posibles factores potenciadores del RCV. Se sugiere iniciar tratamiento con estatinas, junto con recomendaciones en el estilo de vida cardiosaludable, independientemente del riesgo coronario.
d) En general, en personas entre 40 y 75 años con niveles de riesgo coronario próximos al 10 %, según la ecuación de riesgo Regicor, considerar la presencia de factores potenciadores de riesgo en la toma de decisiones. Estas indicaciones de tratamiento siempre deben ir precedidas y/o acompañadas de recomendaciones en el estilo de vida cardiosaludable.




**174. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Colesterol y prevención primaria de la enfermedad cardiovascular: El debate continúa" (2022), ¿cuál de las siguientes dosis de estatina se consideraría de alta intensidad por conseguir disminuciones medias de bajada del c-LDL ≥ 50 %?**

a) Fluvastatina 80 mg.
b) Rosuvastatina 20 mg.
c) Pravastatina 80 mg.
d) Simvastatina 40 mg.

**175. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Colesterol y prevención primaria de la enfermedad cardiovascular: El debate continúa" (2022), hay una serie de factores, no contemplados en las ecuaciones de riesgo, que pueden aumentar el riesgo CV e influir en la decisión del inicio del tratamiento con estatinas. Entre estos factores se encuentran los siguientes, EXCEPTO:**

a) Niveles elevados de Apo B.
b) Menopausia precoz (<40 años).
c) Hipogonadismo.
d) Artritis Reumatoide.

**176. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Actualización en el tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial" (2022), son tratamiento de primera línea en un paciente diagnosticado de hipertensión arterial, sin presencia de otras comorbilidades, todos los siguientes medicamentos, EXCEPTO:**

a) Bisoprolol.
b) Lercanidipino.
c) Ramiprilo.
d) Clortalidona.

**177. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Actualización en el tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial" (2022), ¿cuáles serían la presión arterial sistólica (PAS) y Presión Arterial diastólica (PAD) objetivo a alcanzar con el tratamiento en una persona paciente de 75 años de edad sin otros condicionantes de comorbilidad?**

a) PAS <150 mmHg y PAD <90 mmHg.
b) PAS <130 mmHg y PAD <80 mmHg.
c) PAS <150 mmHg y PAD <85 mmHg.
d) PAS <140 mmHg y PAD <90 mmHg.

**178. En el Boletín INFAC "Actualización de insulinas", se detallan las características de las distintas insulinas. Identifique, a continuación, que relación tipo de insulina/ características farmacocinéticas es FALSA:**

a) Acción intermedia- Insulina NPH.
b) Acción ultrarrápida- Insulina aspart.




c) Acción lenta- Insulina detemir.
d) Acción rápida- Insulina lispro.

**179. Según el boletín INFAC "Actualización del tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2" (2021), en relación al tratamiento antidiabético combinado según el condicionante clínico predominante, señale la respuesta correcta:**

a) En personas diabéticas con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida se recomienda añadir a metformina, un iSGLT-2 (gliflozinas) o arGLP-1 (liraglutida, dulaglutida) con efecto demostrado en la reducción de eventos cardiovasculares.
b) En personas diabéticas con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (<40 %) se recomienda añadir a metformina, pioglitazona o saxagliptina.
c) En personas diabéticas con enfermedad renal crónica con macroalbuminuria y FGe<30 ml/min/1,73 m2, se recomienda añadir a metformina, sulfonilureas.
d) En personas diabéticas obesas (IMC>30 kg/m2), se recomienda añadir insulina o sulfonilureas.

**180. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Actualización en el tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial" (2022), está claramente establecido que se recomienda iniciar tratamiento para la hipertensión arterial en todas las siguientes circunstancias, EXCEPTO:**

a) Paciente con Presión Arterial ≥ 140/90 y con Diabetes Mellitus.
b) Paciente con Presión Arterial ≥ 140/90 y con Hipertrofia de Ventrículo Izquierdo.
c) Paciente con Presión Arterial ≥ 140/90 y con Menopausia.
d) Paciente con Presión Arterial ≥ 140/90 y con nivel de riesgo coronario ≥10 % según la ecuación de riesgo Regicor.

**181. Según el Informe de posicionamiento terapéutico del Ministerio sobre romozosumab, señale la respuesta correcta:**

a) Su lugar en terapéutica está claramente definido. Teniendo en cuenta la evidencia se sitúa como tratamiento de segunda línea en la osteoporosis postmenopausica cuando hay fallo a los bifosfonatos.
b) En los ensayos clínicos se detectó un incremento de eventos cardiovasculares graves (infarto de miocardio y accidente cerebrovascular).
c) En el ensayo clínico ARCH el romozosumab ha demostrado una reducción de fracturas de cadera estadísticamente significativo respecto al tratamiento con alendronato.
d) La pauta posológica consiste en la administración de 210 mg en dos comprimidos vía oral, de manera consecutiva, una vez al mes durante 12 meses.

**182. Según diferentes guías de práctica clínica, ¿cuál de las siguientes situaciones es un factor potenciador del riesgo cardiovascular?**

a) Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz.
b) Personas en situación de exclusión social.
c) Historia de menopausia precoz (<40 años).




d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**183. Según se recoge en el Boletín INFAC titulado "Colesterol y prevención primaria de la enfermedad cardiovascular: El debate continúa" (2022), en relación al tratamiento de la dislipemia en la diabetes mellitus tipo 2:**

a) No se recomienda estimar el riesgo coronario mediante la ecuación de Regicor en personas pacientes diabéticas sin enfermedad cardiovascular para tomar decisiones de intervención hipolipemiante.
b) Las guías NICE, la del SNS-Osteba y la RedGDPS recomiendan el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) con ecuaciones validadas que incluyan población diabética, junto con la valoración de otros factores moduladores del RCV.
c) Se recomienda el inicio del tratamiento con dosis moderadas de estatinas en personas pacientes diabéticas tipo 2 entre 50 y 65 años con un riesgo coronario >20% según Regicor.
d) Diversos estudios muestran que, en general, el RCV de la diabetes es equivalente al de la enfermedad cardiovascular establecida.

**184. Según se recoge en el Boletín INFAC titulado "Actualización en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial" (2022):**

a) En el ensayo clínico HYGIA, cambiar la toma de uno o más de los fármacos antihipertensivos de la toma matutina a la toma nocturna se asoció a grandes beneficios en la reducción de eventos cardiovasculares, aunque las conclusiones del estudio deben ser interpretadas con precaución.
b) La gran mayoría de guías de práctica clínica hacen recomendaciones sobre la toma diurna o nocturna de los antihipertensivos.
c) La ausencia de descenso de la presión arterial nocturna (patrón "non-dipper") se asocia con una disminución del riesgo cardiovascular y de la morbilidad cardiovascular.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**185. Según el Boletín INFAC titulado "Nuevos fármacos hipolipemiantes: ácido bempedoico, icosapento de etilo, inclisirán…" (2025), inclisirán (Leqvio®):**

a) Es el primer ácido omega-3 que demuestra un efecto cardiovascular favorable, ya que los ensayos con otras formulaciones y dosis de omega-3 presentaron resultados no favorables.
b) Su única indicación autorizada es como adyuvante de la dieta en personas adultas con dislipidemia mixta.
c) Es un ácido ribonucleico de interferencia pequeño (siRNA) bicatenario, que aumenta la recaptación del c-LDL y reduce sus niveles circundantes mediante el incremento de la expresión del receptor del c-LDL en la superficie celular de los hepatocitos.
d) Los ensayos clínicos con este nuevo fármaco han demostrado la reducción de eventos y mortalidad cardiovascular.




**186. Según el Boletín INFAC titulado "actualización en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial" (2022), ¿cuál de las siguientes situaciones del paciente invitaría a considerar la deprescripción de medicamentos antihipertensivos?**

a) Riesgo alto de caídas.
b) Hipopotasemia severa.
c) Edad mayor de 80 años.
d) Presión arterial sistólica de 145 mmHg sin síntomas.

**187. Según el Boletín INFAC titulado "Actualización del tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2" (2021):**

a) El acrónimo DEINTENSIFY recoge una propuesta de las situaciones en que es importante revisar los objetivos del control glucémico.
b) El sobretratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 es frecuente en las personas ancianas frágiles pluripatológicas.
c) En personas pacientes cuyo condicionante predominante es la obesidad, se recomienda priorizar fármacos que disminuyen el peso (gliflozinas o arGLP-1), como terapia añadida a metformina.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**188. Según el boletín INFAC titulado "Actualización de insulinas" (2017) y en relación al uso de la insulina en personas pacientes diabéticas tipo 2, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Se aconseja iniciar el tratamiento con un régimen de insulina basal añadido a los antidiabéticos no insulínicos. Se comenzará con dosis de 10 U o 0,2 U/Kg antes de acostarse en caso de insulina NPH o detemir y a cualquier hora del día en caso de insulina glargina o degludec.
b) Si con una insulina basal no se consiguen los objetivos de control deseables, una opción es agregar bolos de insulina prandial (regular o análogos de acción rápida) antes de las comidas, empezando generalmente con un único bolo en la comida principal.
c) Si con una insulina basal no se consiguen los objetivos de control deseables, otra alternativa sería pasar de la dosis única de insulina basal a dos dosis de insulina premezclada.
d) Se recomienda mantener los antidiabéticos no insulínicos excepto pioglitazona en casos de pauta con insulinas prandiales, valorando el riesgo de hipoglucemias, el peso, los efectos secundarios y el coste.

**189. En las personas pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca crónica con fracción de eyección reducida se recomienda el uso de los siguientes fármacos, EXCEPTO:**

a) Antagonistas del calcio.
b) Betabloqueantes.
c) IECA o ARA-II.
d) Antagonistas del receptor mineralocortidoideo.




**190. ¿Qué factor de la cascada de anticoagulación inhibe el Dabigatrán?**

a) IIa.
b) Va.
c) Xa.
d) XIIa.

**191. La clasificación funcional de la New York Heart Association NYHA establece estadios funcionales en las personas pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC), según las limitaciones a la vida diaria que supone la enfermedad para la persona paciente. Según esta clasificación, la definición del estadio "ligera limitación para la actividad física. Confortable en el reposo, pero la actividad física habitual provoca síntomas de IC", se corresponde con el estadio:**

a) NYHA I.
b) NYHA II.
c) NYHA III.
d) NYHA IV.

**192. Respecto al contenido del Informe de Posicionamiento Terapéutico de sacubitrilo/valsartán (Entresto®) en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica sintomática en personas pacientes adultas con fracción de eyección reducida, señale la afirmación verdadera:**

a) La combinación de Sacubitrilo/valsartán con medicamentos que contienen aliskireno no se recomienda en pacientes con diabetes mellitus o con insuficiencia renal (eGFR <60 ml/min/1,73 m2).
b) En el inicio y titulación de la dosis de sacubitrilo/valsartán es necesario una dosificación escalonada y supervisada, mediante el control de: presión arterial, sodio sérico y efectos adversos.
c) Debido al riesgo potencial de hiperpotasemia cuando se usa el sacubitrilo/valsartán de manera concomitante con un inhibidor de la ECA, Sacubitrilo/valsartán no se debe iniciar hasta 36 horas después de haber tomado la última dosis de un tratamiento con el inhibidor de la ECA.
d) Los beneficios cardiovasculares complementarios de sacubitrilo/valsartán en pacientes con insuficiencia cardíaca se atribuyen al aumento de los péptidos degradados por la neprilisina, tales como los Péptidos Natriuréticos por parte del sacubitrilo, y la inhibición simultánea de los efectos de la angiotensina II por el valsartán.

**193. En el Informe de Posicionamiento Terapéutico "Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular" se recogen aquellos casos en que se recomienda utilizar la dosis de 30 mg/24h de Edoxabán en lugar de 60 mg/24h. Una de esas situaciones sería la siguiente:**

a) Peso ≤ 70 kg.
b) Tratamiento concomitante con Citalopram.
c) Insuficiencia renal moderada o grave (aclaramiento de creatinina: 15-50 ml/min).




d) Edad >80 años.

**194. Una persona paciente diabética, anticoagulada con apixaban por fibrilación auricular, sufre un Síndrome Coronario Agudo y es sometida a una intervención coronaria percutánea (ICP) con implantación de stent. ¿Qué antiagregante plaquetario estaría indicado asociar al ácido acetilsalicílico al alta hospitalaria?**

a) Ticagrelor 90 mg/12h.
b) Clopidogrel 75 mg /24h.
c) Prasugrel 10 mg/24h.
d) Ticagrelor 60 mg/12h.

**195. Respecto al papel de los péptidos natriuréticos en la Insuficiencia Cardíaca (IC), señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:**

a) Los péptidos natriuréticos sirven para establecer el diagnóstico definitivo de IC.
b) Los péptidos natriuréticos deben emplearse de guía para la optimización del tratamiento farmacológico de la IC.
c) Los péptidos natriuréticos se encuentran disminuidos en los pacientes con fallo renal.
d) Los péptidos natriuréticos proporcionan información pronóstica en las personas con IC aguda y crónica.

**196. Según el Informe de Posicionamiento Terapéutico de vericiguat (Verquvo®) en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica sintomática en pacientes adultos con fracción de eyección reducida tras descompensación reciente con necesidad de tratamiento intravenoso, señale la opción correcta:**

a) El principal efecto adverso que limita su utilización es la hipopotasemia.
b) Está indicado asociarlo al tratamiento optimizado de la insuficiencia cardíaca, cuando se precisa una disminución de la frecuencia cardíaca.
c) Es preciso ir titulando la dosis del medicamento conforme a la tolerancia de la persona paciente.
d) No puede asociarse a los IECA/ARA II por el riesgo de angioedema.

**197. Se va a realizar la prescripción de un anticoagulante oral directo (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica a un paciente varón con fibrilación auricular no valvular de 82 años, cuyo peso actual es 75 kg y en cuya analítica reciente tiene una creatinina sérica de 1,1 mg/dL y un filtrado glomerular estimado de 62 mL/min/1,73 m2. ¿Cuál de las siguientes dosificaciones sería la correcta?**

a) Apixabán 5 mg/12h.
b) Rivaroxabán 15 mg/24h.
c) Dabigatrán 150 mg/12h.
d) Edoxabán 30 mg/24h.




**198. ¿Cuál de los siguientes medicamentos puede exacerbar la insuficiencia cardíaca?**

a) Diclofenaco.
b) Saxagliptina.
c) Amiodarona.
d) a) y b) son correctas.

**199. Según el boletín INFAC "Novedades en insuficiencia cardiaca", en relación a las personas pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) La restricción de líquidos no debe aplicarse de forma rutinaria, se recomienda ajustarla en periodos de descompensación aguda.
b) Aunque no se ha determinado el nivel óptimo de ingesta de sal, debido a la restricción de sodio recomendada se ha establecido un consumo de sal <2 g /día.
c) Se deben evitar los sustitutivos de la sal, que en su mayoría presentan un alto contenido en potasio.
d) Los objetivos del tratamiento son mejorar el estado clínico, la capacidad funcional y la calidad de vida, prevenir las hospitalizaciones y, si es posible, reducir la mortalidad.

**200. En pacientes con fibrilación auricular no valvular que requieren anticoagulante oral ¿en cuál de las siguientes situaciones estaría recomendada la utilización de un anticoagulante oral directo?**

a) Pacientes ya en tratamiento con antagonistas de la vitamina K y buen control de INR.
b) Nuevos pacientes con fibrilación auricular no valvular en los que esté indicada la anticoagulación, con insuficiencia renal grave (ClCr < 15 mL/min).
c) Pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal.
d) Pacientes con fibrilación auricular con afectación valvular.

**201. En el Informe de Posicionamiento Terapéutico "Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular" se describen aquellas situaciones de pacientes con fibrilación auricular no valvular en las que los ACOD pueden considerarse una opción terapéutica en el marco del SNS, es decir, aquellos casos en los que estaría financiado el ACOD. Entre estas situaciones se encuentran todas las siguientes, EXCEPTO:**

a) Pacientes con firilación auricular con necesidad de anticoagulación que presenten a la vez un síndrome antifosfolipídico.
b) Pacientes que han iniciado tratamiento con un antagonista de la vitamina K en los que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico.
c) Pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC).
d) Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso acenocumarol o warfarina




**202. Según el boletín INFAC "Novedades en insuficiencia cardiaca", en relación al manejo de las descompensaciones en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, señale la respuesta correcta:**

a) En las descompensaciones se recomienda la administración de furosemida por vía subcutánea, ya que la absorción de los diuréticos del asa por vía oral (especialmente furosemida) puede estar disminuida.
b) La dosis efectiva de diuréticos del asa se encuentra alejada de su techo terapéutico, y su curva dosis-respuesta es lineal, por lo que pequeños incrementos de la dosis producen aumentos significativos de la diuresis.
c) Los diuréticos del asa deben pautarse cada 6 horas en los episodios de descompensación, estando contraindicados los diuréticos tiazídicos y los diuréticos ahorradores de potasio.
d) Los diuréticos del asa son los fármacos más utilizados para el alivio de la congestión en los episodios de descompensación, debido a su potencia y rapidez de acción, si bien existen pocos ensayos clínicos robustos que guíen este uso.

**203. Según el informe de posicionamiento terapéutico de Empagliflozina (Jardiance®) en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica sintomática en personas pacientes adultas, señale la respuesta correcta:**

a) La empagliflozina mejora el pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca fundamentalmente por su efecto hipoglucemiante, derivado de la inhibición selectiva del cotransportador SGLT2 en el túbulo proximal renal.
b) La empagliflozina no ha demostrado un beneficio clínicamente relevante en pacientes con insuficiencia cardiaca y FEVI>40%, pudiendo considerarse como opción de tratamiento únicamente en pacientes asintomáticos y con valores bajos de NT proBNP.
c) El perfil de seguridad de la empagliflozina en pacientes con insuficiencia cardiaca es similar al observado en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, con una incidencia de eventos adversos más frecuentes similar, con excepción de la hipotensión.
d) Las comparaciones directas con sacubitrilo/valsartán en pacientes con fracción de eyección preservada permiten recomendar el tratamiento combinado de forma preferente en pacientes en clase funcional IV de la NYHA.

**204. Según el boletín INFAC sobre erradicación de helicobacter pylorien, "nuevas pautas erradicadoras de helicobacter pylori" es cierto que:**

a) La mayoría de las terapias recomendadas alcanzan tasas de erradicación del 90%.
b) Hay evidencia robusta de que el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) a dosis más altas aumenta la eficacia erradicadora.
c) Las triples terapias de 14 días obtienen mayores tasas de erradicación que pautas más cortas.
d) Las resistencias a antibióticos del helicobacter pylori es similar en los distintos países.




**205. Según el boletín INFAC sobre "inhibidores de la bomba de protones: recomendaciones de uso", los inhibidores de la bomba de protones tienen indicación aprobada en las siguientes patologías, excepto:**

a) Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
b) Dispepsia funcional tipo pirosis.
c) Erradicación de helicobacter pylori.
d) Tratamiento de la úlcera gastroduodenal.

**206. Según el boletín INFAC sobre "inhibidores de la bomba de protones: recomendaciones de uso", señale la respuesta correcta:**

a) el consumo de IBP en Euskadi es elevado y existe un importante grado de sobreutilización.
b) el consumo de IBP en Euskadi se ha reducido de forma significativa en los últimos años.
c) los IBP se utilizan mayoritariamente en indicaciones correctamente establecidas.
d) el uso de IBP en Euskadi es inferior al de otros países europeos.

**207. Según el boletín INFAC sobre "inhibidores de la bomba de protones: recomendaciones de uso", señala en cuál de los siguientes casos estaría indicado el uso de un IBP como gastroprotector:**

a) Uso de AINE crónico (>30 días) en pacientes menores de 65 años.
b) Uso de clopidogrel en mayores de 65 años.
c) Uso de corticoides en pacientes menores de 65 años, asociados a otros fármacos gastrolesivos.
d) Polimedicación.

**208. Según el boletín INFAC sobre "inhibidores de la bomba de protones: recomendaciones de uso", ¿En cuál de las siguientes situaciones no se debe considerar una deprescripción (retirada o disminución de dosis) de IBP?**

a) Pacientes asintomáticos en los que no hay una clara indicación para el uso de IBP.
b) Pacientes con dosis altas de mantenimiento de IBP.
c) Pacientes con enfermedad con reflujo gastroesofágico o dispepsia tratados con IBP que están asintomáticos al menos 3 meses.
d) Pacientes con esófago de Barret.

**209. Según el boletín INFAC "nuevas pautas erradicadoras de helicobacter pylori", en personas pacientes alérgicas a penicilina, la pauta que se propone es:**

a) Utilizar la triple terapia con omeprazol, claritromicina y metronidazol 14 días por defecto, de manera empírica.
b) Utilizar la terapia cuádruple de un inhibidor de la bomba de protones (IBP), bismuto, metronidazol y tetraciclina, durante 10-14 días.
c) Tras el fracaso de un tratamiento cuádruple con bismuto, se propone la terapia triple de tetraciclina con claritromicina.
d) En estos pacientes se recomiendan las terapias híbrida y secuencial.




**210. Según el boletín INFAC sobre "Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP): Recomendaciones de uso", se puede considerar una deprescripción (retirada o disminución de dosis) del IBP en los siguientes casos, EXCEPTO en:**

a) Pacientes con esófago de Barrett.
b) Pacientes que han sufrido úlceras gastroduodenales y que han completado el tratamiento de 4-8 semanas o el tratamiento erradicador de H. Pylori.
c) Personas pacientes con ERGE o dispepsia tratadas con IBP que están asintomáticas un mínimo de tres meses.
d) Personas pacientes asintomáticas en las que no hay una indicación clara para el uso de IBP.

**211. Según el boletín INFAC sobre "Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP): Recomendaciones de uso", son efectos adversos asociados a los IBP, en su mayoría a largo plazo, todos los siguientes, EXCEPTO:**

a) Aumento del riesgo de neumonía adquirida en la Comunidad (NAC).
b) Enfermedad hepática de depósito graso no alcohólica.
c) Déficit de vitamina B12.
d) Nefritis intersticial aguda.

**212. Según el boletín INFAC "Inhibidores de la bomba de protones (IBP): recomendaciones de uso" (2016), en relación con la indicación de IBP en la profilaxis de gastropatía asociada a AINE, señale la opción correcta:**

a) En pacientes menores de 65 años sin antecedentes de HDA, el uso concomitante de ISRS y AINE crónico constituye una indicación clara de gastroprotección con IBP.
b) En pacientes mayores de 65 años sin antecedentes de HDA ni tratamiento concomitante con otros fármacos gastrolesivos, el uso de AINE agudo no justifica la prescripción de IBP.
c) En pacientes menores de 65 años sin antecedentes de HDA, el uso de AINE crónico sin otros factores de riesgo constituye indicación de IBP.
d) En pacientes menores de 65 años en tratamiento concomitante con ISRS, la gastroprotección con IBP está indicada de forma sistemática independientemente de la duración del tratamiento con AINE.

