

ACTUALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA , NUTRICION Y DIABETES 2023
RESPUESTA VALIDAS XXXXX

Actualizaciones científicas en Endocrinología, Nutrición y Diabetes 2023
Test de acreditación

Actualizaciones científicas en Endocrinología, Nutrición y

1

Con respecto al ejercicio en DM1, indique cuál es la verdadera:

Mejora el estado físico y la fuerza.

Aumenta las necesidades de insulina.

Disminuya las necesidades de insulina.

A y C son ciertas.XXXXX

A y B son ciertas.

2

La actividad física en ocasiones puede conllevar algunos riesgos en las personas con DM1, indique la verdadera:

Hiper glucemia tras la realización de un ejercicio vigoroso.

Hipoglucemia por el aumento de sensibilidad a la insulina.

Potencial riesgo de cetoacidosis diabética.

Mayor riesgo de golpe de calor durante la práctica deportiva.

Todas son ciertas.XXXXX

3

Indique de los siguientes enunciados cuál es la respuesta falsa:

En ejercicios de competición extrema puede ser necesario el aporte de hasta 12 gr de hidratos de carbono/kg/día.

Durante la práctica deportiva priorizar hidratos de carbono de índice glucémico alto.

Es recomendable el consumo de proteínas entre un 10-35 % siendo preferiblemente de alto valor biológico.

Es aconsejable suplementar con hidratos de carbono si la glucemia previa al ejercicio < 100 mg/dl.

En la DM1, entrenar en ayunas por la mañana, por menores niveles de insulina y elevación del cortisol, requiere suplementar con menos cantidad de HC. XXXXX

4

Entre las opciones terapéuticas para la diabetes mellitus tipo 1, indique la que mejores resultados aporta:

El trasplante con células diferenciadas en secretoras de insulina.

El trasplante de islotes de páncreas de donante humano.

El trasplante de islotes encapsulados inmunoprotegidos.

El xenotrasplante.

El trasplante de páncreas como órgano completo. XXXXX

5

Entre los beneficios aportados por el trasplante de páncreas se encuentran:

Aumento de supervivencia de los receptores en situación de insuficiencia renal terminal con descenso en la mortalidad cardiovascular.

Mejoría en la Neuropatía Vegetativa.

Estabilidad en la retinopatía.

Disminución en la incidencia de hipoglucemias graves.

Todas son ciertas. XXXXX

6

A un paciente con DM-1 e insuficiencia renal terminal, la mejor opción terapéutica es:

Diálisis peritoneal.

Hemodiálisis.

Diálisis domiciliaria.

Doble trasplante páncreas-riñón. XXXXX

Trasplante aislado de riñón.

7

La presencia de características atípicas en un paciente con diabetes mellitus puede hacernos sospechar el diagnóstico de diabetes tipo MODY ¿cuál de ellas NO lo sugiere?

Diabetes mellitus tipo 2 con IMC normal.

Diabetes mellitus tipo 2 bien controlada, estable sin progresión de hiperglucemia que precise aumentar tratamiento.

Diabetes mellitus tipo 1 con IMC elevado. XXXXX

Diabetes Mellitus tipo 1 con presencia de péptido C 0.8 ng/ml 5 años después del diagnóstico.

Debut de diabetes mellitus tipo 1 sin cetoacidosis.

8

En el diagnóstico de diabetes mellitus tipo MODY ¿Cuál de las determinaciones de anticuerpos es menos rentable?

Anti GAD

Anti IA2

Anti Insulina. XXXXX

Anti ZnT8

ICA

9

¿Cuál de los siguientes subtipos de Diabetes Mellitus tipo MODY es el menos frecuente?

GCK-MODY

HNF-1A-MODY XXXXX

HNF-4A-MODY

HNF-1B-MODY

BLK-MODY XXXXX

10

¿Cuál de los siguientes subtipos de Diabetes Mellitus tipo MODY es el más frecuente en pacientes con hiperglucemia sintomática?

GCK-MODY

HNF-1A-MODY XXXXX

HNF-4A-MODY

HNF-1B-MODY

BLK-MODY

11

En relación a la fenilcetonuria ¿Cual es cierta?

Es un error en el metabolismo de los hidratos de carbono.

Es un error en el metabolismo de las grasas.

Es una alteración del ciclo de la urea.

Es una enfermedad de los peroxisomas.

Es un error en el metabolismo de los aminoácidos y las proteínas. XXXXX

12

En relación al tratamiento dietético de la fenilcetonuria ¿Cuál es verdadera?

Deben realizar una dieta baja en fenilalanina. XXXXX

Deben realizar una dieta baja en Lisina.

Deben realizar una dieta baja en tirosina.

Deben realizar una dieta baja en metionina.

Deben realizar una dieta exenta en homocisteína.

.

13

En relación al tratamiento de la fenilcetonuria ¿Cuál es verdadera?

El tratamiento con sapropterina es útil en todos los pacientes. XXXXX

El tratamiento con sapropterina permite hacer una dieta mucho más libre.

