

Examen XIII Curso GETECCU-SEGHNP sobre EII-P

NOMBRE COMPLETO:

PREGUNTA 1: ¿CUÁNDO SE DEBEN UTILIZAR LAS MEDIDAS DE RESULTADOS PERCIBIDAS POR EL OBSERVADOR (OBSRO)? (DR. DAN TURNER)

- A. En todos los casos en que se utilice PRO
- B. Sólo en niños <8 años
- C. En índices radiológicos
- D. En los casos en que los pacientes no puedan completar el PRO por sí mismos y un observador pueda completar el índice en su lugar.

PREGUNTA 2: LA EQUIVALENCIA CONCEPTUAL SE REFIERE A: (DR. DAN TURNER)

- A. Equivalencia entre el resultado comunicado por el clínico y el comunicado por el paciente
- B. Equivalencia entre la calidad de vida y la escala de discapacidad
- C. Equivalencia entre el resultado comunicado por el observador y el comunicado por el paciente
- D. Equivalencia entre dos caras de la misma moneda

PREGUNTA 3: EARLY BIOLOGIC TREATMENT (WITHIN 2 YEARS OF DIAGNOSIS) IS MOST EFFECTIVE IN WHICH PATIENT POPULATION WITH IBD (DR. COREY SIEGEL):

- A. Adult
- B. Pediatric
- C. Elderly patients
- D. Patients living in rural locations

PREGUNTA 4: IN THE UNITES STATES ADULT CROHN'S DISEASE PATIENT POPULATION FROM 2017-2021, THE PROPORTION OF PATIENTS STARTING ANY ADVANCED THERAPY (BIOLOGIC OR SMALL MOLECULE) WITHIN THE FIRST TWO YEARS OF DIAGNOSIS IS (DR. COREY SIEGEL):

- A. 14%
- B. 24%
- C. 34%
- D. 44%

PREGUNTA 5: RESPECTO A INFLIXIMAB ADMINISTRADO POR VÍA SUBCUTÁNEA, ¿CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA? (DRA. ELENA RICART)

- A. La dosis más adecuada es 120mg/semana en aquellos pacientes con pauta endovenosa intensificada.
- B. Los niveles de fármaco alcanzados en sangre con infliximab subcutáneo son iguales que los que se obtienen con la pauta endovenosa.
- C. Los niveles de infliximab en pauta subcutánea son estables entre dosis por lo que pueden realizarse en cualquier momento.
- D. Existe evidencia en práctica clínica de la eficacia y seguridad de cambiar infliximab endovenoso a subcutáneo en pacientes con dosis habitual en pauta endovenosa pero no en pacientes con pauta intensificada.

PREGUNTA 6: RESPECTO A VEDOLIZUMAB ADMINISTRADO POR VÍA SUBCUTÁNEA, ¿CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA? (DRA. ELENA RICART)

- A. Los estudios VISIBLE 1 y VISIBLE 2 evaluaron la eficacia y seguridad de vedolizumab subcutáneo en el mantenimiento de la remisión en colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, respectivamente.
- B. Al contrario de lo que ocurre con infliximab subcutáneo, los niveles plasmáticos alcanzados con vedolizumab subcutáneo son similares a los obtenidos con vedolizumab endovenoso.
- C. Se ha calculado que el mantenimiento con vedolizumab subcutáneo es coste-efectivo.
- D. La aparición de una reacción local en el punto de inyección es muy frecuente, especialmente en pacientes con enfermedad de Crohn.

PREGUNTA 7: MIRIKIZUMAB ES: (DRA. ANA GUTIÉRREZ-CASBAS)

- A. Un fármaco bloqueador anti IL 12-23 aprobado para su uso en colitis ulcerosa.
- B. Un fármaco bloqueador anti IL-23 aprobado para su uso en Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.
- C. Un fármaco bloqueador anti IL 12-23 aprobado para su uso en enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.
- D. Un fármaco bloqueador anti IL-23 aprobado para su uso en colitis ulcerosa.

