

1 / 52

Al finalizar el programa de inicio o supervivencia, el paciente con DM1 y/o su familia tendrán competencias para:

Forman parte del programa de inicio para evitar complicaciones agudas
(hipoglucemias/hiperglucemias).

A- Identificar grupos de alimentos ricos en hidratos de carbono, proteínas y grasas

B- Saber qué alimentos debe respetar en ausencia de apetito

C- El número de ingestas y la distribución horaria de acuerdo con la pauta de insulina y perfil glucémico

D- Todas las respuestas son correctas

2 / 52

¿Qué beneficios aporta el cálculo de raciones de hidratos de carbono en combinación con la terapia intensiva de insulina?

El programa DAFNE (2009), de ajuste de dosis para alimentación normal, puso de manifiesto que con una adecuada formación de los usuarios y promoviendo la libertad dietética, se puede lograr de manera significativa una mejoría en el control de la diabetes al conseguir mejores cifras de HbA1c sin hacerlo a expensas de hipoglucemias y con una mejora de la calidad de vida de los pacientes.

A- Permite una mayor liberalización de la dieta

B- Empeora calidad de vida

C- Empeora el control metabólico

D- No hay diferencia con el tratamiento convencional

3 / 52

Antes de iniciar el programa educativo, es imprescindible conocer entre otros datos ¿cuáles?

Forman parte del programa estructurado de educación terapéutica en diabetes (ETD) (grupo de trabajo de ETD de la SED).

A- Estado emocional

B- Patrón alimentario

C- Hábitos de vida cotidiana

D-Todas son correctas

4 / 52

¿Qué se considera ración equivalente?

Según el Programa DAFNE (2009).

A-La porción de alimento que contiene 10 g de principio inmediato

B- La cantidad habitual que se consume de un alimento en un plato normal (23 cm)

C- La porción de alimento que contiene 20 g de carbohidratos

D- La porción de alimento que contiene 15 g de proteínas

5 / 52

Para la utilización de ratio insulina/carbohidratos, es imprescindible la terapia...

Solo tiene sentido si se tienen en cuenta las raciones de HC ingeridas y la insulina rápida que se precisará para conseguir glucemias posprandiales en objetivo.

A- Bolo-basal

B- Con insulinas bifásicas

C- Con insulina basal y antidiabéticos orales

D-Todas son ciertas

6 / 52

¿Qué se debe tener en cuenta para indicar un plan de alimentación a una persona con DM1?

Programa estructurado de educación terapéutica en diabetes (ETD) (grupo de trabajo de ETD de la SED).



A- Tipo de tratamiento farmacológico

B- Nivel de conocimientos y habilidades

C- Estado de ánimo

D-Todas son ciertas

7 / 52

¿Cuáles son las grasas que se recomienda no ingerir en exceso?

Según recomendaciones de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

A- Grasas monoinsaturadas

B-Grasas poliinsaturadas

C-Grasas saturadas

D- Grasas vegetales

8 / 52

¿Qué caracteriza a la dieta mediterránea?

Son recomendaciones de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

A-Consumo diario de carne

B-Elevado consumo de frutas y verduras

C-Elevado consumo de lácteos y moderado de grasas saturadas

D-Consumo diario de aceite de oliva

9 / 52

¿Por qué la fibra alimentaria es importante en la dieta?

Son recomendaciones de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

A-Porque enlentece el índice glucémico de los carbohidratos



B- Porque facilita el tránsito intestinal

C- Porque retiene agua en el intestino

D- A y B son correctas

10 / 52

¿Cuántas veces recomiendan los expertos que se ha de comer al día?

Por la cinética del fármaco, tanto antidiabéticos orales como insulinas.

A- Tres o cinco

B- De tres a cinco veces

C- Siempre que se sienta hambre

D- En función del tratamiento farmacológico y de la actividad física

11 / 52

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda:

Según la American Diabetes Association. Diabetes Care. 2007;30 (suppl 1).

A-Limitar el consumo de grasas saturadas a <7% y las grasas totales deben ser el 20-35% de las calorías diarias

B-Ingerir 2 o más raciones de pescado (con la excepción del pescado frito) porque aportan ácidos grasos omega 3

C-Limitar la ingesta de colesterol a 200 mg/día

D-Todas son ciertas

12 / 52

¿Cómo debe realizarse la educación terapéutica en alimentación?

