

2025 1012 1 CONVOCATÒRIA D'OFERTA PÚBLICA FACULTATIUS.- AP**Cas clínic 1:**

Home de 58 anys, amb IMC de 31 kg/m², hipertensió arterial ben controlada, sedentari i sense antecedents cardiovasculars coneguts. Consulta per astènia i poliúria.

A l'anàlisi destaca:

- Glucèmia basal: 146 mg/dL
- HbA1c: 7,4%
- Filtrat glomerular estimat: 70 ml/min/1,73 m²

No refereix episodis previs d'hipoglucèmia ni pèrdua ponderal significativa.

1. Quin és el diagnòstic més probable?

- a) Diabetis mellitus tipus 2
- b) Diabetis mellitus tipus 1
- c) Prediabetis
- d) Síndrome metabòlica sense diabetis
- e) Diabetis gestacional

✓ **Resposta correcta:** a) Diabetis mellitus tipus 2

2. Segons les guies clíniques actuals, quin seria el tractament farmacològic inicial més adequat en aquest cas (associat a mesures d'estil de vida)?

- a) Insulina basal
- b) Sulfonilurea
- c) Metformina
- d) Inhibidor del SGLT2
- e) Agonista del receptor GLP-1

✓ **Resposta correcta:** c) Metformina

3. Quin paràmetre utilitzaries principalment per al seguiment i l'ajust del tractament d'aquest pacient?

- a) Perfil lipídic
- b) Hemoglobina glicosilada (HbA1c)
- c) Electrocardiograma anual
- d) Microalbuminúria
- e) Pes corporal exclusivament

✓ **Resposta correcta:** b) Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

Cas clínic 1: dificultat alta

Dona de 74 anys, amb diabetis mellitus tipus 2 diagnosticada fa 12 anys, hipertensió arterial i dislipèmia. IMC de 29 kg/m². Antecedents d'infart agut de miocardi fa 3 anys i fibril·lació auricular anticoagulada.

Consulta per mal control glucèmic tot i bona adherència al tractament: HbA1c 8,6% i glucèmies en dejú entre 160–200 mg/dL. Està en tractament amb metformina 850 mg cada 12 hores i sitagliptina 100 mg cada 24 hores.

Filtrat glomerular estimat de 38 ml/min/1,73 m², microalbuminúria positiva, sense episodis recents d'hipoglucèmia. No presenta símptomes d'insuficiència cardíaca.

A l'exploració física: pressió arterial 128/78 mmHg, sense edemes, pes estable.

1. Quin és el següent pas més adequat en el maneig terapèutic?

- a) Afegir una sulfonilurea
- b) Substituir la sitagliptina per un inhibidor del SGLT2

- c) Afegir insulina basal
- d) Augmentar la dosi de metformina
- e) Afegir pioglitazona

✓ **Resposta correcta:** b) Substituir la sitagliptina per un inhibidor del SGLT2

(Pel benefici cardiovascular i renal, i perquè la funció renal encara ho permet. A més, les sulfonilurees i la pioglitazona no són recomanables en aquest context pel risc d'hipoglucèmia i de retenció hídrica.)

2. Quin inhibidor del SGLT2 seria més adequat en aquesta pacient segons l'evidència i la fitxa tècnica?

- a) Empagliflozina
- b) Dapagliflozina
- c) Canagliflozina
- d) Ertugliflozina
- e) Qualsevol, tots són igualment recomanats

✓ **Resposta correcta:** b) Dapagliflozina

(La dapagliflozina es pot utilitzar amb $FG \geq 25 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; l'empagliflozina només si el $FG \geq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. A més, l'evidència de la dapagliflozina en nefroprotecció és molt sòlida i està aprovada per a aquest rang de FG .)

