

Puntuación Total

Puntuación: 22 de 31

Porcentaje: 70,97%

Porcentaje para aprobar: 70%

Corrección del Examen

1.-¿Qué riesgo cardiovascular total presenta nuestro paciente?

a.- Bajo.
b.- Moderado.
c.- Alto.
d.- Muy alto.
e.- Extremadamente alto.

2.-¿Qué parámetros lipídicos se deben pedir para la correcta evaluación del paciente?

a.- Colesterol total.
b.- LDL y HDL.
c.- TG.
d.- Lp(a).
e.- a, b y c son correctas.

3.-¿Qué objetivo terapéutico debemos alcanzar de colesterol LDL en este paciente?

a.- <55 mg/dl.
b.- <70 mg/dl.
c.- <100 mg/dl.
d.- <116 mg/dl.
e.- <150 mg/dl

4.-Dado el riesgo cardiovascular y los objetivos de LDL-c, qué medidas terapéuticas debemos tomar en nuestro paciente:

a.- Intervención en el estilo de vida.
b.- Estatinas a dosis bajas.
c.- Estatinas a dosis altas.
d.- Intervención en el estilo de vida y estatinas a dosis bajas.
e.- Control analítico en 6 meses sin realizar modificaciones terapéuticas.

5.-¿Qué cantidad de ejercicio se le debe recomendar a un paciente dislipémico según las guías ESC/EAS 2019 para el manejo de las dislipemias?

a.- 30 minutos al día de intensidad moderada.

b.- 30 minutos a la semana de intensidad alta.

c.- No se le recomienda ejercicio.

d.- 30 minutos al día de intensidad baja.

e.- 30 minutos al día 2 días a la semana.

6.-Tras la intervención en los estilos de vida, ¿el paciente se encuentra en objetivos?:

a.- Si, por que ahora es un paciente de bajo riesgo.

b.- Si, por que el objetivo de LDL-c era <115mg/dl.

c.- No, por que el objetivo de moderado riesgo es <100mg/dl.

d.- Las dos primera opciones son ciertas.

e.- Todas son correctas.

7.-Señale la respuesta verdadera

a.- Los nutraceuticos son fármacos hipolipemiantes.

b.- La utilización de los nutraceuticos esta contraindicada en pacientes con modificaciones del estilo de vida.

c.- Los nutraceuticos son alimentos que contienen un componente, con un efecto beneficioso y medible sobre una o varias funciones biológicas.

d.- Los nutraceuticos deben ser utilizados como sustitutos de la terapia farmacológica en todos los niveles de RCV.

e.- Los nutraceuticos no tienen utilidad terapéutica en el momento actual.

8.-En cuanto a la adherencia señale la falsa:

a.- No se deben explorar las motivaciones de los pacientes.

b.- Se debe ofrecer apoyo al paciente y a la familia.

c.- Se debe involucrar a los familiares que puedan tener influencia sobre los estilos de vida del paciente.

d.- Se debe adoptar el consejo a la cultura y la situación personal del paciente.

e.- Se debe hacer participe al paciente de las decisiones y los objetivos.

9.-Señale con que estatina y dosis diaria es esperable en monoterapia una reducción de la concentración sérica de cLDL superior al 50%.

a.- Pravastatina 40 mgs.

b.- Simvastatina 20 mgs.

c.- Atorvastatina 20 mgs.

d.- Fluvastatina 80 mgs.

e.- Rosuvastatina 20 mgs.

10.-¿Qué dislipidemia es la más frecuente de las hipercolesterolemias primarias?

a.- Hipercolesterolemia poligénica.

b.- Hipercolesterolemia familiar heterocigota.

c.- Hipercolesterolemia familiar homocigota.

d.- Hiperlipemia familiar secundaria.

e.- Hipercolesterolemia por hipotiroidismo.

11.-Según las últimas Guías EAS/ESC 2019, ¿cómo se considera a un paciente de 59 años, diabético tipo 2 e hipertenso con microalbuminuria, respecto a su riesgo cardiovascular?

a.- Riesgo muy alto.

b.- Riesgo alto.

c.- Riesgo moderado.

d.- Depende de otros factores de riesgo adicionales.

e.- Riesgo extremo.

12.-¿Con qué tratamiento hipolipemiente combinado es previsible obtener un mayor efecto hipocolesterolemizante?

a.- Simvastatina 40 mg con ezetimibe 10 mg.

b.- Fluvastatina 80 mg con ezetimibe 10 mg.

c.- Rosuvastatina 20 mg con ezetimibe 10 mg.

d.- Atorvastatina 80 mg con aliocumab 150 mg cada dos semanas.

e.- Pravastatina 40 mg con aliocumab 150 mg cada dos semanas.