Es muy importante pactar con la persona e individualizar su dieta, acomodándola a sus preferencias.

A- Deberá adaptarse a las recomendaciones del equipo asistencial

B- Pactada con la persona

C- De forma individualizada

D- B y C son ciertas

13 / 52

En un plan de alimentación equilibrado se han de evitar:

Una alimentación saludable debe evitar los productos precocinados por su contenido en azúcares añadidos y grasas trans y saturadas.

A- Productos precocinados.

B- Alimentos ricos en fibra

C- Vegetales

D- Todas son ciertas

14 / 52

¿Qué cantidad de mantequilla debe contener una rebanada de pan según las medidas de las manos?

Las manos pueden ser muy útiles a la hora de calcular el tamaño de las raciones, siempre están disponibles y siempre son del mismo tamaño. Al planificar una comida, el tamaño de estas raciones se utiliza como guía. En el caso de la mantequilla, la cantidad recomendada es la equivalente a la falange distal del dedo índice.

A- Una punta del dedo índice

B- Dos puntas del dedo índice

C- Se desaconseja tomar mantequilla

D- Todas son falsas

15 / 52

Un paciente con pauta de insulina premezclada ha de procurar:



Todos los aspectos mencionados afectan en pauta con insulina premezclada.

A- Que las dosis de insulina, los horarios y la ingesta de CH sean similares todos los días

B- No omitir comidas por el riesgo de hipoglucemia

C- Ha de tener en cuenta la actividad física para modificar pauta de insulina y/o suplementos de carbohidratos

D- Todas son ciertas

16 / 52

El índice glucémico es:

“Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults with Diabetes”. Diabetes Care.
2014;37(S1)

A- Es la velocidad con que se eleva la glucemia en sangre después de tomar HC

B- La cantidad de CH que contiene un alimento

C- La cantidad de proteína y grasa que contiene un alimento

D- Todas son ciertas

17 / 52

Una persona con diabetes tipo 2 y/o su familia deberán tener competencias para:

Todos ellos son aspectos básicos para un correcto control de la enfermedad.

A- Conocer las bases de la alimentación saludable según el modelo de la dieta mediterránea

B- Relacionar los grupos de alimentos ricos en HC con el tratamiento farmacológico y su repercusión glucémica

C- Conocer la prevención y el tratamiento de la hipoglucemia/hiperglucemia (insulina o fármacos con riesgo de hipoglucemia)

D- Todas son ciertas

18 / 52

Una mujer con diabetes gestacional debería conseguir:

Guía GEDE. Grupo español de Diabetes y embarazo. 2014

A- Un aumento de 9 a 13 kg durante la gestación; para ello puede ser adecuada la toma de 30-35 kcal/kg de peso y día

B- Incrementar la cantidad de colesterol y el consumo las grasas saturadas y poliinsaturadas

C- Evitar las sustancias con gran contenido en hidratos de carbono de rápida velocidad de absorción y baja calidad nutritiva (azúcar, bebidas azucaradas o productos de pastelería)

D- A y C son ciertas

19 / 52

El programa educativo estructurado en diabetes y obesidad tiene como objetivo:

Tanto la alimentación como el ejercicio físico son pilares muy importantes para el control de la diabetes y la obesidad

A- La alimentación y el ejercicio físico no son fundamentales para la prevención y tratamiento de la obesidad

B- Conseguir la pérdida del 10% del peso inicial. La alimentación propuesta debe procurar pérdidas entre 0,5 y 1 kg a la semana atendiendo al resto de necesidades nutricionales del paciente

C- Una disminución de 500-1.000 kcal/día produce una pérdida \approx 0,5-1,0 kg/semana y \approx del 8% a los 6 meses.

D- B y C son ciertas

20 / 52

Las recomendaciones del plan de alimentación en la persona con diabetes y EPOC son:

Estas tres recomendaciones son importantes en la alimentación de una persona con diabetes y EPOC.

A- Fraccionar alimentos en 5 o 6 tomas al día en pequeños volúmenes

B- Aumentar la ingesta de proteínas (pescados azules omega 3, brócoli)

C- Limitar la sal para evitar la retención de líquidos pues dificultan la respiración

D- Todas son ciertas

21 / 52

De las siguientes opciones, ¿cuál corresponde casi en exclusiva a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1)?