3. Quina de les afirmacions següents és correcta respecte al seguiment?

- a) L'HbA1c deixa de ser útil en pacients amb $FG < 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$
- b) Cal suspendre la metformina si el FG baixa per sota de $35 \text{ ml/min/1,73 m}^2$
- c) És fonamental monitoritzar el potassi i la funció renal després d'iniciar un inhibidor del SGLT2
- d) La insulina està contraindicada en pacients amb nefropatia diabètica
- e) No cal ajustar la dapagliflozina encara que el FG baixi a $15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$

✓ **Resposta correcta:** c) És fonamental monitoritzar el potassi i la funció renal després d'iniciar un inhibidor del SGLT2

Cas clínic 2: Complexitat baixa

Context clínic:

Home de 68 anys, hipertensió arterial ben controlada amb IECA, $FGe 55 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ (MRC G3a), albuminúria A2. No presenta diabetis. Consulta per revisió rutinària.

Pregunta 1

Quin és l'objectiu recomanat de pressió arterial en aquest pacient segons les pautes d'harmonització terapèutica del Departament?

- a) $< 150/90 \text{ mmHg}$
- b) $< 140/90 \text{ mmHg}$
- c) $< 130/80 \text{ mmHg}$
- d) $< 120/70 \text{ mmHg}$
- e) $< 135/85 \text{ mmHg}$

Resposta correcta: b) $< 140/90 \text{ mmHg}$

(En MRC sense albuminúria molt elevada, l'objectiu és $< 140/90 \text{ mmHg}$; només en A3 es recomana $< 130/80 \text{ mmHg}$.)

Pregunta 2

Quin fàrmac és de primera línia per al control de la hipertensió en aquest pacient?

- a) Beta-bloquejant
- b) Diurètic tiazídic
- c) IECA

- d) Antagonista del calci no dihidropiridínic
- e) Aliskiren

Resposta correcta: c) IECA

(Els inhibidors del SRAA són el tractament d'elecció en MRC, especialment amb albuminúria.)

Pregunta 3

Quina mesura dietètica és recomanada per aquest pacient?

- a) Dieta hiperproteica (>1,5 g/kg/dia)
- b) Dieta hiposòdica (<6 g sal/dia)
- c) Evitar fruita i verdura completament
- d) Dieta sense greixos
- e) Dieta rica en potassi

Resposta correcta: b) Dieta hiposòdica (<6 g sal/dia).

(Es recomana dieta hiposòdica per reduir risc cardiovascular i progressió de MRC.)

Cas clínic 2: Complexitat moderada-alta

Context clínic:

Dona de 74 anys amb diabetis mellitus tipus 2, hipertensió i dislipèmia. FGe 32 mL/min/1,73 m² (MRC G3b), albuminúria A3. Actualment pren metformina, IECA i estatina. Consulta per revisió i ajust terapèutic.

Pregunta 1

Quina és la recomanació respecte a la metformina en aquest cas segons les pautes d'harmonització terapèutica del Departament?

- a) Continuar a la mateixa dosi
- b) Suspendre immediatament
- c) Reduir la dosi a la meitat
- d) Augmentar la dosi
- e) Substituir per sulfonilurea

Resposta correcta: c) Reduir la dosi a la meitat

(En FGe 30-45 mL/min, no iniciar metformina i reduir la dosi si ja està en tractament.)

Pregunta 2

Quin és l'objectiu de pressió arterial en aquest pacient segons les pautes d'harmonització terapèutica del Departament?

- a) < 140/90 mmHg
- b) < 135/85 mmHg
- c) < 130/80 mmHg
- d) < 125/75 mmHg
- e) < 150/90 mmHg

Resposta correcta: c) < 130/80 mmHg

(En MRC amb albuminúria molt elevada (A3), l'objectiu és <130/80 mmHg.)

Pregunta 3

Quina és la recomanació sobre el tractament hipolipemiant?

- a) Suspendre estatina
- b) Afegir fibrat
- c) Afegir ezetimiba sistemàticament
- d) Mantenir estatina de moderada-alta intensitat
- e) Substituir per omega-3

Resposta correcta: d) Mantenir estatina de moderada-alta intensitat

(En MRC G3b-G5, es recomana estatina per reduir risc cardiovascular.)

