

1- Manejo de la diabetes durante la hospitalización. Una vez calculados los requerimientos de insulina diarios para cada paciente en concreto, estos se dividirán de la siguiente manera (señale lo falso):

-

A partes iguales entre los componentes basal (50% de la dosis total) y prandial (50% de la dosis total).

-

La insulina prandial, a su vez, es dividida, por ejemplo, en 1/3 en cada comida.

-

En los casos en los que un paciente vaya a permanecer con nutrición artificial continua, se administrará el 50% de los requerimientos en forma de insulina basal o se usará insulina intravenosa.

-

Las dosis adicionales de corrección se administrarán como insulina de acción rápida (regular o análogos de acción rápida) en adición a la pauta programada, con objeto de corregir la hiperglucemia preprandial (pacientes con alimentación oral) o cada 4-6 horas (suero glucosado o nutrición artificial).

-

La dosis de corrección se establece según la glucemia y la sensibilidad individual a la insulina de cada paciente, valorada por los requerimientos diarios de insulina o el peso corporal.

Respuesta correcta

2- Es importante realizar una transferencia correcta de insulina ev a sc, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

-

En un paciente que recibe insulina ev y que su tasa media de infusión en las 6 últimas horas ha sido de 1,5 U/h, supondría unas necesidades diarias de 36 U/día.

-

Para la transición a insulina sc, calculamos el 80% (29 U).

-

Dividimos en 50% para insulina basal (15 U) y 50% para insulina prandial (15 U).

-

La insulina prandial la dividiremos en 1/3 para cada comida (5 U en desayuno, comida y cena), suponiendo que vaya a comer con normalidad. Además, podremos añadir una pauta de corrección.

-

La insulina ev la suspenderemos 10 minutos tras la administración de la insulina rápida sc o 30 minutos después de administrar la insulina de acción intermedia o prolongada.

Respuesta correcta

3- Hay diferentes situaciones que pueden plantearse en el momento del alta hospitalaria en un paciente diabético y que condicionan su plan terapéutico. En el caso de un paciente diabético conocido, tratado previamente con fármacos orales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?:

-

Si el paciente presentaba un buen control previo ($HbA1c < 7\%$) y durante su ingreso se controló con ninguna o poca cantidad de insulina ($< 0,3 \text{ U/kg/D}$): reiniciar el mismo tratamiento domiciliario previo si no existen contraindicaciones actuales para ninguno de los fármacos o, si existen, realizar el cambio pertinente de antidiabéticos.

-

Si presentaba mal control previo ($HbA1c > 7\%$) y también durante el ingreso ($> 0,3 \text{ U/kg/d}$ de insulina): intensificar tratamiento farmacológico y/o añadir insulina.

-

Si presentaba buen control previo ($HbA1c < 7\%$), pero deficiente durante el ingreso ($> 0,3 \text{ U/kg/D}$): pauta transitoria con insulina, reiniciando los fármacos orales y reduciendo la insulina según mejoría y según resolución de proceso intercurrente.

-

Si presentaba mal control previo (HbA1c > 7%) y bueno durante su ingreso (<0,3 U/k/D): si la HbA1c está entre 7-9%, el paciente podría ser dado de alta con antidiabéticos orales y una dosis de insulina de acción prolongada, que será del 50-80% de la dosis utilizada en el hospital.

-

Si presentaba mal control previo (por ejemplo, HbA1c 8,6%) y bueno durante su ingreso (<0,3 U/k/D): si la HbA1c es mayor de 9%, el paciente deberá ser dado de alta con antidiabéticos orales y una dosis de insulina de acción prolongada, que será del 100% de la dosis utilizada en el hospital.

Respuesta correcta

4- Aspectos claves para el manejo de la diabetes esteroidea. Señale lo verdadero:

-

El efecto primario de los glucocorticoides es sobre la glucemia preprandial.

-

Los valores de glucemia tienden a aumentar durante la noche.

-

Debe medirse la glucemia pre y 2 horas posprandial. El momento más sensible para la detección de la hiperglucemia es en ayunas.

-

Objetivos glucémicos: < 120 mg/dl preprandial y <150 mg/dl 2 horas posprandial.

-

Generalmente, los antidiabéticos orales son poco efectivos o demasiado inflexibles.

Respuesta correcta

5- Tratamiento de la diabetes en la enfermedad renal crónica. Ajustes de dosis de insulina en el paciente con insuficiencia renal crónica sin diálisis. Señale lo correcto:

-

No se precisa ajuste de dosis si el filtrado glomerular renal (FGR) es superior a 50 ml/min.

