

1) Según la Clasificación Clínica Internacional de la Retinopatía Diabética (señale la opción falsa):

1) La retinopatía diabética no proliferativa (RDNP) leve se define por presentar microaneurismas únicamente.

*** 2) Sin retinopatía se define por la presencia de escasos microaneurismas. (Correcta)**

3) La RDNP se define por presentar irregularidades venosas en > 2 cuadrantes.

4) La retinopatía diabética proliferativa (RDP) se define con la presencia de neovasos o hemorragia vítrea o prerretiniana.

2) Las patologías más asociadas al ojo diabético son:

1) Anormalidades de la córnea.

2) Hialosis asteroidea.

3) Parálisis del nervio motor ocular.

*** 4) Cataratas. (Correcta)**

3) Señale la opción falsa respecto a la patología ocular del diabético:

1) La retinopatía diabética (RD) es la primera causa de ceguera entre la población adulta joven.

2) La ceguera está causada por el edema macular, la isquemia macular y la RDP.

*** 3) La RD no es un marcador de riesgo vascular. (Correcta)**

4) La RD es un predictor de nefropatía diabética.

4) Según la American Diabetes Association (ADA) en sus estándares de 2016, el cribado de la RD debe realizarse:

1) Siempre en el debut de la diabetes mellitus (DM) tipo 1 y 2.

2) En la DM tipo 2 a los cinco años del diagnóstico.

3) En la DM tipo 2 en el momento del diagnóstico (nivel de evidencia A).

*** 4) Todas las anteriores son falsas. (Correcta)**

5) Señale la afirmación verdadera:

1) La progresión de la RD es independiente del control glucémico.

*** 2) La RD incrementa el riesgo de enfermedad coronaria fatal y no fatal. (Correcta)**

3) La cámara no midriática no es coste-efectiva.

4) Según el estudio Diabetes, el 13,8 % desconoce que presenta una DM tipo 2.

6) En referencia a la RD, señale la afirmación verdadera:

1) Es una complicación neovascular altamente específica en la DM tipo 1 y 2.

2) Su prevalencia se relaciona con el control glucémico.

3) Su prevalencia se relaciona con la duración de la DM.

*** 4) Todas las anteriores son correctas. (Correcta)**

7) Respecto al edema macular diabético (EMD), señale la afirmación verdadera:

1) Aparece en cualquier tipo de RD y no se relaciona con las formas más graves de retinopatía.

2) La incidencia de EMD es menor en la DM tipo 2 que en la DM tipo 1.

3) Si aparentemente está ausente, pueden existir exudados duros en el polo posterior.

*** 4) La clasificación angiográfica del edema macular distingue: focal-multifocal, difuso, isquémico y mixto. (Correcta)**

8) El control de todos los factores de riesgo vascular de un paciente diabético...:

*** 1) Enlentece la progresión de la RD. (Correcta)**

2) No influye en la aparición o la progresión de la RD.

3) La RD no es un buen predictor de nefropatía diabética.

4) Ninguna de las anteriores es cierta.

9) Respecto al EMD:

1) En el edema macular presente leve, los exudados duros están alejados del centro de la retina.

2) En el EMD grave, los exudados duros afectan a la mácula.

3) En el edema macular aparentemente presente hay un engrosamiento de la retina.

*** 4) Todas las anteriores son ciertas. (Correcta)**

10) En el paciente diabético pueden existir, de forma menos común, todas estas afecciones (señale la opción falsa):

1) Presbicia prematura.

2) Anormalidades de la córnea.

3) Ojo seco e infecciones oculares.

*** 4) Parálisis del nervio común, que rara vez se resuelve de manera espontánea. (Correcta)**

11) En cuanto a la aparición de la RD (señale la opción falsa):

1) Es un marcador de riesgo vascular.

*** 2) Contraindica la utilización de ácido acetilsalicílico (AAS). (Correcta)**

3) Debe explorarse en el momento del diagnóstico de la DM tipo 2.

4) La utilización de AAS no incrementa el riesgo de hemorragia retiniana.

12) ¿Cuál de estos factores no está relacionado con el desarrollo de RD?

1) Hipertensión arterial.

2) Dislipemia.

*** 3) Hiperuricemia. (Correcta)**

4) Tiempo de evolución de la diabetes.

