



PROCESO SELECTIVO DE INGRESO, POR EL SISTEMA GENERAL DE ACCESO LIBRE, PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE TITULADO/A ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, TITULADO/A SANITARIO/A, Y TÉCNICO/A TITULADO/A SUPERIOR EN LA RED HOSPITALARIA DE LA DEFENSA

ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR EL EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES

1. Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen al equipo colaborador.
2. El examen se compone de 150 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas no tendrán valoración alguna y las preguntas contestadas erróneamente restarán un cuarto del valor asignado a la respuesta correcta. **La puntuación máxima posible, correspondiente a 150 aciertos, será de 50 puntos.** Para superar el ejercicio será necesario alcanzar la puntuación mínima de 25 puntos. Tiempo de realización de la prueba es de **180 min.**
3. Compruebe que el examen corresponde a la especialidad para la que se presenta.
4. El cuadernillo de preguntas y la hoja de respuestas se deben entregar al personal colaborador al finalizar el ejercicio. El cuadernillo de preguntas se devolverá al opositor que lo solicite al finalizar esta prueba.
5. Solo se valorará la hoja de respuestas. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida una nueva al equipo colaborador.
6. Rellene los Datos de filiación en la hoja de respuesta.
7. Prohibido el uso de calculadoras, teléfonos móviles y/o cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.
8. No se permitirá abandonar el examen hasta que hayan pasado 30 minutos desde su inicio, ni 10 minutos antes de su finalización.
9. Es obligatoria la firma en el listado de aspirantes, a la entrega de la hoja de respuesta.



PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

1. Respecto a las técnicas de Medicina Nuclear utilizadas en el diagnóstico de tumores neuroendocrinos (TNE), indique la respuesta INCORRECTA relacionada con la Gammagrafía SPECT-CT con ^{111}In -penteótrida:
 - A) El ^{111}In -penteótrida es un radiofármaco análogo de la somatostatina que se une a los receptores celulares SSR_2 .
 - B) La principal vía de eliminación del radiofármaco es renal, por lo que se observará captación fisiológica a dicho nivel.
 - C) En pacientes en tratamiento con octeótride no es necesario suspender dicho tratamiento previo a la realización de la prueba.
 - D) En los últimos años se han desarrollado nuevos radiofármacos, como el ^{68}Ga -SSA, que ha demostrado una mayor sensibilidad que el ^{111}In -penteótrida en la localización de TNE con expresión de receptores de somatostatina.

2. Indique la respuesta INCORRECTA en relación a las interferencias de laboratorio en la determinación de hormonas tiroideas:
 - A) El exceso de biotina puede sobreestimar los valores de T3 libre y T4 libre en ensayos competitivos de laboratorio.
 - B) El tratamiento con heparina puede producir niveles falsamente elevados de T4 libre.
 - C) En condiciones en las que se produce un aumento de las proteínas transportadoras de hormonas tiroideas, como en el tratamiento con estrógenos o en el embarazo, se pueden ver afectados los niveles de T4 y T3 totales.
 - D) La presencia de macro-TSH puede resultar en niveles falsamente disminuidos de TSH.

3. En relación con las técnicas diagnósticas y terapéuticas de Medicina Nuclear, señale la respuesta CORRECTA:
 - A) Para predecir una mejor respuesta a la terapia con péptidos receptores marcados con radionúclidos (PRRT), el tejido tumoral debe presentar una elevada captación en el PET con ^{18}F -fluorodesoxiglucosa (^{18}F -FDG).
 - B) En un paciente con tiroiditis subaguda, la captación en la gammagrafía tiroidea con $^{99\text{m}}\text{TcO}_4$ (pertechnetato) permanecerá abolida durante las fases de hipertiroidismo, normofunción e hipotiroidismo posterior.
 - C) En pacientes con feocromocitoma metastásico en progresión con captación en la Gammagrafía ^{123}I -MIBG (metayodobencilguanidina), la terapia con ^{131}I -MIBG es una posible opción de tratamiento.
 - D) En la preparación para el tratamiento con radionúclidos se administra una solución de aminoácidos para disminuir la radiación absorbida a nivel hepático y prevenir la hepatotoxicidad.

4. En relación con la patología hipofisaria, señale la respuesta INCORRECTA:
 - A) La silla turca vacía es más frecuente en mujeres y es una posible causa de hiperprolactinemia.
 - B) En un paciente con cefalea intensa y alteraciones visuales con sospecha de apoplejía hipofisaria, el déficit hormonal que debemos descartar y tratar con mayor urgencia es el tirotrópico.
 - C) Los adenomas secretores de TSH suelen ser con mayor frecuencia macroadenomas.



- D) En la Hemocromatosis hereditaria se puede producir lesión hipofisaria por depósito selectivo de hierro, fundamentalmente en las células gonadotropas, pudiendo revertir el hipogonadismo con flebotomías repetidas.
5. En relación con la hipofisitis como efecto adverso endocrinológico secundario a la inmunoterapia, señale la respuesta CORRECTA:
- A) El pembrolizumab es el fármaco que produce hipofisitis con mayor frecuencia.
 - B) La ausencia de alteraciones morfológicas hipofisarias en la RMN descarta el diagnóstico de hipofisitis.
 - C) La hipofisitis se produce con mayor frecuencia en varones.
 - D) El déficit aislado de ACTH se suele producir en las primeras semanas de tratamiento y en las pruebas de imagen la hipófisis presenta un aumento de tamaño.
6. En relación con los adenomas hipofisarios, señale la respuesta INCORRECTA:
- A) Los adenomas secretores de prolactina son los más frecuentes dentro de los adenomas funcionantes.
 - B) Los adenomas secretores de GH y de gonadotropinas suelen ser macroadenomas.
 - C) En un paciente en estudio por Síndrome de Cushing con sospecha de origen hipofisario, el hallazgo en la Resonancia Magnética de un microadenoma hipofisario confirma el diagnóstico, independientemente de su tamaño.
 - D) La clasificación de Knosp valora la invasión del seno cavernoso por parte de los tumores hipofisarios en base a cortes coronales de la Resonancia Magnética, siendo los más invasivos los grados 3 y 4.
7. Señale cuál de las siguientes respuestas es VERDADERA en relación con la patología hipofisaria:
- A) Las mutaciones inactivadoras del gen AIP son causantes de algunos casos de adenomas hipofisarios familiares aislados (FIPA), siendo los adenomas secretores de ACTH los más frecuentes.
 - B) En pacientes con acromegalia hipofisaria, la respuesta al tratamiento con análogos de somatostatina de primera generación es previsiblemente mejor en aquellos con tumores escasamente granulados y en pacientes jóvenes varones.
 - C) En situaciones como el hipotiroidismo primario o el embarazo se puede producir hiperplasia hipofisaria.
 - D) Todas las anteriores son verdaderas.
8. En un paciente intervenido quirúrgicamente por un adenoma productor de GH que presenta persistencia de enfermedad, con niveles de IGF 1 muy discretamente elevados (< 2 veces el límite superior de la normalidad), síntomas leves y sin claro resto tumoral en pruebas de imagen, señale cuál de las siguientes opciones de tratamiento consideraría MÁS adecuada inicialmente:
- A) Pasireótide
 - B) Cabergolina
 - C) Pegvisomant
 - D) Octreótide
9. En relación con el diagnóstico y tratamiento del déficit de GH, señale cuál de las siguientes opciones es VERDADERA:



- A) La dosis de inicio del tratamiento con GH recombinante suele ser más baja en niños y mujeres en edad fértil que en hombres.
- B) El test de hipoglucemia insulínica es de elección en el diagnóstico de pacientes con antecedentes de enfermedad cerebrovascular y epilepsia, dada la contraindicación del test de estímulo con glucagón en estos casos.
- C) Durante el tratamiento con GH en el adulto se recomienda mantener la IGF-1 en la mitad superior del rango de normalidad.
- D) Todas las anteriores son correctas.
10. En relación con el diagnóstico y tratamiento de la talla baja, señale la respuesta FALSA:
- A) Se debe descartar déficit de GH en niños con una talla inferior a <3 DE de la media en la población de referencia.
- B) Todos los pacientes en tratamiento con GH recombinante en la infancia tienen indicación de reevaluación del tratamiento tras alcanzar la talla final, independientemente de cuál fuera la indicación inicial del tratamiento.
- C) Entre las indicaciones de tratamiento con GH aprobadas en nuestro medio para talla baja en la infancia se encuentran el Síndrome de Turner y el crecimiento intrauterino retardado.
- D) En la evaluación de un niño con talla baja se debe descartar enfermedad celíaca.
11. En relación con la pubertad precoz central, señale la respuesta CORRECTA:
- A) La realización de resonancia magnética hipofisaria sólo está indicada en caso de asociar déficits hipofisarios, dado que hasta en el 95% de los niños se trata de una pubertad precoz central idiopática.
- B) En los niños, el primer signo de inicio puberal es el aumento del volumen testicular, que puede ser uni o bilateral.
- C) La pubertad precoz central es la forma más frecuente de pubertad precoz.
- D) Todas las anteriores son correctas.
12. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la hiperprolactinemia:
- A) La hiperprolactinemia es común en pacientes con enfermedad renal crónica y puede ser causa de hipogonadismo y disfunción sexual en estos pacientes.
- B) Los fármacos son la causa más frecuente de hiperprolactinemia no fisiológica.
- C) Ante un paciente con hiperprolactinemia moderada y sintomatología florida, la primera sospecha diagnóstica debe ser la presencia de macroprolactinemia.
- D) La cirrosis hepática y fármacos como la levosulpirida son causas de elevación de prolactina.
13. En relación con los adenomas secretores de prolactina (PRL), señale la respuesta CORRECTA:
- A) En pacientes con microprolactinoma, el riesgo de crecimiento tumoral durante el embarazo se estima entre un 15-25%.
- B) La cirugía es el tratamiento de primera elección en pacientes con prolactinomas > 4 cm y con invasión del seno cavernoso.
- C) Los microprolactinomas son más frecuentes en varones.
- D) Ante un macroadenoma con valores levemente elevados de PRL, debemos descartar que se trate de un efecto gancho o efecto "Hook".
14. En relación a la diabetes insípida (DI), señale la opción INCORRECTA:



- A) Las formas congénitas representan en torno a un 10% de los casos y son fundamentalmente secundarias a defectos del receptor V2.
- B) Durante la gestación se produce un aumento de la actividad de la vasopresinasa placentaria, lo que puede producir diabetes insípida gestacional.
- C) Enfermedades inflamatorias/infiltrativas como la sarcoidosis, la tuberculosis o la histiocitosis de células de Langerhans pueden producir diabetes insípida.
- D) En la polidipsia primaria, durante el test de la sed la osmolaridad urinaria se mantiene por debajo de 300 mOsm/kg y se eleva significativamente tras la administración de desmopresina.
15. Señale cuál de los siguientes NO es criterio diagnóstico del Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH (SIADH):
- A) Euvolemia clínica.
- B) Excreción urinaria de sodio > 40 mmol/L, con una ingesta normal de sal.
- C) Osmolaridad plasmática > 275 mOsm/Kg.
- D) Ausencia de uso de diuréticos, hipocortisolismo, hipotiroidismo y otras causas fisiológicas de elevación de ADH (náuseas/vómitos, dolor).
16. En relación al tratamiento de la hiponatremia por SIADH, señale la respuesta CORRECTA:
- A) El tratamiento de elección de la hiponatremia moderada es la administración de solución salina hipertónica al 3%, especialmente en casos de hiponatremia crónica.
- B) Cuando se inicia tratamiento con Tolvaptán se debe mantener la restricción hídrica hasta alcanzar la eunatremia.
- C) La malnutrición y la hipopotasemia son factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de desmielinización osmótica.
- D) La capacidad renal para excretar agua libre puede estimarse a través de la fórmula de Furst, y un resultado > 1 predecirá una adecuada respuesta a restricción hídrica menor de 1 litro/día.
17. Señale cuál de las siguientes NO es causa de Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH (SIADH):
- A) Traumatismo craneoencefálico.
- B) Tratamiento con Litio.
- C) Neumotórax.
- D) Tratamiento con antidepresivos tricíclicos.
18. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la fisiología tiroidea en la gestación:
- A) Durante la gestación se produce un aumento de la excreción renal de Iodo.
- B) Cuando sea posible, deben definirse rangos de referencia para la TSH específicos para cada trimestre y adaptados a la población de cada área.
- C) Durante la gestación se produce un aumento de la T4 libre y de la T3 libre por disminución de la TBG (*Thyroxine-binding globulin*).
- D) El aumento de volumen de la glándula tiroidea será mayor en pacientes con aporte insuficiente de Iodo.
19. Varón de 64 años con antecedente de disfunción ventricular severa y fibrilación auricular, en tratamiento con amiodarona. Derivado por Cardiología por presentar en la analítica una TSH suprimida con T4L elevada. Señale la respuesta CORRECTA en relación con su diagnóstico/tratamiento:
- A) En este caso estaría indicado siempre suspender la amiodarona para favorecer la resolución del hipertiroidismo a corto plazo.



