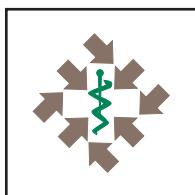


PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA A DISTANCIA HIPERTENSIÓN 2000

(enero-diciembre 2000)



ACTIVIDAD ACREDITADA POR EL CONSEJO CATALÁN
DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA
Y POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CON

8 CRÉDITOS



CUESTIONARIO 6

Fecha límite de recepción de este cuestionario 16-10-2000*

1	Por lo que respecta a la presión arterial y embarazo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?	A <input type="checkbox"/> Durante las primeras semanas del embarazo se produce un descenso fisiológico del nivel de presión arterial (PA) B <input type="checkbox"/> La PA no debe ser medida hasta la semana 20 de gestación C <input type="checkbox"/> La posición en decúbito supino produce un incremento del retorno venoso, y por consiguiente un incremento del gasto cardíaco y un aumento de la PA D <input type="checkbox"/> Como valor de PA se utilizará siempre el de presión arterial diastólica que coincide con la fase IV de Korokoff E <input type="checkbox"/> El valor de normalidad de la PA no varía en las distintas fases del embarazo, y valores inferiores a 140/90 mmHg son siempre de buen pronóstico
2	De las siguientes afirmaciones acerca de la preeclampsia, ¿cuál es cierta?	A <input type="checkbox"/> En la fisiopatología de la preeclampsia se ha demostrado que el óxido nítrico sintetizado por las células endoteliales de los vasos placentarios no desempeña ningún papel. Las situaciones que suponen una sobrecarga antigénica, por una mayor masa placentaria, como, por ejemplo, el embarazo múltiple, se asocian a una mayor prevalencia de preeclampsia B <input type="checkbox"/> Es un proceso hipertensivo que se presenta en general durante las primeras 20 semanas de gestación C <input type="checkbox"/> Ocasionalmente puede presentarse proteinuria E <input type="checkbox"/> La prevalencia de preeclampsia puede oscilar entre el 20%-30% de todos los embarazos
3	¿Cuál de los siguientes signos clínicos no es típico de preeclampsia?	A <input type="checkbox"/> Hiperuricemia B <input type="checkbox"/> Trombocitopenia C <input type="checkbox"/> Dolor epigástrico D <input type="checkbox"/> Aumento de las transaminasas E <input type="checkbox"/> Anemia moderada
4	La hipertensión arterial (HTA) que acompaña al embarazo no siempre es una preeclampsia, pues, en ocasiones, se trata de una HTA crónica, ¿cuándo lo sospecharemos?	A <input type="checkbox"/> Cuando la HTA aparece entre las semanas 20 y 30 de embarazo B <input type="checkbox"/> Cuando la HTA se descubre antes de la semana 20 C <input type="checkbox"/> Cuando aparece eclampsia D <input type="checkbox"/> Cuando la proteinuria es mayor o igual a 1g/24 horas E <input type="checkbox"/> Cuando la creatinemia es superior a 3 mg/dl
5	Ante una gestante con aparición de HTA en el tercer trimestre, el uso de fármacos estaría indicado ante cifras de PA de:	A <input type="checkbox"/> $\geq 180/110$ mmHg B <input type="checkbox"/> $\geq 210/120$ mmHg C <input type="checkbox"/> $\geq 150/100$ mmHg D <input type="checkbox"/> $\geq 130/85$ mmHg E <input type="checkbox"/> Nunca si está asintomática y no existe proteinuria
6	¿Cuál de los siguientes fármacos por vía intravenosa serían los de primera elección ante un aumento importante de las cifras de PA durante el embarazo con preeclampsia?	A <input type="checkbox"/> Hidralicina o labetalol B <input type="checkbox"/> Nitroprusiato Na C <input type="checkbox"/> Enalapril D <input type="checkbox"/> Diazóxido E <input type="checkbox"/> Todos ellos

* No se admitirán hojas-respuestas correspondientes a este cuestionario que hayan sido franqueadas con posterioridad al 16-10-2000.