13.-¿Qué objetivo terapéutico se marcan para en el control del cLDL las últimas Guías EAS/ESC 2019 en un paciente con enfermedad arterial periférica?

a.- <130mg/dl.

b.- <100mg/dl.

c.- <70mg/dl.

d.- Reducción del $\geq 50\%$ del nivel basal de cLDL.

e.- < 55 mg/dL y reducción $\geq 50\%$ del nivel basal de cLDL.

14.-Según las últimas Guías EAS/ESC, ¿cómo se considera a un paciente de 69 años con antecedentes de isquemia aguda transitoria, respecto a su riesgo cardiovascular?

a.- Riesgo muy alto.

b.- Riesgo alto.

c.- Riesgo moderado.

d.- Depende de otros factores de riesgo adicionales.

e.- Riesgo extremo.

15.-Señale el enunciado falso, en relación a la hipercolesterolemia familiar heterocigota.

a.- La presencia de xantomas tendinosos está contemplada en los criterios diagnósticos de la hipercolesterolemia familiar heterocigota.

b.- La presencia de xantelasmas está contemplada en los criterios diagnósticos de la hipercolesterolemia familiar heterocigota.

c.- La presencia de arco corneal antes de los 40 años, está contemplada en los criterios diagnósticos de la hipercolesterolemia familiar heterocigota.

d.- Todos los anteriores están contemplados.

e.- Ninguno de los anteriores.

16.-Señale el enunciado falso

a.- El estudio IMPROVE-IT está realizado en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular.

b.- En el estudio IMPROVE-IT se demostró una reducción significativa del objetivo principal compuesto por muerte cardiovascular, infarto de miocardio, angina inestable, revascularización coronaria y accidente vasculocerebral.

c.- En el estudio ODYSSEY en pacientes de muy alto RCV en tratamiento con estatinas de alta intensidad, pero que no habían conseguido un c-LDL <70 mg/dL, alirocumab redujo significativamente los episodios cardiovasculares isquémicos recurrentes.

d.- En el estudio FOURIER evolocumab redujo de forma significativa el riesgo cardiovascular y el c-LDL conseguido en el grupo de intervención era de una media de 30 mg/dL.

e.- Con el tratamiento de estatinas con ezetimibe o iPSCK9 se ha apreciado un valor umbral que empeora el pronóstico con cLDL <30 mg/dL.

17.-En la actualización de la Guía ESC/EAS del tratamiento de Dislipemia del 2019, se clasifica a pacientes de muy alto riesgo cardiovascular todas excepto:

a.- Enfermedad cardiovascular (ECV).

b.- Personas con ECV ya sea clínico o inequívoco en imágenes, incluye aquellos hallazgos que se sabe que predicen eventos clínicos, como la placa significativa en la angiografía coronaria o la tomografía computarizada (enfermedad coronaria multivaso con dos arterias epicárdicas principales que tienen > 50% de estenosis), o en la ecografía carotídea .

c.- DM con lesión de órgano subclínica.

d.- ERC grave (FG <30 ml / min / 1,73 m2).

e.- Todas las anteriores son ciertas.

18.-En la actualización de la Guía ESC/EAS del tratamiento de Dislipemia del 2019, se clasifica a pacientes de alto riesgo cardiovascular todas excepto:

a.- Personas con Colesterol total > 310 mg / dL, cLDL > 190 mg / dL, o Presión arterial > 180 / 110 mmHg.

b.- Pacientes con Hipercolesterolemia Familiar sin otros factores de riesgo importantes.

c.- Pacientes jóvenes con DM duración < 10 años sin otro factor de riesgo adicional.

d.- ERC moderada (FG 30-59 mL / min / 1.73 m2).

e.- Todas las anteriores son ciertas.

19.-Señala lo falso en relación a las técnicas de imagen no invasivas para evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular:

a.- El hallazgo de placa en carótida y / o femoral en la ecografía arterial debe considerarse como un modificador de riesgo en individuos con riesgo bajo o moderado.

b.- La evaluación del Calcio arterial coronario con Tomografía computarizada no debe considerarse como un modificador de riesgo en la evaluación de riesgo Cardiovascular (CV) de individuos asintomáticos con riesgo bajo o moderado.

c.- En pacientes asintomáticos con riesgo bajo o moderado, la evaluación con pruebas de imagen no invasivas es beneficioso para la valoración de tratamiento con estatinas.

d.- La detección de calcificación de la arteria coronaria con tomografía computarizada sin contraste proporciona una buena estimación de la carga aterosclerótica y está fuertemente asociada con eventos CV.

e.- Todas son correctas.

