

# 2026 Desafío FRCV

\* Indica que la pregunta es obligatoria

---

1. Correo \*

---

2. Nombre y apellidos \*

1 punto

---

3. DNI \*

1 punto

---

4. Centro de trabajo \*

Dropdown 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- C.S. ABANILLA
- C.S. ABARAN
- C.S. AGUILAS/NORTE
- C.S. AGUILAS/SUR
- C.S. ALCANTARILLA CASCO
- C.S. ALCANTARILLA/SANGONERA LA SECA
- C.S. ALGUAZAS
- C.S. ALHAMA
- C.S. ARCHENA
- C.S. BENIEL
- C.S. BLANCA
- C.S. BULLAS
- C.S. CALASPARRA
- C.S. CARAVACA
- C.S. CARAVACA/BARRANDA
- C.S. CARTAGENA/CASCO ANTIGUO
- C.S. CARTAGENA/ESTE
- C.S. CARTAGENA/ISAAC PERAL
- C.S. CARTAGENA/LOS BARREROS
- C.S. CARTAGENA/LOS DOLORES
- C.S. CARTAGENA/MAR MENOR
- C.S. CARTAGENA/MOLINOS MARFAGONES
- C.S. CARTAGENA/OESTE

- C.S. CARTAGENA/POZO ESTRECHO
- C.S. CARTAGENA/SAN ANTON
- C.S. CARTAGENA/SANTA LUCIA
- C.S. CEHEGIN
- C.S. CEUTI
- C.S. CIEZA/ESTE
- C.S. CIEZA/OESTE
- C.S. FORTUNA
- C.S. FUENTE ALAMO
- C.S. JUMILLA
- C.S. LA MANGA
- C.S. LA UNION
- C.S. LAS TORRES DE COTILLAS
- C.S. LORCA/CENTRO
- C.S. LORCA/LA PACA
- C.S. LORCA/SAN DIEGO
- C.S. LORCA/SAN JOSE
- C.S. LORCA/SUTULLENA
- C.S. LORQUI
- C.S. LOS ALCAZARES
- C.S. MAZARRON
- C.S. MOLINA NORTE (ANTONIO GARCIA)
- C.S. MOLINA SUR (JESUS MARIN)
- C.S. MORATALLA

- C.S. MULA
- C.S. MURCIA/ALGEZARES
- C.S. MURCIA/ALJUCER
- C.S. MURCIA/ALQUERIAS
- C.S. MURCIA/BARRIO DEL CARMEN
- C.S. MURCIA/BENIAJAN
- C.S. MURCIA/CABEZO DE TORRES
- C.S. MURCIA/CAMPO DE CARTAGENA
- C.S. MURCIA/CENTRO
- C.S. MURCIA/EL PALMAR
- C.S. MURCIA/EL RANERO
- C.S. MURCIA/ESPINARDO
- C.S. MURCIA/FLORIDABLANCA
- C.S. MURCIA/INFANTE
- C.S. MURCIA/LA ALBERCA
- C.S. MURCIA/LA ÑORA
- C.S. MURCIA/LLANO DE BRUJAS
- C.S. MURCIA/MONTEAGUDO
- C.S. MURCIA/NONDUERMAS
- C.S. MURCIA/PUENTE TOCINOS
- C.S. MURCIA/SAN ANDRES
- C.S. MURCIA/SANGONERA LA VERDE
- C.S. MURCIA/SANTA MARIA DE GRACIA
- C.S. MURCIA/SUR

- C.S. MURCIA/VISTA ALEGRE
- C.S. MURCIA/VISTABELLA
- C.S. MURCIA/ZARANDONA
- C.S. PUERTO DE MAZARRON
- C.S. PUERTO LUMBRERAS
- C.S. SAN JAVIER
- C.S. SAN PEDRO DEL PINATAR
- C.S. SANTOMERA
- C.S. TORRE PACHECO/ESTE
- C.S. TORRE PACHECO/OESTE
- C.S. TOTANA/NORTE
- C.S. TOTANA/SUR
- C.S. YECLA/ESTE
- C.S. YECLA/OESTE
- C.S CAMPO DE CRIPTANA
- C.S MOLINA ESTE

5. **1. Varón 70 años, DM2 de diagnóstico reciente, obesidad clase II, sedentarismo. ¿Qué intervención cambia más su riesgo CV?**

\* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. 5% pérdida peso.
- B. Sustituir 3 horas sentado por actividad ligera.
- C. Añadir metformina.
- D. 10% pérdida peso.
- E. Caminar 30 min/día.

