

1) En cuanto al código infarto (señale la afirmación falsa):

*** 1) Se aplica a los pacientes con dolor torácico, diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) y con descenso en el segmento ST del electrocardiograma. (Correcta)**

2) Tiene como finalidad una atención urgente y coordinada encaminada a la aplicación precoz de la estrategia de reperfusión más adecuada.

3) Se aplica a los pacientes con dolor torácico con diagnóstico de IAM y ascenso del ST en el electrocardiograma

4) Reduce la morbimortalidad de los pacientes con IAM.

2) Se debe realizar un cribado de enfermedad coronaria en los pacientes con diabetes mellitus (DM):

1) En todos los casos.

2) En la actualidad, no hay un consenso respecto al método diagnóstico que se debe realizar; sin embargo, debemos solicitar alguna prueba.

*** 3) En general, no deben realizarse y sí controlar los factores de riesgo asociados. (Correcta)**

4) La prueba recomendada por la mayoría de las sociedades científicas es el ecocardiograma transtorácico.

3) Respecto a la DM:

1) Los pacientes con DM aumentan por 2-4 el riesgo relativo de enfermedad coronaria, que es mayor en hombres que en mujeres.

2) Las complicaciones macrovasculares clásicas son la segunda causa de morbimortalidad en pacientes con DM.

3) Los estudios de intensificación de tratamiento como el ACCORD o ADVANCE consiguieron una reducción de los eventos micro y macrovasculares.

*** 4) Todas las afirmaciones son falsas. (Correcta)**

4) Según el estudio Di@bet.es:

1) El 13,8 % de la población española padece DM.

2) El 30 % de la población tiene trastornos en el metabolismo glucídico.

3) Del 13,8 % de la población con DM, el 6 % lo desconoce.

*** 4) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**

5) Las lesiones coronarias en los pacientes con DM:

1) Son parecidas a las de los pacientes que no padecen DM.

*** 2) Suelen presentarse de forma difusa en diferentes vasos. (Correcta)**

3) Tienen igual pronóstico que en los pacientes sin DM.

4) Presentan resultados similares en las técnicas de revascularización coronaria a los de los pacientes sin DM.

6) En el tratamiento del paciente con DM y enfermedad coronaria:

1) La metformina es el agente farmacológico inicial en la mayoría de los casos.

2) La metformina debe reducirse a la mitad de la dosis recomendada si el filtrado glomerular < 45 ml/min/1,73 m².

3) La mayoría de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 deben ajustarse en insuficiencia renal crónica.

*** 4) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**

7) En el tratamiento de la dislipemia en el paciente con DM, según la American Diabetes Association en 2017 (señale la afirmación falsa):

1) En pacientes con enfermedad coronaria se recomienda una estatina de alta potencia; si no se alcanzan objetivos, se debe incluir además ezetimiba.

*** 2) No debe asociarse nunca un fibrato a causa del riesgo de rabiomiólisis. (Correcta)**

3) No se recomienda el uso de estatinas con niacina, pues no aportan beneficio.

4) Si los niveles de triglicéridos > 500 mg/dl, deben buscarse causas secundarias y valorar un tratamiento específico.

8) En pacientes con DM y enfermedad coronaria:

*** 1) Posteriormente a un síndrome coronario agudo se debe recomendar la doble antiagregación, el uso de estatinas, los β -bloqueantes y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) si coexiste insuficiencia cardíaca. (Correcta)**

2) El tratamiento con estatinas dependerá del nivel de colesterol que presente el paciente en el momento del síndrome coronario agudo.

3) Debe recomendarse la antiagregación en el paciente con DM en prevención primaria.

4) Ninguna de las anteriores afirmaciones es cierta.

9) En cuanto a las cifras de presión arterial en el paciente con DM (señale la afirmación falsa):

1) No existe evidencia suficiente para recomendar objetivos más estrictos (< 140/90 mmHg) en el paciente con DM que en la población hipertensa.

2) En algunos pacientes con riesgo cardiovascular alto pueden recomendarse objetivos < 130/80 mmHg.

3) Los efectos adversos pueden verse incrementados con presión arterial sistólica < 120 mmHg.

*** 4) El tratamiento con IECA (o antagonistas del receptor de la angiotensina II) no ha demostrado que reduzca los episodios cardiovasculares en pacientes con DM. (Correcta)**

10) Señale cuál de estas estatinas no es de alta intensidad para reducir el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad:

1) Atorvastatina (40 mg).

2) Rosuvastatina (20 mg).