La presencia de cuerpos cetónicos en esos valores indica una falta absoluta de insulina. En la persona con DM1, el incremento de la producción de cuerpos cetónicos junto con hiperglucemia produce pérdida de líquidos, electrolitos, acidosis y, finalmente, cetoacidosis.

A- Glucemia de >250 mg/dl y cetonemia: 0,4 mmol/l

B- Glucemia de >250 mg/dl y cetonemia: 0,0 mmol/l

C- Glucemia de >250 mg/dl y cetonemia >3 mmol/l

D- Todas son falsas

22 / 52

La diferencia entre una cetoacidosis diabética (CAD) y un estado de hiperglucemia hiperosmolar (EHH) es:

La CAD es un síndrome caracterizado por hiperglucemia, cetosis y acidosis. Es consecuencia de la deficiencia absoluta o relativa de insulina asociada a un exceso de hormonas contrarreguladoras (glucagón, catecolaminas, cortisol y hormona de crecimiento).

El EHH se caracteriza por hiperosmolaridad plasmática, la cual es consecuencia de la deshidratación grave secundaria a la diuresis osmótica inducida por el aumento sostenido de las cifras de glucemia, usualmente = 600 mg/dl

A- Osmolaridad: CAD: normal/alta; EHH: >320 mOsm/kg

B- Deshidratación: CAD: (+); EHH (+++)

C- Cetonemia: CAD: >3 mmol/Ll; EHH: ausente o escasa

D- Todas son ciertas

23 / 52

La enfermedad intercurrente más frecuente es la infección urinaria. ¿Cuáles son las posibles causas?

Las personas con diabetes tienen el triple de posibilidades de padecer cualquier tipo de infección urinaria. En concreto, el motivo por el que estas personas son más propensas a sufrir una cistitis es porque su enfermedad afecta al buen funcionamiento de su sistema inmunitario.

A - Edad avanzada

B- Años de evolución y control sub óptimo

C- Vejiga neurógena

D- Todas son ciertas

24 / 52

La enfermedad periodontal es muy prevalente en personas con diabetes. ¿Cuáles son los factores de riesgo?

Los factores de riesgo pueden ser tanto de tipo genético, como biológico, ambiental o asociados a hábitos. Los pacientes con diabetes tienen mayor susceptibilidad a desarrollar periodontitis. Esto es debido a la acumulación de productos finales de la glicación avanzada (proteínas AGE) en los tejidos, incluidos los periodontales, que provoca un aumento de las citoquinas proinflamatorias, relacionadas con la destrucción que se produce en los tejidos que rodean al diente. Una persona con diabetes tiene hasta tres veces más posibilidades de sufrir periodontitis que una persona sin diabetes

A- Hiperglucemia

B- Tabaquismo

C- Factores genéticos

D- Todas son ciertas

25 / 52

Una persona en pauta con insulina degludec: 22-0-0 + insulina asparta: ratio de 0,8 DNO y 0,6 en comida y cena que vive en Sevilla y viaja a Los Ángeles (EE. UU.), ¿cómo debe ajustar el horario de inyección de insulina?

Como en estos viajes al oeste el día durará más de 24 horas, es muy probable que resulte necesario compensar alguna hiperglucemia con inyecciones extra de insulina de acción rápida, preferentemente

antes de ingerir alguna de las comidas que le servirán en el avión.

(Reunión Anual de la American Association of Clinical Endocrinologists de enero de 2016.)

A- Se inyectará tan solo la mitad de la dosis a su hora habitual y se inyectará la segunda mitad de la dosis a la hora habitual según el huso horario de destino

B- No se inyectará la insulina basal hasta llegar a destino. Se inyectará solo la insulina prandial

C- Se inyectará como todos los días

D- Ninguna es cierta

26 / 52

¿Y si viajase a Tokio? ¿Cómo debe ajustar el horario de inyección de insulina?

Como el día durará menos de 24 horas, se deberá reducir la dosis total diaria de insulina. Se debe disminuir la dosis alrededor del 4% por cada hora de diferencia.

La dosis habitual es de 22 unidades de insulina al día y el lugar de destino queda al este con una diferencia horaria de 7 horas.

Deberá reducir esta dosis en una proporción de 7 horas \times 4%, es decir en un 28%L la dosis previa antes de viajar será de solo 15,84 UI; redondeará a 16 UI.