Cas clínic 3: Complexitat baixa

Home de **78 anys** amb FA no valvular recent diagnosticada. Factors de risc: HTA i DM2. **CHA₂DS₂-VASc = 4, HAS-BLED = 2**. No pren antiagregants ni ha tingut hemorràgies prèvies.

Pregunta 1

Quina és la recomanació principal en la prevenció de l'ictus?

- a) No iniciar tractament pel risc hemorràgic.
- b) Iniciar tractament amb antiagregants en monoteràpia.
- c) Iniciar tractament anticoagulant oral (TAO)
- d) Iniciar doble antiagregació.
- e) Control evolutiu sense tractament

✓ Resposta correcta: C

Els antiagregants **no són alternativa** als anticoagulants i **CHA₂DS₂-VASc ≥ 2** en homes **indica TAO**.

Pregunta 2

Quin seria el rang terapèutic de l'INR si s'opta per AVK?

- a) 1,5–2.
- b) 1,8–2,2.
- c) 2–3.
- d) 2,5–3,5 per a tothom.
- e) Cap rang perquè no cal monitoratge

✓ Resposta correcta: C

En FA no valvular, l'objectiu d'INR amb AVK és **2–3**.

Pregunta 3

Quina afirmació és correcta segons les pautes?

- a) HAS-BLED ≥ 3 contraindica el TAO.
- b) HAS-BLED serveix per evitar anticoagulació.
- c) L'escala HAS-BLED ajuda a identificar factors corregibles.
- d) CHA₂DS₂-VASc no s'ha d'utilitzar en majors de 75 anys.
- e) Els antiagregants redueixen més l'ictus que els AVK

✓ Resposta correcta: C

HAS-BLED **no contraindica** el TAO; serveix per identificar **factors modificables**.

Cas clínic 3: Complexitat moderada-alta

Dona de **84 anys**, FA no valvular, **FGe 32 ml/min**, antecedent d'ictus, hipertensió. En tractament amb **acenocumarol**, però **TRT 48%** en els últims 6 mesos, amb bona adherència i sense causes externes conegudes. Supervisada per la filla. Cap hemorràgia major.

Pregunta 1

Quina és la millor opció terapèutica?

- a) Mantenir acenocumarol amb més controls d'INR.
- b) Canviar a dabigatran 150 mg/12h.
- c) Canviar a rivaroxaban 20 mg/dia.
- d) Canviar a apixaban en dosi reduïda.
- e) Suspendre anticoagulació per l'edat i el risc de caigudes

✓ Resposta correcta: D

TRT < 65% indica **canvi a ACOD**. En >80 anys i FGe 30–49 ml/min, **apixaban** és el que té millor perfil d'eficàcia i seguretat.

Pregunta 2

Per què *no* seria adequat continuar amb acenocumarol?

- a) Perquè els AVK estan contraindicats en >80 anys.
- b) Perquè el TRT < 60–65% indica control inadequat.
- c) Perquè l'INR inestable sempre és per mala adherència.
- d) Perquè els AVK no són efectius en FA.
- e) Perquè hi ha risc de trombosi paradoxal

✓ **Resposta correcta: B**

Les pautes consideren bon control un **TRT ≥ 65% (Rosendaal)** o **≥ 60% (mètode directe)**. Un TRT del 48% **indica mal control tot i bona adherència**, i recomana canvi a ACOD.

Pregunta 3

Quina afirmació és certa sobre l'ús dels ACOD en aquesta pacient?

- a) Dabigatran és el preferit en insuficiència renal i >80 anys.
- b) Rivaroxaban no requereix ajust per funció renal.
- c) Edoxaban és el més recomanat en FGe > 90 ml/min.
- d) Apixaban té un perfil de seguretat favorable en >80 anys i FGe 30–49.
- e) Els ACOD estan contraindicats en dones >80 anys

✓ **Resposta correcta: D**

Apixaban és l'ACOD amb **millor balanç de seguretat** en pacients grans i amb FGe reduït.