6. **2. Mujer 66 años, DM2 + HTA + obesidad, HbA1c 7.8%, PA 148/88 mmHg. ¿Cuál es el fármaco con mayor impacto cardiorrenal combinado?**

\* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Metformina a dosis óptimas.
- B. IECA/ARAII.
- C. iSGLT2.
- D. GLP1-RA semanal.
- E. Estatinas dosis altas.

7. **3. ¿Cuál es el factor de riesgo CV que se reduce más rápido tras el cese del hábito tabáquico?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. LDL-colesterol.
- B. HbA1c.
- C. eGFR.
- D. IMC.
- E. Riesgo de ictus agudo.

8. **4. El sedentarismo >8 h/día mantiene un riesgo CV alto aunque se haga:** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. 30 min/día de ejercicio intenso.
- B. 150 min/día de actividad moderada.
- C. Caminar 10.000 pasos/día.
- D. Gym 3 días/semana.
- E. Yoga diario.

9. **5. Un nivel socioeconómico bajo predice peor control FRCV por:** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Genética desfavorable.
- B. Menor acceso/adherencia.
- C. Mayor prevalencia obesidad.
- D. Edad más joven.
- E. Más mujeres afectadas.

10. **6. Varón de 55 años con DM tipo 2, filtrado glomerular de 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup> y cociente albúmina/creatinina de 400 mg/g. Su PA en consulta es 145/92 mmHg bajo tratamiento con Enalapril 20 mg. ¿Cuál es el siguiente paso más adecuado sobre el manejo cardiovascular en diabetes?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Añadir un antagonista del calcio para alcanzar objetivo < 130/80 mmHg.
- B. Sustituir Enalapril por un ARNI (Sacubitrilo/Valsartán).
- C. Añadir un iSGLT2 por su beneficio renal y cardiovascular independiente del control glucémico.
- D. Añadir Finerenona si el potasio sérico lo permite.
- E. Las opciones A, C y D son correctas y deben considerarse en este paciente.

11. **7. En el tratamiento de la obesidad en pacientes con enfermedad CV establecida, Semaglutida 2.4 mg demostró:** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Reducción de peso sin impacto en eventos MACE.
- B. Reducción del 20% en eventos cardiovasculares mayores en pacientes sin diabetes.
- C. Sólo es efectiva si el paciente tiene diabetes.
- D. Únicamente una reducción significativa de la mortalidad por todas las causas.
- E. Aumento del riesgo de pancreatitis en el 15% de los pacientes.

12. **8. Al evaluar el riesgo CV en personas mayores de 70 años, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al uso de SCORE2-OP?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Se deben considerar la fragilidad y la esperanza de vida ajustada antes de intensificar el tratamiento.
- B. Los umbrales para iniciar tratamiento con estatinas son más bajos que en personas jóvenes.
- C. La hipertensión sistólica aislada no debe tratarse para evitar caídas.
- D. El riesgo se calcula igual que en el paciente de 40 años.
- E. SCORE2-OP sobreestima el riesgo en la población española.

13. **9. Mujer 64 años, SCORE2 9%, familiar 2º grado IAM <55 años, Lp(a) 58 mg/dL. ¿Medir Lp(a) cambia su estratificación?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. No (antecedentes familiares insuficientes).
- B. No (SCORE2 domina).
- C. Sí, de moderado a alto.
- D. Sólo si >82 mg/dL.
- E. Requiere repetir la medición.

14. **10. Diagnóstico de Síndrome Cardiorrenometabólico (SCRM) Grado 3** \* 1 punto

**¿Qué hallazgo define a un paciente en el Estadio 3 de la nueva clasificación del SCRM de la AHA?**

*Marca solo un óvalo.*

- A. Presencia de factores de riesgo (obesidad, DM2) sin daño de órgano diana.
- B. Evidencia de enfermedad cardiovascular subclínica (como CAC >0 o hipertrofia VI) o ERC estadio 3 en presencia de factores de riesgo metabólico.
- C. Insuficiencia cardíaca clínica con fracción de eyección preservada.
- D. Enfermedad renal terminal en diálisis.
- E. Obesidad mórbida con síndrome de apnea del sueño.

