

Formación clínica lípidos:

Optimización del tratamiento en el alta hospitalaria y continuidad asistencial en el paciente cardiovascular



Aprobado

Preguntas correctas: 13

Preguntas totales: 18

Porcentaje aciertos: 72%

Porcentaje para aprobar: 70%

1. ¿Cuánto tiempo tenemos que dejar pasar para modificar el tratamiento tras un evento agudo?

- A 3 meses como mínimo
- B Entre 4 y 6 semanas
- C Entre 6 y 8 semanas
- D 6 meses para que el paciente se estabilice
- E 1 año

2. Los cambios más relevantes entre las guías ESC del 2016 en comparación con las del 2019:

- A Se ha producido en los pacientes de riesgo moderado
- B En los pacientes de riesgo muy alto se mantienen cifras de control c-LDL <70 mg/dl
- C En los pacientes de muy alto riesgo se ha pasado de un objetivo c-LDL < 70 mg/dl o una reducción >50% a un objetivo de c-LDL < 55 mg/dl junto con una reducción > 50%
- D En los pacientes de muy alto riesgo se ha pasado de un objetivo c-LDL < 70 mg/dl o una reducción >50% a un objetivo de c-LDL < 55 mg/dl y/o una reducción > 50%
- E En los pacientes de riesgo alto se recomiendan cifras de control c-LDL <100 mg/dl

3. En cuanto a los objetivos de c-LDL; es cierto:

- A Alcanzar los objetivos de control, no importa cuanto se tarde mientras se alcancen
- B Debemos alcanzar los objetivos de control, cuanto antes mejor
- C una vez conseguido los objetivos de control podemos bajar la potencia de la estatina
- D Deberemos alcanzar los objetivos cuánto más bajo y cuánto antes mejor
- E Ninguna es cierta

4. ¿Cuáles son las posibles causas de no alcanzar los objetivos de c-LDL?

- A

La inercia terapéutica
- B

La diversidad de guías
- C

La falta de adherencia al tratamiento
- D

La relación médico-paciente
- E

Todas son correctas

5. Respecto al contenido del informe de alta hospitalario del paciente con enfermedad cardiovascular debe de contener todos excepto:

- A

Motivo de ingreso y objetivos de prevención
- B

Indicaciones terapéuticas
- C

Objetivos para presión arterial, lípidos, diabetes
- D

Vacunación antigripal y antitetánica
- E

El plan de visitas tras el alta

6. En relación con la continuidad asistencial, señale la respuesta verdadera:

- A

La coordinación entre niveles asistenciales constituye un elemento “clave” de la atención sanitaria
- B

La coordinación entre niveles asistenciales contribuye a mejorar el nivel de resolución de las distintas patologías cardiovasculares
- C

Para una adecuada continuidad asistencial es “crítico” un buen informe de alta que este consensuado por los interlocutores en cada área sanitaria
- D

La continuidad asistencial favorece un mejor uso de recursos
- E

Todas son ciertas

7. En relación a la continuidad asistencial en el paciente con arteriopatía periférica, cuál de las siguientes no es cierta:

- A

La enfermedad arterial periférica es una enfermedad de carácter degenerativo, progresivo y multifocal
- B

La enfermedad arterial periférica se caracteriza por la presencia de placas de ateroma en las paredes de las arterias que disminuyen su luz y el flujo sanguíneo
- C

Los pacientes con enfermedad arterial periférica siempre tienen síntomas
- D

El seguimiento del paciente con enfermedad arterial periférica puede realizarse en atención primaria o especializada, aunque los mejores resultados se alcanzan con actividades protocolizadas supervisadas por equipos multidisciplinares bien estructurados
- E

Los pacientes no subsidiarios de cirugía, en general, deberían ser seguidos preferentemente en AP

8. ¿Cuál de estos factores se podría considerar que menos influye a la adherencia del tratamiento?

- A

La edad
- B

Lo años de evolución de la enfermedad
- C

El sexo
- D

La polimedicación
- E

La relación médico-paciente

9. La falta de consecución de los objetivos de control de c-LDL:

- A

Incrementa la incidencia de recurrencias
- B

Dependerá del control de otros factores de riesgo cardiovascular
- C

Si el paciente ya está en tratamiento con estatinas, es más difícil que se produzca un nuevo episodio cardiovascular
- D

No está relacionado con la utilización de estatinas de alta potencia
- E

Todas son correctas

10.Cuál de las siguientes afirmaciones considera que es falsa en relación a las guías de dislipemia 2019 de las sociedades europeas de cardiología y arteriosclerosis:

- A

El objetivo de cLDL en el paciente de muy alto riesgo es de 55 mg/dL
- B

El objetivo de cLDL en el paciente de riesgo bajo es menos de 116 mg/dl
- C

En pacientes con recurrencia de eventos cardiovasculares, no exclusivamente coronarios el objetivo de cLDL es menor de 40 mg/dL
- D

En pacientes de riesgo moderado el objetivo cLDL es de menos de 70 mg/dL con un nivel de evidencia IA
- E

En la categoría de riesgo moderado el objetivo de cLDL es menos de 70 mg/dL

11. En relación con la arteriosclerosis, cuál de las siguientes considera que es cierta:

- A

Es una enfermedad iniciada por el depósito de colesterol en la íntima arterial
- B

La relación causal de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL) con la aterosclerosis está suficientemente demostrada
- C

Mantener concentraciones elevadas de cLDL son la clave en el desarrollo de la arteriosclerosis
- D

El cLDL se ha convertido en la diana para reducir la morbimortalidad de la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular arteriosclerótica
- E

Todas son ciertas

12. En relación a la continuidad asistencial en el paciente tras un ictus, es cierta:

- A

En el paciente que ha sufrido un ictus exige abordar, por un lado, las complicaciones clínicas en la fase crónica del ictus y, por otro lado, las repercusiones psicosociales tanto en los supervivientes de un ictus como en sus cuidadores principales
- B

La neurorrehabilitación tras el ictus es crítica
- C

Las estatinas, han demostrado sus beneficios en el paciente tras el ictus
- D

La continuidad asistencial, debe extenderse a la asistencia domiciliaria, evaluando la situación clínica, emocional, cognitiva y funcional post-ictus
- E

Todas son ciertas

13. En relación a la terapia hipolipemiente en los diferentes escenarios de riesgo, cuál de las siguientes considera que es falsa:

- A

La reducción extrema (>75%) de cLDL sólo es alcanzable con iPCSK9
- B

La reducción muy elevada de cLDL (60-75%) se alcanza con atorvastatina a dosis de 40-80 mg día asociada a ezetimiba 10 mg día
- C

Una reducción moderada de cLDL (30-49%) es alcanzable con Atorvastatina 10-20 mg al día
- D

Una reducción moderada de cLDL (30-49%) es alcanzable con Rosuvastatina 5 mg al día asociada a ezetimiba 10 mg día
- E

Una reducción moderada de cLDL (30-49%) es alcanzable con Lovastatina 40 mg al día

14. En relación a la continuidad asistencial en la cardiopatía isquémica, no es cierta:

- A

La optimización del manejo clínico y de la gestión de los pacientes es una prioridad asistencial
- B

El control de los factores de riesgo en prevención secundaria en el momento es aceptable
- C

Los pacientes con CI estable serán seguidos en consultas de AP con el objetivo de asegurar la implementación de las medidas de prevención secundaria, controlar los factores de riesgo y mantenerlos en objetivos de control
- D

Los pacientes con cardiopatía isquémica de alto riesgo, aun asintomáticos, precisarán al menos, una revisión anual por cardiología
- E

La aparición de nuevos síntomas o empeoramiento no explicado de los síntomas previos, hace necesaria una derivación a cardiología

15. En prevención secundaria deberemos calcular el RCV:

- A

Siempre
- B

Sólo en caso de recurrencias
- C

Nunca
- D

Sólo en pacientes sin factores de riesgo
-

E	Siempre en los pacientes diabéticos
---	-------------------------------------

16. Si un paciente presenta un nuevo evento cv en los siguientes 18 meses tras el primero, ¿cuál será el objetivo de control del c- LDL?

A	Inferior a 55 mg/dl
B	Inferior a 40 mg/dl
C	Inferior a 70 mg/dl
D	Inferior a 100 mg/dl
E	Todas son ciertas

17. Un paciente con SCA si en la reevaluación a las 4-6 semanas post el evento, los niveles de c-LDL no se alcanzan:

A	Utilizaremos una estatina de más potencia
B	Añadiremos a la estatina de más potencia ezetimibe
C	Añadiremos un iPCSK9
D	Siempre habríamos de empezar con una estatina de alta potencia
E	Todas son correctas

18. Los responsables de la optimización del tratamiento tras un síndrome de un SCA, debería ser:

A	El cardiólogo
B	El médico de familia
C	Dependerá exclusivamente del cardiólogo
D	El paciente
E	A y B son ciertas

SALIR

Salir: Cerrará la ventana del test y perderá sus respuestas si antes no a las ha guardado con el botón “guardar”.
Guardar: Guardará las respuestas del test. Podrá volver a acceder para continuar con el test y cambiar las respuestas.
Enviar: Entregará definitivamente el test. Una vez enviado no podrá modificar las respuestas y podrá ver la corrección del mismo.