-

La dosis de insulina se debe reducir un 50% cuando el FGR se encuentra entre 40 y 50 ml/min.

-

La dosis de insulina se debe reducir un 60% cuando el FGR se encuentra entre 30 y 40 ml/min.

-

La dosis de insulina se debe reducir un 75% cuando el FGR se encuentra entre 20 y 30 ml/min.

-

La dosis se debe reducir un 90% cuando el FGR es inferior a 20 ml/min.

Respuesta correcta

6- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la insulinización es correcta?:

-

La insulinización no estaría indicada en pacientes con obesidad, ya que su uso conlleva aumento del peso.

-

En personas con DM2 y obesidad las necesidades de insulina suelen ser bajas.

-

La insulina es siempre el último recurso terapéutico, por lo que se debe intentar siempre alcanzar objetivos mediante el tratamiento combinado con tres o más fármacos orales.

-

El inicio del tratamiento con insulina en las personas con DM2 suele realizarse con insulinas de acción intermedia o prolongada, administrada una vez al día y manteniendo los antidiabéticos orales.

-

Al iniciar el tratamiento en las personas con DM2 se recomienda suspender los antidiabéticos orales, pues no son efectivos.

Respuesta correcta

7- ¿Cuál de las siguientes situaciones aumenta el riesgo de hipoglucemia en pacientes insulinizados?:

-

Técnica de inyección inadecuada.

-

Aumento de la ingesta de carbohidratos.

-

Olvido de la dosis de insulina.

-

No realizar actividad física.

-

Retraso inesperado de la hora de comer.

Respuesta correcta

8- En un paciente de 55 años que debuta con una glucemia superior a 300 y que ha perdido peso recientemente, la opción más apropiada sería:

-

Insulinizar con una pauta bolo-basal.

-

Insulinizar con una dosis de insulina basal + metformina.

-

Insulinizar con dos dosis de insulina mixta.

-

Iniciar tratamiento con metformina + sulfonilurea, ambas a dosis bajas.

-

Iniciar dieta muy restrictiva en hidratos de carbono y metformina.

Respuesta correcta

9- Señala la respuesta incorrecta respecto de los diferentes tipos de insulina:

-

Los análogos de absorción rápida se han de inyectar en el momento de iniciar las comidas, nunca al acabarla.

-

La acción prolongada de la insulina humana intermedia se debe a la adición de protamina a la insulina regular.

-

Los análogos de la insulina no presentan diferencias en la rapidez de absorción dependiendo de la zona de inyección.

-

La insulina rápida humana comienza a actuar aproximadamente a los 30 minutos de haberla inyectado.

Respuesta correcta

10- ¿Cuál de los siguientes no es un criterio absoluto de insulinización en el diabético tipo 2?:

-

Presencia de cetoacidosis.

-

Mal control metabólico durante el embarazo.

-

Mal control metabólico al diagnóstico.

-

Pérdida de peso intensa + poliuria en diabético de 30 años.

-

Ingreso hospitalario por cirugía mayor en paciente tratado con antidiabéticos orales.

Respuesta correcta

11- En cuanto a los efectos secundarios de la insulina, es cierto que:

-

La hipoglucemia es más frecuente en los pacientes que reciben fármacos + insulina basal que en los que reciben insulina sola.

-

El aumento de peso es raro en los pacientes insulinizados.

-

Se ha demostrado una mayor incidencia de pancreatitis en los pacientes insulinizados.

-

La lipoatrofia es poco frecuente, tanto en los pacientes tratados con insulinas humanas como en aquellos tratados con análogos.

-

Son frecuentes las alergias en la zona de inyección.

Respuesta correcta

12-¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la insulina es cierta?:

-

La insulina no estaría indicada en pacientes con obesidad, ya que su uso conlleva aumento del peso.

-

En personas con DM2 y obesidad las necesidades de insulina suelen ser bajas.

-

La insulina es siempre el último recurso terapéutico, por lo que antes deberemos, en todas las ocasiones, intentar alcanzar objetivos mediante el tratamiento combinado con tres o más fármacos orales.

-

El inicio del tratamiento en las personas con DM2 suele realizarse con insulinas de acción intermedia o prolongada, administrada una vez al día y en combinación con antidiabéticos orales.