A- Disminuyendo la dosis a 20 UI

B- Disminuyendo la dosis a 16 UI

C- Disminuyendo la dosis a 10 UI

D- Incrementando la dosis a 25 UI

27 / 52

La hiperglucemia secundaria a corticoides produce:

La respuesta correcta es la D, ya que es la más completa. La hiperglucemia secundaria a corticoides produce las fluctuaciones glucémicas, resistencia a la insulina e inhibe la secreción de insulina.

Los mecanismos responsables del efecto hiperglucémico son: reducción de la captación de glucosa por resistencia a la insulina tanto a nivel hepático como periférico e inhibición de la secreción de la

insulina: hiperglucemia posprandial.

A- Fluctuaciones glucémicas, resistencia a la insulina e inhibe la secreción de insulina

B- Hiperglucemia posprandial

C- Hiperglucemia posprandial, resistencia a la insulina e inhibe la secreción de insulina

D- Fluctuaciones glucémicas, hiperglucemia posprandial, resistencia a la insulina e inhibe la secreción de insulina

28 / 52

La educación que realizar en casos de tratamientos cortos será:

Si el tratamiento es esporádico y la persona solo tiene hiperglucemia inducida por corticoides y no DM, solo se precisa explicar la acción del tratamiento que está administrándose, los cambios que provoca a nivel metabólico y reforzar hábitos de alimentación, etc. para evitar hiperglucemias posprandiales. No es necesario educación más amplia ni abordar otros tópicos.

A- Explicar la acción de los corticoides y reforzar las medidas higiénico-dietéticas

B- Explicar el reparto de hidratos de carbono, índice glucémico y entender el etiquetado nutricional

C- Que sepan disminuir temporalmente la dosis de fármacos hipoglucemiantes

D- Valorar la necesidad de poner un sensor de medición continua de glucosa y educar sobre ello

29 / 52

Los objetivos de control glucémico para las personas con corticoides son:

Los objetivos de control deben optimizarse e individualizarse, pero siempre bajo el criterio general de tener unos objetivos similares a los de las personas con DM, ya que un mal control podría dar lugar a complicaciones.

A- Se rebajan el 10% más que para el resto de personas con DM, aunque con frecuencia precisan una insulinización más intensiva para poder alcanzarlos

B- Los mismos que para el resto de personas con DM, aunque con frecuencia precisan una insulinización más intensiva para poder alcanzarlos

C- Se rebajan el 5% más que para el resto de personas con DM, ya que se sabe que son inducidos

D- Se rebajan el 5% más que para el resto de personas con DM, ya que se sabe que son inducidos, aunque con frecuencia precisan una insulinización más intensiva para poder alcanzarlos

30 / 52

El día de la cirugía, ¿qué se recomienda ante una persona con diabetes?

Las personas que utilizan insulina deben continuarla, pero se ajusta su dosis y vía de administración según el tipo de cirugía o procedimiento diagnóstico, al cual será sometido el paciente. Estarán en ayunas y al no tener ingesta de HC se omitirá la insulina rápida, se harán controles glucémicos frecuentes y si las cifras son elevadas se realizará control de cetonemia para adaptar tratamiento si es preciso.

A- Realizar un perfil glucémico, revisar la pauta de insulina rápida, se deberá omitir la insulina del desayuno, debido a que la persona deberá mantenerse en ayunas para el procedimiento o cirugía; en caso de que el control de glucemia sea de más de 250 mg/dl, se tendrá que determinar también la cetonemia

B- Realizar un perfil glucémico, revisar la pauta de insulina rápida; en caso de que el control de glucemia sea de más de 250 mg/dl, se tendrá que determinar también la cetonemia

C- Realizar un perfil glucémico y revisar la pauta de insulina rápida

D- Realizar un perfil glucémico, revisar la pauta de insulina rápida, se deberá omitir la insulina del desayuno, debido a que la persona deberá mantenerse en ayunas para el procedimiento o cirugía

31 / 52

¿Qué afirmación es correcta sobre el tratamiento de las personas con DM estables ante una cirugía?

Si el procedimiento es breve y de baja complejidad puede continuar con la administración de insulina por vía s.c., en unos casos solo será tratamiento con insulina basal y, en otros, con múltiples dosis.