- B) El perclorato potásico puede ser un tratamiento útil en combinación con los corticoides en el tratamiento del hipertiroidismo por amiodarona tipo 2.
- C) El aumento de la vascularización en el estudio Doppler es más característico del hipertiroidismo por amiodarona tipo 1.
- D) Se debe esperar a los resultados de la gammagrafía tiroidea antes de iniciar el tratamiento.
20. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la patología tiroidea:
- A) La causa más frecuente de hipotiroidismo congénito es la disgenesia tiroidea.
- B) La enfermedad tiroidea autoinmune es la principal causa de hipotiroidismo no yatrógeno en países yodo suficientes.
- C) El tratamiento con IFN α puede causar hipotiroidismo, pero no hipertiroidismo.
- D) Enfermedades infiltrantes, como la amiloidosis o la hemocromatosis, pueden ser causa de hipotiroidismo.
21. Cuál de las siguientes NO se considera una posible causa de hipotiroidismo:
- A) Tratamiento con litio.
- B) Administración de exceso de yodo.
- C) Tabaquismo.
- D) Tratamiento con Sunitinib.
22. Mujer de 32 años remitida por bultoma cervical que condiciona sintomatología compresiva. En la ecografía cervical se objetiva un nódulo quístico de 4.3x3x3.2 cm (APxTxL) en lóbulo tiroideo izquierdo, con normofunción tiroidea en analítica. Señale la respuesta FALSA:
- A) Dada la sintomatología compresiva y el tamaño del nódulo, una de las opciones terapéuticas posibles sería la cirugía.
- B) En caso de recurrencia tras una punción evacuadora, se podría plantear la inyección percutánea de etanol.
- C) Dadas las características del nódulo, el tratamiento con ablación térmica percutánea por radiofrecuencia es una opción eficaz en la reducción del tamaño del nódulo.
- D) Entre las posibles complicaciones de la ablación mediante inyección percutánea de etanol guiada por ecografía se encuentran la parálisis cordal y la necrosis local.
23. Varón de 56 años que presenta un nódulo sólido en el lóbulo tiroideo derecho de 2.5 cm de diámetro mayor, con nódulos espongiiformes infracentimétricos en ambos lóbulos tiroideos. Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada con ecografía del nódulo dominante, con resultado Bethesda III. Señale la opción VERDADERA:
- A) Estaría indicado repetir la PAAF guiada con ecografía.
- B) En caso de decidir intervención quirúrgica, habría que realizar eco-PAAF del resto de nódulos para decidir la técnica (hemitiroidectomía vs tiroidectomía total).
- C) En función de la sospecha ecográfica, se podría plantear cirugía.
- D) A y C son correctas.
24. Paciente con carcinoma papilar de tiroides intervenido con tiroidectomía total y vaciamiento laterocervical izquierdo, pT2N1M0, con afectación metastásica en 5/16 ganglios, todos ellos con extensión extraganglionar, siendo el mayor de 3,5 cm. 2 años tras el tratamiento adyuvante con radiolodo, se objetivan unos niveles de Tiroglobulina ultrasensible <0,1 ng/ml con anticuerpos



antitiroglobulina positivos, estables, sin evidencia de enfermedad estructural en pruebas de imagen. En relación al riesgo inicial de recidiva y la clasificación dinámica de riesgo (ATA 2015), señale la respuesta CORRECTA:

- A) Presenta un riesgo inicial de recidiva alto, con respuesta bioquímica incompleta.
 - B) Presenta un riesgo inicial de recidiva intermedio, con respuesta indeterminada.
 - C) Presenta un riesgo inicial de recidiva alto, con respuesta indeterminada.
 - D) Presenta un riesgo inicial de recidiva alto, con respuesta excelente.
25. Señale la respuesta CORRECTA en relación con el carcinoma medular de tiroides (CMT):
- A) En el 60% de los casos se tratan de formas familiares, siendo el CMT esporádico menos frecuente.
 - B) La localización más frecuente es en la parte inferior de ambos lóbulos tiroideos, región donde se encuentran las células parafoliculares de las que deriva.
 - C) En pacientes con niveles de Calcitonina prequirúrgicos > 200 pg/ml se recomienda realizar tiroidectomía total con vaciamiento de los compartimentos central y laterocervical bilateral.
 - D) Tras la cirugía, se deben determinar los niveles de calcitonina y CEA 2 semanas tras la misma.
26. Señale la respuesta CORRECTA en relación con el hipertiroidismo:
- A) La tirotoxicosis por enfermedad de Graves Basedow es la causa más frecuente de hipertiroidismo primario en Europa.
 - B) La dermatopatía tiroidea es un síntoma específico del hipertiroidismo por bocio multinodular tóxico.
 - C) El tratamiento en pacientes con estruma ovárico es la extirpación quirúrgica para curar el hipertiroidismo y eliminar el riesgo de cáncer tiroideo asociado.
 - D) A y C son correctas.
27. Señale la respuesta CORRECTA en relación con la tiroiditis:
- A) La tiroiditis, tanto subaguda como silente, es más frecuente en hombres, con una relación 10:1.
 - B) La tiroiditis de Riedel se caracteriza por la fibrosis de la glándula tiroidea, sin extensión de la fibrosis a los tejidos adyacentes.
 - C) En la tiroiditis subaguda (granulomatosa o de De Quervain) el dolor cervical está presente en un 20% de los pacientes.
 - D) En general los pacientes con tiroiditis silente tienen títulos altos de Ac anti-TPO y anti-Tg, o una amplia historia familiar de enfermedad tiroidea autoinmune.
28. Señale la respuesta CORRECTA en relación con el diagnóstico del hiperparatiroidismo primario (HPP):
- A) Un cociente entre aclaramiento de calcio/aclaramiento de creatinina > 0.01 mmol/L es sugerente de Hipercalcemia hipocalciúrica familiar.
 - B) Para confirmar el diagnóstico de HPP, es necesario realizar pruebas de imagen de localización.
 - C) Hasta el 22% de pacientes tienen litiasis asintomáticas, por lo que se aconseja siempre valorar con un método de imagen, preferentemente ecografía.
 - D) La presencia de hipercalciuria > 200 mg/día en hombres se considera un criterio quirúrgico.
29. En relación con el hipoparatiroidismo, señale la respuesta FALSA:
- A) Un objetivo del tratamiento del hipoparatiroidismo crónico es mantener el producto calcio/fósforo por debajo de 55 mg²/dl².
 - B) El hipoparatiroidismo puede estar asociado a síndromes como el Síndrome de Di George.