3) Atorvastatina (80 mg).

*** 4) Simvastatina (40 mg). (Correcta)**

11) Señale la afirmación falsa:

1) La simvastatina de 40 mg es de intensidad moderada para descender el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad.

2) Un IECA más amlodipino fue más eficaz que añadir hidroclorotiazida al IECA en la prevención de episodios cardiovasculares en pacientes con DM no obesos.

*** 3) El estudio CHARISMA demostró que la doble antiagregación en pacientes con DM sin enfermedad coronaria es eficaz. (Correcta)**

4) El estudio TECOS demostró neutralidad cardiovascular con sitagliptina.

12) Respecto a estudios de seguridad cardiovascular de los antidiabéticos (señale la afirmación falsa):

*** 1) En el estudio CVD-REAL, se incluyó a pacientes tratados con diferentes inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), dapagliflozina y canagliflozina principalmente, los cuales demostraron una reducción significativa (respecto a otros hipoglucemiantes no insulínicos) de la incidencia de insuficiencia cardíaca y de eventos cardiovasculares. (Correcta)**

2) El estudio SAVOR-TIMI demostró neutralidad cardiovascular con la utilización de saxagliptina.

3) En el estudio EMPA-REG la población que se estudió eran pacientes con DM y en prevención secundaria.

4) A la espera del estudio realizado con linagliptina (CAROLINA y CARMELINA), ningún estudio con inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 ha demostrado beneficio cardiovascular.

13) ¿Cuál de los siguientes fármacos consideraría añadir a un paciente con insuficiencia cardíaca previa con un subóptimo control de la DM tipo 2, con hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) del 8,3 % tratado con metformina y agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1?

- 1) Ninguno.
- 2) Pioglitazona.
- * **3) iSGLT2. (Correcta)**
- 4) Insulina.

14) En la elección del fármaco antidiabético, ¿qué tendría en cuenta a la hora de prescribirlo?

- 1) La función renal.
- 2) Los niveles de HbA_{1c}.
- 3) Si es en prevención primaria o secundaria.
- * **4) Todos ellos son importantes. (Correcta)**

15) ¿Qué indicación tiene la empagliflozina en pacientes con DM y enfermedad cardiovascular en las nuevas guías de prevención cardiovascular?

- 1) III.
- 2) IIb.
- * **3) IIa. (Correcta)**
- 4) No se ha incorporado todavía.

16) El estudio LEADER ha demostrado la seguridad y la reducción de eventos cardiovasculares de un nuevo antidiabético:

- 1) Es el estudio de seguridad y eficacia de la lixisenatida.
- 2) Es el único antidiabético que ha demostrado reducción en insuficiencia cardíaca.
- 3) Es un fármaco administrado por vía oral.
- * **4) Ha reducido el objetivo primario de muerte cardiovascular, IAM e ictus no fatal de forma significativa frente a placebo. (Correcta)**

17) En relación con el control de la HbA_{1c} en el paciente con enfermedad coronaria:

- 1) Se debe alcanzar una HbA_{1c} del 7 % en la mayoría de los pacientes.
- 2) Se pueden alcanzar cifras más estrictas con fármacos que no produzcan hipoglucemias.
- 3) Se pueden plantear objetivos menos estrictos (HbA_{1c} < 8 %) en pacientes con antecedentes de hipoglucemias graves y esperanza de vida limitada o con enfermedad macrovascular avanzada o DM de larga evolución.
- * **4) Todas las afirmaciones son ciertas. (Correcta)**

18) Respecto al estudio Steno-2 (señale la afirmación falsa):

- 1) Demostró que el control de todos los factores de riesgo vascular en el paciente con DM produce un beneficio.
- 2) El control de la dislipemia en el paciente con DM representa el de mayor beneficio.
- * **3) El control de la glucemia es el factor más determinante en el beneficio pronóstico del paciente con DM. (Correcta)**
- 4) El segundo factor más influyente fue el control de la presión arterial con IECA o antagonistas del receptor de la angiotensina II.

19) ¿Cuál de las siguientes enfermedades se asocian a la DM?

- 1) La insuficiencia cardíaca.
- 2) La neuropatía cardiovascular autonómica, en la DM tipo 1 y 2.
- 3) La disfunción miocárdica en ausencia de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial o enfermedad valvular.
- * **4) Todas ellas se asocian a los pacientes con DM. (Correcta)**

20) ¿Cuál de los siguientes efectos no es producido por los iSGLT2?