El tratamiento con sapropterina tiene muy bajo coste.

El tratamiento con sapropterina es inyectable 1 vez al año.

El tratamiento con sapropterina es una inyección subcutánea.

14

En relación al Síndrome de PKU materna (Embriopatía fenilpirúvica), es cierto que:

Es frecuente la aparición de retraso mental.

Es frecuente la microcefalia.

Son frecuentes las alteraciones faciales.

Es frecuente la cardiopatía congénita.

.

Todas son ciertas. XXXXX

15

¿Cuál es FALSA en relación a la fenilcetonuria y la gestación?

El control de los niveles de fenilalanina en el embarazo es muy importante.

Se recomienda mantener unos niveles entre 2-6mg/dl desde 3 meses antes de la gestación.

Es muy importante programar la gestación.

El control de la dieta sin fenilalanina en la gestación debe ser muy estricto.

Si los niveles de Fenilalanina maternos durante el embarazo están elevados, el recién nacido puede tener una fenilcetonuria. XXXXX

16

¿Cuál es la principal causa de desnutrición en nuestro medio?

Calórica.

La desnutrición relacionada con la enfermedad. XXXXX

La desnutrición por hambre.

La desnutrición psicológica.

Todas son correctas.

17

Para diagnosticar la desnutrición según criterios GLIM:

Se necesita al menos 1 criterio etiológico y 1 bioquímico. XXXXX

Se necesitan dos criterios etiológicos y 1 bioquímicos.

No requiere de ningún criterio etiológico ni bioquímico.

La desnutrición no se puede diagnosticar según criterios GLIM.

Todas son correctas, excepto la A.

18

Diga la respuesta INCORRECTA:

La sarcopenia es la disminución de masa muscular y de fuerza muscular.

Se puede realizar el SARCF como test de cribado.

La sarcopenia y la IC no son entidades relacionadas. XXXXX

La sarcopenia y la IC tienen tratamientos comunes.

La sarcopenia se asocia con la IC.

19

Con respecto al empleo de nutrición artificial en FQ, indique la FALSA:

La dieta adaptada es el primer escalón y se debe acompañar de unas recomendaciones generales para el aumento del consumo de energía y proteínas.

La suplementación nutricional oral incrementa la energía total consumida sin reducir la ingesta calórica de alimentos naturales de forma significativa.

Cuando las dietas poliméricas no son bien toleradas o existe malabsorción severa, a pesar de un correcto tratamiento enzimático, se pueden emplear dietas oligoméricas.

La terapia nutricional mediante sonda en FQ mejora el aporte calórico y el crecimiento en niños pero no el peso en adultos, ni se ha evidenciado una mejora en la función pulmonar. XXXXX

La nutrición parenteral está indicada en las situaciones en las que el tracto gastrointestinal no está funcionando o es imposible acceder a él y está indicado el soporte nutricional artificial.

20

Con respecto a la valoración nutricional en la FQ, identifique la INCORRECTA:

En FQ, el objetivo sería alcanzar como mínimo valores de IMC de 22 kg/m² en mujeres y de 23 kg/m² en varones, ya que dichos valores se asocian a una función pulmonar con afectación sólo moderada (FEV₁ >60%).

El método quizás más útil para medir los compartimentos corporales (pero menos empleado por su mayor complejidad y coste) es la DEXA.

Uno de los factores que más condicionan la morbimortalidad en relación a la desnutrición en la FQ es el descenso de masa magra.

La dinamometría es un marcador funcional de fuerza muscular que se correlaciona bien con otros parámetros que estiman masa magra y es un buen marcador de renutrición.

El IMC es el parámetro más preciso para evaluar el estado nutricional de un paciente ya que valora los diferentes compartimentos corporales. XXXXX

21

Indique cuál de los siguientes enunciados es FALSO.

La testosterona en la mujer se produce en un 25% en ovarios, 25% en glándulas suprarrenales y el 50% proviene de la conversión desde otros precursores a nivel periférico.

La conversión de androstenediona a testosterona se realiza por la enzima 17-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa.

La conversión de testosterona a dihidrotestosterona se realiza por la enzima 5-alfa-reductasa.

LA DHEA-S se produce prácticamente en su totalidad en las células de la teca ováricas. XXXXX

La aromatasa cataliza la conversión de androstenediona a estrona y testosterona a estradiol.

22

Señale la definición INCORRECTA en relación con el exceso de vello:

Lanugo: Presencia de pelo terminal (grosso) en la mujer, en áreas dependientes de andrógenos, siguiendo un patrón masculino. XXXXX

Hipertrichosis: Aumento en la densidad y el grosor del vello no andrógeno-dependiente, en cualquier parte de la superficie cutánea.

Hiperandrogenismo: Cuadro clínico que acontece en la mujer a resultas de un exceso de andrógenos circulantes o por un exceso de acción androgénica relacionado con hipersensibilidad del receptor, y que se caracteriza fenotípicamente por la presencia de hirsutismo, acné más allá de la segunda década de la vida, alopecia hiperandrogénica y/o virilización.