- C) En pacientes en tratamiento con calcitriol y calcio oral, no es necesario suplementar el déficit de 25OH vitamina D.
- D) La causa más frecuente de hipoparatiroidismo es el hipoparatiroidismo postquirúrgico.
30. Señale la respuesta FALSA en relación con la hipercalcemia:
- A) La causa más frecuente de hipercalcemia en pacientes hospitalizados es la hipercalcemia maligna.
- B) El tratamiento con litio puede ser causa de hipercalcemia.
- C) Ante un paciente con hipercalcemia y PTHi suprimida se debe descartar la causa tumoral.
- D) La hipercalcemia leve de instauración lenta se asocia frecuentemente con sintomatología neurológica.
31. Señale cuál de las siguientes NO se considera causa de hipocalcemia por hipoparatiroidismo:
- A) Infección por VIH.
- B) Hemocromatosis.
- C) Tratamiento con tiazidas.
- D) Hipomagnesemia.
32. Señale la respuesta FALSA en relación con la osteoporosis:
- A) La causa más frecuente de osteoporosis secundaria es el tratamiento con corticoides.
- B) La Diabetes Mellitus y el tabaquismo son factores de riesgo de fractura osteoporótica.
- C) Las fracturas atípicas de fémur son un posible efecto secundario del tratamiento con raloxifeno.
- D) El tratamiento con Teriparatide se administra por vía subcutánea, diaria, con una duración de 24 meses.
33. Señale la respuesta CORRECTA en relación con el feocromocitoma/paraganglioma:
- A) La adrenalectomía laparoscópica es de elección para la resección de feocromocitomas < 6 cm y sin evidencia de infiltración de estructuras vecinas.
- B) La adrenalectomía parcial con preservación de la corteza adrenal se podría plantear en casos seleccionados, especialmente en pacientes con feocromocitoma esporádico unilateral.
- C) En la preparación prequirúrgica se recomienda iniciar el tratamiento con alfa-bloqueantes y beta-bloqueantes de forma concomitante, asociando expansión de volumen tras 48 h de su inicio.
- D) Todas las anteriores son correctas.
34. En relación con el diagnóstico del feocromocitoma/paraganglioma, señale la respuesta CORRECTA:
- A) Los tumores productores de noradrenalina suelen cursar con hipotensión arterial.
- B) Menos de un 10% de estos tumores presentan mutaciones germinales.
- C) Un score < 4 en la escala PASS (*Pheochromocytoma of the Adrenal gland Scaled Score*) predice el comportamiento benigno de la lesión.
- D) La Cromogranina A es un marcador con una elevada especificidad para feocromocitoma y, por tanto, muy útil en el diagnóstico.
35. Indique cuál de las siguientes NO es una indicación de screening de hiperaldosteronismo primario:
- A) Hipertensión arterial severa (> 160/100 mm Hg).
- B) Paciente con incidentaloma adrenal, independientemente de los niveles de tensión arterial.
- C) Hipertensión arterial e hipopotasemia, con o sin tratamiento diurético.
- D) Todas las anteriores son indicaciones de screening de hiperaldosteronismo primario.
36. Varón de 28 años estudiado por hipertensión arterial con hipopotasemia espontánea. Se confirma el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario, con evidencia en TAC de nódulo adrenal derecho de 2.5 cm y glándula adrenal contralateral normal. Señale la opción FALSA:



- A) La presencia de alcalosis metabólica apoyaría el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario.
B) La gammagrafía con yodo-colesterol es útil para detectar lesiones menores de 1 cm.
C) En este caso se podría plantear la adrenalectomía derecha sin necesidad de cateterismo de venas adrenales previo.
D) Tras la adrenalectomía, la hipopotasemia se corrige en la mayoría de casos.
37. Indique la respuesta CORRECTA en relación con la insuficiencia suprarrenal primaria:
- A) La hipopotasemia y la hipertensión son posibles signos de sobredosificación de fludrocortisona.
B) El objetivo del tratamiento con glucocorticoides es la normalización de los niveles basales de ACTH.
C) El tratamiento con ciertos fármacos, como antiepilépticos o tuberculostáticos, puede interferir en el metabolismo de la hidrocortisona, requiriendo ajuste de esta última.
D) A y C son correctas.
38. En un paciente con insuficiencia adrenal primaria (IAP), señale la respuesta CORRECTA:
- A) Hasta un 30% de los pacientes con IAP autoinmune asocian otras patologías autoinmunes, siendo la más frecuente el vitíligo.
B) En pacientes en tratamiento con estrógenos orales se produce un aumento de la CBG (*cortisol binding globulin*), pudiendo resultar en niveles de cortisol basal falsamente disminuidos.
C) Los valores de actividad de renina plasmática son una medición útil para guiar el tratamiento sustitutivo con mineralocorticoides.
D) La adrenalitis autoinmune es la 2ª causa más frecuente de IAP, siendo la 1ª la infección tuberculosa.
39. En relación con el Síndrome de Cushing (SC), señale la respuesta CORRECTA:
- A) La Enfermedad de Cushing es la causa más frecuente de SC endógeno, siendo macroadenomas hasta en un 90% de los casos.
B) El SC exógeno por tratamiento prolongado con glucocorticoides es la causa más frecuente de SC.
C) Las mutaciones activadoras en USP8 pueden ser causa de adenomas corticotropos.
D) B y C son correctas.
40. Señale la respuesta FALSA en relación con el Síndrome de Cushing (SC):
- A) Hasta en un 50% de casos de hiperplasia suprarrenal macronodular bilateral se han descrito mutaciones en línea germinal del gen *ARMC5* (*armadillo repeat containing 5*).
B) En el SC ectópico asociado a carcinoma microcítico de pulmón de alta agresividad son más frecuentes los cambios fenotípicos como la obesidad troncular, no estando generalmente presentes las alteraciones iónicas, la hipertensión ni los edemas.
C) El etomidato tiene indicación en situaciones de riesgo vital en las que el control de los niveles de cortisol es urgente.
D) El osilodrostat inhibe la 11β-hidroxilasa y también la aldosterona sintasa, evitando la elevación de la tensión arterial y la hipopotasemia.
41. Señale la respuesta CORRECTA en relación con el manejo del incidentaloma adrenal:
- A) Ante un paciente con incidentaloma adrenal unilateral, secreción autónoma de cortisol leve y comorbilidades asociadas, se debe intervenir quirúrgicamente en todos los casos.
B) El TAC con contraste es la prueba de imagen de elección en la valoración inicial.
C) La biopsia adrenal se podría plantear en casos con malignidad extraadrenal en los que la masa no tenga claros criterios de benignidad, no sea funcionante y el diagnóstico histológico vaya a condicionar el manejo del paciente.