- 1) Reducción de los niveles de glucosa en sangre.
- 2) Reducción del peso.
- 3) Efecto natriurético.
- * **4) Aumento o neutralidad en la cifras de presión arterial. (Correcta)**

21) Los principales factores pronósticos de la insuficiencia cardíaca (IC) son (señale la opción falsa):

- 1) Hiponatremia < 130 mEq/l.
- 2) Fracción de eyección (FE) < 30 %.
- * **3) Hipertensión arterial (HTA). (Correcta)**
- 4) Clase funcional III-IV.

22) De acuerdo con los criterios para la definición y clasificación de la IC según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), señale la opción incorrecta:

- 1) La IC con FE deprimida se define con FEVI < 40 %.
- 2) La Sociedad Europea, en su documento de 2016, recomienda para su diagnóstico y clasificación disponer de, al menos, una determinación de un péptido natriurético.
- 3) En la ecocardiografía deberá constar al menos hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) o fibrilación auricular (FA) o disfunción diastólica.
- * **4) En la IC con FE preservada la FEVI debe ser > 45 %. (Correcta)**

23) Señale la opción verdadera respecto a la IC:

- 1) La prevalencia es del 9 % de la población > 45 años.
- 2) La IC con FE preservada predomina en los varones.
- 3) La IC con FE reducida predomina en las mujeres.
- * **4) La mayoría de las muertes se produce por causa cardiovascular. (Correcta)**

24) En lo que respecta a los pacientes con IC y diabetes mellitus (DM), señale la opción verdadera:

- * **1) Algunos estudios de seguridad cardiovascular han mostrado menos hospitalizaciones por IC en el brazo de tratamiento. (Correcta)**
- 2) Los pacientes con diabetes no presentan peor pronóstico.
- 3) La metformina está contraindicada.
- 4) Todos los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 se pueden recomendar hasta el momento.

25) En cuanto a la IC con FE preservada:

- 1) Las etiologías principales son HTA-HVI, DM, FA, y cardiopatía isquémica e hipertensiva.
- 2) Es más frecuente en mujeres.
- 3) Se observa ausencia o mínima cardiomegalia en la radiografía de tórax.
- * **4) Todas las respuestas anteriores son correctas. (Correcta)**

26) Los principales signos de alarma que debemos comunicar a los pacientes son (señale la opción incorrecta):

- 1) Aumento del perímetro abdominal.
- * **2) Tos seca, especialmente durante el día. (Correcta)**
- 3) Más cansancio.
- 4) Inflamación de tobillos o piernas.

27) El principal factor precipitante de la IC es:

- 1) Arritmias.
- 2) Anemia.
- * **3) Infección respiratoria. (Correcta)**
- 4) Tromboembolia pulmonar.

28) Respecto al tratamiento farmacológico del paciente sintomático con IC con FE reducida, señale la opción incorrecta:

- 1) El tratamiento de los síntomas es con diuréticos.
- 2) El tratamiento inicial debe ser con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).
- 3) Si persiste la clínica y la FE < 35 %, se puede sustituir el IECA o el antagonista de los receptores de angiotensina (ARA II) por sacubitril/valsartán.

*** 4) Si la frecuencia cardíaca es < 70 lat/min, se puede iniciar ivabradina. (Correcta)**

29) En cuanto al tratamiento farmacológico de la IC con FE preservada:

- 1) No existe evidencia científica de disminución de la mortalidad.
- 2) Se debe evitar el uso de digoxina.
- 3) Se debe disminuir la frecuencia cardíaca y prolongar el tiempo de llenado con betabloqueantes o antagonistas del calcio.

*** 4) Todas las anteriores son verdaderas. (Correcta)**

30) El término «peso seco» se refiere a:

- 1) El peso control del paciente en el alta del último ingreso.
- 2) El peso antes de iniciar los síntomas.

*** 3) El peso control del paciente en estado asintomático sin edemas. (Correcta)**

- 4) El peso control del paciente sin clínica.

31) Según las últimas evidencias, ¿cuál sería la mejor estrategia para el tratamiento de un paciente con DM y otras comorbilidades asociadas?

- 1) Tratamiento de la IC y tratamiento no agresivo para evitar hipoglucemias.

*** 2) El tratamiento integral de la IC y de los factores de riesgo asociados. (Correcta)**

- 3) Centrarse en el control de los síntomas de la IC.
- 4) Incidir en el control de la hemoglobina glucosilada (HbA1c), principalmente.

