

Autoevaluación y Formación Médica Continuada en



ACTAS DERMO-SIFILIOGRÁFICAS



TEMA: «**Actualización en el tratamiento de la infección VIH. Interés para el dermatólogo**»

Miguel Ángel Muñoz Pérez y Francisco Camacho. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:1-8

1

Indicar cuál de los siguientes antirretrovirales no es un inhibidor de la proteasa:

- a. Indinavir.
- b. Saquinavir.
- c. Abacavir.
- d. Ritonavir.

2

Señalar la respuesta incorrecta respecto al inicio precoz del tratamiento antirretroviral:

- a. Favorece la prevención del deterioro inmunológico.
- b. Disminuye el riesgo de transmisión viral.
- c. Se asocia a una mayor supervivencia.
- d. Aumenta el riesgo de toxicidad farmacológica.

3

Señalar cuál no es un síntoma frecuente del síndrome retroviral agudo:

- a. Exantema.
- b. Fiebre.
- c. Linfadenopatía.
- d. Aftas.

4

¿Cuál de los siguientes fármacos no suele inducir exantema?:

- a. Abacavir.
- b. Cotrimoxazol.
- c. Inhibidores de proteasa.
- d. Zidovudina.

5

El parámetro principal en la monitorización de la eficacia del tratamiento es:

- a. Carga viral.
- b. Contaje de los niveles de linfocitos CD4.
- c. Velocidad de sedimentación globular.
- d. Alfa-2-microglobulina.

6

¿Cuándo no está aceptado el comienzo del tratamiento antirretroviral en un paciente VIH+?:

- a. Inmediatamente tras el diagnóstico de seroconversión.
- b. Siempre que aparezca el síndrome agudo de seroconversión.
- c. Si la carga viral es mayor de 20.000 copias por ml por PCR.
- d. En mujeres si la carga viral es mayor de 5.000 copias por ml por PCR.

7

Respecto al tratamiento de la infección aguda, señalar la respuesta incorrecta:

- a. Debe comenzarse con un régimen específico: zidovudina + didanosina.
- b. Son escasos los ensayos clínicos que demuestran un beneficio a largo plazo de la terapia antirretroviral.
- c. Un tratamiento precoz favorece una menor diseminación del virus por el organismo.
- d. Disminuye la gravedad de la enfermedad aguda.

8

Señalar la respuesta incorrecta respecto al tratamiento de la infección aguda:

- a. Hay que comprobar que a las 6 semanas hemos alcanzado una carga viral indetectable.
- b. Al comenzar el tratamiento tras la infección aguda hay que mantenerlo de forma indefinida.
- c. Hay que monitorizar la carga viral cada 3-4 meses.
- d. Previene el daño inmunológico inicial.

9

En relación con las interacciones medicamentosas de los antirretrovirales no es cierto que:

- a. La rifampicina no debe emplearse conjuntamente con los inhibidores de la proteasa (IP).

- b. El ritonavir es el único antirretroviral con interacciones con analgésicos y psicotrópicos.
- c. El ketoconazol no debe administrarse con IP ni con los INNTI.
- d. Los antihistamínicos como astemizol y terfenadina son incompatibles con los inhibidores de la proteasa.

10

El fracaso del régimen terapéutico puede deberse a:

- a. Resistencia viral inicial.
- b. Régimen incompleto, no supresor.
- c. Falta de cumplimiento por el paciente.
- d. A todas las anteriores.

11

Respecto al cambio de tratamiento es cierto:

- a. Debe hacerse cuando aumente más de tres veces la CV.
- b. Debe cambiarse en pacientes en tratamiento con dos INTI y con viremias detectables.
- c. Debemos cambiar el régimen terapéutico en su totalidad.
- d. Todas las anteriores.

12

Señalar la respuesta incorrecta:

- a. El desarrollo de resistencia no es una causa común de fracaso terapéutico.
- b. La aparición de resistencia se detecta precozmente por el aumento de la carga viral.
- c. La resistencia farmacológica de las variantes genéticas del VIH puede consultarse en www.hiv-web.lanl.gov
- d. Los ensayos fenotípicos de concentraciones inhibitorias *in vitro* sobre la cepa del virus del paciente sólo deben realizarse cuando el paciente está en tratamiento antirretroviral.