13) En relación con la etiopatogenia de la RD, señale la afirmación incorrecta:

1) La terapia con insulina suele asociarse con el empeoramiento de la RD durante el primer año.

2) El mecanismo de autorregulación del flujo sanguíneo de la retina está deteriorado en presencia de hiperglucemia.

3) Optimizar el control glucémico, de la presión arterial y de los lípidos reduce el riesgo o enlentece la progresión de la RD.

*** 4) La presencia de RD no influye en el riesgo vascular de los pacientes diabéticos. (Correcta)**

14) La panfotocoagulación con láser se indica en:

1) Pacientes con RDNP grave.

2) Pacientes con RDP de alto riesgo.

3) Todos los pacientes con RDP.

*** 4) Las opciones a y b son correctas. (Correcta)**

15) En los pacientes con DM tipo 2 (señale la opción falsa):

1) El cribado de RD debe hacerse en el momento del diagnóstico.

*** 2) El cribado de RD debe hacerse a los cinco años del diagnóstico. (Correcta)**

3) Si no hay evidencia de RD en uno o más exámenes oculares, se deben considerar exámenes cada dos años.

4) La cámara no midriática es coste-efectiva.

16) En un paciente que presenta DM de 15 años de evolución, con disminución de la agudeza visual, miodesopsias y escotoma central en la retina de un mes de evolución, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

1) Cataratas.

2) Oclusión central de la retina.

*** 3) RDP avanzada de alto riesgo y desprendimiento de retina. (Correcta)**

4) Uveítis crónica.

17) Señale la afirmación falsa:

1) Los pacientes con DM de larga evolución presentan miosis pupilar refractaria a la oscuridad.

2) El principal factor para desarrollar RD o que esta progrese es la hiperglucemia.

*** 3) Una retinografía por ojo, no centrada en la mácula, es suficiente para el cribado de la RD (ADA). (Correcta)**

4) Todas las anteriores son ciertas.

18) Señale la opción falsa:

1) La RD es una microangiopatía que afecta a arteriolas precapilares, capilares y vénulas de la retina.

2) La RD es una de las mayores complicaciones de la diabetes, junto con la nefropatía y la neuropatía.

3) La duración de la diabetes es un factor importante en la aparición de la RD.

*** 4) El control metabólico correcto evita la RD. (Correcta)**

19) En la RD pueden aparecer:

1) Microaneurismas.

2) Exudados blandos y duros.

3) Hemorragias intrarretinianas.

*** 4) Todas las anteriores son ciertas. (Correcta)**

20) Respecto a la epidemiología de la DM en España, señale la opción verdadera:

1) El 6 % de los diabéticos desconoce que lo es.

2) El 13,8 % de la población, según el estudio Diabetes, es diabético.

3) La RD es la principal causa de pérdida de visión no recuperable en los países industrializados.

*** 4) Todas las anteriores son ciertas. (Correcta)**

21) En cuanto a las categorías de riesgo del pie diabético (señale la afirmación falsa):

*** 1) Categoría 3: el monofilamento es insensible, no existe lesión, no está presente la arteriopatía periférica y hay deformidad. (Correcta)**

2) Categoría 4: el monofilamento es insensible y existe lesión, deformidad y arteriopatía periférica.

3) Categoría 1: el monofilamento es sensible, no hay lesión ni deformidad y no existe arteriopatía periférica.

4) Categoría 3: el monofilamento es insensible, están presentes la arteriopatía periférica y la deformidad y no existe lesión.

22) La polineuropatía simétrica distal (PNSD) debe cribarse:

1) En el momento del diagnóstico en la diabetes mellitus (DM) tipo 1 y a los cinco años del inicio de la DM tipo 2.

*** 2) En el diagnóstico de la DM tipo 2 y a los tres años del diagnóstico de la DM tipo 1. (Correcta)**

3) A los cinco años del diagnóstico de la DM tipo 1 y en el momento del diagnóstico en la DM tipo 2.

4) En el momento del diagnóstico en la DM tipo 1 y 2.

23) En la neuropatía periférica en el paciente con DM:

1) La afectación sensitiva está presente en el 90 % en forma de parestesias y disestesias.

2) La afectación motora está presente en el 10 %. Existe atrofia de los músculos intrínsecos.