Cas clínic 4: Complexitat baixa

Dona de **74 anys** amb deteriorament cognitiu progressiu, pèrdua de memòria d'instal·lació lenta i dificultat creixent per gestionar tasques complexes.

MMSE = **23 punts**. GDS-FAST = **4** (MA lleu).

No té comorbiditats rellevants ni efectes adversos previs a medicació cognitiva (no n'ha pres mai).

Pregunta 1

Quin tractament farmacològic s'hauria d'iniciar segons les pautes d'harmonització?

- a) Memantina com a primera línia.
- b) Donepezil o altres IACE.
- c) Antipsicòtic en dosis baixes.
- d) Rivastigmina + memantina.
- e) Cap tractament farmacològic

✓ **Resposta correcta: B**

Segons les pautes, en **MA lleu** (GDS-FAST 4) es recomana iniciar **un inhibidor de l'acetilcolinesterasa (IACE)**: donepezil, rivastigmina o galantamina.

Pregunta 2

Quin objectiu principal es busca amb el tractament en MA lleu?

- a) Revertir totalment el dèficit cognitiu.
- b) Aturar completament la progressió neurodegenerativa.
- c) Preservar funcions cognitives i funcionals i alentir la progressió.
- d) Evitar la institucionalització.
- e) Curar la malaltia.

✓ **Resposta correcta: C**

Els tractaments actuals són **sintomàtics** i busquen **preservar habilitats i alentir la progressió**, no revertir la malaltia.

Pregunta 3

Quan s'ha de valorar l'efectivitat del tractament amb IACE?

- a) Al cap d'1 mes d'inici.
- b) Després de 4 anys.

- c) Cada 12 mesos.
- d) Només si hi ha empitjorament sobtat.
- e) A l'inici i no cal seguiment.

✓ **Resposta correcta: C**

L'efectivitat s'ha de valorar **periòdicament cada 12 mesos**, tenint en compte funcions cognitives, funcionals i conducta.

Cas clínic 4: Complexitat moderada-alta

Home de **82 anys** amb **Malaltia d'Alzheimer moderada** (GDS-FAST 5, MMSE 17). En tractament amb **donepezil 10 mg/dia** des de fa 18 mesos. La família refereix empitjorament progressiu de les activitats de la vida diària i aparició d'agitació moderada.

No hi ha efectes adversos importants, però el deteriorament cognitiu i funcional és evident.

Pregunta 1

Davant la manca de resposta terapèutica, quin seria el pas més adequat?

- a) Suspendre bruscament el tractament.
- b) Afegir memantina com a combinació sistemàtica.
- c) Canviar d'IACE o substituir-lo per memantina.
- d) Augmentar donepezil fins a 20 mg/dia.
- e) Afegir antipsicòtic per tractar la progressió cognitiva.

✓ **Resposta correcta: C**

En **MA moderada a moderadament greu**, davant **manca de resposta**, les pautes indiquen **canviar d'IACE o substituir-lo per memantina**, segons tolerància i perfil del pacient.

Pregunta 2

Quin criteri NO justificaria la retirada definitiva del tractament cognitiu?

- a) Manca de resposta reiterada malgrat canvis terapèutics.
- b) Aparició d'efectes adversos greus.
- c) Estadi molt avançat (GDS $\geq 7b$).
- d) Empitjorament funcional lleu però sense altres factors.
- e) Presència d'altra patologia que contraindica IACE i memantina.

✓ **Resposta correcta: D**

Un **empitjorament lleu** no és criteri per retirar el tractament.

Cal **manca de resposta reiterada**, comorbiditat que ho contraindiqui o **estadi molt avançat**.

Pregunta 3

Pel que fa a l'agitació moderada, quina afirmació és correcta?

- a) S'ha d'iniciar risperidona com a primera línia en qualsevol agitació.
- b) Cal revisar medicació i causes orgàniques abans de tractar.
- c) Els antipsicòtics són tractament de llarga durada.
- d) La retirada dels antipsicòtics acostuma a ser perjudicial.
- e) Les benzodiazepines són d'elecció per agitació crònica.