Esta respuesta es más general, ya que no se especifica a cuál se refiere.

Para cirugías de mayor duración y alta complejidad se recomienda el uso de insulina por infusión i.v., ya que ha demostrado un mejor control glucémico y una rápida titulación en caso de ser necesario.

A- A las personas que se les va a realizar una cirugía menor permite un manejo diferente y, en ocasiones, es suficiente administrar insulina basal

B- A las personas que se les va a realizar una cirugía menor permite un manejo diferente y, en ocasiones, es suficiente administrar antidiabéticos orales

C- A las personas que se les va a realizar una cirugía menor permite un manejo diferente y, en ocasiones, es suficiente administrar insulina vía i.v.

D- A las personas que se les va a realizar una cirugía menor permite un manejo diferente y, en ocasiones, es suficiente administrar insulina vía s.c.

32 / 52

Las recomendaciones básicas de la persona que va a realizar una prueba diagnóstica para cirugía serán:

Sí es necesario explicar en qué va a consistir la intervención. Debe seguir una alimentación variada y saludable, pero no estricta. Debe mantener valores de glucosa en objetivos. Debe evitar episodios de hipoglucemia, pero también de hiperglucemia (sería insuficiente solo recoger hipoglucemia).

A- No es necesario explicar en qué va a consistir la cirugía o prueba para evitar alteraciones

B- Seguir una alimentación estricta

C- Intentar mantener los valores de glucosa dentro de los objetivos

D- Evitar episodios de hipoglucemias

33 / 52

¿Qué pacientes podrían beneficiarse con los calculadores de bolo?

Es una recomendación del grupo de expertos de la guía De la teoría a la práctica en la utilización del calculador de bolo

A- Los pacientes que deseen mejorar su control metabólico

B- Aquellos que están en tratamiento con insulinas bifásicas

C- Aquellos con dificultades visuales

D- Todas son ciertas

34 / 52



¿Qué se define como bolo prandial?

La insulina rápida o prandial, como indica su nombre, tiene relación con la inyección preingesta.

A- Es la cantidad de HC que se ingiere en una comida

B- Es la cantidad de insulina que corrige una hiperglucemia

C- Es el bolo de insulina rápida que se administra previo a cada ingesta

D- Es la inyección de insulina lenta

35 / 52

¿Qué parámetros, entre otros, se utilizan para el gestor de bolo?

La guía de usuario de calculadores de bolo indica que se utilizan los tres parámetros.

A- Glucemia objetivo

B- Factor de sensibilidad a la insulina

C- Ratio insulina/HC

D- Todas son ciertas

36 / 52

Si queremos conseguir un control metabólico más estricto, ¿qué debemos programar?

Es la recomendación del grupo de expertos de la guía De la teoría a la práctica en la utilización del calculador de bolo.

A- Tiempo de acción de insulina corto

B- Aumento alto tras la comida

C- Tiempo de retardo largo

D- Tamaño del aperitivo por encima del tentempié

37 / 52

¿Cuál o cuáles son objetivos del programa educativo estructurado avanzado en la persona usuaria de gestor de bolo?

Así lo indica el programa de educación terapéutica en diabetes (ETD) de la Sociedad Española Diabetes (SED)

A- Realizar con soltura los cálculos de ratios para diferentes momentos del día

B- Adaptar el plan de alimentación a situaciones especiales o enfermedades intercurrentes modificando ratios y FSI

C- Tener presente el efecto de la actividad física, para disminuir titulación de insulina

D- Todas son ciertas

38 / 52

El tratamiento intensivo de la diabetes mellitus (DM) con múltiples dosis de insulina (MDI) o infusión subcutánea continua de insulina (ISCI)...

Así lo refleja The Diabetes Control and Complications Trial Research Group en el artículo The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. Engl J Med. 1993;329:977-86.

A- Produce una mejoría del control glucémico

B- Reduce el riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares y macrovasculares

C- No tiene diferencias con la terapia con insulinas bifásicas

D- Son correctas A y B

39 / 52

¿Qué recomienda la American Diabetes Association (ADA) en pacientes con DM1 en terapia bolo-basal?

Así lo establece la American Diabetes Association en Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. 2020;43(Suppl 1):S98-S110.