- D) Ante una masa homogénea de 3.8 cm, no funcionante y con densidad entre 11-20 Unidades Hounsfield, se recomienda realizar una prueba de imagen de control en 24 meses.
42. Señale la respuesta FALSA en relación con el hiperandrogenismo:
- A) La causa más frecuente de hirsutismo es el Síndrome de ovario poliquístico (SOP).
 - B) Ante una paciente de 39 años con hirsutismo grave de unos 3-4 meses de evolución, debemos sospechar un déficit de la 21-hidroxilasa.
 - C) El déficit de 21-hidroxilasa representa el 90% de los casos de hiperplasia suprarrenal congénita.
 - D) La ausencia de morfología de ovario poliquístico en la ecografía no excluye el diagnóstico de SOP por los criterios de Rotterdam.
43. Señale la respuesta CORRECTA en relación con el hiperandrogenismo en la mujer postmenopáusica:
- A) La determinación analítica inicial más importante es la DHEA-S, cuya elevación marcada puede indicar una hipertecosis ovárica.
 - B) Hasta un 90% de los carcinomas adrenales funcionantes son secretores de andrógenos.
 - C) La hipertecosis ovárica causa un cuadro de hiperandrogenismo de progresión muy rápida.
 - D) Todas las anteriores son falsas.
44. Señale la respuesta CORRECTA en relación con el carcinoma suprarrenal:
- A) La prevalencia de carcinoma suprarrenal en pacientes con incidentaloma se estima en un 10-15%.
 - B) El mitotano tiene actividad citotóxica sobre la médula suprarrenal, por lo que puede causar insuficiencia suprarrenal.
 - C) El mitotano aumenta los niveles en plasma de la globulina transportadora del cortisol (CBG).
 - D) En casi todos los casos existe actividad hormonal, pero los tumores pueden parecer clínicamente inactivos debido a la baja eficiencia de la esteroidogénesis intratumoral o a la secreción exclusiva de precursores.
45. Señale la respuesta FALSA en relación a la ginecomastia:
- A) Algunos fármacos, como el ketoconazol o la espironolactona, pueden causar ginecomastia.
 - B) Puede ser fisiológica en tres picos de edad: infancia, pubertad y a partir de los 50 años.
 - C) En la fase inicial, en que el paciente suele presentar molestias o dolor, el tratamiento médico es menos eficaz que en la fase de fibrosis.
 - D) Ante un paciente con ginecomastia debemos descartar hipertiroidismo como posible causa de la misma.
46. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el hipogonadismo primario en el varón:
- A) La causa congénita más frecuente de hipogonadismo primario en varones es el Síndrome de Klinefelter.
 - B) El Síndrome de Kallmann asocia hipogonadismo primario con hiposmia/anosmia.
 - C) Los pacientes con Síndrome de Klinefelter tienen un mayor riesgo de enfermedad trombotica.
 - D) La afectación de la espermatogénesis en el hipogonadismo primario masculino es prácticamente constante, sea de causa congénita o adquirida, por lo que se recomienda realizar seminograma.
47. En relación con el tratamiento del hipogonadismo masculino, señale la respuesta CORRECTA:
- A) El tratamiento con testosterona estimula la espermatogénesis y permite restaurar la fertilidad del paciente hasta en un 80% de los casos.
 - B) Se debe suspender el tratamiento con testosterona en caso de presentar un nivel de hematocrito > 50%.
 - C) En pacientes con poliglobulia secundaria al tratamiento con testosterona se puede plantear la realización de flebotomías terapéuticas.



- D) Con la aplicación de geles de testosterona se obtienen niveles menos estables en sangre (picos y valles) que con la administración de ésteres de testosterona intramusculares.
48. Indique cuál de las siguientes NO produce una elevación de los niveles sanguíneos de la SHBG (*sexual hormone binding globuline*):
- A) Tratamiento con estrógenos.
 - B) Hipotiroidismo.
 - C) Fármacos antiepilépticos.
 - D) Cirrosis hepática.
49. En relación al hipogonadismo primario femenino, señale la respuesta FALSA:
- A) La causa más frecuente de hipogonadismo primario femenino es el síndrome de Turner.
 - B) Las pacientes con síndrome de Turner tienen mayor riesgo de padecer cardiopatía isquémica en relación con la población general.
 - C) En ausencia de útero, en la edad adulta el tratamiento sustitutivo con estrógenos debe asociarse con progestágenos.
 - D) En el hipogonadismo por mutaciones inactivadoras en los receptores de las gonadotropinas la herencia es autosómica recesiva.
50. Indique la respuesta CORRECTA en relación con la infertilidad de origen endocrinológico:
- A) Las alteraciones endocrinológicas son responsables de menos del 20% de los casos de infertilidad masculina.
 - B) Entre las causas de anovulación crónica se encuentran el equilibrio energético negativo y la amenorrea psicogénica hipotalámica.
 - C) El principal efecto secundario del tratamiento con gonadotropinas en varones es la ginecomastia, debido a la estimulación por la hCG de la enzima aromatasas, con un incremento en la producción de estradiol.
 - D) Todas las anteriores son correctas.
51. En relación con la terapia hormonal de afirmación de género en hombres transgénero, señale la respuesta FALSA:
- A) En ocasiones puede aparecer sangrado vaginal por infradosificación de testosterona, con reactivación del eje gonadal.
 - B) Para monitorizar el tratamiento con undecanoato de testosterona hay que realizar la medición en los primeros 7 días tras la administración.
 - C) La monitorización se hará mediante la determinación de niveles de testosterona total, siendo también de utilidad los niveles de estradiol.
 - D) Entre los riesgos asociados al tratamiento masculinizante se encuentran el descenso de HDL-c, la hipertensión arterial y el SAOS.
52. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la terapia hormonal de afirmación de género en mujeres transgénero:
- A) Generalmente consiste en la administración de estrógenos y antiandrógenos.
 - B) El etinilestradiol es de elección por ser el estrógeno con menor riesgo trombótico.
 - C) Los antiandrógenos pueden no ser necesarios en mujeres transgénero con escasa pilosidad facial y corporal y se discontinuarán en caso de cirugía de afirmación de género u orquiectomía.
 - D) La administración de estrógenos por vía transdérmica es menos protrombótica al evitar el paso hepático.