7	El fármaco antihipertensivo más seguro para el feto y, por tanto, de primera elección para el tratamiento por vía oral de la HTA durante el embarazo es el siguiente:	A <input type="checkbox"/> Hidralicina B <input type="checkbox"/> Captopril C <input type="checkbox"/> Losartán D <input type="checkbox"/> Alfametildopa E <input type="checkbox"/> Hidroclorotiacida
8	¿Cuál de las siguientes pueden ser complicaciones de la HTA crónica durante el embarazo?	A <input type="checkbox"/> No existe un aumento de las complicaciones B <input type="checkbox"/> Retraso del crecimiento fetal y prematuridad C <input type="checkbox"/> Aparición de preeclampsia sobreañadida D <input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática E <input type="checkbox"/> Son ciertas B y C
9	¿Cuál de los siguientes factores incrementa el riesgo de preeclampsia?	A <input type="checkbox"/> Nuliparidad B <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial crónica C <input type="checkbox"/> Nefropatía de base D <input type="checkbox"/> Gestación múltiple E <input type="checkbox"/> Todos ellos
10	¿Cuál de los siguientes parámetros clínicos o biológicos no es indicador de gravedad en la preeclampsia?	A <input type="checkbox"/> Presencia de náuseas sin dolor abdominal B <input type="checkbox"/> Presentación del cuadro antes de la semana 30 C <input type="checkbox"/> PA sistólica (PAS) > 160 mmHg y/o PA diastólica (PAD) > 110 mmHg D <input type="checkbox"/> Edemas generalizados E <input type="checkbox"/> Hiperuricemia > 8 mg/dl
11	¿Cuál de las siguientes características es cierta para la llamada HTA transitoria o gestacional?	A <input type="checkbox"/> Se acompaña siempre de proteinuria B <input type="checkbox"/> Muestra unos niveles de PA muy elevados C <input type="checkbox"/> Las cifras de PA persisten en más de un 50% de los casos después del parto D <input type="checkbox"/> Suele aparecer en las primeras 20 semanas de gestación E <input type="checkbox"/> Suele aparecer después de la semana 36
12	¿Qué porcentaje de complicaciones de los pacientes diabéticos son atribuibles a la presencia de HTA?	A <input type="checkbox"/> Menos del 5% B <input type="checkbox"/> Entre un 5%-10% C <input type="checkbox"/> Entre un 10%-20% D <input type="checkbox"/> Entre un 35%-75% E <input type="checkbox"/> Entre un 95%-100%
13	¿La prevalencia de HTA en la diabetes es distinta a la de la población general?	A <input type="checkbox"/> En la diabetes tipo 1 es igual a la de la población general B <input type="checkbox"/> En la diabetes tipo 2 es aproximadamente el doble que en la población general C <input type="checkbox"/> En la diabetes tipo 2 es 10 veces mayor y en la diabetes tipo 1 es 20 veces mayor D <input type="checkbox"/> La prevalencia de HTA en la diabetes es menor que en la población general E <input type="checkbox"/> Todas son falsas
14	¿La presencia de HTA en sujetos diabéticos aumenta el desarrollo de complicaciones?	A <input type="checkbox"/> Complicaciones microvasculares B <input type="checkbox"/> Complicaciones macrovasculares C <input type="checkbox"/> Sólo cuando se acompaña de microalbuminuria D <input type="checkbox"/> Sólo cuando existe un aumento de la creatinemia E <input type="checkbox"/> Sólo A y B son ciertas