A- Utilización de RI/HC

B- Utilización del factor de sensibilidad a la insulina individualizado y adaptado a cada momento del día

C- Terapia con insulinas intermedias

D- Son correctas A y B

40 / 52

Una de las situaciones más complicadas en el tratamiento de la DM1 es:

Ahola AJ, Mäkimattila S, Saraheimo M et al. Many patients with type 1 diabetes estimate their prandial insulin need inappropriately. J Diabetes. 2010;2:194-202.

A- El cálculo de la dosis de insulina (CDI) prandial

B- El cálculo la dosis de insulina para los bolos correctores (BC) ante situaciones de hiperglucemia

C- Tiempo de acción de la insulina

D- Todas son ciertas

41 / 52

¿En qué porcentaje se calcula que son incorrectos los cálculos de los bolos prandiales en los pacientes con DM1?

Brazeau AS, Mircescu H, Desjardins K et al. Carbohydrate counting accuracy and blood glucose variability in adults with type 1 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2013;99:19-23.

A- En el 22%

B- En el 54%

C- En el 64%

D- En el 38%

42 / 52

Un paciente está en régimen insulínico bolo-basal con la siguiente pauta:

Insulina degludec: 20-0-0

Insulina asparta:

Desayuno: ratio 1,5 y FSI: 50; glucemia objetivo :100 mg/dl

Comida: ratio 1,4 y FSI: 55; Glucemia objetivo: 100 mg/dl

Cena: ratio 1,3 y FSI: 53; glucemia objetivo: 100 mg/dl



Si su glucemia es de 200 mg/dl y va a desayunar 5 raciones de HC, ¿cuántas unidades de insulina asparta le sugeriría el calculador de bolo?

Por la fórmula de cálculo de ratio insulina/HC y FSI.

A- 9,5 UI

B- 7,5 UI

C- 10 UI

D- 5 UI

43 / 52

Para programar por primera vez el calculador de bolo AAE, el paciente realiza recuento de raciones equivalentes de HC. ¿Qué debe seleccionar?

Así se establece en la guía de usuario de calculadores de bolo AAE.

A- Gramos

B- KE (unidad de carbohidratos de 10 g)

C- BE (unidad de pan de 20 g)

D- CC (unidad de HC de 15 g)

44 / 52

Antes de recomendar una app en diabetes a un paciente, debemos...

Así se establece en el decálogo sobre la utilización de apps en diabetes del Grupo de trabajo Diabetes 2.0 de la SED.

A- Orientar a los pacientes en su búsqueda: seguras y adaptadas a necesidades

B- Si es posible prescribir apps con distintivo de calidad

C- Comprobar que los responsables son fácilmente identificables

D- Todas son ciertas



45 / 52

Para que un calculador de bolo en modo sencillo sea eficaz y seguro, ¿qué se debe tener en cuenta?

Es recomendación del grupo de expertos de la guía De la teoría a la práctica en la utilización del calculador de bolo.

A- Que el paciente esté en tratamiento con insulinas bifásicas

B- No es imprescindible que tenga en cuenta la cantidad de HC que ingiere

C- Que el paciente esté en tratamiento en régimen insulínico bolo-basal

D- No es necesario tener en cuenta la actividad física

46 / 52

Al finalizar el programa educativo avanzado de calculador de bolo, el paciente tendrá competencias para...

Así lo estipula el programa de educación terapéutica en diabetes (ETD) de la SED.

A- Adaptar el plan de alimentación a situaciones especiales o enfermedades intercurrentes modificando ratios y FSI

B- Utilizar la unidad grasa-proteína (UGP) en el cálculo de UI de insulina prandial

C- No es necesaria ninguna formación

D- A y B son correctas

47 / 52

En la configuración avanzada del calculador de bolo FI y FL2, ¿qué hay que tener en cuenta?

Así lo marca la guía del usuario de calculadores de bolo FI y FL2.

A- Unidad de insulina/ración equivalente

B- Gramos de HC/unidad insulina

C- Nada en especial

D- Hay que modificar el FSI para ajustar las raciones

48 / 52

Para ajustar los bolos, ¿qué hay que tener en cuenta?

Para ajustar los bolos hay que tener en cuenta la glucemia que se tiene antes de la ingesta, el objetivo que se debería de tener, las raciones que se van consumir de HC y las unidades que se administran por ración, así como la insulina activa que aún está haciendo efecto.