53. Señale cuál de las siguientes patologías NO forma parte del diagnóstico del Síndrome poliglandular autoinmune tipo 1:
- A) Enfermedad de Addison.
 - B) Diabetes Mellitus tipo 1.
 - C) Candidiasis mucocutánea.
 - D) Hipoparatiroidismo.
54. Señale la respuesta CORRECTA en relación con el Síndrome poliglandular autoinmune (SPA) tipo 2:
- A) Se asocia a mutaciones en el gen AIRE.
 - B) Es menos frecuente que el SPA tipo 1.
 - C) Afecta predominantemente a mujeres.
 - D) Es más frecuente en la infancia que en la edad adulta.
55. En un paciente con Síndrome de MEN 1, señale la respuesta INCORRECTA en relación con el hiperparatiroidismo primario (HPP) asociado este síndrome:
- A) Aparece a una edad más temprana que el HPP esporádico.
 - B) Es la manifestación más frecuente del MEN 1 y su penetrancia es prácticamente del 100% a los 40-50 años.
 - C) La hipercalcemia es más severa que en el HPP esporádico.
 - D) La frecuencia es similar en ambos sexos.
56. Señale la respuesta FALSA en relación con el Síndrome de MEN 1:
- A) Entre las indicaciones del estudio genético se encuentra un caso índice con dos o más tumores endocrinos clásicamente asociados a MEN1.
 - B) El TNE duodenopancreático más frecuente es el insulinoma.
 - C) Las pacientes con MEN1 tienen mayor riesgo que la población general de padecer cáncer de mama.
 - D) La patología hipofisaria más frecuente es el prolactinoma.
57. Señale la respuesta CORRECTA en relación con los Síndromes de MEN 2A y 2B:
- A) En el Síndrome de MEN 2B la primera manifestación suele ser el hiperparatiroidismo primario.
 - B) Entre los rasgos fenotípicos característicos del MEN 2A se encuentran los neuromas mucosos, la ganglioneuromatosis intestinal y el hábito marfanoide.
 - C) El 95% de los pacientes con MEN2B presentan la mutación M918T del protooncogén RET.
 - D) En el MEN2B el carcinoma medular de tiroides ocurre en la 4ª-5ª décadas de la vida.
58. Señale la respuesta CORRECTA en relación con los distintos tipos de Síndrome de Neoplasia Endocrina Múltiple (Sd MEN).
- A) El Sd de MEN4 es debido a mutaciones en el gen CDKN1B.
 - B) El cribado genético está indicado en todos los pacientes con carcinoma medular de tiroides, independientemente de la edad o de la presencia/ausencia de antecedentes familiares.
 - C) Las mutaciones en RET se estratifican en 3 niveles de riesgo en base a la correlación genotipo-fenotipo.
 - D) Todas las anteriores son correctas.
59. Mujer de 54 años con hipoglucemias de repetición. Se realiza test de ayuno, con diagnóstico bioquímico de hiperinsulinismo endógeno. Ante la sospecha clínica de insulinoma, se realiza TAC de abdomen, RMN y gammagrafía con análogos de somatostatina marcados, sin evidencia de lesiones. Señale la respuesta CORRECTA en relación al manejo de la paciente:
- A) Se debe realizar una ecografía abdominal por su mayor especificidad.



- B) Solicitaremos una ecoendoscopia dada su elevada sensibilidad en la detección de TNE pancreáticos, permitiendo además toma de muestra para estudio histológico.
- C) En ausencia de tumor localizado, iniciaremos tratamiento médico y realizaremos TAC de control en 6 meses.
- D) Indicaremos la necesidad de cirugía con ecografía intraoperatoria para tratar de localizar el tumor.
60. Señale la respuesta CORRECTA en relación con el diagnóstico diferencial de la hipoglucemia en el paciente sin diabetes:
- A) Ante un paciente que presenta en el test de ayuno unos niveles elevados de insulina y péptido C coincidiendo con glucemia $< 45\text{mg/dl}$, debemos sospechar administración exógena de insulina.
- B) Una elevación de glucosa $> 25\text{ mg/dl}$ tras administración de 1 mg de glucagón al finalizar el ayuno descarta la presencia de hiperinsulinismo.
- C) Los niveles de β -hidroxibutirato elevados ($> 2,7\text{ mmol/L}$) al final del ayuno apoyan el diagnóstico de hiperinsulinismo.
- D) Todas las anteriores son falsas.
61. Señale cuál de las siguientes sustancias puede interferir con la determinación de ácido 5-hidroxiindolacético en orina, ocasionando FALSOS POSITIVOS en el resultado:
- A) Efedrina.
- B) Cafeína.
- C) Piña.
- D) Todos los anteriores pueden ser causa de falsos positivos.
62. Ante un paciente con un Tumor Neuroendocrino (TNE) pancreático secretor de glucagón, señale cuál de los siguientes NO es un síntoma específico derivado de la producción hormonal:
- A) Estreñimiento.
- B) Trombosis venosa profunda.
- C) Diabetes Mellitus.
- D) Eritema necrótico migratorio.
63. En relación con la clasificación de los TNE pancreáticos, señale la respuesta CORRECTA:
- A) Un tumor bien diferenciado con un Ki67 $< 3\%$ corresponde a un Grado 2.
- B) El carcinoma neuroendocrino pancreático se clasifica dentro de los TNE pobremente diferenciados, presentando un Ki67 $> 20\%$.
- C) Un tumor bien diferenciado con un Ki67 entre $3\text{-}20\%$ corresponde a un Grado 3.
- D) Todas las anteriores son falsas.
64. Señale la respuesta FALSA en relación con el Síndrome carcinoide (SC):
- A) Se debe a la producción tumoral de serotonina, que se almacena en los hematíes.
- B) El SC clásico es más frecuente en los TNEGEP de intestino delgado (20%), junto con las formas sistémicas de enfermedad.
- C) En el diagnóstico diferencial del *flushing* se deben descartar otras posibles causas como la mastocitosis, el feocromocitoma y la toma de vasodilatadores, entre otras.
- D) Los síntomas más frecuentes son la rubefacción y la diarrea secretora.
65. Señale la respuesta FALSA en relación con los TNE gastroenteropancreáticos:
- A) Los TNE gástricos tipo 1 se asocian a gastritis crónica atrófica autoinmune (tipo A) y tienen un pronóstico excelente.
- B) En TNE bien diferenciados G2 la quimioterapia es un tratamiento muy efectivo.