15	¿Cuál de los siguientes mecanismos no está implicado en la enfermedad vascular del paciente con hipertensión y diabetes tipo 2?	A <input type="checkbox"/> Aumento de la adhesión y agregación plaquetaria B <input type="checkbox"/> Alteraciones de las lipoproteínas C <input type="checkbox"/> Disfunción endotelial D <input type="checkbox"/> Alteraciones de la coagulación E <input type="checkbox"/> El incremento de las lipoproteínas de alta densidad (colesterol HDL)
16	¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a la presencia de HTA en el diabético y la aparición de enfermedad vascular cerebral?	A <input type="checkbox"/> La HTA incrementa por seis el riesgo de padecer un evento isquémico cerebral B <input type="checkbox"/> La HTA incrementa por dos el riesgo de padecer un evento isquémico cerebral C <input type="checkbox"/> La HTA incrementa el riesgo de accidente vasculocerebral hemorrágico, peor no el de ictus isquémico D <input type="checkbox"/> La HTA incrementa el riesgo de hemorragia subaracnoidea, pero no el ictus isquémico E <input type="checkbox"/> Todas son falsas
17	¿Cuál es el objetivo terapéutico principal en el tratamiento de la HTA en la diabetes?	A <input type="checkbox"/> Mejorar el control de la glucemia B <input type="checkbox"/> Reducir la incidencia de retinopatía proliferativa C <input type="checkbox"/> Reducir las cifras de PA por debajo de 140/90 mmHg D <input type="checkbox"/> Reducir la PA y la morbilidad E <input type="checkbox"/> Reducir el número de ingresos hospitalarios
18	¿Cuál es el objetivo terapéutico recomendado en los sujetos con HTA y diabetes?	A <input type="checkbox"/> PA < 140/90 mmHg B <input type="checkbox"/> PA < 150/95 mmHg C <input type="checkbox"/> PA < 130/85 mmHg D <input type="checkbox"/> PA < 120/70 mmHg E <input type="checkbox"/> PA < 140/85 mmHg
19	¿Cuál de las siguientes alteraciones se observa con frecuencia en los pacientes hipertensos con diabetes?	A <input type="checkbox"/> Reducción de los niveles de VLDL B <input type="checkbox"/> Reducción de los niveles de LDL C <input type="checkbox"/> Incremento de la actividad fibrinolítica D <input type="checkbox"/> Incremento del fibrinógeno y del inhibidor del activador del plasminógeno E <input type="checkbox"/> Reducción de la oxidación lipoproteica
20	¿Cuál de los siguientes resultados se ha observado en función del control riguroso de la PA en pacientes hipertensos con diabetes?	A <input type="checkbox"/> No reducción del riesgo relativo de mortalidad relacionada con la diabetes B <input type="checkbox"/> No reducción significativa en el riesgo de infarto de miocardio C <input type="checkbox"/> Reducción significativa del riesgo de accidente vascular cerebral D <input type="checkbox"/> No modificación del riesgo relativo de mortalidad total E <input type="checkbox"/> Todas son ciertas
21	Por lo que respecta al tratamiento farmacológico de la HTA en el paciente diabético, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?	A <input type="checkbox"/> Dos recientes metaanálisis han observado que no se ha demostrado que los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) tengan un efecto renoprotector B <input type="checkbox"/> Los IECA suelen tener efectos negativos sobre el perfil lipídico, aunque no sobre control glucémico C <input type="checkbox"/> El papel de los calcioantagonistas en la nefropatía diabética es superior al de los IECA D <input type="checkbox"/> No se observaron diferencias en la mortalidad coronaria entre los tratados en el estudio ABCD con nisoldipino y los tratados con enalapril E <input type="checkbox"/> En el estudio SHEP se observó que los diuréticos tiacídicos a dosis bajas reducían la morbilidad cardiovascular en diabéticos
22	¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en los hipertensos diabéticos con microalbuminuria?	A <input type="checkbox"/> La microalbuminuria es un factor de riesgo de nefropatía diabética, pero no de enfermedad cardiovascular B <input type="checkbox"/> La microalbuminuria es un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular C <input type="checkbox"/> Los IECA no han demostrado que reduzca la microalbuminuria D <input type="checkbox"/> Los IECA no previenen la aparición de microalbuminuria E <input type="checkbox"/> Todas son ciertas