PREGUNTA 8: INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA: (DRA. ANA GUTIÉRREZ-CASBAS)

- A. Ustekinumab es un bloqueador anti IL 12-23 aprobado para el tratamiento de pacientes con psoriasis, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.
- B. Risankizumab es un bloqueador anti IL 23 aprobado para su uso en enfermedad de Crohn.
- C. Los fármacos anti IL 12-23 presentan mayor riesgo de inmunogenicidad que los anti-TNF.
- D. Mirikizumab ha desarrollado un programa en colitis ulcerosa a través de los estudios LUCENT.



PREGUNTA 9: LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PUEDEN DESARROLLAR MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DURANTE LA EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD. ¿CÚAL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES FALSA? (DRA. MÍRIAM MAÑOSA)

- A. Las manifestaciones extraintestinales en la EII siempre traducen actividad luminal de la EII.
- B. Las manifestaciones extraintestinales se pueden presentar en un 6-35% de los pacientes pediátricos con EII.
- C. En un 35% de los pacientes pediátricos, las manifestaciones extraintestinales pueden preceder a los síntomas intestinales.
- D. Parece que los pacientes con enfermedad de Crohn presentan un mayor riesgo de desarrollar manifestaciones extraintestinales que los pacientes con CU.

PREGUNTA 10: EL TRATAMIENTO PARA LAS MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN LA EII: (DRA. MÍRIAM MAÑOSA)

- A. El mecanismo de acción de vedolizumab justifica que sea muy buena opción para la mayoría de la manifestaciones extraintestinales.
- B. Es importante conocer el mecanismo de acción de los distintos fármacos para la EII para valorar la mayor estrategia en pacientes con EII y manifestaciones extraintestinales.
- C. Los corticoides son un tratamiento eficaz para la mayoría de las manifestaciones extraintestinales.
- D. Ustekinumab es más efectivo para el tratamiento de las manifestaciones cutáneas y musculoesqueléticas que no para otras manifestaciones extraintestinales como las hepato-biliares.

PREGUNTA 11: SON FACTORES DE RIESGO DE TROMBOSIS TODOS MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES: (DR. MEDINA)

- A. Bajo índice de masa corporal
- B. Tener vía central
- C. Tratamiento con corticoides sistémicos
- D. Historia familiar de trombosis

PREGUNTA 12: SEGÚN LA OPINIÓN DE EXPERTOS SE CONSIDERA OPORTUNA LA PROFILAXIS DE LA TROMBOSIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN LOS SIGUIENTES CASOS CLÍNICOS: (DR. MEDINA)

- A. Niña de 8 años con Colitis ulcerosa severa de nuevo diagnóstico.
- B. Niño de 3 años con Colitis indeterminada brote moderado con corticoides sistémicos
- C. Adolescente mujer de 14 años con enfermedad de Crohn ileal de fenotipo inflamatorio en actividad con pielonefritis y antibióticos parenterales.
- D. Todas son correctas



PREGUNTA 13: ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DESCRIBE UN CRITERIO PARA CONSIDERAR LA TRANSICIÓN A OTRO TIPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA GRAVE? (DR. VICTOR NAVAS)

- A. Presencia de síntomas leves luego de 5 días de tratamiento con antibióticos orales
- B. Falta de respuesta al tratamiento esteroideo v.o. a dosis de 60 mg/día
- C. Falta de respuesta al tratamiento con 5-ASA a dosis de 100 mg/kg/día.
- D. Falta de respuesta al tratamiento esteroideo i.v. tras 3-10 días a dosis adecuadas.