- C) La hipergastrinemia pueden producir falsos positivos en la determinación de Cromogranina A.
D) El tratamiento con telotristat está indicado para el tratamiento de la diarrea.
66. Como método de elección para la exploración y diagnóstico de una posible disfagia orofaríngea, se usa el método de volumen-viscosidad (MECV-V o V-VST), señale la respuesta CORRECTA:
A) Se usan bolos de 5, 10 y 20 ml con viscosidad néctar, líquido y pudding.
B) Entre los signos de seguridad que se evalúan están: tos, voz húmeda, desaturación de oxígeno y disfonía.
C) Entre los signos de eficacia que se evalúan están: sello labial, residuos orales, carraspeo y deglución fraccionada.
D) Todas son correctas.
67. Señale la respuesta CORRECTA en relación con las fórmulas oligomonómicas de nutrición enteral:
A) Los hidratos de carbono que llevan suelen estar en forma de dextrinomaltosa, aunque también se usan oligosacáridos de glucosa y disacáridos como fructosa y maltosa.
B) La osmolalidad de este grupo de fórmulas es habitualmente menor que la de las fórmulas poliméricas.
C) Los lípidos constituyen habitualmente la principal fuente calórica, con porcentajes superiores al 40% VCT y se utilizan ácidos grasos libres para disminuir la Osmolaridad.
D) Todas las anteriores son ciertas.
68. Un paciente de 40 años diagnosticado de síndrome de intestino corto posquirúrgico en tratamiento con nutrición parenteral desde 2011, portador de catéter venoso central tunelizado tipo Hickman colocado en vena yugular interna derecha desde 2022, ingresa en nuestra unidad por una sepsis por catéter. En los cultivos realizados crece *Staphylococcus aureus*. ¿Cuál es la actitud MAS CORRECTA?
A) Retirada del catéter.
B) Si los signos externos de la infección se controlan en las primeras 48-72 horas con el tratamiento antibiótico sistémico se puede plantear el sellado con antibióticos en función del resultado del antibiograma.
C) Tratamiento con soluciones antisépticas como etanol o taurolidina.
D) Todas las alternativas anteriores son correctas.
69. Respecto al síndrome de realimentación, señale la respuesta CORRECTA:
A) Es una afectación metabólica, reversible y sin riesgo vital para el paciente, que aparece después de la reanudación de la nutrición en pacientes desnutridos y catabólicos.
B) Se caracteriza por cambios en los electrolitos, existiendo de manera característica hipofostatemia, hipopotasemia e hipomagnesemia.
C) Los pacientes de alto riesgo deben ser tratados con alto aporte energético, reposición (sustitución/suplementación) de electrolitos y vitaminas.
D) No es necesaria la monitorización de los niveles electrolíticos de manera periódica, siendo suficiente al inicio y posteriormente a los 5 y 7 días.
70. Con respecto a las herramientas de cribado nutricional:
A) El cribado de Riesgo Nutricional (NRS-2002) está destinado al ámbito hospitalario.
B) La Herramienta Universal de Cribado de la Desnutrición *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) se utiliza principalmente en el ámbito hospitalario.



- C) La Minievaluación Nutricional (*Mini-Nutritional Assessment- MNA*) se utiliza principalmente para población infantil y juvenil.
- D) El Control Nutricional (CONUT) es un cuestionario validado.
71. Señale la respuesta CORRECTA respecto a las complicaciones de la nutrición parenteral:
- A) El neumotórax es una de las complicaciones más habituales en relación con la inserción del catéter, aunque la mayoría de las veces puede manejarse con una actitud conservadora.
- B) La embolia gaseosa debe tratarse con anticoagulación, oxigenoterapia y soporte ventilatorio.
- C) La colonización del catéter se define como un cultivo semicuantitativo con más de 15 UFC, o más de 10^3 en cultivo cuantitativo de un segmento proximal o distal del catéter, acompañado de síntomas clínicos.
- D) No es criterio de retirada del catéter la persistencia de fiebre y/o bacteriemia 48 horas después del iniciado el tratamiento antibiótico.
72. Señale la respuesta CORRECTA con relación a la nutrición enteral en el medio hospitalario:
- A) El acceso mediante ostomía es el más sencillo y el más utilizado en el medio hospitalario.
- B) La perfusión en estómago está indicada en aquellos casos en los que exista un riesgo de broncoaspiración por mal vaciado gástrico.
- C) El intestino delgado, debido a su capacidad de distensión muy limitada, no tolera el aporte de volúmenes elevados en periodos cortos de tiempo, por lo que la administración de la nutrición a ese nivel debe hacerse siempre de modo continuo, no aconsejándose el modo intermitente.
- D) El caso de que los fármacos se puedan triturar y no precisen administrarse en ayunas, se pueden añadir a la fórmula enteral.
73. En relación a la sarcopenia, señale la respuesta FALSA:
- A) La prevalencia de la sarcopenia no está bien definida debido a que aún no existe un consenso universal sobre su definición.
- B) El aumento de la secreción de hormonas catabólicas con la edad es un factor establecido para el desarrollo de sarcopenia.
- C) La relación entre la disminución de estradiol y el músculo en mujeres postmenopáusicas no está tan bien establecida y el factor determinante de sarcopenia en mujeres postmenopáusicas es la inactividad física.
- D) Las citoquinas proinflamatorias como la IL-6 y el TNF-alfa, juegan un papel importante en la fisiopatología de la sarcopenia.
74. El concepto nuevo introducido para diagnosticar la sarcopenia en el EWGSOP (*European Working Group on Sarcopenia in Older People*) de 2018 respecto al EWGSOP de 2010 ha sido:
- A) Baja masa muscular más menor fuerza muscular o menor rendimiento físico.
- B) Baja masa muscular más menor fuerza muscular y menor calidad del músculo.
- C) Baja fuerza muscular más baja cantidad y calidad del músculo.
- D) Ninguno de los anteriores define el diagnóstico de sarcopenia según el EWGSOP de 2018.
75. Señale la respuesta FALSA respecto a la clasificación de Edmonton para la obesidad:
- A) Existen 5 estadios para clasificar la obesidad valorando factores cardiometabólicos y factores mecánicos y/o funcionales.
- B) El estadio 4 se caracteriza por la presencia de enfermedades cardiovasculares establecidas (IAM, ACV).