Crecimiento localizado del vello: crecimiento aislado o localizado del vello que no llega a cumplir criterios de hirsutismo.

Hirsutismo idiopático: hirsutismo sin hiperandrogenemia u otros signos que sugieran una alteración endocrina hiperandrogénica.

23

Indique cuál de las siguientes situaciones precisaría una actuación más preferente:

Mujer de 16 años de edad, menarquia a los 9 años de edad, hirsutismo leve de instauración progresiva desde la pubertad (9 puntos en la Escala Ferriman-Gallwey), elevación de 17-OH-Progesterona (5 ng/ml basal y 30 ng/ml tras estímulo con ACTH).

Mujer de 21 años de edad, hirsutismo leve de varios años de evolución, alteración ciclos menstruales con tendencia a la oligomenorrea, acantosis nigricans y obesidad grado 1. Hormona antimulleriana aumentada e Índice LH/FSH >2,5. Índice androgénico libre ligeramente aumentado.

Mujer 22 años de edad con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria de tipo restrictivo y amenorrea de varios meses de evolución. Aparición de vello no terminal en áreas no androgénicas. No hiperandrogenemia.

Mujer de 41 años de edad, ciclos menstruales habitualmente regulares sin signos de hiperandrogenismo. Aparición de hirsutismo rápidamente progresivo en los últimos meses con puntuación en la escala Ferriman-Gallwey >25 puntos así como aparición de signos de virilización (alopecia y clitoromegalia) Cifras de testosterona total superiores a 150 ng/ml. XXXXX

Mujer de 23 años con ciclos menstruales regulares y ausencia de morfología de poliquistosis ovárica en ecografía pélvica. Hirsutismo leve de varios años de evolución. No datos de hiperandrogenemia.

24

Con respecto al tratamiento del hiperandrogenismo indique cual se considera en el momento actual el tratamiento médico de PRIMERA LÍNEA en la mujer premenopáusica:

Anticonceptivos hormonales combinados con Etinilestradiol + progestágeno (a valorar progestágeno de acción antiandrogénica). XXXXX

Flutamida.

Espironolactona.

Acetato de Ciproterona.

Finasteride.

25

En relación al tratamiento con anticonceptivos hormonales combinados señale la respuesta correcta:

La presencia de obesidad se considera una contraindicación absoluta para su uso.

Se recomienda su uso en mujeres fumadoras mayores de 35 años.

Iniciar con dosis elevadas de etinilestradiol.

El levonorgestrel es el progestágeno que asocia menor riesgo de enfermedad tromboembólica venosa. XXXXX

Se recomienda iniciar otro antiandrogénico (Espironolactona o finasteride) de forma simultánea al inicio de anticonceptivo combinado.

26

Con respecto a la estructura de la Lp(a) es FALSO que:

Está compuesta por una partícula de LDL unida a una glicoproteína denominada apo a.

La apo a presenta una estructura similar al plasminógeno.

La apo a se organiza en estructuras de 78 aminoácidos denominadas kringles.

El dominio Kringle IV subtipo 2 es de repetición variable lo que provoca que existan isoformas de distinto tamaño.

Cuanto mayor es el tamaño de las isoformas, mayor es la concentración de Lp(a). XXXXX

27

Con respecto a la Lp(a) es cierto que:

Sus niveles varían mucho a lo largo de la vida.

Su nivel está determinado genéticamente en un 50%.

La concentración de Lp(a) es más elevada en población blanca.

Habitualmente varía entre 30 y 100 mg/dl.

El 20% de la población blanca presenta niveles superiores a 50 mg/dl. XXXXX

28

Con respecto a la determinación de Lp(a) es cierto que:

Se recomienda expresarla en nmol/l.

Habitualmente se determina por nefelometría o inmunoturbidimetría.

Los métodos que utilizan anticuerpos contra el subtipo 2 del Kringle IV son los más precisos.

a y b son ciertas. XXXXX

a y c son ciertas.

29

Con respecto al riesgo cardiovascular en relación a la Lp(a) es FALSO que:

Niveles de Lp(a) por encima de 50 mg/dl aumentan el riesgo cardiovascular.

Niveles elevados de Lp(a) son un factor de riesgo para el desarrollo de estenosis valvular aórtica.

Niveles de Lp(a) elevados aumentan el riesgo de fenómenos tromboembólicos venosos. XXXXX

El riesgo derivado de tener una Lp(a) alta se puede mitigar descendiendo las cifras de LDL-c.

El beneficio de disminuir la Lp(a) es mayor en los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular.

30

Con respecto al tratamiento de la Lp(a) es FALSO que:

Las estatinas pueden aumentar levemente sus niveles.

Los inhibidores de PCSK9 disminuyen un 50% sus niveles. XXXXX

La plasmaféresis puede disminuir sus niveles en un 60%.

Hay que intensificar el tratamiento de los otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes que tengan la Lp(a) elevada.

Actualmente se están desarrollando fármacos específicos contra la Lp(a).

¡Enhorabuena!, ha completado el test.

Puntuación: 100%