-

Antes de prescribir insulina hay que estar seguro de que la persona no va a tener hipoglucemias, sino es así, será mejor poner otro tratamiento.

Respuesta correcta

13- La justificación del uso de terapia combinada con varios fármacos viene dada por:

-

El fracaso de la monoterapia a largo plazo.

-

Aprovechar el efecto sinérgico de los diferentes mecanismos de acción de los fármacos.

-

La posibilidad de utilizar dosis menores de fármacos, con lo que se puede reducir la frecuencia o gravedad de los efectos adversos de los mismos.

-

Todas son correctas.

-

Las recomendaciones de las guías en base a evidencias científicas.

Respuesta correcta

14- Los análogos de insulina rápida tienen:

-

Un perfil de acción más parecido al de la insulina endógena.

-

Suelen inyectarse antes de las ingestas para contrarrestar la hiperglucemia posprandial.

-

Se inyectan coincidiendo con la ingesta.

-

Suelen inyectarse como bolo corrector para contrarrestar la hiperglucemia.

-

Todas son correctas.

Respuesta correcta

15- Si el problema son las glucemias preprandiales > 110 mg/dl, habría que considerar:

-

Las ingestas de HC, la actividad física, el tratamiento farmacológico, las zonas de inyección, la técnica, la rotación, otras variables, etc.

-

Solo las colaciones anteriores.

-

El tratamiento farmacológico previo.

-

La insulina basal previa.

-

Solo el tamaño de la aguja.

Respuesta correcta

16- Algunas de las creencias erróneas más extendidas de los pacientes en el momento de la insulinización:

-

“Antes solo tenía un poco de azúcar, ahora estoy enfermo”, “La culpa es mía”.

-

“Voy a convertirme en esclavo de mi diabetes”.

-

“Viviré en constante peligro”.

-

“Genera adicción y ya no podré vivir sin ella”.

-

Todas son correctas.

Respuesta correcta

17- ¿Qué consejos generales se deben dar a las personas en tratamiento con insulina?:

-

Comprobar siempre la caducidad, conservarla a temperatura ambiente.

-

La insulina forma parte del tratamiento para la diabetes y sustituye a la alimentación saludable y al ejercicio físico moderado.

-

Si olvida ponerse una dosis, adminístresela en cuanto se acuerde y posteriormente siga con su tratamiento como de costumbre.

-

Si no come no es necesario ponerse insulinas.

-

Todas son correctas.

Respuesta correcta

18- Las agujas recomendadas en base a estudios recientes son:

-

Las de 4mm para todos los pacientes, pero con pellizco.

-

Las de 6 mm en personas obesas para inyectar en abdomen; en el resto del cuerpo, de 8mm.

-

Las de 4mm para niños y adolescentes y de 5 y 6 mm para todas las demás personas, con pellizco si hay zonas muy delgadas.

-

En personas muy obesas se podrían utilizar agujas de 8mm, pero sin pellizco.

-

Ninguna de las anteriores es correcta.

Respuesta correcta

19- La educación de supervivencia sobre terapia nutricional en personas insulinizadas:

-

Requiere que conozcan cómo se hace el contaje de HC.

-

Precisa conocer los alimentos que modifican la glucemia y su reparto a lo largo del día.

-

Precisa saber las calorías del consumo total/día y adecuarlo al número de unidades de insulina.

-

Precisa saber que tienen prohibido tomar azúcares, zumos, bollería y algunas frutas.

-

Es suficiente con seguir la dieta pesando los alimentos.

Respuesta correcta

20- Se define hipoglucemia:

-

Como un valor de glucosa en sangre < 70 mg/dl ($< 3,9$ mmol/l), con o sin síntomas.

-

Como un valor de glucosa en sangre < 70 mg/dl ($< 3,9$ mmol/l), con síntomas.

-

Como un valor de glucosa en sangre < 60 mg/dl (< 3,9 mmol/l), con o sin síntomas.

-

Como un valor de glucosa en sangre < 80 mg/dl (< 3,9 mmol/l), con o sin síntomas.

-

Como un valor de glucosa en sangre < 60 mg/dl (< 3,9 mmol/l), con síntomas.

Respuesta correcta

21- Las causas más habituales de hipoglucemia son:

-

Pérdida brusca de peso.

-

Consumo insuficiente de hidratos de carbono, por retraso u omisión de alguna de las ingestas o suplementos.

-

Dosis excesiva de insulina o ADO (sulfonilureas o glinidas).