15. **11. Paciente con Enfermedad Hepática Metabólica (MASLD) y transaminasas (ALT/AST) 2.5 veces por encima del límite superior normal. Presenta riesgo CV alto. ¿Cuál es la conducta correcta respecto al tratamiento con estatinas?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Contraindicación absoluta; iniciar Ezetimiba como alternativa.
- B. Reducir la dosis a la mitad sólo si la bilirrubina también se eleva.
- C. Cambiar a fibratos, ya que no tienen metabolismo hepático.
- D. Iniciar o continuar la estatina; son seguras y reducen el riesgo CV e incluso pueden mejorar la histología hepática.
- E. Esperar a que las transaminasas se normalicen con dieta antes de tratar el LDLc.

16. **12. Paciente con HTA, DM2 y albuminuria macroscópica (800 mg/g).** \* 1 punto

**Se decide iniciar un ARA II. ¿Cuál ha mostrado mayor evidencia específica en nefroprotección en este perfil?**

*Marca solo un óvalo.*

- A. Losartán o Irbesartán.
- B. Valsartán.
- C. Candesartán.
- D. Olmesartán.
- E. Telmisartán.

17. **13. Paciente con TG 450 mg/dL, LDLc 85 mg/dL (en tratamiento con estatinas), HDLc 32 mg/dL. Presenta antecedente de IAM.** \* 1 punto

**¿Cuál es el siguiente paso terapéutico para reducir el riesgo residual?**

*Marca solo un óvalo.*

- A. Añadir Gemfibrozilo.
- B. Incrementar la dosis de estatina al máximo.
- C. Añadir Icosapento de etilo (Vazkepa®).
- D. Iniciar dieta cetogénica estricta.
- E. Añadir Niacina de liberación prolongada.

18. **14. Mujer 60 años, PA 155/95 mmHg a pesar de tratamiento con Perindopril, Indapamida y Amlodipino a dosis máximas. eGFR 55 ml/min, K<sup>+</sup> 3.8 mEq/L. No hay causas secundarias evidentes de su HTA. ¿Cuál es el cuarto fármaco de elección?**

\* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Bisoprolol 5 mg/día.
- B. Espironolactona 25 mg/día.
- C. Doxazosina de liberación prolongada.
- D. Clonidina transdérmica.
- E. Finerenona 20 mg/día.

19. **15. Varón 64 años, MASLD + dislipemia mixta, riesgo SCORE2 alto. ¿Qué componente hepato-metabólico amplifica más su riesgo CV?**

\* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Esteatosis simple.
- B. ALT/AST elevadas.
- C. Fibrosis F2 detectada.
- D. GGT 80 U/L.
- E. Triglicéridos 250 mg/dl.

20. **16. En ERC, ¿qué parámetro reclasifica el riesgo CV más que el eGFR sólo?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Creatinina sérica.
- B. Albuminuria cuantificada.
- C. Edad del paciente.
- D. Tensión arterial.
- E. Potasio sérico.

21. **17. En el síndrome cardiorrenometabólico, el eje fisiopatológico común es:** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Hipertensión aislada.
- B. Resistencia insulina + inflamación.
- C. ERC terminal.
- D. Obesidad central sola.
- E. Dislipemia tipo V.

22. **18. En pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y riesgo CV, ¿qué papel juega la Finerenona?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Es un antagonista de los receptores de mineralocorticoides (ARM) esteroideo de primera línea.
- B. No debe usarse si el paciente ya toma un iSGLT2.
- C. Está contraindicada si el filtrado glomerular es inferior a 60 ml/min.
- D. Sólo está indicada en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.
- E. Reduce el riesgo de eventos CV y progresión renal en pacientes con DM2 y ERC.

23. **19. Sobre la Enfermedad Hepática Esteatósica Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD), anteriormente conocida como NAFLD, ¿cuál es su implicación cardiovascular verdadera?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. El riesgo de mortalidad CV es menor que el riesgo de progresión a cirrosis.
- B. El tratamiento con estatinas está contraindicado si las transaminasas están ligeramente elevadas.
- C. Se considera un "potenciador de riesgo" (risk enhancer) para la enfermedad aterosclerótica.
- D. No existe correlación entre la fibrosis hepática y el riesgo de insuficiencia cardíaca.
- E. El diagnóstico de MASLD requiere biopsia hepática obligatoria en todos los pacientes CV.

24. **20. ¿Cuál es el volumen mínimo de actividad física aeróbica moderada recomendado semanalmente para reducir la mortalidad CV según la OMS y la AHA?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. 30 minutos.
- B. 60 minutos.
- C. 150-300 minutos.
- D. 500 minutos.
- E. 10.000 pasos diarios sin importar la intensidad.

