



Teste final do curso de Diabetes

Selecione a alínea correta

A - Dos seguintes critérios: A1c entre 5.7 e 6.4%, Glicémia em jejum entre 110-125 mg/dL e PTGO com GI à 2ª hora entre 140-199 mg/dL, quantos deverão estar presentes para se poder fazer o diagnóstico de prediabetes

1. Dois critérios
2. Têm que estar presentes os três
3. Basta estar presente um dos critérios (na ausência de hiperglicemia inequívoca)

B - Relativamente à terapêutica com metformina na prediabetes, qual é a resposta certa?

1. Está indicada, principalmente se IMC>35 kg/m², idade< 60 anos e diabetes gestacional prévia
2. É superior à modificação de estilos de vida na prevenção da evolução para diabetes
3. As duas anteriores

C - Em que situação está recomendado um controlo glicémico mais rigoroso e intensivo?

1. Diabetes diagnosticada recentemente
2. Diabetes de longa evolução
3. Diabético com doença coronária
4. Todas as anteriores

D - Relativamente ao ensaio UKPDS que incluiu diabéticos após o diagnóstico, qual é a resposta certa?

1. O bom controlo glicémico reduziu os eventos micro e macrovasculares independentemente da terapêutica utilizada
2. Só as sulfonilureias e a insulina reduziram os eventos macrovasculares
3. Só a metformina, usada nos obesos, reduziu os eventos macrovasculares

E - Relativamente à HbA1c, qual é a resposta errada?

1. À medida que se eleva a HbA1c, aumenta o contributo da hiperglicemia em jejum.
2. Nas HbA1c mais baixas, o contributo das hiperglicémias pós-prandias é superior ao das hiperglicémias em jejum
3. A HbA1c é determinada, quase exclusivamente, pelas hiperglicémias em jejum

F - Relativamente ao estudo dos Veteranos (VADT - conduzido em diabéticos com uma média de 11.5 anos de evolução, 40% dos quais já tinha tido um evento cardiovascular) em que o objectivo era reduzir em 1.5% a HbA1c no grupo sob terapêutica intensiva versus a terapêutica standard, qual é a resposta certa?

1. A terapêutica intensiva (que reduziu a HbA1c em 1.5% versus a terapêutica standard) reduziu significativamente a taxa de eventos cardiovasculares, morte ou complicações microvasculares
2. A terapêutica intensiva (HbA1c 6.9%) não produziu resultados diferentes da terapêutica standard (HbA1c 8.4%).



G - Relativamente ao risco de eventos cardiovasculares, qual a resposta certa?

1. As sulfonilureias, quando comparadas com a metformina, diminuem o risco de morte e ocorrências cardiovasculares adversa
2. A gliclazida de acção rápida foi a única sulfonilureia que se associou a um baixo risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, quando comparada com a metformina

H - A insulina NPH(isofânica) é uma insulina:

1. Humana de acção curta
2. Análogo de acção longa
3. Humana de acção intermédia
4. Análogo de acção rápida

I - A insulina Detemir é uma insulina de acção:

1. rápida
2. longa
3. intermédia
4. bifásica

J - A insulina glargina tem um pico de atuação:

1. às 12 horas
2. às 6 horas
3. às 2 horas
4. não tem

L - Ao prescrever a NPH ao deitar, começa habitualmente com uma dose inicial de:

1. 0,2 U/Kg
2. 0,5 U/Kg
3. 0,8 U/Kg
4. 1 U/Kg

M - Na Diabetes tipo 2, antes de associar insulina aos ADOs é importante:

1. otimizar doses de ADOs
2. ter objetivos bem definidos
3. se possível ensinar vigilância por glicemia capilar
4. todas as anteriores

N - Qual das seguintes intervenções é mais potente na redução da HbA1c?

1. metformina
2. sulfonilureias
3. inibidores da DPPIV
4. insulina

O - Ao iniciar uma terapêutica com NPH em doente diabético já sob ADOs

1. suspende todos os ADOs
2. mantém todos os ADOs
3. mantém apenas os que reduzem a insulinoresistência
4. mantém apenas os que estimulam a secreção de insulina



P - A titulação da dose de insulina NPH administrada ao deitar é feita de acordo com a glicemia capilar

1. do jejum
2. antes do almoço
3. antes do jantar
4. deitar

Q - A utilização de análogos lentos da insulina é uma alternativa à NPH quando:

1. pessoas com diabetes de idade avançada
2. pessoas com diabetes com cardiopatia isquémica
3. pessoas com diabetes que necessitem de ajuda
4. todas as anteriores

R - Se, apesar de uma adequada titulação da insulina NPH diária, não for possível atingir os objectivos definidos deve:

1. passar a duas administrações/dia
2. passar a uma administração de um análogo lento de manhã ou à noite
3. mudar para insulina bifásica
4. Qualquer das anteriores de acordo com o doente em causa

S - Num diabético com doença coronária documentada que tipo de insulina está recomendado seleccionar, como primeira linha

1. Análogo de insulina
2. Insulina NPH 1xdia

T - Qual a principal vantagem em associar uma insulina NPH aos ADOs?

1. corrigir glicemia pós-prandial
2. corrigir hipoglicemia nocturna
3. diminuir a produção hepática de glicose durante a noite e diminuir as hiperglicémias matinais
4. aumentar a excreção urinária de glicose

U - Como é que se faz a substituição de insulina NPH, administrada 2xdia, por um análogo lento?

1. substitui unidade por unidade
2. administra metade da dose de análogo
3. administra um terço da dose de análogo
4. administra o dobro da dose de análogo

CHAVE:

A-3, B-3, C-1, D-3, E-1, F-2, G-2, H-3, I-2, J-4, L-1, M-4, N-4, O-2, P-1, Q-4, R-4, S-1, T-3, U-1.