23	Cuando se estudia la relación entre PA de la consulta y PA medida mediante monitorización ambulatoria (MAPA), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?	A <input type="checkbox"/> La PA suele ser superior en la consulta, pero no en el trabajo, con respecto a la PA de domicilio B <input type="checkbox"/> Se denomina efecto de bata blanca a la diferencia entre la PA de la consulta y la PA ambulatoria C <input type="checkbox"/> Las diferencias entre PA en la consulta y PA ambulatoria se van reduciendo a medida que aumenta la edad D <input type="checkbox"/> La correlación entre las cifras de PA en la consulta y las de la MAPA es siempre muy alta (superior a 0,90) E <input type="checkbox"/> La correlación entre PA de la consulta y PA ambulatoria en general es más elevada para la PAD que para la PAS
24	En la relación entre PA y afectación de órganos diana, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?	A <input type="checkbox"/> Sólo los valores de PA nocturnos de la MAPA tienen relación con la afectación de órganos diana B <input type="checkbox"/> Tanto los valores de PA diurnos como los nocturnos de la MAPA tienen relación con la afectación de órganos diana C <input type="checkbox"/> No se ha demostrado (ni siquiera en estudios pequeños) que la PA ambulatoria sea un predictor independiente de morbiletalidad cardiovascular D <input type="checkbox"/> La diferencia entre la PA ambulatoria y la PA de la consulta es un mejor predictor del pronóstico cardiovascular que el propio nivel de PA durante la MAPA E <input type="checkbox"/> Todas son ciertas
25	¿A qué se le llama efecto de bata blanca inverso?	A <input type="checkbox"/> Se trata de sujetos normotensos a nivel ambulatorio e hipertensos en la consulta B <input type="checkbox"/> Cuando existen cifras de PA ligeramente superiores en la consulta con respecto a las cifras ambulatorias C <input type="checkbox"/> Cuando las cifras de PA de la consulta son muy superiores a las ambulatorias (diferencias mayores de 25 mmHg para la PAS y o de 15 mmHg para la PAD) D <input type="checkbox"/> Cuando las cifras de PA ambulatoria son superiores a las de la consulta E <input type="checkbox"/> Cuando las cifras de PA son normales en la consulta pero están en el rango de HTA en las ambulatorias
26	¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto a las publicaciones que mencionan el efecto de bata blanca inverso?	A <input type="checkbox"/> Los primeros trabajos se han publicado en 1999 B <input type="checkbox"/> No existen datos procedentes de España sobre el tema C <input type="checkbox"/> La prevalencia referida en la mayor parte de los trabajos es inferior al 1% D <input type="checkbox"/> La prevalencia es variable, pero en general superior al 5% E <input type="checkbox"/> Sólo A y B son ciertas
27	¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto a los sujetos con efecto de bata blanca inverso?	A <input type="checkbox"/> El pronóstico de estos sujetos es similar a de los normotensos B <input type="checkbox"/> Los sujetos con efecto de bata blanca inverso presentan una menor frecuencia de afectación cardíaca que los hipertensos de bata blanca C <input type="checkbox"/> La afectación cardíaca es en general mayor que en los normotensos D <input type="checkbox"/> Múltiples estudios han demostrado que el efecto de bata blanca inverso es un fenómeno reproducible E <input type="checkbox"/> Todas son ciertas
28	¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto al efecto de bata blanca inverso?	A <input type="checkbox"/> Su diagnóstico en la práctica habitual es difícil B <input type="checkbox"/> Su significado clínico es muy bien conocido debido a que múltiples trabajos han observado que el pronóstico es igual al de los normotensos C <input type="checkbox"/> La dieta hiposódica tiene relación con dicho efecto D <input type="checkbox"/> Los sujetos con efecto de bata blanca inverso tienen siempre una menor variabilidad de la PA E <input type="checkbox"/> Todas son ciertas
29	De la información contenida en una reciente publicación de 1999 sobre normotensos de bata blanca (sería el equivalente al llamado efecto de bata blanca inverso) se puede deducir que:	A <input type="checkbox"/> La normotensión de bata blanca fue más frecuente en los sujetos con cifras menos elevadas de PA B <input type="checkbox"/> Los normotensos de bata blanca en relación al resto de normotensos eran mayores y predominaban los varones C <input type="checkbox"/> Los normotensos de bata blanca en relación al resto de normotensos presentaban un menor índice de masa corporal D <input type="checkbox"/> No presentaban diferencias en los niveles de glucosa y colesterol total E <input type="checkbox"/> Todas las afirmaciones son ciertas
30	De los datos del estudio Hospital de Sant Pau sobre el efecto de bata blanca inverso se puede deducir que:	A <input type="checkbox"/> La prevalencia de efecto de bata blanca inverso era del 40% B <input type="checkbox"/> La prevalencia de efecto de bata blanca inverso fue del 1% C <input type="checkbox"/> Los sujetos con efecto de bata blanca inverso presentaban menor alteración cardíaca que los hipertensos de bata blanca D <input type="checkbox"/> Los sujetos con efecto de bata blanca inverso presentaban un índice de masa ventricular izquierda mayor que los sujetos con HTA de bata blanca E <input type="checkbox"/> Sólo B y D son ciertas