PREGUNTA 14: EL FÁRMACO DE ELECCIÓN PARA LA SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN LA COLITIS ULCEROSA GRAVE CORTICORRESISTENTE ES: (DR. VICTOR NAVAS)

- A. Tacrolimus
- B. Ciclosporina
- C. Infliximab
- D. Todas son correctas

PREGUNTA 15: ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO CON TIOPURINAS SE RECOMIENDA DETERMINAR LA SEROLOGÍA DE: (DRA. ESTER DONAT)

- A. Serología del VHB
- B. Serología del VEB
- C. No es necesario
- D. a y b son ciertas

PREGUNTA 16: LA REACTIVACIÓN DE LA TBC SE VE INCREMENTADA CON EL USO DE: (DRA. ESTER DONAT)

- A. Anti-TNF
- B. Metrotexate
- C. Combinación anti-TNF+ metrotexate
- D. Azatioprina



PREGUNTA 17: EN RELACIÓN A LOS BIOSIMILARES, SEÑALE LA FRASE INCORRECTA: (DR. ALEJANDRO RODRÍGUEZ)

- A. Un biosimilar (o medicamento biológico similar) es un medicamento biológico equivalente en calidad, eficacia y seguridad a un medicamento biológico original, llamado producto de referencia.
- B. La intercambiabilidad terapéutica es la posibilidad de cambiar un fármaco por otro que se espera que tenga el mismo efecto clínico.
- C. La sustitución terapéutica es realizada por el médico prescriptor, mientras que el switch lo realiza directamente el farmacéutico.
- D. Una vez el biosimilar ha demostrado similitud con el biológico original en cuanto a calidad, características farmacocinéticas y farmacodinámicas, eficacia y seguridad en al menos una de las indicaciones aprobadas, la EMA permite extender la totalidad de la evidencia del biosimilar al resto de indicaciones aprobadas del biológico original.

PREGUNTA 18: EN RELACIÓN A LOS RIESGOS POTENCIALES DEL SWITCH ENTRE BIOSIMILARES Y FÁRMACOS ORIGINALES, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES INCORRECTA? (DR. ALEJANDRO RODRÍGUEZ)

- A. Las informaciones negativas sobre los biosimilares, el déficit de conocimiento y la falta de coherencia en los mensajes transmitidos, son los desencadenantes clave del efecto nocebo.
- B. La mayoría de las conclusiones sobre riesgos y beneficios de los biosimilares se basan, en su mayoría, en los resultados de ensayos clínicos aleatorizados, bien diseñados.
- C. Podría existir un riesgo aumentado de reducción de la eficacia o de desarrollo de efectos adversos de los biosimilares en relación a un aumento del riesgo de inmunogenicidad.
- D. Otro riesgo teórico es la de reducción en la trazabilidad de los fármacos empleados.

PREGUNTA 19: SI EN UN PACIENTE SE PLANTEA EL USO COMBINADO DE UN INHIBIDOR DE LAS JAK QUINASAS Y UN ANTICUERPO ANTI IL12-23, SE ESTÁ BUSCANDO UN EFECTO: (DR. MARTÍN DE CARPI)

- A. Antagónico
- B. Complementario
- C. Superpuesto
- D. Anular los efectos adversos de los dos fármacos por separado

PREGUNTA 20: EN LA EXPERIENCIA COMUNICADA CON EL USO COMBINADO DE BIOLÓGICOS, CONTESTAR LA RESPUESTA CORRECTA: (DR. MARTÍN DE CARPI)

- A. Se ha comprobado tasas de efectos adversos equiparables a las diferentes terapias por separado
- B. Constituye la mejor opción para lograr respuesta ante el fallo primario de ambos fármacos
- C. No supone un coste adicional, ya que el sistema nacional de salud solo paga por el primer biológico
- D. No supone ningún beneficio para el paciente



PREGUNTA 21: ¿SOBRE QUÉ FÁRMACO HAY MÁS EVIDENCIA EN TRATAMIENTOS CÍCLICOS?
(DR. FERNANDO GOMOLLÓN)

- A. Vedolizumab
- B. Ustekinumab
- C. Azatioprina
- D. Infliximab

PREGUNTA 22: SELECCIONE LA RESPUESTA CORRECTA: (DR. FERNANDO GOMOLLÓN)