3) La afectación sensitiva presenta alteración de la propiocepción.

*** 4) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**

24) ¿Cuál de estos factores no está relacionado con el riesgo de aparición de la neuropatía diabética?

1) Tabaco.

- 2) Tiempo de evolución de la DM.
- 3) Hipertrigliceridemia.
- * **4) Hiperuricemia. (Correcta)**

25) En cuanto a la neuropatía diabética (señale la afirmación falsa):

- * **1) Es una complicación poco frecuente. (Correcta)**
- 2) Puede ser asintomática en fases tempranas.
- 3) El buen control glucémico ayuda a prevenir su aparición.
- 4) Puede aparecer en pacientes con prediabetes.

26) Respecto a la definición de PNSD:

- 1) Hay afectación de las extremidades inferiores principalmente.
- 2) En el 50 % de los pacientes es asintomática.
- 3) Es la causa más importante de la ulceración y condición sine qua non para la artropatía de Charcot.

* **4) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**

27) La neuropatía autonómica es responsable:

- 1) De gastroparesia.
- 2) De falta de reconocimiento de una hipoglucemia.
- 3) De arritmia sinusal disminuida
- * **4) Todas las afirmaciones son correctas. (Correcta)**

28) ¿Cuáles son los factores de riesgo en el pie diabético?

- 1) Las deformidades.
- 2) La arteriopatía periférica.
- * **3) Todos ellos son factores de riesgo. (Correcta)**
- 4) Lesión previa en los pies.

29) ¿Cuáles son los principales factores en la patogenia de las úlceras neuropáticas en el pie diabético?

- 1) La deformidad y la microangiopatía.
- * **2) La neuropatía, la deformidad y los traumatismos locales. (Correcta)**
- 3) La enfermedad arterial periférica y la deformidad.
- 4) La neuropatía, la arterioesclerosis y la deformidad.

30) ¿Cuáles son las barreras en la curación de una úlcera en un pie diabético?

- 1) Traumatismos repetidos sobre la lesión.
- 2) Arteriopatía periférica.
- * **3) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**
- 4) Osteomielitis infradiagnosticada.

31) Respecto a la clasificación de las úlceras por riesgo de amputación:

- 1) El grado 2 presenta úlcera más afectación de hueso y articulación.
- 2) El grado 1 presenta úlcera y lesión en el tendón.
- 3) El grado 3 con infección e isquemia tiene un 10 % de riesgo de amputación.
- * **4) El grado 0 y 1 presentan úlcera superficial. (Correcta)**

32) En cuanto al manejo del cuidado del pie en un paciente con DM (señale la afirmación falsa):

- 1) Se deben explorar los pulsos distales.
- * **2) Se pueden recomendar callicidas. (Correcta)**
- 3) Se deben cortar las uñas rectas.
- 4) No se debe caminar descalzo.

33) En una paciente de 72 años con una DM de 12 años de evolución, en tratamiento con metformina y sulfonilureas, con microalbuminuria, ¿qué exploración se puede obviar en la exploración de los pies?

- 1) Monofilamento.

2) Pulsos.

* **3) Reflejos osteotendinosos. (Correcta)**

4) Inspección de calcetines y zapatos.

34) La paciente anterior acude a urgencias por una úlcera en el hallux valgus que presenta en el pie derecho. ¿Cuáles son los factores de riesgo que se han de determinar en la úlcera?

1) La presencia de sobreinfección aunque sea superficial.

2) La profundidad.

3) La presencia de isquemia.

* **4) Todos ellos. (Correcta)**

35) En cuanto a la neuropatía diabética:

1) Se dispone de tratamiento específico.

2) No suele estar presente en el momento del diagnóstico de la DM tipo 2.

3) No produce disfunción sudomotora.

* **4) Es una complicación microvascular que puede afectar a cualquier nervio. (Correcta)**

36) El cribado y la exploración del pie diabético deben realizarse:

1) Con el paciente en decúbito prono.

2) Con los ojos cerrados.

3) Con los pies apoyados en una superficie acolchada.

* **4) B y C son correctas. (Correcta)**

37) En relación con el manejo de la exploración del pie en el paciente con DM:

1) En un pie con normalidad se debe realizar anualmente.

2) Se debe derivar al podólogo para las callosidades y aconsejar plantillas.