✓ **Resposta correcta: B**

Abans del tractament farmacològic dels **SCPD**, s'han d'avaluar **causes desencadenants** (dolor, infeccions, medicació, factors ambientals). Els antipsicòtics **només s'usen si els símptomes són molt disruptius** i durant el **mínim temps possible**.

Cas clínic 5: Complexitat baixa

Home de **68 anys**, HTA coneguda.

Analítica: **FGe 52 mL/min/1,73 m² (G3a)**, **QAC 18 mg/g (A1)**.

PA: 148/92 mmHg. No pren IECA/ARA II. No diabetis.

Pregunta 1

Quin és l'objectiu de pressió arterial recomanat?

- a) < 160/100 mmHg
- b) < 150/90 mmHg
- c) < 140/90 mmHg
- d) < 130/80 mmHg
- e) < 120/70 mmHg

✓ Resposta correcta: C

Les pautes indiquen un objectiu general de **PA < 140/90** en MRC, excepte en A3, on és <130/80 (no és el cas).

Pregunta 2

Quin tractament antihipertensiu és de primera línia?

- a) Beta-bloquejant
- b) IECA
- c) Hidralazina
- d) Antagonista del calci
- e) Diürètic tiazídic com a monoteràpia

✓ Resposta correcta: B

Els **IECA/ARA II** són els tractaments d'elecció en MRC per efecte antiproteinúric i nefroprotector

Pregunta 3

Quina actuació és correcta en aquest pacient?

- a) Iniciar metformina perquè té risc metabòlic.
- b) No recomanar cap mesura higienicodietètica.
- c) Recomana dieta hiposòdica < 6 g/dia de sal.
- d) Iniciar estatina obligatòriament en tots els pacients G3a.
- e) Evitar activitat física per risc renal

✓ Resposta correcta: C

Es recomana dieta **hiposòdica (<6 g sal/dia)** i estils de vida saludables en tots els pacients amb MRC.

Cas clínic 5: Complexitat moderada-alta

Dona de **76 anys** amb DM2, HTA i dislipèmia.

Analítica: **FGe 32 mL/min/1,73 m² (G3b)**, **QAC 350 mg/g (A3)**.

Tractament: enalapril 20 mg/dia, amlodipina 10 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia, metformina 850 mg/12h.

PA habitual: 144/86 mmHg.

Pregunta 1

Quina modificació terapèutica és prioritària?

- a) Retirar enalapril perquè baixa el filtrat
- b) Mantenir metformina a la mateixa dosi
- c) Substituir tiazida per diürètic de nansa
- d) Suspendre IECA i iniciar ARA II conjuntament
- e) Iniciar antiplaquetari per prevenció primària

✓ Resposta correcta: C

En **FGe < 30–40**, els tiazídics perden eficàcia i cal **canviar a diürètic de nansa (torasemida)**.

Pregunta 2

Quina afirmació és correcta pel control glucèmic?

- a) Es pot continuar metformina fins a FGe 15 mL/min.
- b) Metformina està contraindicada quan FGe < 30 mL/min
- c) Els iSGLT2 són d'elecció amb FGe 30 mL/min
- d) Les sulfonilurees són segures en qualsevol estadi
- e) S'han d'evitar els IDPP4 en MRC

✓ **Resposta correcta: B**

La **metformina s'ha d'evitar amb FGe < 30**; entre 30–45 només es pot continuar amb reducció de dosi, però **no iniciar**

Pregunta 3

Quin objectiu de pressió arterial li correspon?

- a) < 150/90 mmHg per l'edat
- b) < 140/90 mmHg
- c) < 130/80 mmHg
- d) < 125/75 mmHg
- e) PA sistòlica < 120 mmHg

✓ **Resposta correcta: C**

Amb **albuminúria A3**, l'objectiu és **< 130/80 mmHg** si es pot assolir amb seguretat.