**213. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Nuevas pautas erradicadoras de Helicobacter pylori", ¿cuál de las siguientes terapias estaría indicada como tratamiento erradicador de Helicobacter pylori, como segunda línea, una vez fracasada una primera línea y en una persona paciente que no es alérgica a la penicilina?**

a) Omeprazol 20 mg/12h + bismuto subcitrato 420 mg/6 h + metronidazol 375 mg/6h + tetraciclina 375 mg/6h durante 10-14 días.
b) Omeprazol 20 mg/12h + levofloxacino 500 mg/24h + amoxicilina 1 g/12h + bismuto subcitrato 240 mg/12 h durante 14 días.
c) Omeprazol 20 mg/12h + levofloxacino 500 mg/24h + amoxicilina 1 g/12h durante 14 días.




d) Omeprazol 20 mg/12h + claritromicina 500 mg/24h + amoxicilina 1 g/12h + metronidazol 500 mg/12h durante 14 días.

**214. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Inhibidores de la bomba de protones (IBP): Recomendaciones de uso", ¿cuál de las siguientes podrían considerarse dosis equipotentes de IBP?**

a) Omeprazol 20 mg y Lansoprazol 15 mg.
b) Omeprazol 20 mg y Esomeprazol 40 mg.
c) Omeprazol 20 mg y Pantoprazol 40 mg.
d) Omeprazol 20 mg y Rabeprazol 10 mg.

**215. Según el boletín INFAC "Inhibidores de la bomba de protones (IBP): recomendaciones de uso", señale la opción correcta respecto a la gastroprotección en pacientes en tratamiento con fármacos:**

a) La gastroprotección con IBP está indicada en todas las personas pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.
b) El tratamiento con corticoides sistémicos requiere de forma general la gastroprotección con IBP.
c) La gastroprotección con IBP está indicada en pacientes en tratamiento con AINE independientemente de la edad y factores de riesgo.
d) La indicación de IBP como gastroprotección debe basarse en la valoración individual del riesgo gastrointestinal de la persona paciente.

**216. Según el boletín INFAC "Inhibidores de la bomba de protones (IBP): recomendaciones de uso", ¿en cuál de las siguientes situaciones NO estaría indicado plantear la deprescripción del IBP?**

a) Persona paciente con ERGE asintomática desde hace más de 3 meses.
b) Paciente con dispepsia que ha completado tratamiento y permanece sin síntomas.
c) Paciente con esófago de Barrett en tratamiento crónico con IBP.
d) Paciente sin indicación actual clara para el uso de IBP.

**217. Según el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de vedolizumab (Entyvio®), señale la opción correcta:**

a) Vedolizumab está indicado en primera línea en enfermedad inflamatoria intestinal.
b) Vedolizumab ha demostrado una eficacia superior a los anti-TNF en enfermedad de Crohn.
c) Vedolizumab puede considerarse una alternativa terapéutica en colitis ulcerosa tras fracaso a tratamiento convencional o anti-TNF.
d) Vedolizumab presenta un efecto inmediato en la inducción de la remisión clínica.




**218. Según el boletín INFAC "Aspectos de seguridad de los AINE (2021)", señale la opción correcta respecto al riesgo ulcerogénico de los AINE:**

a) Ibuprofeno a dosis bajas presenta un riesgo ulcerogénico similar al de piroxicam.
b) Diclofenaco y naproxeno presentan un riesgo gastrointestinal intermedio.
c) Los inhibidores selectivos de la COX-2 presentan mayor riesgo ulcerogénico que los AINE tradicionales.
d) El riesgo gastrointestinal de los AINE no depende de la dosis ni de la duración del tratamiento.

**219. Según el boletín INFAC "Aspectos de seguridad de los AINE (2021)", señale la opción correcta:**

a) La inhibición de la COX-2 es la principal responsable de la toxicidad gastrointestinal de los AINE.
b) La COX-1 participa en la citoprotección gástrica y su inhibición se asocia a mayor riesgo gastrointestinal.
c) La COX-2 regula la agregación plaquetaria y la protección gástrica.
d) La inhibición de la COX-1 es la principal responsable del efecto antiinflamatorio de los AINE.

**220. Según el boletín INFAC de "Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP): Recomendaciones de Uso", respecto a la indicación del Omeprazol, señale la respuesta correcta:**

a) No está indicado porque esta persona paciente no tiene ningún fármaco gastrolesivo.
b) Es un medicamento pautado a dosis adecuadas.
c) Sí tiene indicación porque se trata de una persona paciente polimedicada.
d) El uso a largo plazo de IBP se ha asociado a fracturas osteoporóticas, neumonía, aumento de infecciones por C. difficile, hipomagnesemia y déficit de vitamina B12

**221. ¿Cuál de los siguientes fármacos no es un inhibidor de la acetilcolinesterasa?**

a) Rivastigmina.
b) Galantamina.
c) Memantina.
d) Donepezilo.

**222. Según el documento de osakidetza "seguimiento y retirada de fármacos antidemencia", la suspensión del tratamiento farmacológico antidemencia se debe realizar cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:**

a) Estabilización de la demencia.
b) Resultado del test mini-mental state examination (mmse) superior a 10 puntos.
c) Demencia en estado inicial.
d) En demencia avanzada, valorar individualmente la suspensión del tratamiento.




**223. Según las recomendaciones de las guías de práctica clínica incluidas en el catálogo de guías del SNS, señala la respuesta incorrecta sobre el tratamiento de la depresión:**

a) En general, no se recomienda el tratamiento farmacológico de la depresión leve.
b) La terapia cognitivo conductual ha demostrado ser superior al tratamiento farmacológico en el tratamiento inicial de la depresión mayor.
c) Una ventaja de la psicoterapia es que sus beneficios pueden mantenerse tras finalizar el tratamiento.
d) En general, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son el tratamiento de elección.

**224. ¿Cuál de los siguientes antidepresivos es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)?**

a) Sertralina.
b) Fluvoxamina
c) Venlafaxina.
d) Paroxetina.

**225. Según las fichas técnicas de la AEMPS ¿Cuál de los siguientes antidepresivos se recomienda utilizar a dosis bajas en ancianos por riesgo de prolongación del intervalo QT?**

a) Citalopram.
b) Fluoxetina.
c) Paroxetina.
d) Sertralina.

**226. En el tratamiento de la depresión:**

a) La guía de práctica clínica de NICE recomienda mantener al menos 12 meses tras la remisión del episodio.
b) Las dosis de mantenimiento recomendadas son la mitad de la dosis con la que se obtuvo la mejoría.
c) No es necesario el cese gradual del tratamiento farmacológico.
d) El seguimiento de las personas pacientes con tratamiento farmacológico ha de ser estrecho, al menos las primeras 4 semanas.

**227. Según la ficha de nuevo medicamento a examen del CENM (CEVIME, Euskadi), señale la respuesta FALSA sobre el lugar en la terapéutica de safinamida:**

a) La safinamida ha mostrado una clara superioridad respecto al placebo para paliar las fluctuaciones motoras, como tratamiento complementario de L-dopa, en pacientes con enfermedad de parkinson en fases media o avanzada.
b) No se dispone de comparaciones directas con otras alternativas, ni siquiera frente a otros IMAO-B (selegilina, rasagilina) por lo que no es posible establecer ventajas e inconvenientes de utilización frente a ellos.




c) Se considera como otro tratamiento complementario con L-dopa, cuya relación de eficacia y seguridad no está establecida, especialmente en relación a las alternativas disponibles, más conocidas.
d) Todas las opciones son correctas.

**228. Según la ficha de nuevo medicamento a examen de Euskadi, señale la respuesta INCORRECTA en relación a naloxegol:**

a) Naloxegol se ha estudiado como monoterapia en el estreñimiento inducido por opioides, en pacientes con dolor no oncológico y en pacientes que no respondían a tratamiento con laxantes.
b) Los estudios pivotales mostraron significación estadística en el subgrupo de pacientes con respuesta adecuada a laxantes.
c) No se dispone de comparaciones directas de naloxegol frente a otros laxantes en monoterapia ni combinados, práctica clínica habitual.
d) La evidencia de su eficacia se limita a pacientes con dolor no oncológico.

**229. Según el boletín INFAC (2017) "medicamentos y conducción", ¿cuál de los siguientes principios activos presente en medicamentos de uso humano puede causar somnolencia y no está incluido en el sistema de pictograma de riesgo para la conducción?**

a) Melatonina
b) Clobazam
c) Valeriana
d) Asenapina

**230. Según el documento de Osakidetza sobre "Seguimiento y retirada de fármacos antidemencia", señale la respuesta correcta para el tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) en la Enfermedad de Alzheimer (EA):**

a) Se han aprobado para el tratamiento sintomático de la EA moderada a grave.
b) Frenan la progresión de la enfermedad de Alzheimer.
c) Producen mejoras modestas en el estado global, la función cognitiva y las actividades diarias en pacientes con EA de leve a moderadamente grave.
d) Son medicamentos eficaces y una vez prescritos no requieren de evaluación periódica.

**231. Respecto al medicamento hipnótico Zolpidem y teniendo en cuenta la Nota Informativa de la AEMPS de 2014 y el riesgo de somnolencia al día siguiente, indique la respuesta correcta:**

a) Se recomienda no conducir o realizar actividades que requieran atención y puedan ser peligrosas al menos 7 horas después de la toma del medicamento.
b) De cara a disminuir los efectos sedantes al día siguiente, se puede fraccionar la dosis total en dos tomas diarias.
c) En pacientes con insuficiencia hepática la dosis recomendada es de 5 mg/día.
d) En pacientes ancianos la dosis recomendada es de 10 mg/día.




**232. Tal y como se recoge en el boletín INFAC sobre "Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria: cuándo y con qué", ¿cuál se podría considerar el antidepresivo de elección en un paciente con cardiopatía isquémica o postinfarto?**

a) Sertralina
b) Trazodona
c) Escitalopram
d) Maprotilina

**233. Tal y como se recoge en el boletín INFAC sobre "Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria: cuándo y con qué", una vez que se ha iniciado tratamiento con un antidepresivo para la depresión y si en la evaluación de la persona paciente a la tercera o cuarta semana se observa que no hay ninguna mejoría, ¿cuál sería una de las estrategias a seguir?**

a) Aumentar la dosis del medicamento hasta la dosis máxima terapéutica.
b) Esperar la evolución clínica hasta la octava semana.
c) Utilizar una combinación de antidepresivos.
d) Derivar a Salud Mental

**234. Respecto al contenido del Informe de Posicionamiento Terapéutico de guanfacina (Intuniv®) en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, indique cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:**

a) Existen escalas validadas para cada grupo de edad que evalúan la mejoría de los síntomas con el tratamiento, siendo las más importantes la de Conners o la ADHD-RS.
b) Existen escalas como la de WFIRS-P (Weiss Functional Impairment Rating Scales) para evaluar el resultado funcional expresado en la mejora del rendimiento escolar o el comportamiento social, tanto a corto como a largo plazo.
c) Guanfacina es un principio activo no estimulante, agonista selectivo de los receptores adrenérgicos alfa2A.
d) La indicación financiada de guanfacina es para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños/as y adolescentes de 6 a 17 años cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces.

**235. En relación con la carga anticolinérgica de los antidepresivos, según los documentos de INFAC sobre medicamentos con actividad anticolinérgica, indique cuál presenta MENOR acción anticolinérgica:**

a) Amitriptilina
b) Nortriptilina
c) Clomipramina
d) Doxepina




**236. Según el boletín INFAC 'Dolor crónico no oncológico: ¿opioides?; en caso de precisar iniciar una prescripción con un analgésico opioide una persona paciente con enfermedad renal crónica (ERC) y un filtrado glomerular (FG) estimado < 30 ml/min, ¿cuál sería el opioide más adecuado y que NO requeriría ajuste de dosis?**

a) Fentanilo transdérmico.
b) Oxicodona vía oral.
c) Morfina vía oral.
d) Tramadol vía oral.

**237. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Enfermedad de Alzheimer: puesta al día"; en relación al tratamiento farmacológico de enfermedad de Alzheimer, señale la respuesta correcta:**

a) La memantina tiene la indicación aprobada para el tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.
b) El insomnio, síncope, la agitación y las convulsiones son efectos adversos frecuentes de los inhibidores de la acetilcolinesterasa.
c) Los inhibidores de la acetilcolinesterasa pueden presentar interacciones con fármacos con efectos anticolinérgicos o colinérgicos.
d) Los inhibidores de la acetilcolinesterasa producen mejoras modestas en el estado global, la función cognitiva y las actividades de la vida diaria en la enfermedad de Alzheimer grave.

**238. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia": ¿Cuál de los siguientes fármacos/grupos de fármacos NO están implicados en precipitar o prolongar el delirium o los síntomas conductuales de la demencia?**

a) Analgésicos opioides.
b) Alopurinol.
c) Corticoides sistémicos, especialmente a altas dosis.
d) Benzodiacepinas.

**239. Según el boletín INFAC sobre el tratamiento de la depresión en atención primaria, en relación al tratamiento con antidepresivos, indique la respuesta CORRECTA:**

a) De forma general, se recomienda el inicio de tratamiento con fármacos antidepresivos en pacientes con síntomas depresivos subumbrales, si estos están presentes al menos durante 6 meses.
b) Se recomienda evaluar la respuesta inicial al tratamiento a las cuatro semanas.
c) En pacientes con respuesta parcial tras la tercera o cuarta semana, se recomienda aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.
d) Se recomienda mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 16 semanas tras la remisión del episodio, con la menor dosis posible.




**240. Según el boletín INFAC sobre el tratamiento de la depresión en atención primaria, ¿Cuál de las siguientes NO es una selección adecuada para iniciar el tratamiento antidepresivo considerando las características de la persona paciente que se indican?**

a) Citalopram en pacientes con demencia.
b) Sertralina tras infarto de miocardio.
c) Bupropion en pacientes con ansiedad.
d) Mirtazapina en pacientes con insomnio.

**241. Según el boletín INFAC sobre tratamiento de la depresión en atención primaria, los antidepresivos pueden dar lugar a interacciones de relevancia clínica. ¿En cuál de las siguientes combinaciones debe evitarse el uso conjunto de ambos fármacos?**

a) Acenocumarol y sertralina.
b) Tramadol y mirtazapina.
c) Ibuprofeno y fluoxetina.
d) amoxifeno y paroxetina.

**242. En relación al uso de benzodiacepinas (BZD) en un paciente (INFAC. "Manejo del insomnio en personas mayores"), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) Se recomienda utilizar BZD que no sufran metabolismo hepático, como el lormetazepam o el alprazolam.
b) En caso de considerarse necesario su uso, se prefieren benzodiacepinas de vida media corta y metabolismo no oxidativo, como lorazepam o lormetazepam.
c) Los hipnóticos Z no pueden considerarse como opción terapéutica en estas personas pacientes por el riesgo de sedación diurna, sonambulismo, etc.
d) Para el insomnio de conciliación, el más frecuente en estas personas pacientes, es adecuado el uso de lormetazepam**.**

**243. Según la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria, para el uso adecuado de fármacos en el tratamiento de la ansiedad, señale la respuesta correcta:**

a) En el embarazo, pueden emplearse con seguridad en el tercer trimestre lorazepam 1 mg y clonazepam (gotas o comprimidos de 0,5 mg).
b) Las benzodiacepinas deben utilizarse solo a corto plazo mientras se espera la respuesta al tratamiento con antidepresivos y/o psicológico.
c) Para deprescribir una BZD se recomienda sustituir las benzodiacepinas de semivida larga por otras de semivida corta antes de iniciar la reducción progresiva de dosis.
d) Aproximadamente un 70 % de los pacientes que retiraron con éxito las BZD reinician el tratamiento en los primeros tres años.




**244. De acuerdo al contenido del Boletín INFAC "Dolor crónico no oncológico: ¿opioides?", en el tratamiento del Dolor Crónico no Oncológico, señale la respuesta FALSA:**

a) Antes de iniciar un tratamiento opioide, es necesario explorar y descartar el empleo si se pudiese tratar de una perosna paciente con alto riesgo de abuso y adicción (personas con historia de abuso de sustancias, sobredosis, problemas psiquiátricos importantes).
b) Se debería iniciar el tratamiento con cualquiera de los opioides de liberación rápida/inmediata a dosis bajas y aumentarla lentamente.
c) La hiperalgesia inducida por opioides (HIO) es una respuesta paradójica a los opioides, por la que un paciente se vuelve más sensible a ciertos estímulos dolorosos y, en algunos casos, experimenta dolor ante estímulos normalmente no dolorosos (alodinia).
d) En personas con un tratamiento ya instaurado a dosis >90 DEM (Dosis equivalente a 90 mg/día de morfina oral), se debe reevaluar su necesidad, discutir con la persona paciente los riesgos y beneficios y plantear la retirada o la disminución de dosis.

**245. Estamos realizando una revisión de medicación de un paciente anciano (<75 años) con dolor crónico no oncológico. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de medicamentos opioides se debería EVITAR, según el contenido del Boletín INFAC "Dolor crónico no oncológico: ¿opioides?",**

a) Fentanilo transdérmico y gabapentina.
b) Tapentadol y amitriptilina.
c) Oxicodona y bromazepam.
d) Se deberían evitar todas ellas.

**246. ¿Qué antipsicótico debe reservarse para situaciones agudas y uso a corto plazo en pacientes con demencia?**

a) Quetiapina
b) Risperidona
c) Haloperidol
d) Aripiprazol

**247. Según la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (SNS), señale la opción correcta respecto al tratamiento farmacológico:**

a) Los antidepresivos deben suspenderse una vez alcanzada la mejoría clínica inicial para evitar efectos adversos.
b) Los ISRS deben considerarse de primera elección por su mejor balance beneficio/riesgo.
c) El tratamiento antidepresivo debe mantenerse al menos 3 meses tras la remisión del episodio.
d) La elección del antidepresivo debe basarse exclusivamente en la eficacia clínica.




**248. Señale la opción correcta en relación con la farmacoterapia de la enfermedad de Alzheimer:**

a) Donepezilo y galantamina mejoran la función cognitiva mediante el aumento de la liberación de acetilcolina a nivel sináptico.
b) Rivastigmina ejerce su efecto terapéutico principalmente mediante el bloqueo de los receptores NMDA.
c) Memantina reduce la hiperestimulación neuronal mediada por glutamato, siendo útil en fases moderadas a graves de la enfermedad.
d) Galantamina y memantina actúan sobre la misma vía neurotransmisora implicada en la enfermedad.

**249. Según el boletín INFAC "Manejo del insomnio en personas mayores (2025)", señale la opción correcta:**

a) Los fármacos Z presentan un perfil de seguridad claramente superior a las benzodiacepinas en personas mayores.
b) La trazodona carece de efectos adversos cardiovasculares relevantes, lo que la convierte en una alternativa segura en personas ancianas.
c) Las benzodiacepinas presentan un balance beneficio-riesgo desfavorable en personas mayores, incluso a corto plazo.
d) La melatonina se asocia con frecuencia a síndrome de abstinencia tras su retirada.

**250. Según la Guía de Práctica Clínica para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria, señale la opción correcta:**

a) Las benzodiacepinas deben utilizarse como tratamiento de primera línea en pacientes con TAG moderado.
b) En pacientes con TAG, se recomienda iniciar el tratamiento con antidepresivos a dosis plenas para lograr una respuesta más rápida.
c) Si un ISRS es eficaz pero no se tolera, se recomienda cambiar a otro ISRS antes de considerar otros grupos farmacológicos.
d) La buspirona constituye una alternativa de primera línea en el tratamiento farmacológico del TAG.

**251. ¿Qué asociación de medicamentos presenta un efecto antagónico?**

a) Tramadol y paracetamol.
b) Donepezilo y fesoterodina.
c) Olmesartan y bisoprolol.
d) Fluoxetina y lormetazepam.




**252. Según la publicación Posicionamiento SEFAP "revisión de la medicación centrada en la persona", señala la respuesta incorrecta. Para una prescripción adecuada al final de la vida:**

a) Hay que definir el objetivo del tratamiento, entre el/la médico/a y la persona paciente.
b) Se priorizarán los fármacos que prolongan la vida.
c) Se debería utilizar el menor número de fármacos posible.
d) En la medida de lo posible simplificar las pautas posológicas.

**253. Según la publicación SEFAP "elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico", en pacientes en cuidados paliativos se recomienda retirar los siguientes fármacos, excepto:**

a) Estatinas, sobre todo en prevención primaria.
b) Bisfosfonatos.
c) Hierro.
d) Insulina.Pregunta

**254. Según los informes y datos de uso de medicamentos en Euskadi (INFAC y evaluaciones del CENM), el aumento del consumo de opioides en la comunidad autónoma de Euskadi en los últimos años se debe fundamentalmente a:**

a) Las nuevas formulaciones de morfina.
b) Buprenorfina.
c) Fentanilo.
d) Oxicodona.

**255. Según el boletín INFAC "dolor crónico no oncológico: ¿opioides?", señala la respuesta incorrecta. a la hora de suspender el tratamiento con un opioide, se recomienda:**

a) Utilizar medicamentos sedantes o hipnóticos durante el proceso.
b) Considerar pautar otros analgésicos.
c) No reducir más del 10% de la dosis total cada 1-2 semanas.
d) Una vez alcanzado un tercio de la dosis inicial, reducir un 5% cada 2-4 semanas.

**256. En el boletín INFAC sobre "Cuidados paliativos: Un nuevo enfoque", se recogen recomendaciones de grupos de fármacos en los que se podría plantear la retirada en personas pacientes paliativas, sin sustituir el juicio clínico ni la individualización del tratamiento. Entre estos grupos de medicamentos se encuentran:**

a) Antiepilépticos en dolor neuropático.
b) Antiagregantes en prevención secundaria.
c) IBP para el ERGE.
d) Fármacos indicados para el tratamiento de osteoporosis.




**257. En el boletín INFAC sobre "Opioides en el manejo del dolor: El difícil equilibrio entre la opiofobia y la opiofilia" se describen los distintos opioides. Indique cuál de las siguientes afirmaciones respecto a los opioides mayores es correcta:**

a) La oxicodona se metaboliza principalmente siguiendo la ruta del CYP3A4, por lo que los inhibidores de esta isoenzima, como los antibióticos macrólidos, antifúngicos azoles, inhibidores de la proteasa o el zumo de pomelo, pueden causar un aumento de las concentraciones de oxicodona en plasma.
b) La buprenorfina tiene techo terapéutico.
c) Tapentadol es un fármaco que tiene un mecanismo de acción mixto: es agonista de los receptores μ-opioides e inhibidor de la recaptación de noradrenalina.
d) Todas son verdaderas.

**258. Según el boletín INFAC "Dolor crónico no oncológico: ¿opioides?" señale la opción correcta en relación con el uso de opioides en el DCNO:**

a) En pacientes con dolor crónico no oncológico, la ausencia de efectos adversos y una leve mejoría del dolor justifican la continuación del tratamiento a largo plazo.
b) La decisión de mantener el tratamiento con opioides debe basarse en la intensidad del dolor, siendo secundaria la valoración funcional de la persona paciente.
c) El tratamiento con opioides debe suspenderse si no se alcanza una mejoría clínicamente relevante en términos de dolor o funcionalidad tras un periodo de prueba adecuado.
d) En pacientes con buena tolerancia, puede mantenerse el tratamiento con opioides independientemente de la evolución del balance beneficio-riesgo.

