

OSAKIDETZA

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

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

KATEGORIA: FAK. ESP. OSPITALE-FARMAZIAKO TEKNIKARIA

CATEGORÍA: FAC. ESP. TECNICO FARMACIA HOSPITALARIA

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

2. ariketa / 2º ejercicio

KASU ZK.: 1

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

Galderak:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KASU ZK.: 2

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

58 urteko pazientea, emakumezkoa, 5 urte lehenago Artritis Erremautoidearen diagnostikoa jaso duena.

Aurrekariak: erretzailea; pisua: 60 kg; altuera: 1,65 m; menopausia 42 urterekin; hipertentsio arteriala; hiperkolesterolemia.

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

Biokimika eta gernua, normal.

Minaren EVA (ikus eskala analogikoa): 6/10

Gaixotasunaren EVA bidezko ebaluazio orokorra, pazienteak egindakoa: 7/10

Gaixotasunaren EVA bidezko ebaluazio orokorra, medikuak egindakoa: 6/10

HAQ (Health Assessment Questionnaire): 1,3/3

DAS28 (Disease Activity Score): 5,1

Erradiologia: erosio nabarmenak eskuetan.

Larruazalpeko noduluak.

Giltzadurez kanpoko manifestazioak: ez.

Tratamenduak, aurretikoak eta konkomitanteak:

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

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

Galderak:

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

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

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

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

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

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

	librearen maila optimoekin.
d)	Denak okerrak dira.

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

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

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

KASU ZK.: 3**Enuntziatua:**

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

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

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

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

Galderak:

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

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

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

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

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

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

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

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

CASO Nº: 1

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

Preguntas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CASO Nº: 2

Se recibe en el servicio de farmacia una solicitud para el inicio de un tratamiento biológico con **Adalimumab subcutáneo** (40mg cada 2 semanas) para que sea validada y gestionada por el servicio de farmacia. Se hacen constar los siguientes datos:

Paciente de 58 años de edad, mujer, diagnosticada de Artritis Reumatoide desde hace 5 años.

Antecedentes: fumadora, peso 60 Kg, talla 1,65m, menopausia a los 42 años, hipertensión arterial, hipercolesterolemia.

Analítica: Reactantes de fase aguda VSG 39 mm/h, PCR 12 mg/L, Factor Reumatoide positivo, Anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados positivo (anti-CCP +), anticuerpos antinucleares (ANA) negativo.

Bioquímica y orina normal

EVA (escala visual analógica) dolor: 6/10

EVA evaluación global de la enfermedad realizada por el paciente: 7/10

EVA evaluación global de la enfermedad realizada por el médico: 6/10

HAQ (Health Assessment Questionnaire): 1,3/3

DAS28 (Disease Activity Score): 5,1

Radiología: erosiones importantes en manos.

Nódulos subcutáneos.

Manifestaciones extraarticulares: no

Tratamientos previos y concomitantes:

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

-Actualmente: Metotrexato oral 15mg (*dosis máxima tolerada*) + ácido fólico semanales (comienzo hace 6 meses). Diclofenaco 1 comp 50mg/8h. Prednisona 7,5mg/día oral. Atorvastatina 10mg/24h oral. Enalapril 5mg/día oral. Omeprazol 20mg/día oral. Lorazepam 1mg noche oral. Calcio 1000mg/vitamina D₃ 800 UI: 1 sobre/día.

Preguntas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CASO N°: 3

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

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

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

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

Preguntas:

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

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

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

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

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

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

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

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