

1. La incidencia de diabetes tipo 2 en España es:

A. 13.8 casos/1000 personas/año.

B. 6%

C. 11.6 casos /1000 personas/año.

D. 13,8%

Justificación: La incidencia mide los casos nuevos cada año, en España tras el estudio di@bet.es se estimó en 2017 que la incidencia estaba en 11.6 casos/1000 personas/año. El 13.8% es la prevalencia de diabetes en España y el 6% es desconocida.

2. La diabetes tipo 2:

A. Representa más del 90% de todas las diabetes en el mundo.

B. Es un problema tanto países en vías de desarrollo como desarrollados.

C. Afecta a personas de todas las edades.

D. Todas son correctas.

Justificación: Todas son correctas, es la más frecuente, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo y cada vez se diagnostica en personas más jóvenes.

3. La diabetes tipo 2:

A. Es una enfermedad multifactorial.

B. Los factores genéticos son suficientes para su aparición.

C. La OMS define el saneamiento como determinante social.

D. La Asociación Americana de Diabetes no reconoce relación entre diabetes y determinante ambiental.

Justificación: Es una enfermedad multifactorial, por lo que existen factores genéticos y ambientales que interaccionan a favor del desarrollo de la enfermedad y contribuyen a modular su expresión. El saneamiento es un determinante ambiental. La ADA si reconoce asociación entre diabetes y determinantes.

4. Para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2, no es cierto que hay:

A. Disminución de la secreción de insulina.

B. Aumento de la reabsorción tubular de glucosa.

C. Efecto incretínico aumentado a nivel intestinal.

D. Disminución de la captación muscular de glucosa.

Justificación: Todo son alteraciones que pueden conllevar al desarrollo de la DM2, a excepción del efecto incretino que está disminuido.

5. La inercia terapéutica:

- A. Es la falta de intensificación del tratamiento.
- B. Depende mayoritariamente del sistema sanitario.
- C. Hay tres factores influyentes: paciente, médico y sistema sanitario.

D. A y C son ciertas.

Justificación: Tres factores que intervienen en todo el proceso asistencial: médico, paciente y sistema sanitario, la contribución del médico es del 50 %, la del paciente de 30 % y la del sistema sanitario del 20 %.

6. En el diagnóstico de la diabetes tipo 2:

- A. El inicio suele ser muy brusco.
- B. La reducción de la función de las células beta probablemente comienza 10 años antes.**
- C. Es una enfermedad que no progresa.
- D. La hiperglucemia está presente solo en el diagnóstico.

Justificación: La diabetes tipo 2 suele tener un inicio insidioso, con hiperglucemia presente durante muchos años antes de que se realice el diagnóstico. Es una enfermedad progresiva, debida en parte a la pérdida de la función de las células beta; la reducción de la función probablemente comienza entre 10 y 12 años antes del diagnóstico.

7. En el tratamiento de la diabetes tipo 2:

- A. El tratamiento no farmacológico es imprescindible.
- B. Se requiere de un enfoque multifactorial para reducir el riesgo de complicaciones.
- C. La insulina suele ser el paso final en la escala de tratamiento.

D. Todas son correctas.

Justificación: La diabetes tipo 2 requiere de tratamiento farmacológico y no farmacológico, el enfoque debe ser multifactorial (cambios estilo vida, educación, control glucosa, tensión, lípidos). En la escala de tratamientos, la insulina suele ser el último escalón por evolución natural de la enfermedad.

8. De los siguientes fármacos, señala cual es la incorrecta:

- A. La metformina no hay que suspenderla en caso de intervención quirúrgica.**
- B. Los isGLT2 pueden producir infecciones genitales.
- C. Los arGLP-1 pueden producir molestias gastrointestinales.

D. Los segretagogos tienen riesgo de hipoglucemias.

Justificación: La metformina habría que suspenderla en caso de intervención, contraste, infección, etc. por riesgo de acidosis láctica. El resto son correctas.

9. Los agonistas del péptido similar al glucagón (arGLP1):

A. Aumentan la secreción de insulina y reducen la captación de glucosa muscular

B. Disminuyen la secreción de glucagón.

C. Aceleran el vaciado gástrico y reducen el apetito.

D. Aumentan el riesgo de hipoglucemias.

Justificación: Aumentan tanto la secreción de insulina como la captación de glucosa muscular, enlentecen el vaciado gástrico y por tanto reducen el apetito. Son glucosa-dependientes por lo que NO aumentan el riesgo de hipoglucemias. Sí que reducen la secreción de glucagón.

10. Las complicaciones en la diabetes tipo 2:

A. El cribado habitual permite una detección precoz de las mismas.

B. Las complicaciones microvasculares incluyen la enfermedad renal, la retinopatía y la neuropatía.

C. Se tratarán teniendo en cuenta la calidad de vida del paciente.

D. Todas son correctas.

Justificación: Todas son correctas, el cribado permite detección, las complicaciones microvasculares incluyen aquellas de vasos pequeños y la calidad de vida del paciente siempre se deberá tener en cuenta para proporcionar la mejor atención.

11. Para derribar las barreras para el inicio de una insulinización en pacientes y profesionales, cuál es la incorrecta:

A. Enfatizar la educación terapéutica en diabetes.

B. Proporcionar toda la información posible y amenazar con el inicio de insulina.

C. Mejorar la formulación de las futuras insulinas.

D. Actualizar a los profesionales de la salud.

Justificación: Todas son correctas, excepto la b, debido a que en el inicio del tratamiento con insulina para evitar las barreras, habría que actualizar a los propios profesionales, remarcar la importancia de la educación terapéutica y, si es posible, de cara al futuro mejorar la formulación de las insulinas. No hay que amenazar con el inicio de insulina para evitar negaciones futuras al inicio del tratamiento y proporcionar la información adecuada al momento para no sobresaturar a los pacientes.

