

1.- Los pacientes con fenotipo para Diabetes Autoinmune Latente en Adulto (por siglas en inglés, LADA) comparten características de la DMT1 y DMT2, se trata de una característica propia:

- a) Nunca presentan anticuerpos de ácido glutámico descarboxilasa 65 (GAD65) elevados
- b) Siempre presentan elevado IMC
- c) 100% de frecuencia de progresión a dependencia de insulina
- d) Responde mejor a la terapia con hipoglucemiantes orales que a la insulina**
- e) Ninguna es correcta

2.- Entre las diabetes monogénicas (antes MODY), los subtipos 1 y 3 son los más frecuentes, se encuentra para estos subtipos una mejor respuesta al tratamiento con:

- a) Gliclazida**
- b) Metformina
- c) Dulaglutida
- d) Repaglinida
- e) Pioglitazona

3.- Podemos esperar mayor riesgo de hipoglucemia grave en pacientes a tratamiento con:

- a) Gliclazida
- b) Semaglutida
- c) Glibenclamida**
- d) Metformina
- e) Sitagliptina

4.- En un paciente de 57 años, IMC 37, diabético e hipertenso, en el que encontramos una Hb1c >9 ¿NO sería la mejor opción terapéutica inicial para añadir a la metformina (1-0-1) en la consecución del objetivo terapéutico glucémico?

- a) Reforzar dieta/estilo de vida y añadir sitagliptina**
- b) Reforzar dieta/estilo de vida y añadir semaglutida
- c) Reforzar dieta/estilo de vida y añadir glargina
- d) Reforzar dieta/estilo de vida y añadir gliclazida
- e) Todas las opciones son válidas con igual potencia hipoglucemiante

5.- En un paciente de 57 años, IMC 37, diabético e hipertenso, en el que encontramos una Hb1c >9, Cr/Alb en orina 48 ¿cuál sería la mejor opción terapéutica inicial para añadir a la metformina (1-0-1) en la consecución del objetivo terapéutico de reducción de peso y del efecto de la aldosterona sobre el riñón?

- a) Reforzar dieta/estilo de vida y añadir sitagliptina
- b) Reforzar dieta/estilo de vida y añadir semaglutida**
- c) Reforzar dieta/estilo de vida y añadir glargina
- d) Reforzar dieta/estilo de vida y añadir gliclazida
- e) Reforzar dieta/estilo de vida y añadir acarbosa

6.- Son factores de riesgo de hipoglucemia en pacientes tratados con sulfonilureas los siguientes, con excepción de:

- a) Consumo agudo o crónico de alcohol
- b) Terapia conjunta con sulfonamidas
- c) Terapia conjunta con fibratos
- d) Terapia conjunta con salicilatos
- e) Insuficiencia hepática**

7.- En pacientes con dietas muy variables o con hiperglucemias postprandiales pero que mantienen un control adecuado el resto del tiempo, podrías recomendar:

- a) Metformina antes de las comidas copiosas
- b) Siempre insulina aspart antes de los banquetes aunque no precise basal
- c) Repaglinida antes de las comidas principales o más copiosas**
- d) Liraglutida en monoterapia solo si se va a comer en exceso
- e) Todas son opciones válidas

8.- De las siguientes afirmaciones, NO es correcta respecto a la Ranolazina:

- a) Se contraindica su uso asociado al Diltiazem y Verapamilo
- b) Inhibe el metabolismo de la Simvastatina y Digoxina pudiendo ser necesaria la reducción de dosis
- c) Carece de dependencia de uso inverso por lo que podría proteger frente al desarrollo de torsade de pointes
- d) Aumenta el riesgo de hiperglucemia y la progresión a diabetes**

- e) En pacientes con angina estable crónica, es eficaz para reducir los síntomas anginosos y mejorar la capacidad del ejercicio










9.- NO es un mecanismo de acción de la terapia farmacológica actual para el tratamiento de la DMT2:

- a) Aumentar la disponibilidad de insulina a través de la administración directa
- b) Aumentar la disponibilidad de insulina a través de la estimulación de la secreción pancreática
- c) Mejorar la sensibilidad a la insulina
- d) Favorecer el suministro y absorción de los carbohidratos complejos en el tracto gastrointestinal**
- e) Aumentar la excreción urinaria de glucosa

10.- NO recomendaría es uso de inhibidores de la STLG2 en uno de los siguientes casos:

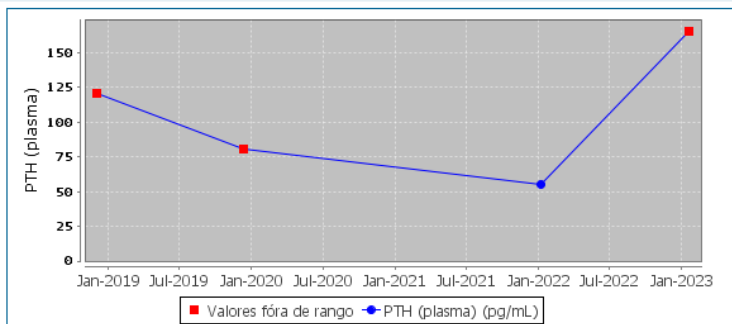
- a) Diabetes tipo 1
- b) Fragilidad esquelética (osteoporosis y riesgo de fracturas)
- c) Neuropatía o ulceración del pie
- d) Alcoholismo y dietas cetogénicas
- e) No se recomiendan para ninguna de las situaciones anteriores**

11.- En el proceso de revisión (01/23) de la medicación de una paciente de 65 años, encontramos el siguiente tratamiento, la fecha de prescripción inicial y datos analíticos

 PROVISACOR 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	07/16
 HIDROFEROL 0,266MG 10 AMPOLLAS BEBIBLES DE 1,5	12/18
 KARVEZIDE 300/25MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	07/21
 DILIBAN 75/650MG 60 COMPRIMIDOS (BLISTER)	01/22
 FORXIGA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS COM	11/22
 STILNOX 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS COM	01/23
 PARICALCITOL STADA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS	11/17
 K86-Hipertensión no complicada	10/22
 BARNIX 10MG 28 CAPSULAS LIBERACION MO	

Calcio	9.9	mg/dL	[8.7 - 10.4]
Ca corregido con Albúmina	9.1	mg/dL	[8.7 - 10.4]
Fosfato	3.7	mg/dL	[2.4 - 5.1]
25-OH vitamina D	25.1	ng/mL	[30.0 - 100.0]
PTH (plasma)	165.8	pg/mL	[18.4 - 80.1]
Creatinina	1.61	mg/dL	[0.3 - 1.1]
Filtrado glomerular estimado (ecuacion CKD-EPI)	33.3	mL/min/1,73 m2	[-]

Evolutivo PTH (plasma)



Con una creatinina previa (07/22) de 0.85 mg/dl ¿podría ser achacable a algún fármaco estos datos?

- Posible efecto adverso a la estatina, propuesta de reducir dosis
- Posible efecto adverso asociado al calcioantagonista, propuesta de suspender o susutituir por verapamilo
- Posible efecto adverso asociado a la gliflozina, propuesta de repetir analítica o suspensión temporal para evaluación
- Posible efecto adverso del ARaII, propuesta de suspender y sustituir por un IECA
- Posible efecto adverso del paricalcitol, propuesta de espaciar la administración a 2 veces a la semana y repetir analítica

12.- A la vista del árbol de prescripción de este paciente varón de 83 años, 85 kg ¿Cuál de las siguientes intervenciones es correcta y podrías priorizar frente a otras?

PACIENTE PENSIONISTA TSI 001

- XALATAN 50MCG/ML FRASCO 2,5ML COLIRIO EN SOLUCION
- OMEPRAZOL DAVUR 40MG 28 CAPS DURAS GASTRORRESISTEN
- FENOFIBRATO PENZA 160MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG
- RISTABEN 100MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA
- ALPHAGAN 2MG/ML 5ML COLIRIO EN SOLUCION
- PRADAXA 110MG 60 CAPSULAS DURAS
- PARACETAMOL 1.000 MG 40 COMPRIMIDOS
- METAMIZOL 500 MG 20 CAPSULAS
- ENANGEL 1,25% 60G GEL
- K87-Hipertensión con afectación de órganos diana
- MICARDIS 40MG 28 COMPRIMIDOS
- CARVEDILOL 6,25 MG 28 COMPRIMIDOS
- K78-Fibrilación auricular/aleteo auricular
- DIGOXINA TEOFARMA 0,25MG 50 COMPRIMIDOS**

Datos Prescripción

Prescriptor:

Principio activo: DIGOXINA (0.25 MG)

Especialidade: DIGOXINA TEOFARMA 0,25MG 50 COMPR

Vía: VÍA ORAL

Data inicio: 21/01/2014

Tratamiento: Crónico

Observacións:

Prescripción Inducida:

Datos posoloxía

Posoloxía: 6 COMPRIMIDOS Cada 7 Días

Histórico

BIOQUIMICA - Validado

Glucosa	109.0	mg/dL	[74.0 - 106.0]
Urea	75.0	mg/dL	[20.0 - 49.0]
Creatinina	1.56	mg/dL	[0.5 - 1.3]
Filtrado glomerular estimado (ecuacion CKD-EPI)	41.91	mL/min/1,73 m2	[-]
Filtrado glomerular estimado (ecuacion CKD-EPI)			
<p>Interpretación de resultados de ERC siempre que persista más de 3 meses: > o = 90: Resultados inexactos. Compatible con FG normal o ERC estadio 1. 60-89: Ligero descenso del FG. Compatible con estadio 2 45-59: Descenso ligero-moderado de FG. Compatible con estadio 3a. 30-44: Descenso moderado de FG. Compatible con estadio 3b. 15-29: Descenso grave de FG. Compatible con estadio 4. <15: Fallo renal. Compatible con estadio 5 Se recuerda que la fórmula del FG no es aplicable en las siguientes situaciones clínicas: - Personas con peso corporal extremo. - Enfermedad hepática grave, edema generalizado o ascitis. - Mujeres embarazadas. - Edad < 18 años .</p>			
Sodio	139.0	mEq/L	[132.0 - 146.0]
Potasio	6.34	mEq/L	[3.5 - 5.5]

- Revisar la dosis de Dabigatran, el paciente podría estar infradosificado a la vista del sobrepeso
- Revisar la dosis de Sitagliptina, este tratamiento debe ajustarse a la TFG < 45 ml/min a dosis de 50 mg/día
- Revisar la dosis de digoxina, este tratamiento puede causar efectos tóxicos en caso de insuficiencia renal e hiperpotasemia
- Revisar la dosis de Fenofibrato, este tratamiento debe ajustarse a la TFG < 60 ml/min a dosis de 100 mg/día o ser causa de IRA
- Revisar la asociación de Carvedilol con Telmisartan cuya interacción puede ser causa de la hiperpotasemia

13.- A la vista de los siguientes datos analíticos ¿qué fármaco podrías indicar suspender?

Hierro	97.0	ug/dL	[65.0 - 175.0]
Ferritina	15.4	ng/mL	[22.0 - 322.0]
Transferrina	236.0	mg/dL	[215.0 - 365.0]
Calculo-TIBC	333.0	µg/dL	[240.0 - 450.0]
Saturación de transferrina	29.1	%	[20.0 - 50.0]
Folato	6.2	ng/mL	[-]
Folato			
<p>Valores de referencia: Bajos: <3,4 ng/mL Indeterminados: 3,4-5,4 ng/mL Normales: >5,4 ng/mL . Los resultados de pacientes que tomen suplementos de biotina o reciban un tratamiento con dosis elevadas de biotina se deben interpretar con precaución debido a la posible interferencia con esta prueba</p>			
Vitamina B12	200.0	pg/mL	[211.0 - 911.0]

Glucosa	110.0	mg/dL	[74.0 - 106.0]
Urea	68.0	mg/dL	[20.0 - 49.0]
Creatinina	0.83	mg/dL	[0.5 - 1.3]
Filtrado glomerular estimado (ecuacion CKD-EPI)	88.64	mL/min/1,73 m2	[-]

- a) Semaglutida
- b) Dapagliflozina
- c) Glipizida
- d) Metformina**
- e) Pioglitazona

14.- En qué situación propondrías la Pioglitazona como terapia de tercera línea en un DMT1:

- a) Insuficiencia Cardíaca o cualquier evidencia de sobrecarga de líquido
- b) Esteatosis hepática no alcohólica
- c) Accidente cerebrovascular reciente
- d) Antecedentes de fractura
- e) En ningún caso**

15.- A la vista de estos datos:

Glucosa	160.0	mg/dL	[74.0 - 106.0]
Urea	47.0	mg/dL	[20.0 - 49.0]
Creatinina	1.03	mg/dL	[0.5 - 1.3]
Filtrado glomerular estimado (ecuacion CKD-EPI)	76.42	mL/min/1,73 m2	[-]
Filtrado glomerular estimado (ecuacion CKD-EPI)			
Hierro	19.0	ug/dL	[65.0 - 175.0]
Ferritina	3.3	ng/mL	[22.0 - 322.0]
Transferrina	376.0	mg/dL	[215.0 - 365.0]
Calculo-TIBC	530.0	µg/dL	[240.0 - 450.0]
Saturación de transferrina	3.6	%	[20.0 - 50.0]
Folato	7.8	ng/mL	[-]
Folato			
Hematías	5.43	mill./m.c.	[4.5 - 5.8]
Hemoglobina	10.10	gr/dL	[13.0 - 16.5]
Hematocrito	37.60	%	[39.0 - 49.0]
Volumen corpuscular medio	69.20	fl	[81.0 - 99.0]
Hemoglobina Corp. Media	18.60	pg	[-]
Val ref: 27 - 31 pg			
Concentración Hemoglobina Corp. media	26.90	gr/dL	[-]
Val ref: 32-36 gr/dL			
Indice distribucion hematias	19.9	%	[-]
Val ref: 11.5 - 14.5			

¿Sobre cual de los siguientes fármacos harías, a priori, una intervención de deprescripción o modificación de dosis?

- ENANTYUM 25 MG 20 COMPR RECUB
- LYRICA 75MG 56 CAPSULAS DURAS
- ZALDIAR 37,5/325MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA
- OMEPRAZOL DAVUR 20MG 56 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES EFG
- XARELTO 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA
- BISOPROLOL 5 MG 30 COMPRIMIDOS
- JARDIANCE 25MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA
- FERRO SANOL 100MG 50 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES
- DELTIUS 25.000UI 4 CAPSULAS DURAS
- T90-Diabetes mellitus no insulino dependiente
- JANUMET 50MG/1000MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA
- T93.99-Otros trastornos del metabolismo lipídico
- ATORVASTATINA KERN PHARMA 40MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG

- a) Sitagliptina
- b) Rivaroxaban
- c) Bisoprolol
- d) Dexketoprofeno
- e) Pregabalina

16.- En el caso de antecedentes personales o familiares de cáncer de tiroides, NO deberías recomendar como terapia en un paciente diabético con mal control:

- a) Tirzepatida
- b) Pioglitazona
- c) Metformina
- d) Pregabalina
- e) Repaglinida

17.- La reducción rápida de la glucemia se ha relacionado con una de las siguientes complicaciones de la diabetes:

- a) Arteriopatía Periférica
- b) Nefropatía
- c) Retinopatía
- d) Neuropatía periférica
- e) Ictus isquémico

18.- En un paciente con Insuficiencia Renal Crónica en progresión, debes vigilar la TFG por contraindicación si es < 30 ml/min, en caso de que la terapia incluya:

- a) Lixisenatida
- b) Tirzepatida
- c) Semaglutida subcutánea
- d) Semaglutida oral
- e) Dulaglutida

19.- Una de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

- a) La reducción de la A1c con los aGLP1 de acción prolongada es mayor que con los de acción corta
- b) La Tirzepatida debe su efecto en gran medida a su actividad frente al polipéptido insulino-trópico dependiente de glucosa
- c) En pacientes con Enfermedad Cardiovascular la asociación de un aGLP1 con un iSTLG2 resulta en un efecto potenciador de la prevención de un nuevo evento isquémico
- d) La asociación de un aGLP1 a una insulina basal en la DM2 permite reducir la dosis de insulina y mejorar su efecto sobre la ganancia de peso
- e) Los ensayos de los aGLP1 en pacientes con Insuficiencia Cardíaca, no redujeron el riesgo de hospitalización

20.- Según la Guía Terapéutica Interniveles de Aljarafe, sobre el tratamiento profiláctico de la EPOC estable, la afirmación correcta:

- a) Se recomienda administrar la vacuna antipneumocócica en pacientes con edad > 65 años y/o EPOC grave
- b) La terapia con Moxifloxacino durante 5 días cada 8 semanas durante 6 meses, no demostró prolongar el tiempo hasta la siguiente exacerbación
- c) La terapia prolongada con Azitromicina reduce el riesgo de exacerbaciones, pero se asocia con pérdida de audición y prolongación del intervalo QT
- d) Se desaconsejan las fluorquinolonas como terapia inicial de la reagudización salvo evidencia, pasada o presente, de bacterias resistentes a la terapia estándar (Pseudomonas o Enterobacterias)
- e) Todas son correctas

21.- Se ha relacionado con el desarrollo de Edema Macular y supone una contraindicación el uso de:

- a) Dulaglutida
- b) Espironolactona
- c) Pioglitazona
- d) Verapamilo
- e) Digoxina

22.- Una de las siguientes definiciones es errónea:

- a) Alodinia: Dolor debido a un estímulo que normalmente no provoca dolor
- b) Hiperlagesia: Aumento de dolor por un estímulo que normalmente provoca dolor
- c) Dolor nociceptivo: Dolor que surge del daño real o potencial del tejido no neural y se debe a la activación de los nociceptores
- d) Dolor nociplásico: Dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial
- e) Todas las definiciones son correctas

23.- Son precauciones a tener en cuenta al prescribir Levofloxacino las siguientes, excepto:

- a) Hipokalemia por riesgo de prolongación de QT
- b) Riesgo de fototoxicidad
- c) Hipoglucemia severa asociado a insulina o glibenclamida
- d) Artritis reumatoide u otras patología músculo- esqueléticas que afecten a los tendones
- e) Todas son correctas

24.- En un paciente a tratamiento con Diacereína (Galaxdar) como criterio de seguridad, debes revisar:

- a) Prurito o tos seca
- b) Tasa de Filtrado Glomerular
- c) Hiperglucemia
- d) Plaquetopenia
- e) Hipopotasemia aislada

25.- Son recomendaciones válidas para la terapia con Mirabegrón, las siguientes, excepto:

- a) No precisa ajuste de dosis en IRC con TFG ≥ 30 ml/min, para TFG 15 -29 ml/min la dosis se limita a 25 mg y no se recomienda para TFG < 15 ml/min
- b) En la enfermedad hepática Child-Pugh B la dosis máxima recomendada es de 25 mg y no se recomienda su uso en Child-Pugh C
- c) No se recomienda su uso en Hipertensión Severa No Controlada TAS >180 y/o TAD > 100 mmHg
- d) No se recomienda asociada a solifenacina ni otros antimuscarínicos en el tratamiento de la incontinencia, urgencia o frecuencia urinaria
- e) Si el paciente está a tratamiento crónico con dosis altas de Tramadol, añadir mirabegrón puede provocar síndrome de abstinencia y aumento del riesgo de crisis convulsivas y síndrome serotoninérgico

26.- Entre los efectos adversos del Tramadol pautado de forma crónica y descrito por los pacientes con relativa frecuencia, NO se encuentra:

- a) Enrojecimiento facial agudo (flushing) en $> 15\%$ de tratados
- b) Sudoración $> 9\%$ de tratados
- c) Estreñimiento hasta el 46% de tratados

d) Nauseas hasta en el 40% de tratados

e) Convulsiones con desenlace mortal hasta el el 8% de tratados

27.- Se consideran posibles causas de la mayor prevalencia de Diabetes Gestaciones las siguientes, excepto:

a) La mayor edad de gestación

b) Mayor número de población latina en nuestro ámbito

c) Mutación de las asiáticas que produce mayor incidencia de anticuerpos anti-GAD65

d) Mayor prevalencia de obesidad

e) El screening que se realiza a todas las mujeres embarazadas

28.- En paciente varón de 58 años, de profesión camionero, hipertenso, diabético y con arteriopatía periférica, en analítica rutinaria anual presenta

Glucosa 137 mg/dl; Creatinina 0.89 mg/dl, ALT 204 mg/dl; AST 107 mg/dl; GGT 37 mg/dl, Fe 57 mg/dl; Ferritina 420 mg/dl

¿Cuál de los siguientes fármacos de su terapia considerarías retirar?

a) Ácido acetilsalicílico

b) Pioglitazona

c) Sitagliptina

d) Enalapril

e) Hidroclorotiazida

29.- Una de las siguientes afirmaciones no es correcta respecto a la Diabetes:

a) Estudios en España estiman una incidencia de casi 400.000 nuevos casos al año

b) Se estima que el 90% de la diabetes es tipo 2

c) Entre las principales comorbilidades de la Diabetes se encuentra Insuficiencia Renal Crónica, Hipertensión, Diabetes y la Obesidad

d) La incidencia de la enfermedad cardiovascular en la DM2 es mayor en pacientes obesos

e) Todas son correctas

30.- Hablamos de otros tipos de Diabetes (No tipo 1, No tipo 2, no gestacional) en los siguientes casos, excepto:

a) Monogénicas

b) Fibrosis quística

c) Antirretrovirales

d) Pancreatitis

e) IMC > 45