**259. Tal y como se recoge en el INFAC sobre "Cuidados paliativos: Un nuevo enfoque", el instrumento diagnóstico de la complejidad en pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal que comprende aquellas situaciones o elementos de complejidad identificados tras la valoración de la unidad paciente familia, se denomina:**

a) IDC-Pal
b) SPICT
c) PAD
d) NECPAL

**260. Tal y como se recoge en el Boletín INFAC "Fármacos en dolor neuropático: puesta al día", identifique cuál de los siguientes medicamentos puede considerarse tratamiento de primera línea para el dolor neuropático:**

a) Oxicodona.
b) Tramadol.
c) Capsaicina parche 8 %.
d) Nortriptilina.




**261. En el Boletín INFAC "Cuidados paliativos: Un nuevo enfoque", se establecen unas recomendaciones sobre algunos grupos de fármacos en los que se podría plantear la retirada de los mismos en personas pacientes paliativas, sin obviar en ningún caso el juicio clínico y a la individualización del tratamiento en cada paciente. Señale en qué medicamento de los enumerados a continuación NO procedería plantearse aplicar esa recomendación de retirar:**

a) Tramadol.
b) Lorazepam.
c) Sulfato ferroso.
d) Acenocumarol.

**262. Según el boletín INFAC del tratamiento del Dolor crónico no oncológico (DCNO) con opioides mayores, señale la respuesta correcta:**

a) Son tratamientos de primera elección y habitual en el DCNO.
b) Se puede pautar un tratamiento a largo plazo ya que, al ser un tratamiento indicado en la artrosis, se prevé que será crónico y no presenta problemas de seguridad a largo plazo.
c) Pueden causar síndrome anticolinérgico, especialmente en ancianos/as, cuando se asocian a antidepresivos y neurolépticos.
d) La hipoalgesia inducida por opioides (HIO) es una respuesta paradójica a los opioides, por la que una persona paciente se vuelve menos sensible a ciertos estímulos dolorosos.

**263. Según el Informe de Posicionamiento Terapéutico de guanfacina en TDAH, señale la opción correcta:**

a) Guanfacina actúa como agonista selectivo alfa2A y puede producir hipotensión y bradicardia como consecuencia de su acción central.
b) Guanfacina ha demostrado una eficacia superior a metilfenidato, por lo que se posiciona como tratamiento de primera línea.
c) Guanfacina presenta un perfil de seguridad similar al de los psicoestimulantes, sin efectos cardiovasculares relevantes.
d) La eficacia de guanfacina se explica fundamentalmente por su efecto sedante, siendo este el principal determinante de su beneficio clínico.

**264. Según el boletín INFAC "Dolor crónico no oncológico: ¿opioides?" (2022), señale la opción correcta:**

a) La tolerancia a los opioides se caracteriza por un aumento difuso del dolor que empeora al incrementar la dosis.
b) La hiperalgesia inducida por opioides se manifiesta como pérdida progresiva de eficacia analgésica que obliga a aumentar la dosis.
c) Ante un empeoramiento del dolor tras aumentar la dosis de opioides, debe sospecharse hiperalgesia inducida por opioides.
d) La aparición de hiperalgesia inducida por opioides obliga a aumentar la dosis para recuperar el control del dolor




**265. Según la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos del SNS, señale la opción correcta en relación con el uso de fármacos en el control de síntomas:**

a) La vía intravenosa es la vía de elección en pacientes en cuidados paliativos por su mayor rapidez de acción.
b) El tratamiento farmacológico debe centrarse exclusivamente en el control sintomático, independientemente de la etiología del síntoma.
c) La elección del tratamiento debe incluir la valoración del mecanismo subyacente del síntoma y priorizar la pauta más sencilla y cómoda para la persona paciente.
d) La administración de fármacos debe realizarse preferentemente a demanda para evitar efectos adversos.

**266. Según la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos del SNS, señale la opción correcta:**

a) Los opioides están indicados como tratamiento de primera línea en la disnea únicamente en pacientes con dolor asociado.
b) Los opioides no deben utilizarse en la disnea por riesgo de depresión respiratoria.
c) Los opioides constituyen el tratamiento de elección tanto en el dolor intenso como en la disnea en pacientes en cuidados paliativos.
d) En la disnea, los opioides solo deben utilizarse cuando han fracasado los tratamientos no farmacológicos.

**267. Según el boletín INFAC "Fármacos en dolor neuropático: puesta al día (2018)", señale la opción correcta:**

a) Pregabalina presenta ventajas farmacocinéticas frente a gabapentina, como una cinética lineal y una pauta de administración más sencilla.
b) La amitriptilina es el fármaco de elección en todos los pacientes con dolor neuropático por su mayor eficacia frente a otras alternativas.
c) Duloxetina a dosis de 120 mg/día presenta mayor eficacia analgésica que 60 mg/día, por lo que debe priorizarse esta dosis.
d) Gabapentina y duloxetina no deben combinarse por aumento significativo del riesgo de depresión respiratoria.

**268. En el año 2019 la AEMPS publicó una nota de seguridad sobre Denosumab en la que informaba sobre:**

a) Riesgo de fracturas vertebrales múltiples tras la suspensión del tratamiento.
b) Riesgo de hepatotoxicidad grave.
c) Aumento del riesgo de infarto agudo de miocardio.
d) Pigmentación ocular y cutánea**.**

**269. Según el boletín INFAC," Suplementos de calcio, osteoporosis y riesgo cardiovascular", los suplementos de calcio:**

a) Han probado tener beneficios para las personas mayores no institucionalizadas.
b) Se ha demostrado que los suplementos de calcio aumentan el riesgo cardiovascular.




c) Datos de la encuesta nacional de ingesta dietética (ENIDE) 2009-2010 indican una ingesta media de calcio que no alcanza la ingesta de calcio recomendada para la población española, establecida en dicho documento en 800 mg/día.
d) En caso de requerir dosis altas de suplementos de calcio, se recomienda tomarlos en dosis fraccionadas.

**270. Según el consenso sobre la osteoporosis postmenopáusica en la CAPV, en relación a la densitometría, señala la respuesta incorrecta:**

a) El cribado densitométrico es coste-efectivo.
b) Como técnica de referencia se recomienda la absorciometría radiográfica de doble energía (DXA) en cadera y columna vertebral.
c) La solicitud de la prueba debe ser realizada para condicionar una actitud terapéutica.
d) Se recomienda en pacientes que han sufrido una fractura previa por fragilidad.

**271. El consenso sobre la osteoporosis postmenopáusica en la CAPV, en relación con la densitometría de seguimiento, señala la respuesta correcta:**

a) En pacientes que no reciben tratamiento, con densidad mineral ósea (DMO) normal o ligeramente baja y sin factores de riesgo de pérdida de masa ósea, cada 5-8 años.
b) Alrededor de los 2 años tras el inicio de la terapia, se recomienda realizar densitometría de control para valorar la respuesta al tratamiento.
c) En pacientes que no reciben tratamiento, con densidad mineral ósea (DMO) baja (t-score entre −2 a −2,49), se recomienda cada 5 años.
d) Anualmente tras el inicio de la terapia, a todos los pacientes con tratamiento farmacológico.

**272. Según el boletín INFAC "Tratamiento farmacológico de la osteoporosis: la importancia de identificar la población de alto riesgo", señale la afirmación INCORRECTA en relación con los factores de riesgo y prevención de fracturas:**

a) La edad y los antecedentes de fractura son factores de riesgo relevantes para futuras fracturas.
b) La densidad mineral ósea (DMO) es el único factor necesario para predecir el riesgo de fractura.
c) El consumo de alcohol debe limitarse como medida de prevención de fracturas.
d) El riesgo de fractura debe evaluarse considerando factores clínicos además de la DMO.

**273. En el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica NO se considera una medida no farmacológica adecuada:**

a) Dieta rica en potasio.
b) Prevención de caídas.
c) Abandono del tabaco.
d) Ejercicio físico.




**274. Indique el tratamiento que NO es de primera elección en la osteoporosis postmenopáusica según el documento de "Consenso sobre la osteoporosis postmenopáusica en la Comunidad Autónoma del País Vasco":**

a) Alendronato
b) Denosumab
c) Risedronato
d) Ácido Zoledrónico

**275. Según el boletín INFAC "Tratamiento farmacológico de la osteoporosis: la importancia de identificar la población de alto riesgo" (2023), respecto a las vacaciones terapéuticas de los bifosfonatos en la osteoporosis postmenopáusica, señale la afirmación INCORRECTA:**

a) Se considera razonable plantear el descanso terapéutico en pacientes con bajo riesgo de fractura.
b) Se puede plantear el descanso terapéutico en pacientes con bajo o moderado riesgo de fractura tras 3-5 años de tratamiento con bifosfonatos.
c) Se puede considerar tras 5 años de tratamiento con bifosfonatos o tras 3 años en el caso de ácido zoledrónico.
d) En pacientes con riesgo moderado se puede considerar suspender el tratamiento durante 3 a 5 años.

**276. Según el Boletín INFAC. "Tratamiento farmacológico de la osteoporosis: la importancia de identificar la población de alto riesgo", se recomienda la instauración de tratamiento farmacológico en la osteoporosis en prevención primaria en el siguiente caso:**

a) En todas las pacientes mayores de 75 años independientemente del valor de T-score obtenido en la densitometría ósea (DXA).
b) En todos los pacientes menores de 65 años con 2 o más factores de riesgo mayores independientemente del valor de T-score obtenido en la densitometría ósea (DXA).
c) Pacientes en tratamiento con glucocorticoides a dosis >= 7,5 mg/día (Prednisona) por un tiempo >=3 meses si el paciente es >65 años o con una T-score < -2,5.
d) Pacientes en tratamiento con glucocorticoides a dosis >= 7,5 mg/día (Prednisona) por un tiempo >=3 meses si el paciente es >65 años o con una T-score < -1,5.

**277. Según el boletín INFAC "Vitamina D en adultos, ¿está sobrevalorada?", señale la respuesta FALSA:**

a) En la población de edad avanzada no institucionalizada está justificado la monitorización del 25(OH)D y la suplementación con Vitamina D.
b) No hay consenso en la definición de los niveles adecuados de vitamina D.
c) En pacientes ancianos institucionalizados pueden estar justificados los suplementos de vitamina D asociados a calcio.
d) Se deben revisar con los pacientes las pautas de administración y la posología de la vitamina D, para evitar errores por sobredosificación.




**278. Según el boletín INFAC "Tratamiento farmacológico de la osteoporosis: la importancia de identificar la población de alto riesgo", señale la opción correcta:**

a) La interrupción del tratamiento con denosumab se asocia a un aumento del riesgo de fracturas vertebrales múltiples debido a un efecto rebote con incremento del recambio óseo.
b) Los bisfosfonatos no permiten estrategias de interrupción temporal debido a la rápida pérdida de efecto tras su retirada.
c) Romosozumab ha demostrado una reducción consistente de fracturas de cadera como variable principal en ensayos clínicos.
d) Denosumab es el tratamiento de primera línea en osteoporosis por su mayor eficacia frente a bisfosfonatos.

**279. Según el boletín INFAC "Vitamina D en adultos: ¿está sobrevalorada?", señale la opción correcta:**

a) La suplementación con vitamina D en monoterapia ha demostrado reducir de forma consistente el riesgo de fracturas en población general mayor de 65 años.
b) Las dosis altas de vitamina D (p. ej., mensuales o anuales elevadas) pueden asociarse a un aumento de caídas y fracturas.
c) La determinación sérica de 25(OH)D está recomendada de forma rutinaria en población general para prevenir déficits subclínicos.
d) El calcifediol es el tratamiento de elección en la mayoría de pacientes por su mayor potencia y rapidez de acción.

**280. Según el boletín INFAC "Lumbalgia" (2024), señale la opción correcta:**

a) La combinación de paracetamol y AINE mejora de forma significativa el dolor frente a AINE en monoterapia en lumbalgia aguda.
b) La gabapentina es una opción razonable en lumbalgia persistente con componente radicular por su eficacia en dolor neuropático.
c) Los AINE pueden producir una ligera mejoría del dolor en lumbalgia aguda, aunque su relevancia clínica es probablemente limitada.
d) Los opioides están indicados de forma rutinaria en lumbalgia persistente por su mayor eficacia analgésica.

**281. Paciente de 68 años acude a la farmacia por dolor crónico de rodilla por artrosis. Refiere tratamiento actual: Paracetamol 1 g/8h (desde hace meses, sin mejoría clara), Ibuprofeno ocasional y Omeprazol 20 mg/día. Solicita "algo más fuerte" para el dolor. Según el INFAC. "Artrosis: tratamiento farmacológico", ¿cuál sería la actuación más adecuada de la persona farmacéutica?**

a) Recomendar aumentar la dosis de paracetamol hasta 4 g/día.
b) Dispensar un AINE y recomendar su uso continuo para mejorar el control del dolor.
c) Informar de la limitada eficacia del paracetamol, recomendar uso prudente de AINE a la menor dosis posible y derivar para valoración del tratamiento.
d) Recomendar iniciar tramadol para mejorar el control del dolor.




**282. En relación con el manejo farmacológico de la osteoporosis, señale la opción correcta:**

a) El calcio y la vitamina D son suficientes como tratamiento único en la mayoría de pacientes con osteoporosis.
b) Tras la suspensión de denosumab se recomienda realizar "vacaciones terapéuticas" para evitar efectos adversos.
c) La teriparatida debe administrarse indefinidamente para mantener su efecto anabólico.
d) Los bisfosfonatos pueden suspenderse temporalmente ("vacaciones terapéuticas") en determinados pacientes tras varios años de tratamiento.

**283. Según las guías de práctica clínica incluidas en el catálogo de guías del SNS, en el asma, existe suficiente evidencia como para recomendar:**

a) Ácidos grasos omega-3.
b) Probióticos.
c) Evitar la exposición directa o pasiva al humo del tabaco.
d) Ionizadores.

**284. Según las guías de práctica clínica incluidas en el catálogo de guías del SNS, señala la respuesta incorrecta. En el tratamiento del asma:**

a) Se debe iniciar el tratamiento en el primer escalón.
b) Debe ajustarse de forma continua.
c) Antes de intensificar la terapia se deben evaluar la adherencia y la técnica de inhalación.
d) Se recomienda bajar hasta encontrar el menor escalón en el que se mantiene el control.

**285. Según el boletín INFAC "Tratamiento farmacológico de la EPOC", en pacientes con EPOC en fase estable que precisen un broncodilatador de acción mantenida en monoterapia se recomienda:**

a) Utilizar un beta-agonista de larga duración (LABA).
b) Utilizar un anticolinérgico de larga duración (LAMA).
c) No se recomienda la monoterapia en EPOC.
d) Elegir, en función de las preferencias de la persona paciente, la respuesta individual al fármaco y/o aspectos económicos.

**286. Según la guía de práctica clínica sobre asma infantil del sistema nacional de salud, en cuanto al uso de macrólidos en asma infantil y en sibilancias recurrentes:**

a) No hay evidencia suficiente para recomendar su uso.
b) El uso de azitromicina con los primeros síntomas reduce la recurrencia de episodios.
c) En niños/as preescolares las pautas cortas con macrólidos reducen las visitas a urgencias y hospitalizaciones.
d) El tratamiento con macrólidos con pautas de larga duración reduce las exacerbaciones.




**287. Según el boletín INFAC 2025 "Tratamiento farmacológico de la EPOC", en relación con el uso de roflumilast, señale la respuesta correcta:**

a) Roflumilast está indicado como tratamiento inicial en pacientes con EPOC con exacerbaciones frecuentes.
b) Roflumilast está indicado como tratamiento de mantenimiento en pacientes con EPOC grave (FEV1 < 50%) asociada a bronquitis crónica y antecedentes de exacerbaciones frecuentes, como terapia adicional a broncodilatadores.
c) Roflumilast presenta un perfil de seguridad favorable, con escasa aparición de efectos adversos que no limita su uso clínico.
d) Roflumilast se recomienda en pacientes sin exacerbaciones frecuentes como alternativa a la terapia inhalada.

**288. Según la "Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con EPOC" (Guiasalud), en niños/as preescolares con asma leve persistente, se sugiere comenzar tratamiento diario de elección con:**

a) Montelukast.
b) Glucocorticoides inhalados a dosis bajas.
c) Beta adrenérgicos de acción corta a demanda.
d) Se sugiere no comenzar ninguna medicación.

**289. Según el boletín INFAC 2025 "Tratamiento farmacológico de la EPOC", en relación con el uso de broncodilatadores de larga duración en pacientes con EPOC estable, señale la opción correcta:**

a) Existe evidencia clara que permite recomendar de forma general el uso de LAMA frente a LABA en todas las personas pacientes con EPOC estable.
b) En pacientes con síntomas persistentes, el tratamiento inicial recomendado es la monoterapia con broncodilatador de larga duración, independientemente del grado de síntomas.
c) En pacientes con mayor carga sintomática (mMRC ≥2 o CAT ≥10), se recomienda el uso combinado de LABA+LAMA por su mayor eficacia frente a la monoterapia.
d) La elección entre LABA y LAMA debe basarse exclusivamente en el coste del tratamiento.

**290. Según el boletín INFAC 2025 "Tratamiento farmacológico de la EPOC", en relación con el uso de macrólidos en pacientes con EPOC, señale la opción correcta:**

a) El tratamiento con macrólidos está indicado de forma general en pacientes con EPOC con exacerbaciones frecuentes, independientemente del tratamiento inhalado previo.
b) El uso de macrólidos se considera en pacientes con exacerbaciones persistentes pese a tratamiento con LABA+LAMA+CI, debiendo valorar el riesgo de efectos adversos como prolongación del QT y pérdida de audición.
c) El tratamiento con macrólidos ha demostrado eficacia y seguridad a largo plazo, pudiendo mantenerse más allá de 2 años sin necesidad de reevaluación.
d) El uso de macrólidos está especialmente indicado en fumadores activos por su mayor efecto antiinflamatorio en este grupo.




**291. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor a favor a considerar al iniciar un tratamiento con glucocorticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)?**

a) Historia de hospitalizaciones por exacerbación de EPOC a pesar del tratamiento correcto con broncodilatadores de larga duración.
b) Dos o más exacerbaciones moderadas o graves al año.
c) Recuento de eosinófilos >300 células/µl.
d) Neumonías de repetición.

**292. Según el boletín INFAC 2025 "Tratamiento farmacológico de la EPOC", en relación con el uso de glucocorticoides inhalados en pacientes con EPOC, señale cuál de los siguientes NO es un factor a favor para su utilización:**

a) Dos o más exacerbaciones moderadas o graves al año.
b) Antecedentes de infección por micobacterias.
c) Historia de asma o asma concomitante.
d) Historia de hospitalizaciones por exacerbación de EPOC a pesar del tratamiento correcto con broncodilatadores de larga duración.

**293. Según el boletín INFAC 2025 "Tratamiento farmacológico de la EPOC", señale la respuesta correcta:**

a) Los medicamentos disponibles para la EPOC ralentizan el deterioro a largo plazo de la función pulmonar.
b) La guía GOLD utiliza la clasificación por fenotipos, y propone un tratamiento farmacológico basado en la evaluación inicial de los síntomas y el riesgo de exacerbaciones.
c) El tratamiento del EPOC debe ser individualizado y adaptado a la gravedad de los síntomas, riesgo de exacerbaciones, efectos adversos, comorbilidades, respuesta del paciente y preferencias y habilidades en el uso de los dispositivos de inhalación.
d) Para establecer el diagnostico de EPOC, el paciente debe haber sufrido exposición al humo de tabaco activo o pasivo.

**294. Según el boletín INFAC 2020 "Cambios de la GINA en el tratamiento del asma leve", ¿cuál de las siguientes terapias inhaladas constituye una opción de escalón 2 en personas adultas y adolescentes?**

a) Salbutamol a demanda más asociación de budesonida y formoterol.
b) Salbutamol a demanda más asociación de glicopirronio e indacaterol.
c) Salbutamol a demanda más fluticasona propionato.
d) Salbutamol a demanda más tiotropio.




**295. Tal y como recoge el Boletín INFAC 2020 "Cambios de la GINA en el tratamiento del asma leve: ¿adecuados para todas las personas pacientes", ¿cuál es la afirmación verdadera?**

a) Una espirometría con patrón obstructivo variable y reversible aumenta la probabilidad de diagnóstico de asma.
b) El asma se caracteriza por síntomas respiratorios constantes de sibilancias, tos, disnea, opresión torácica.
c) A la hora de modificar el tratamiento del Asma sólo se debe valorar la necesidad de la medicación de rescate.
d) El inicio de síntomas en la edad adulta aumenta la probabilidad de un diagnóstico de asma frente al de EPOC.

**296. Respecto al manejo de dispositivos de inhalación para el tratamiento y control del asma y EPOC, señale la opción verdadera:**

a) Una de las ventajas de la cámara inhalatoria es que evita la necesidad de realizar enjuagues y gargarismos al finalizar las inhalaciones.
b) Los Inhaladores de Polvo Seco no precisan que el paciente sea capaz de coordinar los procesos de activación-inspiración.
c) Los Inhaladores en Cartucho Presurizado (pMDI) necesitan un flujo inspiratorio más elevado que los Inhaladores de Polvo Seco.
d) Los Inhaladores de Polvo Seco son recomendables en crisis asmáticas.

**297. Según el boletín INFAC "Cambios de la GINA en el tratamiento del asma leve", señale la opción correcta:**

a) El uso de SABA a demanda en monoterapia sigue siendo la estrategia preferente en adultos con asma leve bien controlada.
b) La combinación budesonida-formoterol a demanda ha demostrado ser superior al tratamiento de mantenimiento con corticoides inhalados en el control de síntomas.
c) La estrategia de budesonida-formoterol a demanda reduce las exacerbaciones severas en comparación con SABA a demanda, pero es menos eficaz en el control de síntomas que los corticoides inhalados en mantenimiento.
d) El uso de corticoides inhalados con cada toma de SABA en niños/as de 6-11 años es superior al tratamiento de mantenimiento con corticoides inhalados.

**298. Paciente de 78 años con EPOC, deterioro cognitivo leve y artrosis en manos. Presenta dificultad para coordinar la inhalación con la pulsación y bajo flujo inspiratorio. Según el documento INFAC "Fármacos y dispositivos de inhalación para asma y EPOC", ¿cuál sería la opción más adecuada?**

a) Inhalador de polvo seco (IPS), ya que no requiere coordinación mano-respiración.
b) Inhalador de cartucho presurizado (ICP) sin cámara, por su menor dependencia del flujo inspiratorio.
c) Inhalador de niebla fina (INF), ya que requiere menor coordinación que ICP y menor flujo inspiratorio que IPS.
d) Cualquier dispositivo es equivalente si el fármaco es el mismo.




