

## 1.- De las siguientes afirmaciones señale la falsa:

La diabetes se considera como un criterio de riesgo cardiovascular alto o como una variable más para calcular el riesgo.

 Existen diferentes escalas predictivas de riesgo CV, la mayoría de ellas, no incluyen la DM entre las variables de riesgo.

 La escala Score no incluye la DM pues la considera directamente de riesgo elevado.

La diabetes junto con la hipertensión arterial y la dislipemia son factores de riesgo mayores y causales de enfermedad cardiovascular y mortalidad cardiovascular y total.

Las recientes guías europeas de prevención cardiovascular establecen una serie de categorías para la estratificación del riesgo cardiovascular. Pacientes con diabetes los considera de riesgo alto o muy alto.

## 2.- ¿Cuál de las siguientes medidas no está recomendada en los pacientes con diabetes?

Cese del hábito tabáquico

Tratamiento de la dislipemia con estatinas

Tratamiento de la presión arterial manteniendo valores < 140/90 mmHg.

 Antiagregación en prevención primaria a todos los pacientes con diabetes

Objetivo de glicada individualizado.

## 3.- ¿Cuál de los siguientes estudios de seguridad cardiovascular con iDPP4 mostró cierto aumento de hospitalización por insuficiencia cardíaca?

El estudio TECOS con sitagliptina

 El estudio SAVOR con saxagliptina

El estudio CAROLINA con linagliptina

El estudio EXAMINE con alogliptina



Ninguno de los anteriores

**4.- ¿Cuál de los siguientes estudios de seguridad cardiovascular con arGLP1 no mostró reducción del MACE (objetivo primario compuesto: muerte cardiovascular, infarto no fatal, accidente cerebrovascular no fatal)?**



El estudio ELIXA con lixisenatida.

El estudio LEADER con liraglutida.

El estudio HARMONY con albiglutida.

El estudio SUSTAIN con semaglutida.



Ninguno de los anteriores.

**5.- ¿Cuál de los siguientes estudios de seguridad cardiovascular con iSGLT2 mostró disminución de hospitalización por insuficiencia cardiaca?**

El estudio EMPAREG con empagliflozina.

El estudio CANVAS con canagliflozina.

El estudio DECLARE con dapagliflozina.



Todos ellos.

Ninguno de ellos.

**6.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto de la relación entre diabetes e insuficiencia cardiaca es falsa?**

La diabetes aumenta la incidencia de insuficiencia cardiaca 2.5-5 veces.



Un peor control metabólico no se relaciona con la insuficiencia cardiaca.

A mayor edad, mayor riesgo de insuficiencia cardiaca.

En pacientes con diabetes hay más mortalidad por insuficiencia cardiaca.

En pacientes con diabetes que ingresan por insuficiencia cardiaca el ingreso es de mayor estancia y más reingresos.

## 7.- ¿Cuál es el objetivo de control de presión arterial en los pacientes con diabetes tipo 2?



<140/90 mmHg para la mayoría de los pacientes.



En algunos pacientes si alto riesgo cardiovascular, < 140/80 mmHg si puede alcanzarse sin un exceso terapéutico.

Todos los pacientes con diabetes deberían tener >130/80 mmHg.

Todos los pacientes con diabetes deberían tener >120/80 mmHg.

En algunos pacientes si alto riesgo cardiovascular, < 140/90 mmHg si puede alcanzarse sin un exceso terapéutico.

## 8.- Señale la afirmación falsa en el tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes con diabetes tipo 2:

El tratamiento inicial se puede hacer con cualquiera de los 4 grupos farmacológicos y la asociación entre ellos (excepto IECA+ ARA2).

En los pacientes con cociente albúmina creatinina (CAC)  $\geq$ 300 mg/g el tratamiento de elección es un IECA o un ARA2.

A los pacientes tratados con éstos, monitorizar la creatinina, filtrado glomerular y potasio.



Si PA > 160/100 iniciar con monoterapia e ir haciendo escalada terapéutica.

En los pacientes con cociente albúmina creatinina (CAC) 30-299 mg/g, el tratamiento de elección es un IECA o un ARA2.

## 9.- ¿Qué información nos da la exploración del pie de los diabéticos?

El pie diabético nos da información sobre complicaciones macrovasculares: enfermedad arterial periférica (EAP).

El pie diabético nos da información sobre complicaciones microvasculares: neuropatía.

Debemos explorar el pie de los diabéticos en el momento de diagnóstico.

Debemos explorar el pie de los diabéticos en el seguimiento con una frecuencia según el riesgo.



Todas son ciertas.

## 10.- ¿Cómo exploro la neuropatía periférica?

Con el monofilamento y los reflejos.

Con el monofilamento y el diapasón.

Con el monofilamento y la prueba del pin prick.

Con el monofilamento y el biotensiómetro.



Todas son ciertas.

## 11.- ¿Cuándo decimos que un índice tobillo-brazo es patológico?

Cuando es menor de 1.3.

Cuando es menor de 1.2.

Cuando es menor de 1.



Cuando es menor o igual a 0.9.