3) Si existe alguna anomalía, se debe incrementar la frecuencia de la exploración.

* **4) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**

38) En cuanto a los puntos clave en la PNSD y el pie diabético (señale la afirmación falsa):

1) La neuropatía está implicada en el 85 % de las lesiones en el pie diabético.

2) El cribado de la PNSD incluye la exploración con el monofilamento, anamnesis dirigida y otra exploración que incluya algodón, *pinprick*, barra térmica o diapasón.

* **3) La derivación a una unidad especializada no ha mejorado la ratio de amputaciones. (Correcta)**

4) La presencia de úlcera, isquemia o infección marcan el riesgo de amputación.

39) Respecto a la neuropatía y al pie diabético (señale la afirmación falsa):

1) La neuropatía diabética es la complicación crónica más frecuente en el paciente con DM.

* **2) Raramente la neuropatía es asintomática. (Correcta)**

3) En el cuidado de los pies se deben drenar ampollas y protegerlas.

4) Se deben eliminar las callosidades.

40) La neuropatía de Charcot en el paciente con DM se caracteriza por (señale la afirmación falsa):

1) Luxación articular.

2) Tumefacción.

3) Rubor y calor en el tobillo.

* **4) Preservar la sensibilidad vibratoria. (Correcta)**

41) En el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC) en el paciente con diabetes mellitus (DM) (señale la afirmación falsa):

1) La existencia de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) $< 8\%$ y filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² puede incrementar el riesgo de hipoglucemia.

2) La dosis de insulina y otros fármacos hipoglucemiantes pueden necesitar una

reducción en FG < 60 ml/min/1,73 m².

3) Un objetivo de HbA_{1c} cercano a la normoglucemia puede retrasar la aparición y progresión del aumento de la excreción urinaria de albúmina (EUA) y la reducción del FG.

*** 4) La insulina está contraindicada con FG < 15 ml/min/1,73 m² por el riesgo de hipoglucemia. (Correcta)**

42) Respecto a la ERC en la DM:

1) Es la primera causa de entrada en diálisis y trasplante renal en nuestro país.

2) En los pacientes con DM se debe monitorizar periódicamente la función renal.

*** 3) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**

4) La ERC diabética es una patología con elevadas prevalencia y morbilidad.

43) En el tratamiento del paciente con DM y ERC:

1) Todos los inhibidores de la dipeptidil peptidasa deben modificarse si el FG disminuye.

2) La metformina no debe modificarse si el FG > 45 ml/min/1,73 m².

3) La insulina se puede indicar en todos los estadios de ERC.

*** 4) B y C son ciertas. (Correcta)**

44) Según la guía KDIGO de 2012, un FG de 45-59 ml/min/1,73 m² sin microalbuminuria indica el estadio:

1) G1 A1.

2) G4 A2.

*** 3) G3a A1. (Correcta)**

4) A3.

45) En cuanto a los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (señale la afirmación falsa):

1) Deben ajustarse si el FG es < 60 ml/min/1,73 m².

*** 2) Se pueden iniciar si el FG < 45 ml/min/1,73 m². (Correcta)**

3) Al inicio pueden descender el FG.

4) La dapagliflozina se puede iniciar con FG > 60 ml/min/1,73 m².

46) ¿Cuándo sospecharemos otra causa de ERC distinta de la DM?

1) En ausencia de retinopatía diabética.

2) En presencia de hipertensión arterial refractaria.

3) Cuando hay un rápido incremento de la proteinuria o síndrome nefrótico.

*** 4) En todos los casos. (Correcta)**

47) Sobre la detección de la ERC (señale la afirmación falsa):

1) Se recomienda utilizar el cociente albúmina/creatinina en una muestra de orina por la mañana.

*** 2) Es preferible la recogida de orina de 24 horas, ya que se obtiene mayor precisión. (Correcta)**

3) El FG es el indicador principal que nos permite conocer la medida de la función renal.

4) La microalbuminuria se debe confirmar en dos muestras positivas para su diagnóstico.

48) Respecto a la ERC:

1) No debe tenerse en cuenta si calculamos el riesgo cardiovascular del paciente.

2) Es un equivalente coronario en FG < 90 ml/min/1,73 m².

3) Ninguna es cierta.