A- Glucemia preprandial, objetivos glucémicos, raciones-HC, factor de sensibilidad a la insulina (FSI) e insulina activa

B- Glucemia preprandial, objetivos glucémicos, RI-HC, FSI e insulina activa

C- Glucemia preprandial, raciones-HC, RI-HC, FSI e insulina activa

D- Glucemia preprandial, objetivos glucémicos, raciones-HC, RI-HC, FSI e insulina activa

49 / 52

En una mujer embarazada que lleva infusión subcutánea continua de insulina (ISCI), ¿qué es necesario reforzar?

En el embarazo es fundamental evitar las hipoglucemias e hiperglucemias por el riesgo fetal que tienen. Se deben evitar la cetosis y cetoacidosis por el componente yatrogénico que tiene para el desarrollo intelectual del bebé. Tomar menos HC puede inducir a procesos de cetosis. Es importante la rotación del catéter para evitar lipohipertrofias y, como consecuencia, hiperglucemias.

A- Prevención y tratamiento de la hipoglucemia, prevención y tratamiento de hiperglucemia, cetosis y cetoacidosis, nuevas necesidades insulínicas y rotación de catéter

B- Prevención y tratamiento de la hipoglucemia, prevención y tratamiento de hiperglucemia, cetosis y cetoacidosis, pérdida de peso, nuevas necesidades insulínicas y rotación de catéter

C- Prevención y tratamiento de la hipoglucemia, prevención y tratamiento de hiperglucemia, cetosis y cetoacidosis, evitar ingestas inferiores a 130 g de HC o pérdida de peso, nuevas necesidades insulínicas y rotación de catéter

D- Prevención y tratamiento de la hipoglucemia, prevención y tratamiento de hiperglucemia, cetosis y cetoacidosis, evitar ingestas inferiores a 130 g de HC o pérdida de peso y nuevas necesidades insulínicas

50 / 52

¿Cómo se calcula el factor de sensibilidad?

El factor de sensibilidad a la insulina (FSI), también conocido por factor de corrección, es lo que disminuye la glucosa, en cada persona (en mg/dl), cada unidad de insulina rápida que se pone; es decir la cantidad de glucosa que metaboliza 1 UI de insulina.

La regla del 1.800 es la fórmula que se utiliza en estos casos. En primer lugar, es fundamental contar las unidades diarias de insulina fijas que nos ponemos cada día. Por ejemplo, 6 unidades de rápida en el desayuno + 18 unidades de lenta + 7 unidades de rápida en la comida + 5 unidades de rápida en la cena, lo que daría un total de 36 unidades totales diarias de insulina.

A- Dividiendo 1.500 entre el número de unidades de insulina totales que se pone al día

B- Dividiendo 1.500 entre el número de unidades de insulina rápida que se pone al día

C- Dividiendo 1.800 entre el número de unidades de insulina totales que se pone al día

D- Dividiendo 1.800 entre el número de unidades de insulina rápida que se pone al día

51 / 52

¿Qué hay que tener en cuenta al hacer una desconexión?

Al hacer una desconexión, debemos de tener en cuenta el tiempo que vamos a estar desconectados para saber que insulina se necesita, la glucosa del momento, por si hay que corregir, la actividad a realizar (vida sedentaria o ejercicio) y pensar la causa (por decisión propia o por fallo o rotura del sistema).

A- El tiempo de desconexión, la situación glucémica, la actividad a realizar, la frecuencia y la causa de la desconexión

B- El tiempo de desconexión, la situación glucémica, la actividad a realizar y la frecuencia

C- El tiempo de desconexión, la situación glucémica, la frecuencia y la causa de la desconexión

D- La situación glucémica, la actividad a realizar, la frecuencia y las causas de la desconexión

52 / 52

En situación de cetosis y al tener ISCI la insulina a poner será:

La cetosis es una situación que reviste intervención rápida para evitar cetoacidosis, ya que la persona portadora de este sistema no tiene reserva de insulina. En este caso la insulina correcta que hay que ponerse debe de ser mayor que la que nos indica el FS.

A- Lo que diga el bolo corrector del ISCI

B- Administrar bolo corrector con bolígrafo de insulina rápida 0,15 UI/kg de peso

C- Administrar bolo corrector con bolígrafo 0,15 UI/kg de peso

D- Administrar bolo corrector con bolígrafo 0,05 UI/kg de peso