32) La miocardiopatía diabética es:

*** 1) Una afección cardíaca independiente de la enfermedad coronaria. (Correcta)**

- 2) La cardiopatía más frecuente del paciente diabético.
- 3) Independiente del metabolismo de la glucosa.
- 4) Una entidad inexistente.

33) Respecto a la relación entre IC y DM, señale la respuesta incorrecta:

- 1) La incidencia de IC en pacientes diabéticos es 2,5 veces mayor que en no diabéticos.

- 2) El papel del control de HbA1c en el desarrollo de la IC es controvertido.

*** 3) El tratamiento de la IC en pacientes diabéticos difiere sustancialmente de en los no diabéticos. (Correcta)**

- 4) El envejecimiento de la población favorece la coexistencia de estas entidades.

34) Respecto al estadiaje de la IC según la New York Heart Association, señale la opción falsa:

- 1) Grado I: sin limitación para las actividades habituales, no causa disnea, cansancio o palpitaciones.

*** 2) Grado II: limitación marcada de la actividad física, asintomático en reposo y las actividades habituales no causan síntomas. (Correcta)**

- 3) Grado IV: síntomas en reposo.
- 4) Todas las anteriores son verdaderas.

35) Las medidas no farmacológicas que se deben tomar en un paciente con IC son (señale la opción falsa):

- 1) Reducción del peso.
- 2) Evitar el alcohol y las sustancias cardiotóxicas.
- 3) Realizar ejercicio regular.

*** 4) Disminución del consumo de sal (< 3 g/al día). (Correcta)**

36) Ante un paciente diagnosticado de IC, deberemos sospechar reagudización y doblar la dosis del diurético en las siguientes situaciones:

- 1) Si aparece tos durante el día.

*** 2) Si hay ganancia ponderal de 1 kg en 24 h o de > 2 kg en 2 o 3 días. (Correcta)**

- 3) Si aparece con glucemias altas en el contexto de una viriasis.
- 4) A la mínima sospecha de descompensación, deberemos enviar al paciente a las urgencias de un hospital.

37) Respecto a la IC, señale la opción verdadera:

- 1) La IC con FE intermedia se define con FEVI < 45-55 %.
- 2) La IC con FE reducida suele presentarse > 70 años.

*** 3) Uno de los factores precipitantes en la IC es la HTA no controlada. (Correcta)**

- 4) En el paciente con IC y FE reducida el tratamiento de primera elección es con calcioantagonistas.

38) En cuanto a las medidas generales que deben tomarse, están:

- 1) Explicar el concepto de «peso seco».
- 2) Instruir sobre los principales síntomas de una descompensación.
- 3) Explicar las causas que pueden originar una descompensación.

*** 4) Todas las anteriores. (Correcta)**

39) En el tratamiento de la IC con FE preservada los fármacos que alivian la sobrecarga son (señale la opción falsa):

- 1) Nitritos.
- 2) Diuréticos.
- 3) IECA o ARA II.

*** 4) Antagonistas del calcio. (Correcta)**

40) En cuanto a la epidemiología de la IC, señale la opción falsa:

- 1) Es la primera causa de hospitalización en > 65 años.
- 2) La supervivencia disminuye si aparecen síntomas.

*** 3) La prevalencia es del 6,8 % en pacientes > 50 años. (Correcta)**

- 4) La incidencia de IC en pacientes diabéticos es 2,5 veces mayor que en no diabéticos

41) Respecto a la magnitud del problema referido a la arteriopatía periférica (AP) en miembros inferiores, ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?

1) La disminución del flujo sanguíneo en las extremidades inferiores puede dar lugar a dolor en las piernas, con importante disminución de la calidad de vida del paciente. En casos de isquemia crítica, puede ser necesaria la amputación.

2) La aterosclerosis es una enfermedad generalizada y la presencia de AP indica que existen lesiones en otros territorios. El paciente con AP tiene un elevado riesgo de padecer una cardiopatía isquémica o un accidente cerebrovascular, que son la principal causa de muerte.

3) En los pacientes diabéticos, la presencia de isquemia aumenta el riesgo de aparición de pie diabético y empeora su pronóstico.

*** 4) Todas las respuestas anteriores son correctas. (Correcta)**

42) Respecto a la prevalencia de la enfermedad arterial periférica, ¿cuál de las siguientes respuestas es falsa?

1) Existe mayor prevalencia en hombres y aumenta con la edad.

2) Es más prevalente en presencia de factores de riesgo cardiovascular, especialmente el tabaco.

3) Es más prevalente en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica o accidente vascular-cerebral.