**299. En relación con la prescripción y uso de dispositivos de inhalación en asma y EPOC, señale la opción correcta:**

a) No deben realizarse cambios de dispositivo sin una justificación clínica y sin proporcionar educación y seguimiento al paciente.
b) Los dispositivos de polvo seco (IPS) son preferibles en pacientes con bajo flujo inspiratorio por su facilidad de uso.
c) El uso de múltiples dispositivos diferentes en una misma persona paciente mejora la adherencia al tratamiento.
d) Los inhaladores de cartucho presurizado (ICP) requieren menor coordinación que los inhaladores de niebla fina (INF).

**300. En relación con el uso de corticoides inhalados (CI) en la EPOC, señale la opción correcta:**

a) En pacientes con EPOC sin exacerbaciones en el último año y sin asma concomitante, puede considerarse la retirada de corticoides inhalados si se mantiene un tratamiento broncodilatador adecuado.
b) Los corticoides inhalados están indicados de forma general en pacientes con EPOC leve para prevenir la progresión de la enfermedad.
c) La retirada de corticoides inhalados se asocia a un aumento generalizado del riesgo de exacerbaciones, independientemente del recuento de eosinófilos.
d) Los corticoides inhalados no se asocian a efectos adversos sistémicos relevantes en pacientes con EPOC.

**301. En relación con el uso de broncodilatadores de corta duración en la EPOC estable, señale la opción correcta:**

a) Los broncodilatadores de corta duración deben utilizarse únicamente en pacientes sin tratamiento de base.
b) Todas las personas pacientes con EPOC deben disponer de un broncodilatador de corta duración para el alivio de la disnea episódica.
c) En pacientes tratados con LAMA, se recomienda utilizar SAMA como tratamiento de rescate para evitar duplicidad farmacológica.
d) El uso frecuente de broncodilatadores de corta duración no justifica cambios en el tratamiento de mantenimiento.

**302. Según el boletín INFAC 2025 "Tratamiento farmacológico de la EPOC", en relación con el uso de corticoides inhalados en pacientes con EPOC en fase estable, señale la respuesta correcta:**

a) El tratamiento con Fluticasona está indicado en este paciente con EPOC.
b) La fluticasona puede ser la causante de la neumonía en esta persona paciente.
c) Las dosis de corticoides inhalados empleados en los ensayos clínicos en pacientes con EPOC son mucho más bajas que las que tiene pautadas esta persona paciente.
d) La triple terapia: Salmeterol/Fluticasona/Tiotropio ha demostrado modificar la progresión de la enfermedad en las personas pacientes con EPOC de distinta gravedad.




**303. Respecto al tratamiento con Bromuro de Tiotropio, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Puede causar retención urinaria en pacientes con obstrucción del flujo urinario.
b) Es un criterio STOPP en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho.
c) No se requiere modificación de la dosis en pacientes mayores de 65 años.
d) La pauta debería ser: 2 – 1 – 0.

**304. No es una línea estratégica del plan nacional de resistencia a antibióticos de la AEMPS:**

a) Vigilancia del consumo y de la resistencia a los antibióticos.
b) Controlar las resistencias bacterianas.
c) Identificar e impulsar medidas alternativas y/o complementarias de prevención y tratamiento.
d) Puesta en marcha de programas de promoción de uso prudente de antibióticos en animales.

**305. Se recomienda tratar la bacteriuria asintomática en:**

a) Personas ancianas.
b) Mujeres embarazadas.
c) Personas pacientes sondadas.
d) Personas pacientes diabéticas.

**306. La escala más recomendada en atención primaria, para evaluar el riesgo de mortalidad, y por lo tanto su posible ingreso, de un paciente con neumonía es:**

a) Escala de Centor.
b) CRB65.
c) Escala McIsaac.
d) Escala de Child-Pugh.

**307. EL tratamiento de primera elección de la neumonía adquirida en la comunidad de una persona paciente menor de 65 años, sin enfermedades crónicas, teniendo en cuenta los datos de las resistencias locales a antibióticos de los servicios de microbiología de los hospitales de la CAPV es:**

a) Amoxicilina/clavulánico 2000/125 mg/12 h durante 7 días
b) Levofloxacino 500mg/24h durante 7 días.
c) Amoxilicina 1g/8h durante 7 días.
d) Azitromicina 500mg/24h durante 3 días.




**308. La mayor amenaza hoy en día, por su capacidad de acumular resistencias a todos o casi todos los antibióticos disponibles, está determinada especialmente por:**

a) Enterobacterias.
b) Staphylococcus aureus resistente a meticilina.
c) Streptococcus pneumoniae.
d) Clostridim difficile.

**309. La estrategia de uso diferido de antibióticos:**

a) Consiste en la prescripción de un antibiótico para ser utilizado únicamente si los síntomas persisten o empeoran al cabo de unos días.
b) En procesos no complicados y autolimitados ha mostrado ser más eficaz que la no administración de antibióticos o que el uso inmediato.
c) Incrementa el número de consultas sucesivas en faringoamigdalitis.
d) En un metaanálisis Cochrane, la satisfacción de la persona paciente fue mayor con el uso diferido que con la no administración de antibióticos o con el uso inmediato.

**310. ¿Cuál de las siguientes NO es una línea estratégica del Plan Estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos?**

a) Vigilancia del consumo de antibióticos.
b) Control de la resistencia a los antibióticos.
c) Formación e información a los/las profesionales sanitarios/as.
d) Comunicación y sensibilización de los/las profesionales sanitarios/as.

**311. Para desarrollar la autoevaluación de los prescriptores, el Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos, NO propone:**

a) Definir las modalidades de evaluación de las prácticas de prescripción de antibióticos y de las acciones de mejora, y proponer un método elaborado y validado por las autoridades sanitarias.
b) Desarrollar los criterios para auditar las prácticas de prescripción en los centros socio sanitarios.
c) Integrar en los programas de prescripción la lista de antibióticos que necesitan una reserva especial con un control específico.
d) Desarrollar guías de buenas prácticas de prescripción de antibióticos en veterinaria, con medidas específicas adaptadas a cada especie, y un protocolo de tratamiento y metafilaxis de enfermedades bacterianas.

**312. En 2016 la OMS estableció una lista de patógenos resistentes para priorizar la investigación y desarrollo de nuevos tratamientos eficaces estableciendo tres grupos de prioridad. ¿Cuál de los siguientes microorganismos NO está considerado como prioridad 1 o crítica?:**

a) Pseudomonas aeruginosa.




b) Acinetobacter baumanii.
c) Enterococcus faecium.
d) Klebsiella pneumoniae.

**313. En función de las resistencias de E. coli en la Comunidad Autónoma Vasca, en la infección urinaria no complicada en la mujer joven se considera el tratamiento empírico de elección:**

a) Fosfomicina trometamol 3 g, dosis única.
b) Fosfomicina trometamol 3 g, dos dosis.
c) Norfloxacino 400 mg/12 h, durante 7 días.
d) Ninguno de los anteriores**.**

**314. Según el boletín INFAC "Duración de la antibioterapia: desmontando mitos" (2019), en relación a las pautas cortas de antibióticos en el tratamiento de la faringoamigdalitis es correcto que:**

a) Las pautas cortas han demostrado no ser inferiores solo en personas pacientes adultas.
b) Los tratamientos de 5-7 días con cefalosporinas han demostrado no ser inferiores a los de 10 días en la tasa de erradicación bacteriológica.
c) Las pautas más cortas con penicilina V resultaron ser superiores en la tasa de erradicación bacteriológica.
d) Las pautas cortas con penicilina V han mostrado reducir el riesgo de fiebre reumática.

**315. Según el boletín INFAC "Neumonía adquirida en la comunidad" (2016), en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en la población adulta es correcto que:**

a) Hay unanimidad entre las sociedades científicas y organismos en las recomendaciones del tratamiento antibiótico.
b) Los betalactámicos en monoterapia son inferiores, respecto a la mortalidad por todas las causas a los 90 días, a los tratamientos combinados de betalactámico y macrólido.
c) Se debe esperar al resultado del antibiograma para iniciar el tratamiento antibiótico.
d) Se debe administrar un antibiótico tan pronto como sea posible después del diagnóstico, ya que disminuye la morbimortalidad asociada al episodio.

**316. Dados los siguientes datos trimestrales de consumo de antibióticos: Centro A: DHD J01 (periodo: julio-septiembre): 10. Centro B: DHD J01 (periodo: enero- marzo): 15. Señale la afirmación correcta:**

a)
b) El centro A tiene mejor perfil de consumo de antibióticos.
c) El centro B tiene mejor perfil de consumo de antibióticos.
d) Esos datos no son comparables.
e) El consumo de antibióticos no puede medirse con la DHD por ser un tratamiento agudo.




**317. El PRAN ha diseñado una batería de indicadores de adecuación de la prescripción (cualitativos) en los procesos infecciosos más prevalentes. ¿Cuál de los siguientes NO está incluido entre los indicadores de medicina de familia en el proceso infeccioso enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) agudizado?**

a) % pacientes tratados con antibiótico (J01).
b) % pacientes tratados con amoxicilina-clavulánico (J01CR2).
c) % pacientes tratados con macrólidos (J01FA).
d) % pacientes tratados con quinolonas (J01M).

**318. De acuerdo al Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), ¿cuál de los siguientes objetivos NO es un objetivo general de mejora prioritario para el prescriptor en Atención Primaria (Pediatría)?**

a) Disminuir la cantidad global de prescripción de antibióticos.
b) Disminuir la prescripción de antibióticos en procesos no bacterianos.
c) Implantación en las consultas, difusión y registro en las historias de uso de métodos de diagnóstico rápido.
d) Mejorar la adecuación de antibióticos en procesos concretos.

**319. ¿Cuál de los siguientes indicadores NO es un indicador de infraestructura de los Programas de Optimización de uso de Antibióticos (PROA)?**

a) Tener definida en el centro una estructura organizativa del programa PROA (p.e. comité multidisciplinar a tal efecto, Comisión de Farmacia, Seguridad del Paciente u otra estructura relevante).
b) Disponer de las tecnologías de la información suficientes para dar soporte a las actividades PROA.
c) Designar un clínico para liderar las actividades PROA en el centro.
d) Disponer de recomendaciones propias basadas en la epidemiología local para ayudar en el tratamiento de las infecciones más frecuentes.

**320. En la línea estratégica en investigación (línea 4) del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) 2025-2027, se incluyen acciones en los siguientes programas, EXCEPTO:**

a) Centro de investigación biomédica en red de enfermedades infecciosas (CIBERINFEC).
b) Medicina de precisión contra la resistencia a los antimicrobianos (MEPRAM).
c) Proyectos basados en Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria (BIFAP).
d) Promoción del uso de pruebas de sensibilidad con criterios EUCAST.

**321. Los requisitos para la certificación de equipos Programas de Optimización de uso de Antibióticos (PROA) comunitarios se clasifican en:**

a) Nivel excelente: medida que debería implementarse en todos los centros de Atención Primaria.




b) Nivel avanzado: medida óptima que, generalmente, será aplicada en áreas sanitarias de referencia.
c) Nivel avanzado: medida recomendable en centros de mayor madurez en la implantación de los programas.
d) Nivel prioritario: medida que debería implementarse de forma obligatoria.

**322. De acuerdo a los datos de consumo de antibióticos en veterinaria publicados en la página web del del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), ¿cuáles son las formulaciones más utilizadas?**

a) Inyectables.
b) Premezclas medicamentosas.
c) Formulaciones orales.
d) Formulaciones dermatológicas.

**323. Para medir el consumo de antibióticos en veterinaria, la DCDvet:**

a) Mide la dosis diaria promedio de un antimicrobiano para un tipo específico de animal.
b) Mide la dosis total promedio de un antimicrobiano necesario para completar un curso de tratamiento.
c) Es una unidad estándar que considera la población animal y el peso medio de los animales en el momento del tratamiento con antimicrobianos.
d) Es la unidad de corrección de la población considerando los pesos estandarizados definidos

**324. Según aparece en el Boletín INFAC titulado "Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual" (2025), el tratamiento de primera elección de la sífilis primaria, secundaria, latente precoz (<1 año evolución) en la población general incluye:**

a) Azitromicina 1 g oral, dosis única.
b) Penicilina G benzatina 2,4 x 106 UI por vía intramuscular, dosis única.
c) Ceftriaxona 250 mg por vía intramuscular, dosis única.
d) Ciprofloxacino 500 mg/12 h oral, 3 días.

**325. Entre los indicadores de adecuación de la prescripción (cualitativos) en otitis media agua se encuentra:**

a) % pacientes tratados con penicilinas sensibles a betalactamasas (J01CE).
b) % pacientes tratados con penicilinas sensibles a betalactamasas o amoxicilina (J01CE + J01CA04.
c) % pacientes tratados con macrólidos (J01FA).
d) % pacientes tratados con quinolonas (J01M).




**326. En relación con la priorización de oportunidades para la mejora del uso de antibióticos en atención primaria basada en principios de uso de antibióticos, se han identificado varias dificultades con respecto a la adecuación diagnóstico-tratamiento. Señalar la que es INCORRECTA:**

a) a) Fácil acceso a pruebas de diagnóstico rápido.
b) b) Prescripción inducida desde urgencias.
c) c) Escaso tiempo de consulta.
d) d) Falta de información sobre epidemiología local de resistencias.

**327. Respecto al "cumplimiento correcto del tratamiento" como oportunidad de mejora del uso de antibióticos, señale la respuesta FALSA:**

a) Se puede valorar por el método directo de cálculo de adherencia de la herramienta PRESBIDE.
b) Es un aspecto difícil de verificar.
c) Presenta como dificultad la falta de información y educación sanitaria en las personas pacientes y familiares.
d) Está dificultado por la falta de adaptación de las formas de presentación de los antibióticos.

**328. Con respecto al uso de antibióticos en pediatría de atención primaria, señale la respuesta FALSA:**

a) Existe dificultad en el establecimiento de la etiología (vírica/bacteriana) en el diagnóstico clínico.
b) Hay escasa necesidad de utilización de pruebas de diagnóstico microbiológico rápido.
c) Hay alta presión asistencial, social y familiar.
d) Es frecuente la falta de adherencia al tratamiento.

**329. Según recoge el documento del Programas de optimización de uso de antibióticos (PROA) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS, 2017), respecto a la priorización de oportunidades de mejora del uso de antibióticos basada en el tipo de población, señale ¿cuál de los siguientes ámbitos es un área de muy elevado consumo de antibióticos donde el impacto de la resistencia sobre la persona paciente es muy alto?**

a) Pediatría.
b) Urgencias.
c) Centros socio-sanitarios.
d) Odontología.

**330. ¿Cuál de los siguientes aspectos NO es una dificultad que se observa en Odontología para mejorar el uso de antibióticos en atención primaria?**

a) Falta de formación en antibioterapia.
b) Dificultad para vehiculizar e implementar políticas antibióticas porque la asistencia está atomizada en prácticas individuales.




c) Retraso/demora en la asistencia que genera prescripciones de antibióticos que podrían ser evitadas en caso de intervenciones rápidas.
d) Logísticas derivadas de la alta presión asistencial e índice de rotación de profesionales y falta de formación específica.

**331. Según recoge el documento del Programas de optimización de uso de antibióticos (PROA) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS, 2017), respecto a la priorización de oportunidades de mejora del uso de antibióticos basada en el tipo de fármaco, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) a) La fosfomicina-trometamol se dosifica a menudo de forma inadecuada.
b) b) Hay sobreutilización de macrólidos por su comodidad posológica.
c) c) Las intervenciones sobre el consumo de quinolonas no repercuten significativamente en la recuperación de la sensibilidad.
d) d) Las cefalosporinas de tercera generación se usan a menudo de forma inapropiada en infecciones respiratorias.

**332. En relación a la mejora del uso de antibióticos en procesos infecciosos en atención primaria, cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:**

a) En las infecciones respiratorias es fácil la consecución del diagnóstico microbiológico (bajo grado de empirismo).
b) Se observa un alto índice de utilización de antibióticos en infecciones respiratorias no bacterianas.
c) En el tratamiento de las infecciones urinarias hay margen de mejora en cuanto al exceso de indicación y de espectro de uso de fármacos estratégicos.
d) Hay uso inadecuado de antibióticos en ulceras cutáneas.

**333. En relación a los Programas de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) en su aplicación en el ámbito de atención primaria, señale la respuesta FALSA:**

a) Deben ser una iniciativa institucional con la creación de una Comisión de Optimización de Uso de Antimicrobianos.
b) Deben tomar forma del Programa de Mejora de la Calidad Asistencial: Planificar-Hacer-Evaluar-Actuar.
c) Deben ser genéricos, sin necesidad de adaptarse a las particularidades del entorno local.
d) Deben contar con el apoyo necesario de la Dirección-Gerencia de la Organización Sanitaria correspondiente.

**334. La composición mínima deseable de la Comisión/Equipo de Optimización de Uso de Antimicrobianos en atención primaria contará con la participación de las siguientes personas profesionales, siempre que sea posible. Señale la opción FALSA:**

a) Un/Una geriatra.
b) Un/Una médico/a de familia con formación e interés específico en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas.




c) Un/Una pediatra de atención primaria con formación e interés específico en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas.
d) Un/Una odontólogo/a.

**335. El porcentaje de personas pacientes tratadas con amoxicilina-ac. clavulánico es un indicador cualitativo de adecuación de la prescripción antibiótica que propone el PRAN para distintos procesos infecciosos. Señale la respuesta correcta:**

a) Infección del tracto urinario en adultos.
b) Neumonía aguda en la comunidad.
c) Farigoamigdalitis aguda en pediatría.
d) Se contempla en todas estas infecciones.

**336. Sobre la oportunidad de establecer un indicador para evaluar el consumo de fluorquinolonas, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Dados los altos niveles de resistencias de microorganismos como E. coli a estos antibióticos, deberían restringirse a indicaciones bien definidas, a pacientes con determinadas características y como tratamientos de segunda línea.
b) El espectro ampliado de las fluorquinolonas permite su uso frente a patógenos respiratorios y urinarios. Sin embargo, no constituyen primera línea en el tratamiento en este tipo de infecciones en Atención Primaria.
c) El uso de fluorquinolonas disminuye la selección de cepas resistentes.
d) El uso de fluorquinolonas está asociado a un aumento del riesgo de infección por C. difficile.

**337. Respecto a la justificación de un indicador para evaluar el consumo relativo de antibióticos de espectro reducido, señale la respuesta correcta:**

a) Los antibióticos de espectro reducido deben ser evitados en la medida de lo posible y es preferible en general la utilización de antibióticos de amplio espectro.
b) Los antibióticos de espectro reducido están indicados en un alto porcentaje de las infecciones respiratorias, urinarias y de piel y partes blandas que se tratan en Atención Primaria.
c) El uso de antibióticos de espectro reducido depende de las recomendaciones basadas en la evidencia, pero no de los datos de resistencias a los antimicrobianos del área de estudio.
d) Su uso está asociado a un aumento del riesgo de infección por S. pneumoniae que aumenta con la duración del tratamiento.

**338. Según el Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a antibióticos, señale la afirmación que NO es correcta:**

a) En salud humana, la instauración de tratamientos inadecuados ocurre en porcentajes cercanos o superiores al 50 % del uso de los antibióticos, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria.
b) El Plan contempla promover que los tratamientos con antibióticos se basen en el diagnóstico microbiológico y en la realización de antibiogramas.




c) Una de las líneas estratégicas priorizadas hace referencia a la generalización del uso de vacunas en la población pediátrica.
d) Entre los responsables de combatir las resistencias, y por tanto partícipes del Plan, se encuentra la sociedad en su conjunto, y en especial los pacientes y sus familiares.

**339. ¿En qué área de actuación se identifica como relevante la importancia de adecuar el tratamiento antibiótico al diagnóstico clínico, de cara a mejorar el uso de antibióticos en atención primaria?**

a) Centros socio sanitarios.
b) Pediatría.
c) Medicina de familia.
d) En todas ellas.

**340. ¿Qué es un medicamento biosimilar?**

a) Un medicamento con la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia ha sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad.
b) Un medicamento destinado a una persona paciente individualizada preparado por un farmacéutico/a.
c) Un medicamento biológico que es similar a otro medicamento biológico que ya ha obtenido autorización de comercialización: el medicamento de referencia.
d) Un medicamento elaborado según las normas de correcta elaboración y control de calidad establecidas al efecto y garantizadas por un/una farmacéutico/a.

**341. Es una característica de un fármaco biosimilar:**

a) Se produce por síntesis química.
b) Su vía de administración principal es la vía oral.
c) Tiene un alto peso molecular
d) No provoca inmunogenicidad.

**342. En la unión europea, la autorización de comercialización de medicamentos biosimilares debe ser:**

a) Procedimiento nacional.
b) Procedimiento descentralizado.
c) Procedimiento de reconocimiento mutuo.
d) Procedimiento centralizado.

**343. Señale la respuesta correcta respecto a la extrapolación de indicaciones que puede tener un medicamento biosimilar, con relación a las indicaciones del medicamento de referencia:**

a) Se debe incluir al menos un estudio clínico en la población de pacientes más sensible por el cual se mida el criterio o los criterios de valoración más sensibles.




b) No suelen necesitarse ensayos clínicos de confirmación con el biosimilar en todas las indicaciones que haya sido aprobadas para el medicamento de referencia.
c) En el caso de que la principal evidencia de comparabilidad se base en aspectos farmacodinámicos y de que, para las indicaciones reivindicadas, se apliquen varios mecanismos de actuación (o exista incertidumbre), los solicitantes deberán proporcionar los datos relevantes para justificar la extrapolación de todas las indicaciones clínicas reivindicadas.
d) Todas las respuestas son correctas.

**344. Sobre los estudios de comparabilidad llevados a cabo en el desarrollo de medicamentos biosimilares para establecer la biosimilitud con el medicamento de referencia, es cierto que:**

a) El primer paso consiste en llevar a cabo estudios iniciales de comparabilidad de la calidad.
b) El primer paso es determinar la medida y el tipo de estudios preclínicos.
c) El primer paso es determinar la medida y el tipo de estudios clínicos.
d) El primer paso es descartar diferencias en el rendimiento clínico entre el biosimilar y el medicamento de referencia.

**345. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un parámetro farmacocinético básico para determinar la biodisponibilidad de un medicamento?**

a) La concentración plasmática máxima (Cmáx).
b) La vida media (T½).
c) El tiempo en que se alcanza la Cmáx (Tmáx).
d) El Área Bajo la Curva de la concentración plasmática en el tiempo (AUC).

**346. En relación a los medicamentos genéricos en España, señale la opción correcta:**

a) Las diferentes sales, ésteres, éteres, isómeros, mezclas de isómeros, complejos o derivados de un principio activo se considerarán un mismo principio activo, a menos que tengan propiedades considerablemente diferentes en cuanto a seguridad y/o eficacia.
b) Siempre deben tener la misma forma farmacéutica que el medicamento de referencia.
c) El laboratorio solicitante deberá presentar siempre estudios de biodisponibilidad.
d) Los medicamentos de referencia están protegidos por patentes durante 30 años desde la fecha de solicitud.