*** 4) Es un equivalente coronario en FG < 60 ml/min/1,73 m². (Correcta)**

49) En cuanto a los objetivos de control tensional en el paciente con DM y ERC:

1) Objetivo para todos los pacientes: < 130/80 mmHg.

2) El tratamiento de la presión arterial de primera elección no difiere con otras patologías.

3) El tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II) no ha demostrado que reduzca los episodios cardiovasculares en pacientes con DM.

*** 4) Presión arterial < 130/80 mmHg en pacientes con EUA elevada. (Correcta)**

50) Los hipolipemiantes que preferiblemente se pueden utilizar en la ERC son:

1) Rosuvastatina.

*** 2) Atorvastatina, fluvastatina y pitavastatina. (Correcta)**

3) El fenobibrato sin ajustar dosis.

4) Pravastatina.

51) Todos estos fármacos se consideran tratamiento de elección en la ERC moderada-grave, con FG de 45-30 ml/min/1,73 m², por no precisar ajuste de dosis, excepto:

1) Linagliptina.

2) Insulina.

3) Ninguna de las anteriores.

*** 4) Gliquidona. (Correcta)**

52) Paciente de 73 años de edad y con una DM de 14 años de evolución en tratamiento con insulina y metformina y con FG de 50 ml/min/1,73 m² sin antecedentes de enfermedad cardiovascular. El objetivo de la HbA_{1c} ideal, según la American Diabetes Association, sería:

1) < 6,5 %.

2) < 8,5 %.

3) Ninguno.

*** 4) < 7 %. (Correcta)**

53) Entre los factores que pueden incrementar la presencia de albuminuria están:

1) La fiebre.

2) La insuficiencia cardíaca.

*** 3) Todos. (Correcta)**

4) El ejercicio.

54) Si el FG en un paciente con DM se cifra en 45-60 ml/min/1,73 m², se recomienda:

1) Ajustar la dosis de medicamentos.

2) Valorar los niveles de vitamina D.

3) Control del FG cada seis meses.

*** 4) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**

55) Señale la afirmación más apropiada para referirse a la ERC:

1) El diagnóstico o detección de la ERC contempla dos vertientes: el descenso del FG o la presencia de albuminuria.

2) El diagnóstico o detección de la ERC contempla el descenso del FG y la presencia de albuminuria.

*** 3) El diagnóstico o detección de la ERC contempla dos vertientes: el descenso del FG o la presencia de albuminuria durante al menos tres meses. (Correcta)**

4) Ninguna de ellas es cierta.

56) En el estudio EMPA-REG renal, se demostró (señale la afirmación falsa):

1) Menor progresión de la albuminuria presente.

*** 2) Se evitó la aparición de albuminuria en los pacientes tratados con empagliflozina. (Correcta)**

3) Disminución del FG al inicio del tratamiento para posteriormente recuperarse.

4) Ninguna es falsa.

57) La dosis de ácido acetilsalicílico recomendada en pacientes con ERC es:

- 1) Está contraindicada en este tipo de pacientes.
- 2) 50 mg/24 horas.

*** 3) 75-100 mg cada 24 horas; se debe individualizar su indicación. (Correcta)**

- 4) 100-300 mg/día.

58) La primera determinación de EUA se debe realizar:

- 1) A los cinco años del diagnóstico en la DM tipo 1.
- 2) En la DM tipo 2 en el momento del diagnóstico.

*** 3) A y B son ciertas. (Correcta)**

- 4) En el momento del diagnóstico en la DM tipo 1 y 2.

59) Respecto a la hiperuricemia en la ERC (señale la afirmación falsa):

*** 1) La hiperuricemia asintomática no se asocia a una mayor incidencia de ERC en la población general. (Correcta)**

2) En pacientes con ERC el aumento del ácido úrico puede incrementar el riesgo cardiovascular y acelerar la progresión de ERC.

3) La hiperuricemia produce cambios hemodinámicos e histológicos renales que conducen a una glomerulosclerosis y fibrosis tubulointersticial.

- 4) Ninguna es falsa.

60) ¿Qué incrementa la motivación en el paciente?

- 1) Realizar preguntas empáticas: saberse poner en el lugar del paciente.
- 2) Definir objetivos.
- 3) Responsabilizar al paciente.

*** 4) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**