- A. Al retirar un biológico, la probabilidad global de recaída en un año es del 1%
- B. La recaída es más frecuente si al retirar el biológico la calprotectina está elevada
- C. Se recomienda, con carácter general, retirar un biológico si el tratamiento dura más de cinco años
- D. La recaída es frecuente en la enfermedad de Crohn, pero rarísima en la colitis ulcerosa

PREGUNTA 23: RESPECTO A LA FATIGA EN LA EII, INDICA CUÁL ES LA RESPUESTA FALSA:
(DRA. RUTH GARCÍA)

- A. La fatiga es dos veces más común en pacientes con EII que en controles sanos
- B. Ocurre hasta en el 50% de los pacientes con EII en el momento del diagnóstico
- C. No suele estar en relación con la gravedad de la enfermedad
- D. Es más común en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerosa

PREGUNTA 24: LA FATIGA EN EII SUELE ESTAR RELACIONADA CON (SEÑALA LA RESPUESTA FALSA): (DRA. RUTH GARCÍA)

- A. La falta de sueño, que es más común en pacientes con EII que en población sana
- B. Microbioma intestinal alterado
- C. El Vedolizumab puede ser un fármaco causante de fatiga
- D. El Infliximab no se ha relacionado con síntomas de fatiga

PREGUNTA 25: SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA: (DRA. GEMMA PUJOL)

- A. No se ha establecido ninguna relación entre el trastorno del espectro autista y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- B. Los pacientes con trastorno del espectro autista presentan una incidencia mayor de Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- C. Los pacientes con trastorno del espectro autista presentan una incidencia menor de Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- D. Los pacientes con Trastorno del espectro autista presentan la misma incidencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal que la población general



PREGUNTA 26: SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA: (DRA. GEMMA PUJOL)

- A. El mecanismo fisiopatológico que relaciona el Trastorno del espectro autista y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal no está del todo establecido
- B. El microbioma intestinal, puede jugar un papel fundamental en el desarrollo de ambas entidades
- C. Se han encontrado alteraciones genéticas comunes entre ambas entidades que podrían explicar la relación entre las dos patologías
- D. Todas las anteriores son correctas

PREGUNTA 27: SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA SOBRE LOS PADRES O CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA (EII-P): (DRA. MARTA VELASCO)

- A. En los padres o cuidadores de niños con EII-p, se han descrito síntomas compatibles con el síndrome de estrés postraumático tras el diagnóstico, pero en tasas muy inferiores a las de familias con pacientes diagnosticados de patología oncológica.
- B. Las madres tienden a referir más síntomas compatibles con ansiedad y síndrome postraumático relacionados con la EII-p de sus hijos que los padres.
- C. Los padres o cuidadores de pacientes con EII-p sufren altos niveles de ansiedad, y depresión tras el diagnóstico que disminuyen durante el seguimiento hasta equipararse con la población general.
- D. Como factores protectores contra la ansiedad secundaria a la EII-p en los padres o cuidadores, se han identificado la presencia del cónyuge, el tamaño del domicilio y el nivel de educación de los padres.

PREGUNTA 28: RESPECTO A LA REPERCUSIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA (EII-P) EN LA VIDA LABORAL DE LOS PADRES O CUIDADORES, SEÑALE LA INCORRECTA: (DRA. MARTA VELASCO)

- A. En el estudio del PIBD-SET Quality consortium se ha descrito un 25,8% de ausentismo laboral y un 30,6% de disminución de la productividad laboral para los cuidadores de niños con EII-p en el momento de diagnóstico.
- B. Las tasas de absentismo y pérdida de productividad de los cuidadores de niños con colitis ulcerosa o EII no clasificada son equiparables a las de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Crohn.
- C. El impacto en el estatus laboral de los padres es mayor en el momento del diagnóstico, pero sigue siendo importante a lo largo del curso de la enfermedad.
- D. Los cuestionarios WPAI-cuidadores-CU/EC (Work Productivity and Activity Impairment) son herramientas validadas para evaluar la repercusión laboral en los padres o cuidadores de pacientes con EII-p, e incluyen 35 preguntas referentes al último mes de trabajo.