**347. Los medicamentos biológicos:**

a) Son medicamentos no sustituibles por el/la farmacéutico/a de oficina de farmacia.
b) Se dispone de datos científicos que demuestren que el intercambio terapéutico entre medicamentos biológicos, incluyendo los biosimilares, origina problemas de seguridad para el paciente.
c) La intercambiabilidad es posible sin necesidad de conocimiento y autorización del/de la médico/a responsable del tratamiento de la persona paciente.




d) En la evaluación que realiza la Agencia Europea del Medicamento previa a la autorización de los biosimilares se incluyen las recomendaciones sobre su intercambio o sustitución con su medicamento de referencia.

**348. Señale la respuesta correcta en relación a los estudios de inmunogenicidad de medicamentos biosimilares:**

a) La inmunogenicidad no constituye en sí misma un problema de seguridad.
b) La naturaleza de las reacciones inmunitarias es multifactorial.
c) La inmunogenicidad siempre es objeto de seguimiento una vez comercializado el medicamento.
d) Todas las respuestas son correctas.

**349. ¿Cuál es el rango de aceptación habitual para demostrar la bioequivalencia de un medicamento genérico con respecto al medicamento de referencia?**

a) El valor de los cocientes entre las medias del área bajo la curva concentración-tiempo y Cmax debe ser próximo a 1.
b) El valor de los cocientes entre las medias del área bajo la curva concentración-tiempo y Cmax debe estar entre 0,8 y 1,2.
c) Los intervalos de confianza del 90% de los cocientes de las medias del área bajo la curva concentración-tiempo y Cmax del original y el genérico deben estar entre 80% y el 120% (transformación logarítmica).
d) Los intervalos de confianza del 90% de los cocientes de las medias del área bajo la curva concentración-tiempo y Cmax del original y el genérico deben estar entre 80% y 125% (transformación logarítmica).

**350. En el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, ¿qué fármaco puede interferir en la detección de hipoglucemias?**

a) Bisoprolol.
b) Olmesartan.
c) Amlodipino.
d) Atorvastatina.

**351. Respecto al tratamiento antihipertensivo en esta persona paciente, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Se recomienda retirar la hidroclorotiazida debido a la función renal.
b) Olmesartán se ha asociado a casos graves de enteropatía tipo esprue.
c) Amlodipino puede producir o agravar el edema en piernas.
d) Se recomienda realizar cambios en el tratamiento antihipertensivo para mejorar la seguridad.

**352. La toma de decisiones compartidas entre el/la profesional sanitario/a y la persona paciente puede aplicarse:**

a) En las consultas de problemas de salud leves.




b) En las consultas de problemas de salud con opciones claras de tratamiento.
c) En las consultas de problemas de salud más graves.
d) En cualquier tipo de consultas.

**353. Señala la respuesta INCORRECTA en relación a la conciliación de la medicación en atención primaria:**

a) Se define como un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual de la persona paciente con la medicación prescrita tras una transición asistencial.
b) El error de conciliación más frecuente es la duplicidad de medicamentos.
c) En el proceso deben participar todos/as los/las profesionales responsables de la persona paciente, sin olvidar a la propia persona paciente o cuidador/a.
d) El objetivo de la conciliación es reducir los errores de medicación.

**354. ¿Cuál de los siguientes pasos NO es parte de un proceso de revisión de la medicación?**

a) Comparar los listados de medicamentos antes y después de una transición asistencial.
b) Evaluar el régimen terapéutico de la persona paciente.
c) Valorar la adherencia al tratamiento.
d) Acordar el tratamiento a seguir con la persona paciente o cuidador/a.

**355. ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo de aparición de un acontecimiento adverso a los medicamentos está relacionado con el sistema?**

a) Polimedicación.
b) Automedicación.
c) Múltiples prescriptores.
d) Mala adherencia.

**356. ¿Cuál es un método indirecto para valorar la adherencia basado en la entrevista clínica?**

a) Medición de marcadores bioquímicos en fluidos corporales.
b) Recuento de comprimidos.
c) Test Morinsky-Green.
d) Registro electrónico de dispensación.

**357. Señala la respuesta correcta en relación al índice MAI:**

a) Es un método implícito para valorar la prescripción inadecuada.
b) Es un método explícito para valorar la prescripción inadecuada.
c) Es un método mixto para valorar la prescripción inadecuada.
d) No es un método para valorar la prescripción inadecuada.




**358. Señala la respuesta correcta en relación a la deprescripción de medicamentos.**

a) El objetivo de la deprescripción es retirar fármacos.
b) La deprescripción puede incluir la adición de algún medicamento.
c) Es recomendable retirar todos los medicamentos inapropiados de una vez.
d) Las personas que potencialmente más se beneficiarían de la deprescripción de fármacos inapropiados serían las personas más jóvenes.

**359. Son causas de errores de conciliación de la medicación los siguientes, EXCEPTO:**

a) Registros únicos de salud y de tecnologías de la información compartida entre niveles asistenciales.
b) Situación de ingreso: priorización del problema agudo.
c) Automedicación.
d) La fragmentación del proceso de prescripción por parte de diferentes profesionales.

**360. Cuando una persona paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente toma, lo denominamos:**

a) Polimedicación adecuada.
b) Pseudopolimedicación.
c) Polimedicación inadecuada.
d) Polimedicación.

**361. Son factores relacionados con un mayor consumo de fármacos los siguientes, EXCEPTO:**

a) Trastornos depresivos.
b) Dependencia física.
c) Ser menor de 75 años.
d) Pobre autopercepción de la salud.

**362. En la etapa de detección en el proceso de conciliación de la medicación para obtener la lista exacta de los medicamentos tendremos que:**

a) Revisar el informe de alta de la persona paciente, realizar una entrevista con la persona paciente y realizar la comparación y detección de las discrepancias.
b) Revisar el informe de alta de la persona paciente, de urgencias o de atención especializada de consultas externas o centros privados.
c) Revisar el informe de alta de la persona paciente, realizar una entrevista con la persona paciente, y revisar el tratamiento al completo, tanto prescrito como automedicación.
d) Revisar el informe de alta de la persona paciente y realizar una entrevista con la persona paciente.




**363. En el algoritmo de revisión de la medicación propuesto por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), en la etapa de revisión de la medicación la dimensión "adecuación" se refiere a:**

a) Revisión de las dosis y pautas adecuadas.
b) Revisión de que el medicamento es adecuado y conveniente según necesidades clínicas y edad de la persona paciente, dosis, pauta y duración del tratamiento.
c) Revisión de que el medicamento es adecuado teniendo en cuenta la función renal y hepática de la persona paciente.
d) Revisión de que el medicamento es adecuado y conveniente dadas las necesidades clínicas y edad de la persona paciente.

**364. La Valoración Geriátrica Integral (VGI):**

a) Junto con la historia clínica permite detectar problemas médicos comunes, pero no problemas relacionados con aspectos sociales y riesgos de dependencia.
b) Se considera un proceso diagnóstico unidimensional centrado en el área funcional.
c) Hace posible diseñar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo que logre un mayor grado de independencia y calidad de vida.
d) Es un modelo que se basa principalmente en la exploración física de cada paciente.

**365. Son métodos utilizados para medir la adherencia farmacológica de manera indirecta los siguientes, EXCEPTO:**

a) Preguntar al paciente mediante cuestionarios.
b) Medir niveles de fármaco en sangre.
c) Hacer evaluación clínica de la respuesta a la terapia.
d) Utilización de dispositivos electrónicos.

**366. Los objetivos asistenciales se pueden agrupar en 3 categorías alineadas con los objetivos vitales del individuo. ¿Cuál de los siguientes objetivos asistenciales NO se corresponde a ninguna de las tres categorías según el posicionamiento de la SEFAP de revisión de la medicación centrada en la persona?**

a) Mejora o mantenimiento de la funcionalidad.
b) Mejora del bienestar y calidad de vida.
c) Mejora de los cuidados.
d) Mejora de la supervivencia.

**367. Teniendo en cuenta los elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico de la SEFAP (2012), las etapas del proceso de conciliación de la medicación son:**

a) Detección, aclaración y resolución.
b) Aclaración, detección y resolución.
c) Identificación, detección y resolución.
d) Ninguna de las opciones anteriores es correcta.




**368. En la revisión estructurada de la medicación, ¿qué NO se valora en la dimensión de adecuación?**

a) Si la forma farmacéutica es adecuada.
b) Si el medicamento está incluido en los criterios START.
c) Si el medicamento es apropiado y conveniente dadas las características de la persona paciente (edad, insuficiencia renal, insuficiencia hepática).
d) Si la dosis, pauta y duración del tratamiento son adecuadas.

**369. Con respecto a la carga anticolinérgica, señale la respuesta correcta:**

a) La dosis influye en la carga anticolinérgica global.
b) Existen diferentes escalas para medir la carga anticolinérgica.
c) Algunos fármacos presentan diferente potencia anticolinérgica.
d) Todas son correctas.

**370. Según el documento "Recomendaciones sobre Conciliación de la Medicación en Atención Primaria en Pacientes Crónicos" (Ministerio de Sanidad). ¿En qué pacientes debería realizarse la conciliación de la medicación?**

a) En todos los y las pacientes después de una transición asistencial o consulta, aunque no implique cambios en el tratamiento.
b) Se recomienda priorizar a pacientes que han recibido el alta del hospital o asistencia en urgencias, y como consecuencia tienen cambios en el tratamiento.
c) Se recomienda priorizar a pacientes que están tomando dos o más medicamentos.
d) Se recomienda no realizarla en pacientes que tienen condiciones médicas/patologías de alto riesgo, por ejemplo, procesos oncológicos, disfunción renal o hepática.

**371. Con el fin de monitorizar de forma continuada la implantación del proceso de conciliación y asegurar un feedback adecuado a los y las profesionales implicadas, en el documento "Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia" (SEFAP 2012) se definen una serie de indicadores para realizar un seguimiento adecuado. ¿Cuál de los siguientes indicadores NO se considera un indicador de proceso?:**

a) Porcentaje de medicamentos con error de conciliación del total de medicamentos conciliados.
b) Número de personas pacientes conciliadas.
c) Número de procedimientos normalizados de conciliación de la medicación adaptados a nivel local.
d) Errores de conciliación por paciente.




**372. Durante el proceso de conciliación de la medicación se detecta el caso de una paciente que ha recibido el alta del hospital tras un ingreso y en el informe de alta se recoge una modificación de tratamiento que puede deberse a la situación clínica de la paciente, pero la persona responsable de la prescripción no ha documentado en el informe los motivos de dicha decisión. ¿Cómo se clasifica este tipo de discrepancia?**

a) Se trata de un error de conciliación.
b) Discrepancia no justificada, que requiere aclaración.
c) Discrepancia justificada y documentada, que no requieren aclaración.
d) Discrepancia justificada no documentada, que requiere aclaración.

**373. Durante el proceso de la revisión de la medicación centrada en la persona, señale la respuesta INCORRECTA en relación a los pasos a dar en la etapa de valoración centrada en los problemas de salud:**

a) Establecer el objetivo terapéutico.
b) Identificar y jerarquizar los problemas de salud.
c) Asociar los medicamentos al problema de salud.
d) Clasificar cada fármaco en función de su objetivo de prescripción.

**374. Según el libro "Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico" (Soc. Esp. de Farmacéuticos de Atención Primaria-SEFAP, 2012), ¿cuál de estas afirmaciones es correcta respecto a la revisión de la medicación?**

a) Los criterios START estarían incluidos en la valoración de la dimensión indicación.
b) El cuestionario de Hamdy nos permite realizar una revisión clínica exhaustiva de la medicación.
c) En la dimensión indicación el único ítem que se valora es el de aquellos medicamentos prescritos y que no tienen indicación.
d) La revisión de la medicación tipo 1 se refiere a la revisión clínica de la medicación.

**375. En la revisión de la medicación centrada en la persona, ¿cuál de los siguientes instrumentos NO valora el deterioro cognitivo del paciente?**

a) MEC de Lobo.
b) Test de Pfeiffer.
c) Escala de Tinetti.
d) Global Deterioration scale (GDS-FAST).

**376. ¿Cuál es la definición de cascada terapéutica?**

a) Una cascada terapéutica es una sucesión encadenada de prescripciones por mal control de la sintomatología de manera reiterada.
b) Una cascada terapéutica es una sucesión encadenada de prescripciones en la que un fármaco produce un efecto adverso que no se reconoce como tal y se trata con otro fármaco.




c) Una cascada terapéutica es una sucesión encadenada de prescripciones en la que un fármaco produce un efecto adverso y este se trata con otro fármaco.
d) Una cascada terapéutica es una sucesión encadenada de prescripciones.

**377. Un intervalo más prolongado que el recomendado entre dosis de una vacuna no hacen necesario reiniciar la pauta, con la excepción de:**

a) La vacuna tifoidea oral.
b) La vacuna de la varicela.
c) La vacuna de la hepatitis B.
d) La vacuna antitetánica.

**378. ¿Cuál de las siguientes es una vacuna de virus vivos atenuados?**

a) Poliomelitis.
b) Varicela.
c) Virus del papiloma humano.
d) Hepatitis A.

**379. ¿Cuál de las siguientes vacunas está recomendada en las mujeres embarazadas?**

a) Virus del papiloma humano.
b) Varicela.
c) Difteria, tétanos, tosferina (dTPa).
d) Triple vírica.

**380. La inmunización pasiva se basa en la:**

a) Inducción y producción de respuestas inmunitarias específicas protectoras mediante la administración de diferentes formas de antígenos.
b) Capacidad del cuerpo humano para defenderse de agentes invasores específicos, como virus, bacterias y tejidos extraños.
c) Administración al individuo sano susceptible de anticuerpos producidos de forma exógena con el objeto de proporcionarle una protección inmediata pero temporal frente al agente infeccioso en cuestión.
d) Protección que obtiene un individuo cuando recibe vacunas que le protegerán frente a las enfermedades hacia las que vayan dirigidas.

**381. En relación a la vacunación frente a la COVID-19 causada por el virus SARS CoV-2, señale la respuesta correcta:**

a) Se debe establecer un intervalo de al menos 1 mes entre las vacunas empleadas en pacientes alérgicos/as (para la desensibilización) y la vacunación frente al COVID-19.
b) Desde septiembre de 2022 se han autorizado en la Unión Europea diferentes vacunas adaptadas a las nuevas variantes que han ido circulando: vacunas de ARNm bivalentes frente a la cepa original y la variante BA.1 y frente a la cepa original y la variante BA.4/BA.5 de las vacunas de Comirnaty y Spikevax.




c) El intervalo óptimo para obtener una respuesta inmune adecuada es a partir de 3 semanas de la dosis anterior.
d) Entre los efectos adversos relativamente frecuentes están miocarditis y pericarditis, fundamentalmente en varones jóvenes tras la segunda dosis.

**382. Según el calendario vacunal infantil de Euskadi, indique cuál es la relación correcta de vacunas a administrar:**

a) 6 años: difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis a los nacidos a partir de enero de 2017.
b) 11 meses: hepatitis A, difteria, tétanos, poliomielitis, haemophilus influenzae b.
c) 4 años: parotiditis, sarampión, rubéola y varicela para los nacidos después del 2015, que no hayan vacunados o pasado la enfermedad y la 2ª dosis se administra a los 3 meses de la primera.
d) 16 años: difteria, tétanos y papiloma solo en varones.

**383. En relación a la vacunación en embarazadas, señale la respuesta correcta:**

a) Las vacunas inactivadas presentan algunas interferencias con la IgD aunque pueden ser administradas simultáneamente y en cualquier intervalo de tiempo.
b) La vacuna de la hepatitis A es una vacuna de virus vivos segura durante el embarazo.
c) La vacuna antineumocócica polisacárida 23-valente y la del papiloma humano han ocasionado consecuencias negativas cuando se han administrado de manera inadvertida a gestantes.
d) La vacuna de la hepatitis B está indicada en embarazadas seronegativas a riesgo: convivientes con personas con infección por VHB, usuarias de drogas por vía parenteral, mujeres con más de una pareja sexual en los 6 meses previos.

**384. Cuál de las siguientes vacunas es la única vacuna sometida a reglamentación internacional en la prevención de enfermedades con motivo de viajes a países de alta endemia:**

a) Fiebre amarilla.
b) Fiebre tifoidea.
c) Rabia.
d) Cólera.

**385. De acuerdo con los últimos cambios en el calendario vacunal de la población adulta para el año 2026, se incluye la vacuna frente al virus respiratorio sincitial (VRS) en los siguientes grupos de riesgo:**

a) Personas que hayan recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) o CAR-T en los dos últimos años, a partir de los 6 meses desde el tratamiento o desde el trasplante.
b) Personas pertenecientes al grupo de edad de 75 años (cohorte de nacimiento 1951).
c) Personas trasplantadas de pulmón, independientemente del tiempo transcurrido desde el trasplante
d) a) y c) son correctas.




**386. En relación al control de cadena de frío y almacenamiento de las vacunas:**

a) En los estantes de las puertas de los frigoríficos se pueden almacenar las vacunas inactivadas, pero no las vacunas vivas atenuadas.
b) La interrupción de la cadena de frío se produce cuando la Tª se sitúa fuera de los límites del intervalo óptimo más/menos 2ºC.
c) Las temperaturas por debajo de 0ºC pueden dar lugar a la congelación del producto. Este proceso inactiva las vacunas que contienen sales de aluminio y es irreversible.
d) Todas las vacunas deben mantenerse entre +2 ºC y +10 ºC.

**387. De acuerdo con el manual de vacunaciones de Euskadi, ¿cuál de las siguientes vacunas está contraindicada en el embarazo?**

a) Gripe inactivada.
b) Difteria, tétanos, tosferina (dTpa).
c) Vacuna frente a COVID-19 con las vacunas ARNm.
d) Varicela.

**388. ¿Para cuál de las siguientes enfermedades hay una vacuna atenuada intranasal?**

a) Difteria.
b) Gripe.
c) Tosferina.
d) Poliomielitis.

**389. Entre los aspectos que debemos tener en cuenta en la administración simultánea de dos vacunas, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Los tipos de antígenos administrados y el intervalo mínimo entre antígenos.
b) Dos o más antígenos inactivados se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo.
c) Antígenos inactivados y vivos se pueden administrar simultáneamente o separados al menos 4 semanas.
d) Antígenos inactivados y vivos se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo.

**390. ¿Cuál de las siguientes vacunas está contraindicada durante el embarazo?**

a) Vacuna de la gripe.
b) Vacuna de difteria, tétanos y tosferina.
c) Vacuna frente a hepatitis B.
d) Vacuna de la varicela.

**391. Respecto a la composición de las diferentes presentaciones comercializadas de la vacuna del tétanos, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Monovalente.




b) Divalente.
c) Tetravalente.
d) Hexavalente.

**392. i-botika es un sitio web con información dirigida a la ciudadanía, donde se pueden encontrar:**

a) Fichas con información de elaboración propia sobre medicamentos.
b) Vídeos de elaboración propia.
c) Diccionario con términos farmacéuticos de uso frecuente.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**393. En el grupo que elabora la información de i-botika podemos encontrar:**

a) Un/Una psicólogo/a.
b) Un/Una periodista.
c) Un/Una trabajador/a social.
d) Un/Una abogado/a.

**394. Para la selección de temas i-botika utiliza:**

a) Sugerencias de la ciudadanía recogidas a través de su formulario.
b) Propuestas directas de los/las profesionales sanitarios/as.
c) Detección de falta de información de calidad sobre algún tema relacionado con medicamentos en la red.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**395. Según la ficha de i-botika sobre "Fotosensibilidad. Riesgo al combinar medicamentos y sol", los siguientes medicamentos pueden estar implicados en reacciones de fotosensibilidad, EXCEPTO:**

a) Sulpiride.
b) Itraconazol.
c) Difenhidramina tópico.
d) Carbamazepina.

**396. Tal y como aparece recogido en la ficha de i-botika sobre "Frecuencia de la Reacciones Adversas por medicamentos", una reacción adversa es poco frecuente cuando:**

a) Aparece en menos de 1 de cada 10.000 personas que toman el medicamento.
b) Se da en 1 o más personas de cada 10.000 que toman el medicamento.
c) Ocurre en al menos 1 de cada 1.000 personas que toman el medicamento.
d) Ocurre en al menos 1 de cada 100 personas que toman el medicamento.




**397. Tal y como aparece recogido en la ficha de i-botika sobre metotrexato, los síntomas de una dosis excesiva pueden ser:**

a) Cefalea.
b) Visión borrosa.
c) Vómitos con sangre.
d) Somnolencia.

**398. La pirámide de Haynes:**

a) Establece una jerarquía de seis niveles en los que se encuentran las diferentes formas de presentar la información biomédica.
b) Cada uno de los niveles se construye a partir de los niveles inferiores y proporciona información más útil para ayudar a la toma de decisiones clínicas.
c) Cualquier resultado que esté ubicado en los niveles superiores de la pirámide tiende a estar más actualizado.
d) Su principal utilidad es que se sabe de antemano para una determinada necesidad de información, en qué nivel concreto de la pirámide se obtendrán los mejores resultados.

**399. La herramienta ClinicalKey:**

a) No incluye revistas españolas del ámbito biomédico.
b) No está disponible en App.
c) Recoge información de libros, revistas, guías de práctica clínica (por ej. Fisterra), fichas de medicamentos, fichas para pacientes, y algunas bases de datos.
d) No incluye ClinicalTrials.

**400. De acuerdo con el Boletín INFAC titulado "Dónde buscar información sobre medicamentos" (2024), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación a la herramienta Topa?**

a) Es una herramienta accesible solo para profesionales del Sistema Vasco de Salud.
b) Todos los fondos documentales indizados en esta herramienta están disponibles en formato acceso abierto (open access).
c) Para utilizarla es necesario registrarse a través de OpenAthens.
d) Se puede acceder a ella a través de la web de la Biblioteca Virtual de Salud de Euskadi.

**401. Según la pirámide de Haynes, incluida en el Boletín INFAC titulado "Dónde buscar información sobre medicamentos" (2024), ¿cuál de las siguientes formas de presentar la información biomédica proporciona información más útil para ayudar a la toma de decisiones clínicas?**

a) Sistemas informáticos de ayuda a la prescripción integrados en la historia clínica.
b) Estudios.
c) Revisiones sistemáticas.
d) Guías de práctica clínica y resúmenes sintetizados.




**402. Según el Boletín INFAC titulado "Dónde buscar información sobre medicamentos" (2024), ¿cuáles de los siguientes recursos se considera una plataforma point of care, es decir, ofrece evidencia seleccionada y actualizada de forma continua para la toma de decisiones clínicas?**

a) ACCESSS.
b) Cochrane Library.
c) UpToDate.
d) TOPA.

**403. ¿Cuál de estas reacciones adversas a medicamentos sería más importante notificar a farmacovigilancia?**

a) Diarrea por amoxicilina/ácido clavulánico.
b) Dolor de cabeza por omeprazol.
c) Hipotensión por sacubitrilo/valsartán.
d) Náuseas por fluoxetina.