20.-En relación a la estimación del riesgo de enfermedad cardiovascular, es verdadero:

a.- El análisis de ApoB se recomienda para la evaluación de riesgos, particularmente en personas con niveles altos de TG, DM, obesidad, síndrome metabólico o niveles muy bajos de cLDL.

b.- El análisis de ApoB no se puede usar como una alternativa al cLDL, como la medida principal para el cribado, el diagnóstico y el tratamiento.

c.- Nunca se puede preferir el análisis de ApoB sobre el no cHDL en personas con niveles altos de TG, DM, obesidad o muy bajos niveles de cLDL.

d.- La medición de Lp (a) debe realizarse de forma rutinaria en todos los pacientes adultos.

e.- Todas son falsas.

21.-En relación a la estimación del riesgo de enfermedad cardiovascular, es falso:

- a.- La Lp (a) debe considerarse en pacientes seleccionados con HF de ECV prematura, y para la reclasificación en personas que están en el límite entre riesgo moderado y alto.
- b.- La medición de Lp (a) debe considerarse al menos una vez en la vida de cada persona adulta para identificar a aquellos con niveles de Lp (a) heredados muy altos > 180 mg / dL, que pueden tener un riesgo equivalente a el riesgo asociado con la hipercolesterolemia familiar heterocigótica.
- c.- Se recomienda el análisis de TG como parte del proceso de análisis de lípidos de rutina.
- d.- El análisis de cLDL se recomienda como el método de análisis de lípidos primario para el cribado, diagnóstico y manejo.
- e.- Todas son ciertas.

22.-Dentro de los objetivos del tratamiento para la prevención de enfermedades cardiovasculares es falso que:

- a.- En pacientes con riesgo muy alto en prevención primaria o secundaria, reducción de cLDL >50% del basal o cLDL < 55 mg / dL.
- b.- En pacientes con alto riesgo, un régimen terapéutico que logra >50% de reducción de cLDL basal y un objetivo de cLDL > 55 mg / dL.
- c.- En pacientes con riesgo moderado, cLDL <100 mg / dL.
- d.- En pacientes con riesgo bajo cLDL <116 mg / dL.
- e.- Todas son ciertas.

23.-Para estimar el riesgo cardiovascular, es cierto que:

- a.- La detección de factores de riesgo, incluido el perfil lipídico, debe considerarse en hombres > 40 años y en mujeres > 50 años o posmenopáusicas.
- b.- Un sistema de estimación de riesgos como SCORE puede ayudar a tomar decisiones lógicas de gestión, así evitar el infratratamiento y sobre tratamiento.
- c.- Ciertas personas tienen alto o muy alto riesgo de ECV sin necesidad de puntuación de riesgo, como son pacientes con ECV establecida, personas mayores con DM de larga evolución, hipercolesterolemia familiar, enfermedad renal crónica, placas carotídeas o femorales, puntaje de calcio en arterias coronarias > 100 o elevación extrema de Lp (a).
- d.- Dentro de las estrategias de intervención que se realizan en función del riesgo cardiovascular y los niveles de colesterol de lipoproteínas de baja densidad no tratados, se incluye intervención en el estilo de vida en todos los casos.
- e.- Todas son ciertas.

24.-Dentro de los factores que modifican la estimación de riesgo cardiovascular, no se encuentra:

- a.- Historia familiar de ECV prematura (hombres: <55 años y mujeres: <60 años).
- b.- Hipertrofia ventricular
- c.- Fibrilación auricular
- d.- Esteatosis hepática no alcohólica

e.- Todas son ciertas.

25.-En el tratamiento de la dislipemia para reducir los niveles de cLDL es cierto que:

a.- Se recomienda que se prescriba una estatina de alta intensidad hasta la dosis más alta tolerada para alcanzar los objetivos establecidos según su riesgo CV.

b.- Si no se logran los objetivos con la dosis máxima tolerada de una estatina, se recomienda la combinación con ezetimiba. Para prevención secundaria en pacientes con riesgo muy alto que no logran su objetivo con una dosis máxima tolerada de una estatina y ezetimiba.

c.- Para pacientes con HF de muy alto riesgo (es decir, con ECV o con otro factor de riesgo importante) que no logran su objetivo en un máximo después de tratar con estatina y ezetimiba, se recomienda una combinación con un inhibidor de PCSK9.

d.- Todas son correctas.

e.- Ninguna es correcta.