13

En relación a la infección por el VIH en los niños, señalar la respuesta correcta:

- a. La supervivencia en niños suele ser superior a la de los adultos.
- b. La transmisión suele ser vertical.
- c. La historia natural de la infección es diferente que la de los adultos.
- d. Todas las anteriores son ciertas.

14

Señalar la respuesta incorrecta respecto al tratamiento antirretroviral en el embarazo:

- a. La zidovudina (AZT) es el único fármaco con capacidad demostrada de disminuir el riesgo de transmisión perinatal.

- b. En el recién nacido no es aconsejable administrar AZT en las 6 primeras semanas de vida.
- c. Gestantes con CV < 20.000 (PCR) y CD4 > 500 es aconsejable prescribir AZT de forma aislada.
- d. Es aconsejable administrar AZT intravenoso intraparto.

15

¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?:

- a. En gestantes con enfermedad avanzada se recomienda un régimen combinado de tres o cuatro fármacos que incluya el AZT.
- b. Si la paciente insiste en suspender el tratamiento en el primer trimestre de embarazo hay que suspenderlos todos y de forma simultánea.
- c. En el embarazo es más probable la aparición de resistencias.
- d. En los adolescentes está indicado un tratamiento precoz e intenso como en los adultos.

16

Señalar la respuesta falsa en relación con el comienzo del tratamiento antirretroviral:

- a. Las monoterapias son aconsejables en las fases iniciales.
- b. En pacientes asintomáticos es aconsejable solicitar la CV y los CD4 antes de comenzar el tratamiento.
- c. En pacientes con SIDA, fiebre inexplicada o muguet hay que comenzar el tratamiento lo antes posible.
- d. El tratamiento inicial suele constar de un inhibidor de proteasa + AZT + ddI o ddC o 3 TC.

17

Los siguientes medicamentos inducen hepatotoxicidad, excepto:

- a. Rifampicina.
- b. Inhibidores de la proteasa.
- c. Zidovudina (AZT).
- d. Fluconazol.

18

El tratamiento aceptado en la profilaxis de la transmisión perinatal (antes del parto) es:

- a. AZT oral 100 mg cinco veces al día.
- b. AZT + dos inhibidores de la proteasa.
- c. Indinavir + d4T + ddI.
- d. Ninguno de los anteriores.

19

En pacientes con serología positiva para el VIH pero asintomáticos está indicado:

- a. Comenzar el tratamiento si la carga viral (CV) es > 20.000 (PCR).
- b. Si la CV es < 20.000 (PCR) realizar CD4 y si es < 500/mm³ comenzar el tratamiento.

- c. Algunos expertos aconsejan tratar al paciente aunque CD4 > 500 y CV < 20.000 (PCR).
- d. Todo lo anterior es cierto.

20

Señalar la respuesta incorrecta respecto al tratamiento de la infección por VIH:

- a. Los inhibidores de la proteasa han ampliado las expectativas de supervivencia.

- b. Conviene suspender sólo el medicamento que sospechamos responsable de los efectos indeseables.

- c. Se interrumpe el tratamiento por efectos indeseables, interacciones farmacológicas o primer trimestre del embarazo.

- d. Actualmente no se concibe una terapia inicial con menos de tres fármacos.

Respuestas correctas a las preguntas correspondientes a las preguntas correspondientes a la Revisión de Formación Médica Continuada del número 12, diciembre 2000.

Ignacio García Doval, Jean-Claude Roujeau y Manuel J. Cruces Prado. Necrólisis epidérmica tóxica y síndrome de Stevens-Johnson: clasificación y actualidad terapéutica. *Actas Dermosifiliogr* 2000;91:541-554.

1c	8a	15d
2c	9d	16d
3d	10b	17a
4a	11b	18a
5b	12d	19c
6c	13d	20d
7d	14a	