*** 4) Los pacientes diabéticos presentan una enfermedad de aparición más tardía, afectación más localizada y mejor pronóstico. (Correcta)**

43) A pesar de que la AP puede ser asintomática, ¿qué exploración deben hacerse anualmente todos los pacientes diabéticos o de más de 50 años?

1) Inspección de los pies: cambios tróficos de la piel y de las uñas. Color y temperatura.

2) Palpación de pulsos periféricos.

3) Índice tobillo-brazo (ITB).

*** 4) Todas las respuestas anteriores son correctas. (Correcta)**

44) Respecto al ITB, ¿cuál de las siguientes respuestas es falsa?

1) La cifra se consigue al dividir la presión arterial sistólica más elevada en el tobillo por la presión arterial sistólica más elevada braquial.

2) Se considera normal el resultado comprendido entre 0,91 y 1,39.

*** 3) En los pacientes diabéticos es la prueba diagnóstica no invasiva más fiable. (Correcta)**

4) El ITB se considera el marcador de factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular.

45) De acuerdo con las recomendaciones del International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF), ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?

1) En todo paciente diabético con una úlcera es necesario descartar la presencia de enfermedad arterial periférica.

2) Se derivará a un segundo nivel de forma preferente a un paciente con un ITB < 0,5.

3) Se valorará la derivación a un segundo nivel de forma urgente a pacientes con úlceras de más de 6 semanas de evolución que no se hayan cerrado con un tratamiento correcto.

*** 4) Todas las respuestas anteriores son correctas. (Correcta)**

46) Si el paciente presenta un ITB comprendido entre 0,90-0,70 sin clínica, no es necesaria la derivación a un segundo nivel. ¿Cuál de las siguientes opciones es falsa para indicar una derivación urgente?

1) Dolor en reposo de más de 15 días de evolución que no cede a la analgesia habitual y sugestivo de AP.

*** 2) Claudicación intermitente de más de 1 mes de evolución. (Correcta)**

3) Frialdad o palidez cutánea, con disminución de la sensibilidad o la movilidad.

4) Úlcera isquémica infectada o gangrena.

47) ¿Cuáles son los objetivos principales del tratamiento en la enfermedad arterial periférica?

1) Prevenir la progresión de la arteriosclerosis sistémica y su morbimortalidad asociada.

2) Mejorar la capacidad funcional de los pacientes sintomáticos: mejorar la calidad de vida.

3) Prevenir la amputación de la extremidad.

*** 4) Todas las respuestas anteriores son correctas. (Correcta)**

48) Respecto al mejor tratamiento médico en la prevención secundaria de la enfermedad arteriosclerótica, ¿cuál de las siguientes opciones es falsa?

1) Dieta (si es posible mediterránea) y programa de ejercicio supervisado.

2) Control de la presión arterial y tratamiento médico si lo precisa.

*** 3) Uso de estatinas solo si las cifras de colesterol son elevadas. (Correcta)**

4) Uso de antiagregantes y control metabólico de la diabetes en los pacientes afectados.

49) Respecto al tratamiento quirúrgico de la enfermedad arterial periférica en miembros inferiores (claudicación intermitente), ¿cuál de las siguientes respuestas es falsa?

1) Las intervenciones quirúrgicas están indicadas en los pacientes que padecen una incapacidad significativa que limita su estilo de vida.

2) También está indicado en aquellos que no han respondido al tratamiento con ejercicio físico o fármacos.

*** 3) La cirugía se considera curativa en estos casos. (Correcta)**

4) En la actualidad, el tratamiento endovascular (cirugía mínimamente invasiva) se ofrece como primera línea de tratamiento. El baipás se realiza en pacientes no candidatos a angioplastia o cuando esta falla.

50) Respecto al tratamiento médico de la claudicación intermitente. ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?

1) El cilostazol y el oxalato de naftidrofurilo han demostrado mejorar la distancia andada libre de dolor en el paciente con claudicación intermitente. La guía NICE (National Institute Health and Care Excellence) únicamente recomienda el naftidrofurilo en aquellos pacientes en los que han fallado otras medidas terapéuticas y no son candidatos a la cirugía.

2) El cilostazol es el recomendado por la guía TASC II 2016 para mejorar los síntomas, pero no mejora el pronóstico cardiovascular y está contraindicado en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Se recomienda retirar el tratamiento farmacológico a los 3-6 meses si no hay respuesta terapéutica.

3) Se desconoce si estos fármacos mejoran el pronóstico del paciente con AP.

*** 4) Todas las respuestas anteriores son correctas. (Correcta)**