26.-De las siguientes afirmaciones, ¿Cuál es falsa?:

a.- En pacientes con DM2 con riesgo muy alto, se recomienda una reducción de cLDL >50% con respecto al valor basal y un objetivo de cLDL de <1.4 mmol / L (<55 mg / dL).

b.- En pacientes con DM2 con alto riesgo, se recomienda una reducción de cLDL > 50% desde el inicio y un objetivo de cLDL de <1.8 mmol / L (<70 mg / dL).

c.- Las estatinas se recomiendan en pacientes con DM1 que tienen un riesgo alto o muy alto.

d.- La terapia con estatinas no se recomienda en pacientes pre menopáusicas con o sin DM que estén considerando un embarazo o que no usen anticonceptivos adecuados.

e.- Todas son correctas.

27.-En cuanto al tratamiento de la dislipemia en la actualización de la Guía ESC/EAS 2019 es falso que:

a.- El tratamiento con estatinas se recomienda como el primer fármaco de elección para reducir el riesgo de ECV en individuos de alto riesgo con hipertrigliceridemia [TG> 2,3 mmol / L (200 mg / dL)].

b.- Se recomienda el tratamiento con un inhibidor de PCSK9 en pacientes con HF de muy alto riesgo si el objetivo del tratamiento no se logra con estatinas más toleradas más ezetimiba.

c.- Se recomienda que la estatina se comience con una dosis alta, en mayores de 65 años, si hay insuficiencia renal significativa y / o el potencial de interacciones farmacológicas, para lograr los objetivos del tratamiento con cLDL.

d.- Si el objetivo de cLDL no se logra después de 4 a 6 semanas a pesar de la terapia con estatinas tolerada y ezetimiba, se recomienda la adición de un inhibidor de PCSK9.

e.- Todas son correctas.

28.-Se consideran pacientes de alto riesgo cardiovascular, excepto:

a.- Personas con factores de riesgo únicos notablemente elevados, en particular colesterol total > 8 mmol / L (> 310 mg / dL), cLDL > 4.9 mmol / L (> 190 mg / dL), o presión arterial > 180 / 110 mmHg.

b.- Pacientes con antecedentes familiares sin otros factores de riesgo importantes.

c.- Todos los pacientes con DM con o sin daño a órganos diana, duración > 10 años u otro factor de riesgo adicional.

d.- Pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) moderada (FG 30-59 mL / min / 1.73 m²).

e.- Todas son correctas.

29.-En relación a las estrategias de tratamiento de las siguientes afirmaciones es falso que:

a.- Pacientes con bajo riesgo CV con cLDL >190 mg/dL el tratamiento más adecuado es realizar únicamente cambios en el estilo de vida.

b.- Pacientes con moderado riesgo CV con cLDL >190 mg/dL el tratamiento más adecuado es realizar únicamente tratamiento con estatinas a baja dosis e ir incrementando paulatinamente.

c.- En paciente con DM sin Lesión de órgano subclínica con cLDL>190, el objetivo de cLDL sería disminuir el 20% del basal.

d.- En pacientes que están a tratamiento con estatinas y ezetimiba con buen control de cLDL nunca estaría indicado hacer una determinación analítica de Lp (a).

e.- Todas son falsas.

30.-Dentro de las novedades sobre la ApoB, en la actualización del tratamiento dislipemia en la Guía ESC/EAS 2019 se encuentran:

a.- El análisis de ApoB se recomienda para la evaluación de riesgos, particularmente en personas con TG alto, DM, obesidad o síndrome metabólico, o muy bajo cLDL.

b.- No se recomienda la determinación de ApoB como una alternativa al cLDL, si está disponible, como la medida principal para el cribado, diagnóstico y manejo.

c.- Puede preferirse a los no cHDL en personas con TG, DM, obesidad o cLDL muy bajos.

d.- a y b son correctas.

e.- a y c son correctas.

31.-En relación al tratamiento de las dislipemias es falso que:

a.- En ningún caso se recomienda el tratamiento con estatinas para la prevención primaria en personas mayores de <75 años.

b.- Se puede considerar el inicio del tratamiento con estatinas para la prevención primaria en personas mayores de > 75 años, si tienen un alto riesgo o más.

c.- Para los pacientes con ECV establecida que experimentan un segundo evento vascular dentro de 2 años mientras están a tratamiento con estatinas, se puede considerar un objetivo de cLDL <40 mg / dL.

d.- En prevención primaria, para individuos con riesgo muy alto pero sin antecedentes familiares, una reducción de cLDL > 50% desde el inicio y un objetivo de cLDL <55 mg / dL.

e.- Todas son ciertas.