Ninguna de las anteriores.

## 12.- ¿Cuál de las siguientes categorías de riesgo del pie diabético es falsa?

La categoría 1 es un pie sensible, sin deformidades, ni arteriopatía periférica, ni lesiones.

La categoría 2 es un pie insensible, sin deformidades, ni arteriopatía periférica, ni lesiones.



La categoría 3 es un pie insensible, con deformidades, sin arteriopatía periférica, pero con lesiones.

La categoría 3 es un pie insensible, con deformidades, con arteriopatía periférica, sin lesiones.

La categoría 4 es un pie insensible, con deformidades, arteriopatía periférica y lesiones.

## 13.- ¿Qué se recomienda con grado de recomendación A en el tratamiento del dolor neuropático de la polineuropatía simétrica distal?

Tramadol o tapentadol



Pregabalina o duloxetina



Antidepresivos tricíclicos

Antiinflamatorios no esteroideos

Gabapentina

## 14.- Según el consenso de sociedades españolas sobre el manejo de la diabetes y obesidad, ¿cuándo deberíamos plantearnos la derivación para valorar una cirugía metabólica?



IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> que no consigue control metabólico a pesar del tratamiento con metformina, un ar-GLP1 y un iSGLT2.

IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> que no consigue control metabólico a pesar del tratamiento con metformina, un ar-GLP1 y un iSGLT2.



IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> que no consigue control metabólico a pesar del tratamiento con metformina, un ar-GLP1 y un iSGLT2.

IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> que no consigue control metabólico independientemente del tratamiento hipoglucemiante que esté utilizando.

IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> que no consigue control metabólico independientemente del tratamiento hipoglucemiante que esté utilizando.

### 15.- ¿Cuándo derivarías a un paciente diabético a endocrinología?

Pacientes con DM tipo 1

Pacientes con diabetes gestacional

Pacientes con diabetes secundarias



Todas las anteriores

En las opciones a y b

### 16.- ¿En qué casos derivarías a un paciente con DM tipo 2 a endocrinología?

Cuando nos planteemos iniciar un tratamiento con insulina



Cuando el paciente, a pesar de utilizar 3 fármacos no insulínicos, presente mal control glucémico.

Cuando el paciente presente una ERC que nos obligue a ajustar la dosis de sus hipoglucemiantes.

En las opciones a y c



Ninguna de las anteriores

### 17.- ¿Cómo se define la hipoglucemia severa?

Toda aquella hipoglucemia que requiere de tratamiento endovenoso para ser recuperada

Toda aquella hipoglucemia que está provocada por la toma de sulfonilureas



Toda aquella hipoglucemia que requiere de la ayuda de otra persona para ser recuperada

Toda aquella hipoglucemia con niveles de glucemia capilar < 54 mg/dl.

Toda aquella hipoglucemia con niveles de glucemia capilar < 70 mg/dl.

### 18.- ¿Cuándo debe considerarse derivar a un paciente a urgencias que ha sufrido una hipoglucemia SIN pérdida de conocimiento?

En pacientes que han precisado 2 dosis de 15 g de CH para recuperarla



En pacientes con una hipoglucemia inducida por sulfonilureas o glinidas

En paciente que ha administrado erróneamente insulina rápida en lugar de su insulina basal.

En paciente que ha realizado ejercicio las horas previas.

En los casos b y c

### 19.- ¿Cuáles de las siguientes son causa de hipoglucemia?



Comorbilidades como la demencia y la ERC

La toma de gliptinas o glitazonas como tratamiento hipoglucemiante

Infecciones agudas

Ninguna de las anteriores



Todas las anteriores

### 20.- ¿Cuáles de las siguientes situaciones pueden ocasionar una descompensación hiperglucémica?

Infarto agudo de miocardio

Tratamiento con corticoides

Ejercicio intenso



Todas las anteriores

Ninguna de las anteriores

**21.- ¿Cuál de las siguientes vacunas NO está recomendada en diabéticos?**

Vacuna antitetánica

Vacuna antineumocócica



Vacuna meningocócica



Vacuna varicela-zoster

Vacuna de la gripe

**22.- ¿Cuál de las siguientes vacunas precisa más de 1 dosis?**

Vacuna antigripal

Vacuna antineumocócica conjugada 13 valente



Vacuna hepatitis B

Vacuna varicela-zoster



Las b y c

**23.- ¿Con qué frecuencia tiene que renovar su licencia de conducir un camionero diabético tipo 1?**



Cada año

Cada 2 años

Cada 3 años

Cada 4 años

Cada 5 años

**24.- ¿Con qué frecuencia tiene que renovar su licencia de conducir un conductor de autobuses diabético tipo 2 en tratamiento con metformina/dapagliflozina 1000/5 mg/12horas y gliclazida 60 mg/día?**



Cada año

Cada 2 años



Cada 3 años

Cada 4 años

Cada 5 años

**25.- ¿Qué grados de discapacidad permiten añadir puntuación por factores sociales complementarios?**

Clase 1 y 2

Clase 2 y 3



Grado 3 y 4



Todas son correctas

Ninguna es correcta