25. **21. Varón 58 años, infarto agudo miocardio previo (hace 18 meses), LDLc 65 mg/dl en tratamiento con atorvastatina 80 mg + ezetimiba, Lp(a) 75 mg/dL. ¿Cuál es su categoría de riesgo CV actual?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Alto (IAM previo).
- B. Muy alto (Lp(a) umbral EAS).
- C. Muy alto + reclasificado por Lp(a) extremo.
- D. Alto estable (LDLc controlado).
- E. Moderado (prevención secundaria básica).

26. **22. Paciente de 45 años, post-SCA reciente, con LDLc basal de 180 mg/dL. Bajo Evolocumab + Atorvastatina + Ezetimiba alcanza un c-LDL de 15 mg/dL. El paciente pregunta por riesgos de demencia o hemorragia cerebral. ¿Cuál es la recomendación actual?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Reducir dosis de estatina para subir el LDLc a 40-55 mg/dL.
- B. Mantener el tratamiento; no hay evidencia de daño cognitivo y niveles <20 mg/dL favorecen la regresión de placa.
- C. Suspender iPCSK9 y mantener solo doble terapia oral.
- D. Realizar tests neuropsicológicos cada 6 meses mientras el LDLc sea <25 mg/dL.
- E. Cambiar a Inclisiran para permitir una fluctuación mayor de los niveles de LDLc.

27. **23. Varón de 84 años, independiente para actividades de la vida diaria, velocidad de marcha normal. PA en consulta: 158/65 mmHg. MAPA: Media sistólica 148 mmHg. Antecedente de enfermedad coronaria estable. ¿Cuál es el objetivo de PA sistólica en este paciente?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. 130-139 mmHg, monitorizando estrechamente que la PAD no baje de 60 mmHg.
- B. <150 mmHg para asegurar la perfusión cerebral.
- C. <130 mmHg si es bien tolerado, priorizando la reducción de riesgo de ACV.
- D. Suspender su tratamiento si la PAS es <140 mmHg para evitar síncope por hipersensibilidad barorrefleja.
- E. Basar el tratamiento exclusivamente en la reducción de la variabilidad de la PA, no en el promedio.

28. **24. Mujer de 68 años con DM2, IMC 35 kg/m<sup>2</sup>, eGFR 44 ml/min y UACR 320 mg/g. Presenta disnea en clase funcional II de la NYHA, NT-proBNP de 450 pg/ml y FEVI 52%. En tratamiento con Metformina y Ramipril. ¿Cuál es el paso terapéutico con mayor impacto en la reducción de hospitalizaciones por IC y progresión de ERC?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. Sustituir Ramipril por Sacubitrilo/Valsartán tras periodo de lavado de 36 horas.
- B. Añadir un arGLP-1 para control ponderal y nefroprotección.
- C. Iniciar un iSGLT2 (Empagliflozina o Dapagliflozina) de forma prioritaria.
- D. Añadir Finerenona 20 mg/día, vigilando el potasio sérico.
- E. Iniciar tratamiento con diuréticos de asa y restricción hidrosalina estricta.

29. **25. Varón 56 años, SCORE2 8% (moderado-alto), sin ASCVD, sin antecedentes familiares de ECV precoz. ¿Estaría indicado medir sus niveles de Lp(a)?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. No (riesgo alto definido).
- B. Sí (riesgo borderline tratamiento).
- C. Sólo si SCORE2 >10%.
- D. No en prevención primaria.
- E. Repetir SCORE2 primero.

30. **26. Mujer 75 años, frágil severa, IC, obesidad central, demencia. ¿Qué parámetro guía mejor la decisión terapéutica CV?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- A. SCORE2-OP 15%.
- B. Cifras PA en consulta.
- C. eGFR actual.
- D. Estado funcional (Barthel).
- E. HbA1c 7.1%.

31. **27. Mujer 69 años, ERC G3aA2, HTA, tabaquismo pasivo en su hogar. ¿Qué modifica más su estratificación del riesgo CV?** \* 1 punto

*Marca solo un óvalo.*

- Opción 1
- A. eGFR 58 ml/min.
- B. Tabaquismo pasivo persistente.
- C. Albuminuria 220 mg/g.
- D. PA 138/82 mmHg.
- E. Edad 69 años.

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