**404. El Real Decreto 577/2013 que regula la farmacovigilancia de los fármacos de uso humano la define como:**

a) La gestión de las herramientas que permiten filtrar información para proporcionar información científica de calidad.
b) El empleo consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre el tratamiento de los pacientes.
c) El formulario para la notificación de reacciones adversas.
d) La actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados al uso de los medicamentos una vez autorizados.

**405. A la hora de notificar una reacción adversa a un medicamento:**

a) Se deben notificar las reacciones adversas a medicamentos sujetos a seguimiento adicional.
b) Sólo se deben notificar las reacciones adversas graves.
c) Se debe esperar a tener seguridad de que el medicamento es la causa de la reacción adversa.
d) Las reacciones adversas desconocidas no se deben notificar.

**406. Es una función del servicio de farmacovigilancia del País Vasco:**

a) Registrar en la base de datos FEDRA las sospechas de las reacciones adversas recibidas.
b) Transmitir a la base de datos de la Agencia Europea de Medicamentos las notificaciones sobre sospechas de reacciones adversas graves, dentro de los quince días naturales siguientes a su recepción.
c) Promover y realizar estudios de farmacoepidemiología destinados a evaluar la relación beneficio- riesgo de los medicamentos autorizados.
d) Establecer las medidas oportunas para minimizar o prevenir los riesgos identificados




**407. Tal y como recoge el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, respecto a los medicamentos sujetos a seguimiento adicional en su proceso de autorización, señale la respuesta correcta:**

a) Incluyen sólo aquellos medicamentos sujetos a la obligación de realizar un estudio posautorización, o a condiciones o restricciones relativas a un uso seguro y eficaz.
b) Los medicamentos biosimilares y genéricos quedarían exentos de ser categorizados como medicamentos sujetos a seguimiento adicional.
c) La lista de medicamentos sujetos a seguimiento adicional será pública y publicada en el portal web europeo de medicamentos y en el portal web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
d) Estos medicamentos bajo seguimiento adicional tendrán un distintivo en la ficha técnica, etiquetado y prospecto para que tanto el/la profesional sanitario/a como el/la ciudadano/a prioricen la notificación de sospechas de reacciones adversas.

**408. Tal y como recoge el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, en cuanto a la comunicación de Sospechas de Reacciones Adversas de medicamentos, señale la respuesta FALSA:**

a) Los/Las profesionales sanitarios/as tienen la obligación de notificar las sospechas de reacciones adversas de los medicamentos autorizados, incluidas las de aquellos que se hayan utilizado en condiciones diferentes a las autorizadas.
b) Cuando las sospechas de reacciones adversas sean consecuencia de un error de medicación, el/la profesional sanitario/a queda exento de notificar dicha sospecha.
c) Los/Las profesionales sanitarios/as tienen la obligación de notificar las sospechas de reacciones adversas de medicamentos no comercializados en España que se hayan obtenido a través de los procedimientos recogidos en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
d) Los/Las ciudadanos/as podrán notificar sospechas de reacciones adversas a los medicamentos, bien poniéndolas en conocimiento de los/las profesionales sanitarios/as, o bien directamente al Sistema Español de Farmacovigilancia.

**409. De acuerdo con el contenido de la nota informativa de seguridad emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en el año 2025 sobre "nuevas recomendaciones para minimizar el riesgo de ideación suicida en pacientes tratados con finasterida", señale la respuesta correcta:**

a) Se confirma el riesgo de ideación suicida en personas pacientes tratadas con finasterida oral, tanto en aquellas que la utilizan para la alopecia androgénica como para las que la utilizan para tratar la hiperplasia benigna de próstata.
b) Los envases de finasterida 1 mg y 5 mg incluirán una tarjeta de información para el paciente con el fin de reforzar estas advertencias
c) Se han notificado casos de disfunción sexual en personas pacientes tratadas con finasterida, lo que podría haber contribuido al desarrollo de alteraciones del estado de ánimo, incluida la ideación suicida.




d) Los datos disponibles también permiten confirmar una relación causal de la dutasterida con la ideación suicida, por lo que este efecto no deseado se considera un posible efecto de clase en los inhibidores de la 5-alfa reductasa.

**410. En junio de 2024, la EMA inició una revisión de los medicamentos que contienen metamizol a partir de la cual el PRAC ha concluido que el beneficio de los medicamentos que contienen metamizol supera los riesgos en las indicaciones autorizadas y refuerza las medidas para facilitar la identificación temprana de los síntomas y el diagnóstico de la agranulocitosis. ¿Cuál de las siguientes indicaciones para profesionales de la salud es INCORRECTA?**

a) La agranulocitosis provocada por el metamizol depende de la dosis administrada y sus síntomas suelen aparecer al comienzo del tratamiento.
b) La fiebre es un síntoma asociado a la agranulocitosis que puede pasar desapercibido porque el propio fármaco puede disminuirla.
c) El metamizol no debe administrarse a pacientes que hayan experimentado previamente agranulocitosis por metamizol u otras pirazolonas o pirazolidinas.
d) El metamizol no debe administrarse a pacientes con alteraciones de la función de la médula ósea o enfermedades del sistema hematopoyético.

**411. ¿Qué errores se deben notificar en el Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos? Señala la respuesta INCORRECTA**

a) Errores de prescripción.
b) Errores en la interpretación de las órdenes médicas por ser ambiguas o incompletas.
c) Administración de un medicamento por una vía inapropiada o en dosis incorrectas.
d) Confusiones en la dispensación o administración de medicamentos, excepto si son debidas a envasado o etiquetado parecido.

**412. ¿Cuándo se debe notificar una reacción adversa a un medicamento sujeto a seguimiento adicional (▼)?**

a) Siempre.
b) Solo si la reacción adversa que provoca es desconocida.
c) Solo si la reacción adversa que provoca es grave.
d) Solo si lleva comercializado menos de 2 años.

**413. El ISMP (instituto para el uso seguro de los medicamentos) ha elaborado un listado de medicamentos de alto riesgo en personas pacientes crónicas. ¿Cuál de los siguientes grupos terapéuticos NO está incluido en dicho listado?**

a) Beta-bloqueantes adrenérgicos.
b) Antiinflamatorios no esteroideos.
c) Hipoglucemiantes orales.
d) Laxantes con fosfatos.




**414. De acuerdo con el Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación del ISMP titulado "Prevención de errores con medicamentos de alto riesgo en pediatría" (2025), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) En la población pediátrica los errores de medicación son más frecuentes, pero tienen una menor probabilidad de causar daños que en población adulta.
b) Los errores de medicación en pacientes pediátricos ocurren en la misma proporción en todas las etapas del circuito de utilización de los medicamentos.
c) El tipo de error más frecuente es el de dosificación, y son poco habituales los errores en la preparación y en la técnica o velocidad de administración.
d) La mayoría de los errores relacionados con la prescripción son errores en la dosis, fundamentalmente de prescripción de dosis altas.

**415. Tal y como se recoge en el Boletín de Farmacovigilancia de Junio de 2025, publicado por la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco, ¿cuál de las siguientes afirmaciones en relación a la Red de Farmacias Centinela de Euskadi es INCORRECTA?**

a) El personal de la Unidad de Farmacovigilancia de País Vasco forma parte de la comisión de seguimiento de dicha Red.
b) Antes de su inicio oficial, desde la Dirección de Farmacia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco se impartió una formación al personal farmacéutico seleccionado para conformar la Red.
c) La Red de Farmacias Centinela de Euskadi pretende fortalecer el sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos ya existente y promover la colaboración con la farmacia comunitaria.
d) Su creación ha permitido incrementar la vigilancia de la seguridad de los medicamentos, gracias a la proximidad de los farmacéuticos/as comunitarios con los pacientes y su conocimiento de los medicamentos.

**416. Según el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su Estatuto, ¿cuál es una función del Comité Técnico del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano?**

a) Coordinar y evaluar el funcionamiento del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, teniendo en cuenta las Buenas Prácticas del Sistema Español de Farmacovigilancia.
b) Evaluar la información contenida en la base de datos FEDRA y en otras bases de datos de sospechas de reacciones adversas accesibles para detectar señales.
c) Someter a consideración de la Secretaría del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano aquellas señales que, por su relevancia y consistencia, se considere deban trasladarse a éste.
d) Cooperar con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en la difusión del conocimiento sobre la seguridad de los medicamentos.




**417. Un/Una paciente comienza tratamiento con sertralina y desarrolla insomnio, para el que se le prescribe lorazepam. ¿Qué situación se está produciendo?**

a) Prescripción racional escalonada.
b) Cascada terapéutica.
c) Sinergia farmacológica.
d) Tolerancia medicamentosa.

**418. Dentro del ámbito competencial de la Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, la atención farmacéutica puede considerarse adecuada si se cumplen las siguientes premisas, señale la respuesta correcta:**

a) Que el acceso al medicamento sea ágil y rápido.
b) Que los establecimientos farmacéuticos estén distribuidos principalmente en las zonas con mayor densidad de profesionales médicos de atención primaria por habitante.
c) Que la atención farmacéutica se lleve a cabo en centros privados de interés sanitario, bajo la responsabilidad de personal médico o farmacéutico.
d) Corresponde a los ayuntamientos o concejos garantizar la prestación de la atención farmacéutica dentro de su ámbito territorial.

**419. Según la Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, para la planificación de las oficinas de farmacia, en los casos en que una zona de salud comprenda, total o parcialmente, varios municipios, la zona farmacéutica se corresponderá con, señale la respuesta correcta:**

a) La delimitación del municipio con mayor densidad de habitantes.
b) La delimitación de la zona de salud.
c) La delimitación del municipio territorialmente inferior.
d) La delimitación del municipio territorialmente superior.

**420. Según la Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, los establecimientos y servicios de atención farmacéutica estarán sujetos a, señale la respuesta correcta:**

a) Autorización de funcionamiento otorgada por la dirección general del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, una vez comprobados que se cumplen las condiciones y requisitos de la autorización
b) Elaboración de estadísticas sanitarias, con periodicidad anual, así como el control de la promoción y publicidad de los medicamentos y productos sanitarios destinados a fines internos del servicio.
c) Cumplimiento de las obligaciones derivadas del principio de solidaridad e integración farmacéutica, excluyendo las situaciones de riesgo para la salud pública.
d) Autorización administrativo-sanitaria previa del Departamento de Sanidad para su creación, transmisión, obras, traslado o cierre.




**421. A efectos de la Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, ¿cuál de los siguientes se considera establecimiento y servicio de atención farmacéutica?**

a) Almacenes mayoristas de distribución de productos farmacéuticos.
b) Servicios de farmacia de los centros de salud y de las estructuras sanitarias de atención primaria del Sistema Vasco de Salud, y de los hospitales y centros socio sanitarios.
c) Oficinas de farmacia y botiquines.
d) Todas las respuestas son correctas.

**422. Tal y como se recoge en la Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, ¿a quién le corresponde la coordinación entre las oficinas de farmacia y el personal de atención primaria para la ejecución de las actividades que se promuevan en relación con el uso racional del medicamento, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la educación sanitaria?**

a) A la persona responsable del servicio de farmacia del hospital que se encuentre en el área de influencia de las oficinas de farmacia implicadas.
b) A los servicios farmacéuticos de atención primaria.
c) A la persona que actué como representante del Colegio Oficial de Farmacéuticos en el que se encuentren colegiadas las personas titulares de las oficinas de farmacia implicadas.
d) Ninguna de las respuestas es correcta.

**423. ¿Cuál de los siguientes supuestos se recoge como infracción grave dentro de la Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco?**

a) El incumplimiento del deber de farmacovigilancia.
b) Irregularidades en la observación de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública.
c) La conservación, custodia o dispensación de medicamentos sin observar las condiciones exigidas.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

**424. En relación a la medicación recomendada en el material en carro de urgencias para pediatría, según las recomendaciones de GIDEP (Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas), señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Para administrar con precisión en infantes de menos de 25 kg volúmenes muy pequeños (adrenalina, diazepam), todos los carros y bolsas deben disponer de plumas tipo insulina y llaves de 4 pasos.
b) Todos los carros y bolsas deben disponer de material necesario para el acceso intraóseo.
c) La atención de emergencias incluye el manejo de equipamiento y fármacos de uso poco habitual en atención primaria, algunos de estrecho margen terapéutico.
d) Las características de la atención urgente confieren a los servicios de urgencias un mayor riesgo de incidentes de seguridad, siendo la comunicación y el manejo de la medicación dos de los principales factores causales.




**425. Según el boletín INFAC "Urgencias de pediatría: protocolos de atención prehospitalaria", señale la respuesta correcta**

a) La documentación que se vaya a precisar para el manejo de la emergencia debe por seguridad encontrarse únicamente en el carro de emergencias, el proceso de revisión del material y de la medicación de urgencias será responsabilidad de personal externo cualificado.
b) La medicación y el material de urgencias deben estar consensuados y unificados, dependiendo de las organizaciones de servicios y atendiendo al ámbito de aplicación: Emergencias y Transporte Sanitario, Atención Primaria y Puntos de Atención Continuada (PAC).
c) En todos los centros de salud debe haber medicación y material para la atención de las urgencias pediátricas ubicado en un carro de emergencias, y en los casos en que la zona de salud comprenda varios municipios también en bolsas o maletín para urgencias fuera del centro.
d) En todos los centros de salud debe haber medicación y material para la atención de las urgencias pediátricas ubicado en un carro de emergencias, y en los casos en que la zona de salud comprenda un único municipio también en bolsas o maletín para urgencias fuera del centro.

**426. En relación a la medicación y material para la atención de las urgencias pediátricas, según las recomendaciones de GIDEP (Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas), el carro de urgencias debe contener:**

a) Glucagón 1 mg/10 mL: medicamento de nevera. Reetiquetar caducidad si se mete en maletín de exteriores: 36 meses tras interrumpir por primera vez la cadena de frío. Nunca debe superar los 5ºC.
b) Midazolam 5 mg/ml, ampollas, metilprednisolona 40 mg/2 ml, ampollas, Morfina 1% (Cloruro mórfico) 10 mg/1 mL, ampollas.
c) Lidocaína 2% (20 mg/ml) con vasoconstrictor, ampollas para uso por vía intraósea como antiepiléptico en paciente consciente.
d) Adrenalina 100 mg/1 mL, ampollas para administración en caso de parada cardiorrespiratoria por vía intraosea o intravenosa directa sin diluir.

**427. En relación a la medicación y material para la atención de las urgencias pediátricas, según las recomendaciones de GIDEP (Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas), el maletín para exteriores debe contener, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Paracetamol 250-300 mg, supositorio infantil, Paracetamol 150 mg supositorio lactante.
b) MetamizoL 2 g/5 mL ampollas.
c) Diazepam subcutáneo 10 mg/1 mL, ampollas.
d) Salbutamol 100 mcg/pulsación aerosol 200 dosis (junto con cámara inhalación).

**428. Los aspectos de diseño que se valoran en el "Cuestionario de Jadad" sobre la calidad metodológica de los estudios clínicos incluyen:**

a) Descripción del tipo de estudio y del objetivo.
b) Variables de medida (end-points).




c) Descripción de las pérdidas de seguimiento.
d) Significación estadística e intervalos de confianza en los resultados.

**429. Suponemos que estamos analizando los resultados de un ensayo clínico donde se compara un nuevo fármaco para la hipertensión arterial frente a placebo, con el fin de evaluar su eficacia en la reducción de la incidencia de accidente cerebrovascular (ACV) después de 5 años de tratamiento. En el grupo que ha recibido placebo, al finalizar el estudio un 15 % de las personas han presentado ACV, mientras que el grupo de tratamiento activo sólo lo han desarrollado un 10 %. En este caso, el Número necesario de pacientes a tratar (NNT) sería:**

a) 5.
b) 1,5.
c) 20.
d) 15.

**430. Si en uno de los ensayos clínicos que estamos analizando para evaluar la eficacia comparada de un nuevo medicamento frente al comparador, el valor de p que acompaña a los resultados es 0,001, ¿qué podemos deducir?**

a) Que existen diferencias clínicamente relevantes entre los dos tratamientos.
b) Que tenemos una muestra muy pequeña de pacientes en el estudio.
c) Que es muy probable que los resultados sean explicados por el azar.
d) Que podemos aceptar que las diferencias observadas entre los tratamientos se deben a la intervención realizada en el estudio.

**431. De acuerdo con el PNT del Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos, los evaluadores efectuarán una lectura crítica de los artículos seleccionados y una síntesis de la evidencia científica disponible, utilizando para este fin:**

a) La metodología CONSORT.
b) El instrumento AGREE II.
c) La metodología GRADE.
d) Los formatos adaptados del Scottish Intercollegiate Network (SIGN).

**432. La metodología grade clasifica la evidencia en cuatro grados. ¿Cuál de los siguientes factores permite aumentar el grado de evidencia?**

a) Sospecha de sesgo de publicación.
b) Inconsistencia entre resultados de diferentes estudios.
c) Gradiente dosis-respuesta.
d) Disponibilidad de evidencia indirecta

**433. El instrumento AGREE II es específico de la evaluación de:**

a) Ensayos clínicos aleatorizados.
b) Estudios de casos y controles.




c) Guías de práctica clínica.
d) Meta-análisis.

**434. Dentro de los ensayos clínicos, en los estudios de superioridad, ¿cuál será la hipótesis nula?**

a) Los dos tratamientos son iguales.
b) El nuevo tratamiento es peor porque supera un margen preespecificado.
c) Hay diferencia entre los tratamientos.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

**435. ¿Cuál de los siguientes factores NO se incluyen entre las cuestiones preliminares que se recomiendan considerar para valorar si el análisis de subgrupos reúne las condiciones básicas para tener impacto en la toma de decisiones en la práctica clínica?**

a) Se debe disponer de un número reducido y justificado de factores pre-especificados analizados (< 10 factores).
b) El estudio sobre el que se realiza el análisis de subgrupos debe presentar el mayor nivel de evidencia y aplicabilidad disponible para justificar un posicionamiento terapéutico.
c) La variable de eficacia o seguridad considerada debe tener una clara relevancia clínica o, en su defecto, ser una variable subclínica o intermedia, medida como variable principal en el estudio.
d) Considerar la secuencia temporal, asegurándose de que los pacientes presentaban el factor que establece los subgrupos antes de recibir la intervención.

**436. A la hora de evaluar un ensayo de no inferioridad es correcto que:**

a) Para que la intervención sea considerada no inferior, el intervalo de confianza no debe exceder el margen de no inferioridad.
b) Una vez demostrada la no inferioridad se podrá demostrar la superioridad a partir del análisis por protocolo.
c) El margen de no inferioridad debe estar definido a priori y es preferible que esté expresado en una diferencia absoluta de riesgo antes que en una escala relativa de riesgo.
d) Todas las anteriores son ciertas.

**437. Para evaluar la calidad metodológica del estudio se decide utilizar la escala de JADAD. ¿Cuál de los siguientes aspectos NO analiza esta escala?**

a) Método de aleatorización y su adecuación.
b) Adecuación del tamaño de la muestra.
c) Método de cegamiento.
d) Descripción de pérdidas de seguimiento y abandonos.




**438. Todo estudio, en mayor o menor medida, está sujeto a una serie de errores que pueden aparecer de forma aleatoria o sistemática. A estos últimos se les denomina sesgos y afectan a la validez interna del estudio. ¿Cuál de los sesgos se considera la diferencia principal entre los estudios aleatorizados y los no aleatorizados?**

a) Sesgo de selección.
b) Sesgo de publicación.
c) Sesgo de realización.
d) Sesgo de detección.

**439. En la estrategia para la atención primaria de Euskadi 2019, ¿en qué línea estratégica se incluye la acción 6 para abordar las funciones del/de la Farmacéutico/a de Atención Primaria (FAP), incorporando a las funciones ya consolidadas aquellas nuevas funciones derivadas del contexto de una Atención Integrada?**

a) Línea estratégica 1: Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria.
b) Línea estratégica 2: Adecuar la estructura de los equipos de Atención Primaria a los retos demográficos y epidemiológicos.
c) Línea estratégica 3: Optimizar la organización y gestión en el contexto de los equipos de Atención Primaria.
d) Línea estratégica 6: Consolidar el modelo de atención pediátrica en Atención Primaria.

**440. Algunas funciones de la cartera de servicios de los/las farmacéuticos/as de atención primaria de Osakidetza se consideran actividades o funciones de coordinación. Entre ellas se encuentra:**

a) Feed-back de datos sobre la prescripción a los órganos directivos, mandos intermedios y prescriptores.
b) Participación en el desarrollo de indicadores de gestión para la mejora continua de la calidad de la prescripción farmacéutica.
c) Resolución de consultas farmacoterapéuticas recibidas de profesionales de atención primaria.
d) Identificación y resolución de problemas relacionados con la medicación y errores de medicación relacionados con la prescripción-dispensación de medicamentos.

**441. En la cartera de servicios de los/las farmacéuticos/as de atención primaria de Osakidetza se clasifican las actividades o servicios a desarrollar en básicas y avanzadas. ¿Cuál de las siguientes se considera avanzada?**

a) Identificación de necesidades de coordinación entre niveles asistenciales en la gestión farmacoterapéutica.
b) Realización de estudios de evaluación del uso de medicamentos en la práctica clínica real.
c) Implantación en el ámbito de atención primaria de las actuaciones en materia de política farmacéutica y de medicamentos que establezca la Dirección de Farmacia del Departamento de Salud.
d) Desarrollo de programas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales




**442. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación a las funciones del/de la farmacéutico/a de atención primaria según la estrategia para la atención primaria de Euskadi 2019?**

a) Han demostrado su impacto en el seguimiento farmacoterapéutico de los y las pacientes.
b) Han contribuido en especial a la deprescripción de medicamentos potencialmente inadecuados.
c) Han contribuido a prevenir resultados negativos asociados a la medicación, contribuyendo a un uso más seguro y eficiente de los medicamentos.
d) Todas son correctas.

**443. Dentro del mapa de competencias del/de la farmacéutico/a de atención primaria publicado por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP 2019), ¿cuál de las siguientes competencias pertenece al área competencial 6 de Gestión de medicamentos y productos sanitarios en los servicios de atención primaria, centros sociosanitarios y otros centros con pacientes institucionalizados?**

a) Conocer el procedimiento de trabajo en los diferentes ámbitos asistenciales para colaborar en la definición funcional de herramientas informáticas que contribuyan a la continuidad asistencial en farmacoterapia.
b) Dar soporte a los/las profesionales y participar en las actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica de la medicación destinada a las personas de los centros sociosanitarios y otros centros con pacientes institucionalizados.
c) Generar alianzas con los/las profesionales de otros ámbitos que intervienen en la asistencia de la persona paciente con el objetivo de asegurar la continuidad farmacoterapéutica, la conciliación y potenciar la seguridad en los tránsitos asistenciales.
d) Desarrollar objetivos y líneas de trabajo comunes encaminados a la optimización del tratamiento de los pacientes entre los diferentes ámbitos asistenciales por los que transitan.