-

Todas son correctas.

-

Retirada de glucocorticoides o técnica de inyección incorrecta.

Respuesta correcta

22- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los agonistas del receptor de GLP-1 es correcta?:

-

Los agonistas de GLP-1 no prandiales tienen mayor efecto sobre el vaciado gástrico que los prandiales.

-

La adición de agonistas de GLP-1 a la insulina basal es una alternativa terapéutica al régimen de insulina basal-bolo que se asocia a menor riesgo de hipoglucemias.

-

En la DM1 el tratamiento combinado de insulina y exenatide tiene mayor efecto sobre los niveles glucémicos en ayunas.

-

La combinación de agonistas de GLP-1 prandiales e insulina basal no se recomienda por el mayor riesgo de hipoglucemias.

-

El liraglutide presenta un mayor enlentecimiento del vaciado gástrico que el lixisenatide.

Respuesta correcta

23- El estudio 4T comparaba tres líneas de tratamiento: aspart bifásica 2 veces al día, aspartprandial 3 veces al día o detemir basal 1 vez al día. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

-

Al año de seguimiento, la pauta de basal consiguió menor ganancia de peso.

-

Al año de seguimiento, la tasa de hipoglucemias fue menor en el grupo tratado con basal y bifásica y más alta en el grupo tratado con prandial.

-

A los 3 años de seguimiento, la reducción media de HbA1c fue similar en los tres grupos de intervención.

-

Al año de seguimiento, la insulina prandial conseguía peores objetivos que la pauta de insulina basal.

-

La dosis nocturna de insulina basal es la más adecuada para compensar el aumento de producción hepática de glucosa.

Respuesta correcta

24- En cuanto a la intensificación con insulina prandial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

-

Hay distintas formas para calcular la dosis de insulina de inicio.

-

Los análogos ultrarrápidos tienen un perfil más fisiológico que la insulina regular.

-

Debería utilizarse insulina regular en aquellos pacientes con importante pico de hiperglucemia posprandial.

-

La dosis prandial puede iniciarse con 4UI antes de la comida con mayor excursión glucémica.

-

También es posible administrar un 10% de la dosis de insulina basal.

Respuesta correcta

25- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?:

-

Las pautas con premezclas pueden iniciarse con 0,3 U/kg/día repartidas en un 50-60% antes del desayuno y un 40-50% antes de la cena.

-

Las insulinas premezcladas aportan en la misma inyección una combinación fija de una insulina intermedia (basal) y otra prandial (insulina regular o un análogo

rápido), siendo el primer número de identificación el que hace referencia a la proporción de la insulina regular o análogo ultrarrápido.

-

Las pautas de premezcla no precisan realizar autoanálisis, ya que al ser una pauta fija no es necesario hacer ajustes.

-

La pauta insulina basal-análogo de GLP-1 resulta de elección en pacientes con IMC < 30 kg/m² frente a la pauta basal plus o premezclas.

-

La pauta basal bolo es ideal en pacientes con horarios muy regulares, con glucemias en ayunas relativamente bajas (<150 mg/dl) y HbA1c elevadas.

Respuesta correcta

26- En cuanto a la transición entre uno y otro régimen terapéutico, señale la opción falsa:

-

El paso de insulina premezclada a régimen bolo-basal se realizará sumando la cantidad total de insulina diaria y administrando un 50% como insulina lenta (preferiblemente análogo de insulina basal) y el otro 50% en tres inyecciones de insulina rápida antes de las comidas principales.

-

Suspender los antidiabéticos por insulina a dosis plena.

-

Las SU no deben mantenerse en pautas de intensificación insulínica sea basal plus, bolo-basal o premezclas en dos o tres pinchazos.

-

Los iSGLT-2 con insulina basal pueden mejorar el control glucémico, con reducción de peso y sin aumentar las hipoglucemias.

-

Al introducir un ArGLP-1 después de insulina basal, puede ser necesario una titulación a la baja de la insulina (por ejemplo, una reducción del 20% de la dosis en pacientes con A1c < 8%).

Respuesta correcta

27- ¿Cuál sería la pauta definitiva de insulinización más recomendable en un paciente de 80 años después de un ingreso por insuficiencia cardiaca tras el alta hospitalaria?:

-

Pauta bifásica.

-

Pauta basal-bolo.

-

Pauta basal plus.

-

Pauta prandial.

-

Pauta basal.

Respuesta correcta