**444. Dentro del mapa de competencias del/de la farmacéutico/a de atención primaria publicado por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP 2019), ¿cuál de las siguientes competencias se clasifica como genérica?**

a) Tener capacidad de interrelacionar la información proveniente de los datos con el conocimiento del entorno donde se presta la asistencia.
b) Desarrollar objetivos y líneas de trabajo comunes encaminados a la optimización del tratamiento de los pacientes entre los diferentes ámbitos asistenciales por los que transitan.
c) Conocer los instrumentos de comunicación digital para difundir información sobre medicamentos y productos sanitarios, y utilizarlas como estrategia de mejora del manejo de fármacos.
d) Conocer las características diferenciales y los recursos de los ámbitos asistenciales, para liderar la estrategia dirigida a reducir el impacto de los tránsitos asistenciales sobre el paciente.




**445. Según la cartera de servicios del farmacéutico de atención primaria publicado por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP 2017), ¿en qué línea de servicios se incluye el servicio "Resolución de consultas sobre medicamentos y productos sanitarios"?**

a) Educación para la salud.
b) Atención farmacéutica a pacientes y/o cuidadores.
c) Adecuación del tratamiento en pacientes concretos.
d) Análisis de la utilización de medicamentos y productos sanitarios.

**446. Según la cartera de servicios del/de la farmacéutico/a de atención primaria publicada por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP 2017), ¿cuál de los siguientes servicios se incluye dentro de la línea de servicio 4.2 Continuidad farmacoterapéutica?**

a) Prevención, identificación y registro de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Productos Sanitarios en pacientes concretos.
b) Coordinación entre servicios farmacéuticos.
c) Desarrollo de programas de coordinación entre niveles (Conciliación, etc.).
d) Atención domiciliaria a pacientes de riesgo.

**447. ¿Cuál de los siguientes grupos de profesionales sanitarios y sanitarias NO participa en el programa de mejora de la adherencia y uso adecuado de inhaladores en asma o EPOC desde las oficinas de farmacia, según el convenio suscrito con Osakidetza y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa (BOPV, 11 de marzo del 2025)?**

a) Personas profesionales farmacéuticas de Oficina de farmacia.
b) Personas profesionales farmacéuticas de Atención Primaria (FAP) de la red de Osakidetza.
c) Personas profesionales de Enfermería de Atención Especializada en Neumología de la red de Osakidetza.
d) Personas profesionales Médicas especialistas de medicina familiar y comunitaria de la red de Osakidetza.

**448. Dentro del programa de mejora de la adherencia y uso adecuado de inhaladores en asma o EPOC desde las oficinas de farmacia, recogido en el convenio suscrito con Osakidetza y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa (BOPV, 11 de marzo del 2025), si en una de las oficinas de farmacia participantes se detecta un error crítico en la técnica de inhalación debe derivar a la persona paciente al centro de Salud. ¿Cuál es el plan de actuación del farmacéutico o farmacéutica de atención primaria en ese caso?**

a) Después de comprobar que tiene prescrito tratamiento con corticoides inhalados derivará a consulta enfermería para que realicen una valoración de la situación clínica y necesidades educativas.
b) Después de confirmar que posee un dispositivo de inhalación de uso actual no adecuado, enviará al médico o médica de familia un listado Excel con la relación de pacientes y una propuesta para que le prescriba de un dispositivo de inhalación apto.




c) Revisará los antecedentes y condicionantes, verificará que el diagnóstico de asma o EPOC está presente en la historia clínica electrónica, y contactará telefónicamente con el o la paciente para valoración de la situación clínica.
d) Evaluará el grado de control del asma o EPOC y la adecuación terapéutica, codificará el diagnóstico de EPOC cuando este no conste o esté mal codificado en la historia clínica, y adecuará el dispositivo de inhalación.

**449. Dentro de la cartera de servicios del/de la farmacéutico/a de atención primaria publicada por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP 2017), ¿a qué modalidad de servicios corresponden aquellos incluidos en el ámbito 1: Actividad clínica y asistencial centrada en la persona paciente?**

a) Servicios dirigidos a garantizar la disponibilidad y el acceso adecuado a los medicamentos y productos sanitarios a personas profesionales y personas pacientes, necesarias en los centros y servicios de su responsabilidad.
b) Servicios dirigidos a generar información y evidencia en práctica clínica real analizando la efectividad, seguridad y eficiencia de medicamentos y productos sanitarios, innovaciones terapéuticas y tecnológicas y políticas poblacionales de medicamentos.
c) Servicios dirigidos a integrar y optimizar la utilización de medicamentos y productos sanitarios a través del apoyo a las decisiones clínicas concretas y al manejo individualizado de la terapia por parte de las personas pacientes.
d) Modalidad de servicio: Servicios dirigidos a apoyar y potenciar desde una perspectiva global y poblacional la coordinación clínica de la utilización de medicamentos y productos sanitarios, de la atención farmacéutica y, en general de las políticas de continuidad asistencial.

**450. Dentro del mapa de competencias del farmacéutico de atención primaria publicado por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP 2019), ¿dentro de qué área competencial se incluye la competencia de diseñar protocolos para la gestión conjunta de la compra y dispensación de medicamentos?**

a) Área competencial 5: Cooperación con otros ámbitos asistenciales.
b) Área competencial 7: Coordinación con organismos de carácter institucional.
c) Área competencial 8: Atención a pacientes.
d) Área competencial 2: Manejo de los sistemas de información.

## EJERCICIOS PRÁCTICOS

### CASO 1

Osakidetza se plantea la compra centralizada de un medicamento X, para lo que inicia un expediente al objeto de proceder al suministro de dicho medicamento dirigido a todas las Organizaciones de Servicios de Osakidetza y centros sanitarios de titularidad privada y sin ánimo de lucro, ubicados en la Comunidad Autónoma de Euskadi, dentro del marco previsto en el artículo 30 de la ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que suscriban un convenio de vinculación con Osakidetza/Servicio vasco de salud.




De acuerdo con la plataforma de Contratación de Euskadi y la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, se le solicita que responda a las siguientes cuestiones:

**451. Dentro de los tipos de ficheros que se pueden visualizar en el perfil contratante de la plataforma de contratación NO está**

a) Memoria justificativa.
b) Aprobación del expediente.
c) Pliego de bases técnicas.
d) Pliego de garantías.

**452. En la resolución de aprobación del expediente, la persona Directora General de Osakidetza:**

a) Resuelve iniciar el expediente de contratación sin especificar el importe solicitado.
b) Resuelve autorizar la contratación del mismo.
c) Resuelve aprobar el pliego de cláusulas generales.
d) Todas las respuestas son correctas.

**453. Según la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, sobre la exigencia de garantía provisional:**

a) En el procedimiento de contratación no procederá la exigencia de garantía provisional, salvo cuando de forma excepcional el órgano de contratación, por motivos de interés público, lo considere necesario y lo justifique motivadamente en el expediente.
b) En el procedimiento de contratación procederá la exigencia de garantía provisional y su importe no podrá ser superior a un 4 por 100 del presupuesto base de licitación del contrato.
c) En el procedimiento de contratación procederá la exigencia de garantía provisional y su importe no podrá ser superior a un 5 por 100 del presupuesto base de licitación del contrato.
d) En el procedimiento de contratación procederá la exigencia de garantía provisional y su importe no podrá ser superior a un 6 por 100 del presupuesto base de licitación del contrato.

**454. El objeto del expediente es un medicamento huérfano de reciente comercialización, para el que no existe alternativa o sustituto razonable. En esta ausencia de competencia (que no es consecuencia de una configuración restrictiva de los requisitos y criterios para adjudicar el contrato) se justifica iniciar un:**

a) Procedimiento abierto sin publicidad.
b) Procedimiento abierto con publicidad.




c) Procedimiento de asociación para la innovación.
d) dProcedimiento negociado sin publicidad.

**455. De conformidad con la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, se puede tramitar un expediente por la vía de urgencia prevista en el citado artículo:**

a) Cuando la Administración tenga que actuar de manera inmediata a causa de situaciones que supongan grave peligro.
b) Cuando su celebración responda a una necesidad inaplazable.
c) Cuando sea preciso acelerar la adjudicación por razones de interés público.
d) Las respuestas b) y c) son correctas.

**456. El adjudicatario de un expediente incurre en un retraso de suministro (desabastecimiento) que supone que una organización de servicios de Osakidetza tiene que recurrir a adquirir un medicamento alternativo a otro proveedor. En este caso:**

a) Se pueden establecer penalidades proporcionales a la gravedad del incumplimiento y las cuantías de cada una de ellas no podrán ser superiores al 50 por ciento del precio del contrato, IVA excluido.
b) El total de las penalidades no puede superar el 50 por ciento del precio del contrato.
c) Las organizaciones de servicios afectadas pueden solicitar el abono de las penalidades al proveedor sin necesidad del acuerdo previo del órgano de contratación.
d) Las penalidades para el caso de cumplimiento defectuoso de la prestación objeto del expediente no se pueden prever en el pliego de bases técnicas.

**457. Según la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, la duración de los contratos de suministro:**

a) No podrá, por regla general, ser superior a un año.
b) No podrá, por regla general, ser superior a dos años.
c) La duración del contrato, así como la de la prórroga o prórrogas, si estuviesen previstas, deben estar incluidas en el contenido mínimo del contrato.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

**458. En lo referente a muestras del medicamento objeto de la contratación, señale la respuesta correcta:**

a) En el pliego de bases técnicas, se puede establecer como condición de obligado cumplimiento la presentación de fotografías a formato digital de los productos.
b) En el pliego de bases técnicas, se puede establecer como condición de obligado cumplimiento la presentación de muestras físicas únicamente tras la presentación de ofertas y antes de la fecha de adjudicación del contrato.
c) Según la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público la solvencia técnica no puede acreditarse mediante muestras.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.




**459. En cuanto a las modificaciones de un contrato de un medicamento, señale la respuesta correcta:**

a) Para una modificación no prevista la alteración en su cuantía no puede exceder, aislada o conjuntamente con otras modificaciones acordadas previamente del 50 por ciento de su precio inicial, IVA excluido.
b) Para una modificación prevista podrán modificarse durante su vigencia hasta un máximo del 50 por ciento del precio inicial cuando en los pliegos de cláusulas administrativas particulares se hubiere advertido expresamente de esta posibilidad.
c) Para una modificación prevista podrán modificarse durante su vigencia hasta un máximo del 30 por ciento del precio inicial cuando en los pliegos de cláusulas administrativas particulares se hubiere advertido expresamente de esta posibilidad.
d) Para una modificación no prevista la alteración en su cuantía no puede exceder, aislada o conjuntamente con otras modificaciones acordadas previamente del 30 por ciento de su precio inicial, IVA excluido.

**460. Respecto a la documentación recogida en los pliegos técnicos de contratación que debe ser incluida en los sobres B y C que se presentan al Órgano de Contratación, señale la respuesta FALSA:**

a) Oferta económica y criterios evaluables de forma automática mediante la aplicación de fórmulas en el sobre B.
b) Compromiso de disponer un plan de emergencia que garantice la aplicación efectiva de cualquier retirada del mercado ordenada por las autoridades sanitarias competentes.
c) Compromiso de notificar e informar al Órgano de Contratación de la Organización Central del Ente Público Osakidetza/Servicio vasco de salud sobre el inicio de estudios de observacionales posautorización (EPA) con el medicamento contratado.
d) En el caso de medicamentos para administración parenteral, informe detallado del/de la director/a técnico/a del laboratorio acerca de las bombas de perfusión compatibles.

**461. Según el pliego de bases técnicas, en el caso de que a fecha límite de presentación de ofertas sólo existiera un único laboratorio con opción a ofertar a un lote en concreto (comercialización exclusiva) y éste resultara adjudicatario, si durante la vigencia del contrato alguno de los medicamentos contratados se comenzaran a comercializar, de manera efectiva, medicamentos con idénticos principios activos, el contrato perderá su vigencia y Osakidetza podrá proceder a iniciar los trámites oportunos para su contratación a través del procedimiento que corresponda. No obstante, esto podrá NO implicar en todo caso la finalización de la vigencia del contrato en los siguientes supuestos:**

a) Cuando el adjudicatario adecue su oferta a la nueva situación de mercado igualando o mejorando la oferta a la que se reciba de esos nuevos medicamentos con idénticos principios activos, en cuyo caso, se prorrogará la vigencia del contrato en otros tres años.
b) Cuando el proveedor o los proveedores alternativos al adjudicatario presenten garantía de suministro ininterrumpido.
c) Cuando por razones técnicas el medicamento incluido en el contrato deba seguir adquiriéndose por Osakidetza, entre otras, por ser declarado medicamento no sustituible.




d) Cuando un estudio post autorización acredite una mayor seguridad frente a las alternativas.

**462. Según la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, ¿cuál NO es un tipo de contrato?**

a) Contrato de suministros.
b) Contrato de obras.
c) Contrato de servicios.
d) Contrato de publicidad.Pregunta

**CASO 2**

Un/Una médico/a de familia de un centro de Atención Primaria se pone en contacto con nosotros porque tiene a un paciente hiperfrecuentador. El problema que presenta esta persona paciente es que durante los dos últimos años visita frecuentemente los Servicios de Urgencias (hospitalarios y/o de atención primaria) así como la consulta del/de la médico/a de familia, por mal control de la insuficiencia cardíaca (por disnea).

En cada centro sanitario en que es atendido, se realizan cambios constantes de medicación y sin individualizar los objetivos terapéuticos.

El/La médico/a de familia nos pide si podemos ayudarle a realizar una revisión de la medicación para detectar la causa de sus descompensaciones habituales.

Descripción:

Se trata de un hombre de 81 años con inicio de deterioro cognitivo. Vive con su mujer también de 81 años que empieza a tener algún trastorno de la conducta relacionado con la demencia. El paciente refiere que tiene insomnio a pesar del tratamiento con lormetazepam. También en la exploración física se observan edemas en las piernas. Tiene el soporte de ayuda de su hija.

Se revisan los medicamentos recogidos de la farmacia, donde se constata una dispensación inferior a un 80 % de: atorvastatina, fluoxetina, aclidinio, furosemida y omeprazol.

Antecedentes patológicos:

Cardiopatía isquémica (CI) (stent en 2012), insuficiencia cardíaca diastólica (IC), insuficiencia renal crónica (grado 3), hipertensión (> 20 años), Diabetes Mellitus con neuropatía (DM) (>10 años), síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHS) grave, fibrilación auricular (ACxFA) y Accidente Vascular Cerebral (AVC) sin secuelas (2018), antecedentes de depresión, poliartralgias por poliartrosis, inicio de deterioro cognitivo.

La valoración geriátrica integral muestra un Índice de Barthel de 95, cuestionario de Pfeiffer 3 errores y presencia de depresión que consta en sus antecedentes personales.




Variables analíticas y otras variables:

Tensión arterial (TA), últimos controles (115/70, 113/73 y 114/74 mmHg), frecuencia cardíaca (FC) 70 lpm, IMC 33 Kg/m2, HbA1C 7,6 %, ácido úrico 8,8 mg/dl, cLDL 135 mg/dl, filtrado glomerular estimado (FGe) 45,74 ml/min, creatinina sérica 1,4 mg/dL, saturación oxígeno 97 %. Espirometría sin patrón obstructivo (2015), K+ 4 meq/L y Na+ 143 meq/L.

Plan terapéutico:

- Apixaban 5mg/12h (previamente cambiado acenocumarol por fallo al tratamiento),
- Olmesartan/amlodipino/hidroclorotiazida 40/10/2,5mg/24h,
- Bisoprolol 5mg/24h,
- Atorvastatina 40mg/24h (mala tolerancia a diferentes estatinas y ezetimiba),
- Nitroglicerina SL 0,4mg/0,05 ml, si precisa,
- Furosemida 40mg 2 comp/24h,
- Gliclazida 30mg/24h (2017 se retira la metformina por FGe 38 ml/min),
- Fluoxetina 20mg/24h,
- Tramadol/paracetamol 37,5/325mg 1 comp/6-8h, si precisa,
- Omeprazol 20mg 1 comp/24h,
- Lormetazepam 2mg 1,5 comp/24h (noche),
- Aclidinio 322mcg 1 inhalación/12h.

En base al caso expuesto, se le solicita que responda a las siguientes cuestiones:

**463. La mujer de esta paciente consulta por los trastornos de la conducta del marido. El médico de familia realiza una valoración con el Mini-Mental State Examination (MMSE) obteniendo una puntuación de 20 puntos. Teniendo en cuenta la puntuación obtenida, ¿cuál sería la recomendación?**

a) Iniciar el tratamiento con Memantina.
b) Iniciar el tratamiento con un inhibidor de la acetilcolinesterasa.
c) Iniciar el tratamiento con Memantina y un inhibidor de la acetilcolinesterasa.
d) Iniciar el tratamiento con citicolina




**CASO 3**

Se avisa al equipo de atención primaria por una caída en una paciente domiciliaria y en la movilización presenta mucho dolor, lo que hace sospechar de una posible fractura a causa de la caída sufrida.

Se trata de una mujer de 93 años, crónica compleja. Deterioro cognitivo, GDS 5 y Barthel 70 (dependencia leve).

Antecedentes patológicos: -Problema de salud (año de diagnóstico)

Hipertensión primaria (HTA) (1997), insuficiencia renal crónica (2022), hipercolesterolemia (2012), neoplasia de mama (2021), anemia ferropénica (2022), incontinencia de orina (2022), hipotiroidismo subclínico (2011), gammapatía monoclonal (2022), demencia (2021), agitación (2022).

Parámetros clínicos relevantes:

Última analítica (10/2022): Hemoglobina 10,9 g/dl, Fe (II +III) 29,82, mcg/dl, ferritina 120 ng/dl, creatinina sérica 2,42 mg/dl, filtrado glomerular estimado 16,72 ml/min (10/2022), albumina/creatinina 13,27, K+ 3,8 meq/l, Na+ 139 meq/l, TSH 1,44, CT 218 mg/dl, cLDL 135 mg/dl, HDL 73 mg/dl, IMC

23,87 kg/m2.

Tensión arterial (TA): últimos controles 2023 (144/65 y 99/43 mmHg).

Tratamiento farmacológico actual:

- Enalapril/Hidroclorotiazida 20/12,5 mg/24h.
- Citalopram 20 mg/24h.
- Lorazepam 1 mg/noche.
- Quetiapina 25 mg 1,5/día.
- Levotiroxina 88 mcg/día 5 días a la semana y 100 mcg/día el fin de semana.
- Lezotrol 2,5 mg/día.
- Absorbente de incontinencia de orina DÍA anatómico: 2/día.

En base al caso expuesto, se le solicita que responda a las siguientes cuestiones:

**464. Como consecuencia de la caída, la paciente ingresa con una fractura de pelvis. El tratamiento para el dolor al alta hospitalaria es el siguiente: paracetamol 650 mg/8h, tramadol 100 mg/ml, 10 gotas/8h, metamizol 575 mg (medicación de rescate, si dolor) que se añade a la farmacoterapia de la paciente. ¿Es adecuado el tratamiento para el dolor pautado para esta paciente?**

a) Se debería haber pautado un AINE antes que el tramadol.
b) La dosis de paracetamol debería ser de 1g cada 8h.




c) Es adecuado teniendo en cuenta las características y la intensidad del dolor de la paciente.
d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

**465. Esta paciente tiene un diagnóstico de demencia con un episodio de agitación por el que se pautó quetiapina 25 mg 1,5 comp/día hace 9 meses. En la actualidad, este episodio de agitación se ha resuelto por lo que deberíamos recomendar:**

a) La dosis, la pauta y la duración del tratamiento es correcta, la recomendación sería continuar con el tratamiento.
b) La dosis y la pauta son incorrectas, por lo que deberíamos recomendar la modificación de las mismas.
c) Se debería plantear una reducción del 25 – 50 % de la dosis actual que está tomando la paciente y pasados 15 días volver a reducir un 25 % hasta deprescribir totalmente.
d) Se debería plantear una reducción del 10 % de la dosis actual que está tomando la paciente y pasados 15 días volver a reducir un 10 % hasta deprescribir totalmente.Pregunta

**CASO 4**

Una médica de familia nos pide colaboración en la revisión de la medicación de un paciente que, aunque es autónomo, empieza a tener problemas con la memoria y por consiguiente con el manejo de la medicación. La médica comenta que quiere revisar la medicación por si se pudiera adecuarla y reducir la complejidad del tratamiento farmacológico y además mejorar el cumplimiento.

Descripción:

Se trata de un hombre de 81 años que es viudo y vive solo en un sexto piso sin ascensor y precisa bastón para deambular. Cuestionario de Pfeiffer 3, Índice de Barthel de 85 (dependencia ligera), pero para las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD) la dependencia es severa.

Antecedentes patológicos:

Hipertensión primaria, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) sin antecedentes de exacerbaciones en los últimos años, Diabetes Mellitus, Hiperplasia benigna de próstata (tratado desde hace 5 años con doble tratamiento), Dislipemia mixta, Artrosis, Insomnio, Anemia crónica de etiología desconocida, estenosis del canal medular y obesidad.

En el último año ingresó por una neumonía.

Variables analíticas:

Hemograma: Eritrocitos 4,44 (4,7 a 6,1 mil millones de células/mcL), hemoglobina 12,7 (13,2-

16,6 gramos/dl), hematocrito 39,4 (8,3-48,6 %), fórmula leucocitaria normal.

Bioquímica: Ferritina 58,9 (30-400 mcg/l), hierro 54,9 (59-158 mcg/dL), vitamina B12; 636




(191-663 pg/ml), folato 3,2 (2,8-13,5 ng/mL), glucosa 129,9 mg/dL, HbA1c 7,1%, creatinina 1,03

(FG > 60), ácido úrico 9 (3,4 y 7,0 mg/dL), ionograma correcto, colesterol 143 mg/dL (HDL 36

mg/dL-LDL 74 mg/dL), triglicéridos 100 mg/dL.

Otras Variables:

Cifras de tensión arterial dentro de lo normal.

Plan terapéutico:

- Dutasterida 0,5 mg (1-0-0),
- Tamsulosina 0,4 mg (1-0-0),
- Solifenacina 5 mg (1-0-0),
- Glicazida 30 mg (2-0-0),
- Metformina 850 mg (1-0-1),
- Gemfibrozil 600 mg (1-0-1),
- Ácido acetil salicílico 100 mg (0-0-1),
- Manidipino 10 mg (1-0-0),
- Torasemida 5 mg (1-0-0),
- Sulfato de hierro 105 mg (2-0-0),
- Paracetamol 1 g (1-1-1),
- Omeprazol 20 mg (1-0-1),
- Clonazepam 0,5 mg (0-0-1),
- Bromuro de Tiotropio 18 mcg (1-0-0) (Spiriva® polvo para inhalación),
- Salmeterol/fluticasona 50/500 (2-0-2)

En base al caso expuesto, se le solicita que responda a las siguientes cuestiones:

**466. Revisando el plan terapéutico del paciente, deberemos prestar atención a los siguientes aspectos de seguridad, EXCEPTO:**

a) El paciente puede presentar estreñimiento debido a la prescripción del sulfato ferroso.
b) El paciente puede presentar retención de orina debido a la prescripción de solifenacina.
c) El uso de metformina por el filtrado glomerular que presenta el paciente.
d) Monitorizar los niveles de potasio por la prescripción de torasemida.




**467. En la valoración del tratamiento de este paciente, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Se recomienda plantear al paciente la reducción de la medicación para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.
b) Se debería valorar la adecuación de torasemida para la hipertensión.
c) Se debería considerar la sustitución de gliclazida por insulina.
d) La prescripción de torasemida podría deberse a una cascada terapéutica debida a los efectos adversos de manidipino.

**468. Si se decidiera la retirada de algún medicamento, ¿con cuál de los siguientes se debería realizar una deprescripción gradualmente?**

a) Ácido acetilsalicílico
b) Omeprazol
c) Solifenacina
d) Tamsulosina

**469. Como resultado de la revisión de la medicación se proponen diferentes cambios en la medicación, ¿cómo se abordarán estos cambios con el paciente?**

a) Se realizarán paulatinamente a razón de un cambio por visita.
b) Se realizarán todos a la vez ya que en sí hay más beneficio que riesgo en los cambios derivados de la revisión de la medicación.
c) Se realizarán pactados con el paciente y priorizando los cambios que tengan más beneficio en la trayectoria clínica del paciente.
d) Se realizarán pactados con el paciente, pudiéndose realizar todos a la vez ya que, en sí, hay más beneficio que riesgo en los cambios derivados de la revisión de la medicación.

**470. Según el libro "Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico" (Soc. Esp. de Farmacéuticos de Atención Primaria-SEFAP, 2012), ¿qué fármaco del plan terapéutico del paciente NO pertenece a ninguno de los grupos farmacológicos más frecuentemente implicados en reacciones adversas prevenibles?**

a) Gemfibrozilo.
b) Ácido acetilsalicílico.
c) Torasemida.
d) Manidipino.




**CASO 5**

Un médico de familia de un centro de Atención Primaria se pone en contacto con nosotros porque tiene a un paciente hiperfrecuentador. El problema que presenta este paciente es que durante los dos últimos años visita frecuentemente los Servicios de Urgencias (hospitalarios y/o de atención primaria) así como la consulta del médico de familia, por mal control de la insuficiencia cardíaca (por disnea).

En cada centro sanitario en que es atendido, se realizan cambios constantes de medicación y sin individualizar los objetivos terapéuticos.

El médico de familia nos pide si podemos ayudarle a realizar una revisión de la medicación para detectar la causa de sus descompensaciones habituales.

Descripción:

Se trata de un hombre de 81 años con inicio de deterioro cognitivo. Vive con su mujer también de 81 años que empieza a tener algún trastorno de la conducta relacionado con la demencia. El paciente refiere que tiene insomnio a pesar del tratamiento con lormetazepam. También en la exploración física se observan edemas en las piernas. Tiene el soporte de ayuda de su hija.

Se revisan los medicamentos recogidos de la farmacia, donde se constata una dispensación inferior a un 80 % de: atorvastatina, fluoxetina, aclidinio, furosemida y omeprazol.

Antecedentes patológicos:

Cardiopatía isquémica (CI) (stent en 2012), insuficiencia cardíaca diastólica (IC), insuficiencia renal crónica (grado 3), hipertensión (> 20 años), Diabetes Mellitus con neuropatía (DM) (>10 años), síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHS) grave, fibrilación auricular (ACxFA) y Accidente Vascular Cerebral (AVC) sin secuelas (2018), antecedentes de depresión, poliartralgias por poliartrosis, inicio de deterioro cognitivo.

La valoración geriátrica integral muestra un Índice de Barthel de 95, cuestionario de Pfeiffer 3 errores y presencia de depresión que consta en sus antecedentes personales.

Variables analíticas y otras variables:

Tensión arterial (TA), últimos controles (115/70, 113/73 y 114/74 mmHg), frecuencia cardíaca (FC) 70 lpm, IMC 33 Kg/m2, HbA1C 7,6 %, ácido úrico 8,8 mg/dl, cLDL 135 mg/dl, filtrado glomerular estimado (FGe) 45,74 ml/min, creatinina sérica 1,4 mg/dL, saturación oxígeno 97 %. Espirometría sin patrón obstructivo (2015), K+ 4 meq/L y Na+ 143 meq/L.

Plan terapéutico:

- Apixaban 5mg/12h (previamente cambiado acenocumarol por fallo al tratamiento),
- Olmesartan/amlodipino/hidroclorotiazida 40/10/2,5mg/24h,
- Bisoprolol 5mg/24h,
- Atorvastatina 40mg/24h (mala tolerancia a diferentes estatinas y ezetimiba),
- Nitroglicerina SL 0,4mg/0,05 ml, si precisa,




- Furosemida 40mg 2 comp/24h,
- Gliclazida 30mg/24h (2017 se retira la metformina por FGe 38 ml/min),
- Fluoxetina 20mg/24h,
- Tramadol/paracetamol 37,5/325mg 1 comp/6-8h, si precisa,
- Omeprazol 20mg 1 comp/24h,
- Lormetazepam 2mg 1,5 comp/24h (noche),
- Aclidinio 322mcg 1 inhalación/12h.

En base al caso expuesto, se le solicita que responda a las siguientes cuestiones:

**471. En la misma visita la mujer refiere que su marido empieza a tener pérdidas de orina, ¿Cuál sería la recomendación? Señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Se podría realizar una valoración de la incontinencia mediante un diario miccional.
b) Se podría realizar una exploración en consulta para determinar si podría ser un problema derivado de la próstata.
c) Se podría prescribir un antiespasmódico urinario para la incontinencia.
d) Se podrían prescribir absorbentes de incontinencia mientras no se resuelve la causa.

**472. Este paciente presenta niveles de ácido úrico de 8,8 mg/dl, ¿cuál sería la recomendación?**

a) Añadir a la prescripción alopurinol 300 mg/día.
b) Retirar el amlodipino.
c) El fármaco recomendado en este caso para el tratamiento de la hiperuricemia es el Febuxostat.
d) Retirar la hidroclorotiazida y valorar la respuesta.

**473. En el tratamiento del insomnio del paciente, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) El tratamiento con lormetazepam parece ser inefectivo.
b) Se debería aumentar la dosis de lormetazepam.
c) Se debería optimizar el tratamiento antidepresivo y las medidas de higiene del sueño.
d) El lormetazepam podría empeorar los síntomas del SAHS.

**474. Según el libro "Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico" (Soc. Esp. de Farmacéuticos de Atención Primaria-SEFAP, 2012), ¿qué fármaco del plan terapéutico del paciente NO pertenece al grupo farmacológico más frecuentemente implicado en reacciones adversas prevenibles?**

a) Apixaban
b) Fluoxetina
c) Hidroclorotiazida y amlodipino
d) Atorvastatina




**475. Según el boletín INFAC de "Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP): Recomendaciones de Uso", respecto a la indicación del Omeprazol, señale el tratamiento que lo justifica:**

a) Tramadol + apixaban
b) Fluoxetina + apixaban
c) Apixaban
d) Ninguno

**476. En el caso de este paciente podemos ver que hay un problema con la adherencia al tratamiento farmacológico, ¿cuál sería en este caso la medida más eficaz para mejorar la adherencia al tratamiento?**

a) Recordarle al paciente la importancia de la toma de la medicación.
b) Utilizar un pastillero de la medicación.
c) Involucrar a la mujer en la toma de la medicación del marido.
d) Utilizar un clasificador de la medicación e involucrar a la persona cuidadora.

**477. Este paciente realiza muchas visitas al Servicio de Urgencias, por lo que deberemos realizar la conciliación de la medicación cada vez que sea visitado por este Servicio. ¿Qué tipos de discrepancias requerirán aclaración?**

a) Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica.
b) Sustitución terapéutica.
c) Prescripción incompleta.
d) Decisión médica de no prescribir un medicamento en base a la nueva situación clínica.

**478. En el proceso de conciliación de la medicación ¿a qué nos referimos cuando decimos que hay una discrepancia por comisión?**

a) El paciente presenta una interacción clínicamente relevante.
b) El paciente presenta una duplicidad entre una medicación previa y la nueva prescripción.
c) Se inicia un tratamiento que el paciente no tomaba anteriormente y no hay justificación clínica, explícita o implícita, para el inicio.
d) Mantener una medicación contraindicada para el paciente.

**479. En relación a la elección del tratamiento antidepresivo de este paciente, señale la opción correcta:**

a) Fluoxetina es el ISRS más adecuado.
b) Sertralina es una opción adecuada en pacientes ancianos.
c) Paroxetina presenta menor incidencia de síntomas de discontinuación que otros ISRS.
d) Venlafaxina es más segura que los ISRS a nivel cardiovascular.




**CASO 6**

Se avisa al equipo de atención primaria por una caída en una paciente domiciliaria y en la movilización presenta mucho dolor, lo que hace sospechar de una posible fractura a causa de la caída sufrida.

Se trata de una mujer de 93 años, crónica compleja. Deterioro cognitivo, GDS 5 y Barthel 70 (dependencia leve).

Antecedentes patológicos: -Problema de salud (año de diagnóstico)

Hipertensión primaria (HTA) (1997), insuficiencia renal crónica (2022), hipercolesterolemia (2012), neoplasia de mama (2021), anemia ferropénica (2022), incontinencia de orina (2022), hipotiroidismo subclínico (2011), gammapatía monoclonal (2022), demencia (2021), agitación (2022).

Parámetros clínicos relevantes:

Última analítica (10/2022): Hemoglobina 10,9 g/dl, Fe (II +III) 29,82, mcg/dl, ferritina 120 ng/dl, creatinina sérica 2,42 mg/dl, filtrado glomerular estimado 16,72 ml/min (10/2022), albumina/creatinina 13,27, K+ 3,8 meq/l, Na+ 139 meq/l, TSH 1,44, CT 218 mg/dl, cLDL 135 mg/dl, HDL 73 mg/dl, IMC

23,87 kg/m2.

Tensión arterial (TA): últimos controles 2023 (144/65 y 99/43 mmHg).

Tratamiento farmacológico actual:

- Enalapril/Hidroclorotiazida 20/12,5 mg/24h.
- Citalopram 20 mg/24h.
- Lorazepam 1 mg/noche.
- Quetiapina 25 mg 1,5/día.
- Levotiroxina 88 mcg/día 5 días a la semana y 100 mcg/día el fin de semana.
- Lezotrol 2,5 mg/día.
- Absorbente de incontinencia de orina DÍA anatómico: 2/día.

En base al caso expuesto, se le solicita que responda a las siguientes cuestiones:

**480. ¿Cuál sería la actuación a seguir después del alta hospitalaria referente a la medicación?**

a) Realizar conciliación de la medicación al alta.
b) Añadir la medicación al plan terapéutico tal y como figura en el informe.
c) Realizar la conciliación al alta teniendo en cuenta lo que pone el informe médico y la entrevista con la paciente y/o familiar.
d) Debido a que la paciente ya está tomando la medicación no es necesario el proceso de conciliación de la medicación.




**481. Al alta hospitalaria, junto al tratamiento prescrito para el dolor, también le han prescrito omeprazol 20 mg/24h. Para esta paciente, el omeprazol:**

a) Al realizar la conciliación de la medicación es una discrepancia no justificada.
b) Según la categorización de los errores de conciliación: es un error categoría C.
c) No es una discrepancia ya que teniendo en cuenta las características y antecedentes de la paciente, esta paciente requiere la prescripción de omeprazol.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

**482. Al revisar si todos los medicamentos tienen indicación encontramos que:**

a) Todos los medicamentos tienen asociada una indicación vigente.
b) La paciente tiene en su plan terapéutico lorazepam sin una indicación aparente.
c) La paciente tiene en su plan terapéutico lezotrol sin una indicación aparente.
d) Las respuestas b) y c) son correctas.

**483. ¿Tiene la paciente alguna indicación NO tratada?**

a) La paciente presenta hipercolesterolemia no tratada y teniendo en cuenta su edad y que es prevención primaria, ésta debería ser tratada; de hecho, es un criterio START.
b) Actualmente no presenta ninguna patología que no está tratada y debería estarlo.
c) Presenta una anemia ferropénica que debería tratarse, aunque pueda ser secundaria a la enfermedad renal crónica.
d) Actualmente la paciente presenta incontinencia urinaria que se podría tratar con un antiespasmódico urinario.

**CASO 7**

La farmacéutica de atención primaria aborda la revisión de la medicación de un hombre de 70 años, autónomo y que vive con su esposa en su domicilio.

Antecedentes patológicos: -Problema de salud (año de diagnóstico)

Hipertensión primaria (HTA) (1990), hipercolesterolemia (2012), hiperplasia benigna de próstata (2002), artrosis de rodilla (2022), hiperuricemia (2022), diabetes mellitus tipo 2 (1999).

Parámetros clínicos relevantes:

Última analítica (05/2023): Hemoglobina 13,9 g/dl, Fe (II +III) 78 mcg/dl, ferritina 120 ng/dl, creatinina sérica 1,05 mg/dl, filtrado glomerular estimado >60 ml/min, K+ 3,8 meq/l, Na+ 139 meq/l, CT 150 mg/dl, cLDL 105 mg/dl, HDL 75 mg/dl, IMC 25,97 kg/m2, cobalamina sérica 150 ng.

Tensión arterial (TA): últimos controles 2023 (164/95 y 170/90 mmHg).

Tratamiento farmacológico actual:

- Enalapril/Hidroclorotiazida 20 mg/12,5 mg/24h.
- Tamsulosina 0,4 mg/24h.




- Alopurinol 100 mg/24h.
- Ibuprofeno 600 mg/8h.
- Simvastatina 20 mg/24h.
- Paracetamol 1g/a demanda en caso de necesidad.
- Metformina 850 mg/24h.

En base al caso expuesto se le solicita que responda a las siguientes cuestiones:

**484. En relación al déficit de Vitamina B12 que presenta el paciente señale la respuesta FALSA:**

a) El tratamiento crónico con metformina es un factor de riesgo de déficit de vitamina B12.
b) Si los síntomas de déficit que presenta el paciente son leves-moderados se puede iniciar tratamiento con vitamina B12 vía oral a la dosis de 1.000 µg una vez al mes.
c) En el caso de síntomas graves, se recomienda instaurar el tratamiento vía IM.
d) Al inicio del tratamiento con vitamina B12 se puede producir hipopotasemia grave, por lo que se deben monitorizar los niveles de potasio y tratar si es necesario.

**485. En una consulta posterior se detectan cifras elevadas de tensión arterial (164/95 y 170/90 mmHg). El médico le añade hidroclorotiazida al tratamiento con enalapril que ya llevaba el paciente. Señale la respuesta correcta:**

a) La introducción de la hidroclorotiazida responde a una escalada farmacológica adecuada ya que el paciente no se encuentra controlado actualmente y seguramente se debe a una evolución de la enfermedad.
b) Con la introducción de hidroclorotiazida deberemos monitorizar el potasio porque puede causar hiperpotasemia.
c) La introducción de la hidroclorotiazida no es adecuada ya que la hipertensión se puede deber a la prescripción de Ibuprofeno.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**486. A finales de año, vuelve el paciente para realizarse la analítica de control anual, encontrando valores de ácido úrico de 7 mg/dl. El médico le prescribe alopurinol 100 mg/24h. Señale la respuesta correcta:**

a) La prescripción de alopurinol es adecuada teniendo en cuenta los niveles elevados de ácido úrico que presenta en este paciente sin antecedentes de gota.
b) En casos de niveles elevados de ácido úrico se debería tratar con alopurinol si hay antecedentes de gota, aunque el paciente no presente sintomatología.
c) La prescripción de alopurinol después de un episodio de gota, en general, se acepta iniciarlo 2 semanas después de la resolución de la crisis.
d) Las respuestas b) y c) son correctas.

**487. ¿Crees que la prescripción de alopurinol es adecuada?**

a) La prescripción de alopurino es adecuada porque la hiperuricemia es un problema prevalente en pacientes de esta edad




b) La prescripción de alopurinol no es adecuada ya que este incremento de ácido úrico es un efecto adverso de la hidroclorotiazida.
c) La prescripción de alopurinol no es adecuada ya que este incremento de ácido úrico es un efecto adverso de enalapril.
d) La prescripción de alopurinol no es adecuada ya que este incremento de ácido úrico es un efecto adverso de la tamsulosina.

**488. ¿Podríamos decir que este paciente presenta una cascada terapéutica?**

a) Sí, por la prescripción de ibuprofeno, hidroclorotiazida y alopurinol.
b) No, ya que todos los medicamentos son necesarios.
c) Sí, porque la prescripción de tamsulosina ha causado hiperuricemia que ha sido tratada con alopurinol.
d) Sí, por la prescripción en cascada de ibuprofeno y alopurinol.

**489. En el caso que este paciente tuviera una cascada terapéutica, ¿cómo plantearía su resolución?**

a) Deprescribiendo los medicamentos de manera inversa a como han sido prescritos.
b) Acordando con el paciente los cambios derivados de la revisión, buscando una alternativa terapéutica adecuada al tratamiento causante de la cascada terapéutica.
c) A pesar de ser una cascada terapéutica, los medicamentos son necesarios por lo que no se debería deprescribir ninguno de ellos.
d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

**490. ¿Qué recomendación sería la más adecuada en este paciente para resolver la cascada terapéutica?**

a) Buscar una alternativa al tratamiento del dolor en la rodilla que no sea ibuprofeno.
b) Buscar una alternativa terapéutica al tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata que no sea tamsulosina.
c) Añadir al tratamiento de la hipertensión un antihipertensivo diferente a la hidroclorotiazida.
d) Ninguna de las opciones planteadas anteriormente sería válida para este paciente.

**491. Al cabo de unos meses este paciente acude nuevamente a consulta porque presenta una ligera pérdida de orina, hecho que le incomoda ya que tiene que estar pendiente de ir al lavabo cuando sale a pasear o a comprar. ¿Cuál sería el manejo adecuado de este paciente?**

a) Realizar un análisis de orina y pedir al paciente que realice un diario miccional de 3 días.
b) Prescribir un fármaco antiespasmódico urinario como primera línea terapéutica.
c) Debe contemplarse prescribir medidas higiénico-dietéticas y cambios de estilos de vida.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.




**492. Respecto a la prescripción de un antimuscarínico en un paciente, señale la respuesta FALSA.**

a) Los antiespasmódicos urinarios son fármacos de escasa eficacia.
b) La carga anticolinérgica y el uso de anticolinérgicos a largo plazo se asocia con un aumento del riesgo de deterioro cognitivo y demencia.
c) En los pacientes con hiperplasia benigna de próstata se tienen que utilizar con precaución por que pueden causar una retención aguda de orina.
d) Con fesoterodina se ha observado prolongación del intervalo QT.

**CASO 8**

Una pediatra solicita a la Comisión de Farmacia de la OSI la inclusión de un jarabe de dexametasona en sustitución de la dexametasona inyectable para el tratamiento de la laringitis aguda o crup, de leve a moderada en niños, en los centros de salud. Los miembros de la Comisión de Farmacia realizan una búsqueda bibliográfica para decidir si deben aceptar la inclusión o no.

**493. En la búsqueda bibliográfica se han encontrado algunos estudios observacionales (de cohortes, y de casos y controles), varios estudios clínicos aleatorizados (ECA) y un metaanálisis. Suponiendo que todos ellos tengan una buena calidad metodológica, ¿cuál de ellos es MENOS valioso en la llamada "jerarquía de la evidencia"?**

a) Las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos.
b) Los estudios de cohortes o de casos y controles.
c) Los ECA.
d) Los metaanálisis.

**494. Entre la bibliografía encontrada figura un metaanálisis que incluyó 45 ECA con 5.888 niños, realizados en pacientes pediátricos con crup tratados ambulatoriamente u hospitalizados, en los cuales se estudió la efectividad de los glucocorticoides por vía oral, parenteral o nebulizada comparados con placebo o cualquier tratamiento activo. La variable principal de este metaanálisis es la puntuación del crup, medida mediante la escala de Westley a las 6, 12 y 24 horas. ¿Responde este metaanálisis a nuestra pregunta de investigación?**

a) No, la población incluida en el metaanálisis no es la misma que la nuestra.
b) Sí, la población incluida en el metaanálisis es parecida a la nuestra.
c) No, aunque la población incluida en el metaanálisis es parecida a la nuestra, y compara efectividad entre distintos glucocorticoides y otros fármacos, no responde a la pregunta concreta de la comparación entre la vía oral y la parenteral.
d) Sí, la población incluida en el metaanálisis es la misma y compara la efectividad entre distintos fármacos glucocorticoides.




**495. Siguiendo con la búsqueda bibliográfica se encontró un ECA que comparó dexametasona 0,6 mg/kg vía oral frente a la vía intramuscular en el tratamiento de crup moderado en niños. Otro de los sesgos que hay que valorar cuando se realiza una lectura crítica es el sesgo de confusión ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación con el sesgo de confusión, es correcta?**

a) La asociación observada entre el factor de estudio y el efecto puede ser total o parcialmente explicada por otra variable.
b) Para ser considerado factor de confusión no debe estar relacionado con la enfermedad.
c) No se considera sesgo de confusión si una asociación real queda enmascarada por el factor de estudio.
d) Si se tiene en cuenta a la hora de diseñar el estudio se puede eliminar completamente.

**496. Uno de los estudios que analizamos concluye que la tasa de recurrencia del crup a las 24 horas es del 3 % con la dexametasona oral (intervención) y del 6 % con la dexametasona intramuscular (comparador). ¿Cuál será el riesgo relativo de recurrencia?**

a) 3.
b) 9.
c) 50.
d) 0,5.

**497. Teniendo en cuenta los datos de recurrencia del estudio anterior queremos calcular la NNT (número de pacientes que sería necesario tratar con dexametasona oral para evitar una recurrencia). ¿Cuál sería el NNT en este caso?**

a) 3,33.
b) 33,3.
c) 25.
d) 9.

**498. Señale la respuesta FALSA en relación a los NNT:**

a) Cuanto menor sea el NNT mayor será el efecto de la intervención.
b) El NNT no depende del riesgo basal.
c) Se debe referir siempre a un tiempo determinado.
d) Se debe referir siempre a una población determinada.

**499. El intervalo de confianza que se detalla en este estudio es IC 95 %: 0,2-0,8. Señale la respuesta correcta:**

a) Es un intervalo amplio, lo que indica que las estimaciones son muy precisas.
b) Los extremos del intervalo no cruzan el 1, lo que indica que la magnitud del efecto es grande.
c) Indica que, con una probabilidad del 95 %, la reducción del riesgo relativo estará dentro de ese intervalo.
d) Indica el rango de valores entre los que se encontrará el verdadero valor de la recurrencia del crup, con una probabilidad del 95 %.




**500. Recientemente se ha publicado un estudio de no inferioridad de la dexametasona oral frente a la dexametasona intramuscular. ¿Cuál de los siguientes aspectos NO es cierto en este tipo de ensayos?**

a) La hipótesis nula es que los dos tratamientos que se comparan son iguales.
b) Los resultados se analizan por protocolo.
c) Son útiles cuando el objetivo principal es demostrar seguridad.
d) El margen de no inferioridad debe estar preespecificado.