- C) En el estadio 2 existen comorbilidades relacionadas con la obesidad que requieren intervención médica (apnea del sueño, OPQ, osteoartritis).
- D) Un IMC de 52 acompañado de factores de riesgo subclínicos (tensión arterial límite, discreta elevación de enzimas hepáticas) se clasifica como estadio 1.
76. El receptor de la insulina tiene una vida media de:
- A) 1-2 horas
 - B) 3-4 horas
 - C) 7-12 horas
 - D) 15-20 horas
77. En la diabetes mellitus tipo 2 solo de los siguientes enunciados es CIERTO:
- A) Aumenta la neoglucogénesis hepática.
 - B) Disminuye a movilización de los ácidos grasos libres.
 - C) Aumenta la utilización de la glucosa por el músculo.
 - D) Disminuye la oxidación de los ácidos grasos libres por el músculo.
78. Si un paciente con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con enalapril, ácido acetilsalicílico (AAS), metformina y atorvastatina acude a su consulta aportando una analítica con una cifra de potasio de 6 mEq/l, siendo la previa de 3 meses antes de 4.5 mEq/l, ¿Qué actitud de las siguientes considera prioritaria?
- A) Aumentar la dosis de metformina.
 - B) Retirar el enalapril.
 - C) Retirar el AAS.
 - D) Añadir una ARA2 (por ejemplo losartán) al tratamiento.
79. Señale la respuesta FALSA referente a los algoritmos para el cálculo del cociente y factor de sensibilidad, tanto en el tratamiento convencional como para los sistemas de infusión continua de insulina.
- A) El cociente insulina/HC se calcula dividiendo los bolos de insulina empleados en 24 horas y la suma de las raciones de hidratos de carbono consumidas en 24 horas.
 - B) La regla del 50 se utiliza para calcular la cantidad de unidades de hidratos de carbono que cubre 1 unidad de insulina. Se obtiene dividiendo 50 entre la dosis total de insulina basal en 24 horas.
 - C) El factor de sensibilidad a la insulina se calcula dividiendo 1.500 (si se emplea insulina regular) o 1.800 (si es un análogo rápido) entre la dosis total de insulina en 24 horas.
 - D) El cociente o ratio de insulina/hidrato de carbono es la cantidad de insulina necesaria para metabolizar una ración de hidratos de carbono.
80. Sobre la nefropatía diabética señale la respuesta FALSA:
- A) La insuficiencia renal crónica se presenta en el 20% de los pacientes con DM1 con 10 años de evolución.
 - B) En España, la nefropatía diabética es la primera causa de inclusión en programas de diálisis.
 - C) La diabetes mellitus aumenta 25 veces el riesgo de presentar insuficiencia renal.
 - D) En la nefropatía diabética, el diacilglicerol (DAG) se encuentra aumentado.
81. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO es cierto en las determinaciones de laboratorio iniciales en la cetoacidosis diabética (CAD)?



- A) Los niveles iniciales de potasio pueden ser normales, estar elevados o disminuidos.
B) Puede haber un aumento de urea y creatinina por diuresis osmótica.
C) El hallazgo de leucocitosis indica siempre infección activa.
D) La amilasa puede estar aumentada sin que exista pancreatitis.
82. La polineuropatía sensitivo-motora crónica (PSMC) es la más frecuente de las neuropatías de origen diabético. Señale el método clínico de cribado MAS simple y eficaz para el diagnóstico:
- A) El estudio simultáneo de la sensibilidad térmica en manos y pies.
B) El uso del monofilamento de Semmes-Weinstein de 10g.
C) Los test neurofisiológicos.
D) El uso del NIS (*Neuropathy Impairment Score*).
83. Cual de las siguientes NO es una contraindicación para el uso de un sistema de asa cerrada:
- A) Incapacidad técnica para manejar un sistema automatizado de insulina.
B) Falta de aceptación de la repercusión en la imagen corporal o el impacto psicológico de llevar un sistema automatizado de insulina.
C) Embarazo.
D) Adherencia insuficiente previa a la monitorización y cuidados de la diabetes, incluyendo los controles rutinarios analíticos y de valoración clínica en consulta externa.
84. ¿Cuál es el rango de glucemia deseable en un diabético tipo 1 para iniciar el ejercicio?
- A) Glucemias superiores a 250 mg/dl, de esta manera se asegura que el riesgo de que exista una hipoglucemia sea menor.
B) Entre 126 y 180 mg/dl, aunque pueden realizarse en rangos mayores (entre 145 y 216 mg/dl) si existe riesgo de hipoglucemia.
C) Nunca por encima de 270 mg/dl.
D) Por debajo de 120 mg/dl no iniciar por el riesgo de hipoglucemia.
85. En un paciente con diabetes mellitus tipo 1 y terapia MIDI (múltiples dosis de insulina) portador de un sensor de monitorización continua de glucosa NO es cierto que :
- A) Hay que tener en cuenta solo tres variables fundamentales para planificar el ejercicio: glucemia, flecha de tendencia y tipo de ejercicio y duración.
B) Las estrategias de ajustes de insulina e ingesta de HC deben realizarse en 3 momentos: antes, durante y después del ejercicio.
C) Es importante tener en cuenta el decalaje del sensor por lo que habrá que ajustar la alarma de hipoglucemia subiéndolo.
D) En ejercicios anaeróbicos con tendencia a la hiperglucemia se puede considerar administrar microbolos correctores en caso de hiperglucemia > 250 mg/dl al 50% del factor de corrección habitual.
86. Entre las contraindicaciones para el uso de ISCI o sistemas de asa cerrada durante un ingreso hospitalario NO se encuentran:
- A) Enfermedad crítica que requiera ingreso en UCI.
B) Cetoacidosis diabética o descompensación hiperglucémica hiperosmolar.
C) Ausencia de personal sanitario con experiencia en el manejo de ISCI.
D) Todas las anteriores son contraindicaciones para el uso de ISCI durante un ingreso hospitalario.



87. Señale la respuesta CORRECTA en referencia a la recomendación para el manejo de ISCI durante la realización de pruebas diagnósticas:
- A) Durante la realización de rayos X / TC: debe siempre retirarse el infusor.
 - B) Durante la realización de RMN: no debe tomarse ninguna medida específica referente al infusor.
 - C) Durante la realización de ecografía (ultrasonidos): debe retirarse siempre el infusor.
 - D) Durante la realización de colonoscopia / gastroscopia: mantener el infusor.
88. Respecto a las recomendaciones en el manejo de la monitorización continua de glucosa (MCG) en paciente hospitalizado NO es cierto que:
- A) El uso de la cifra de la glucosa intersticial para la toma de decisiones clínicas no está aprobado por las agencias reguladoras en el medio hospitalario.
 - B) En este momento existe una evidencia sólida de los beneficios de la MCG en pacientes críticos.
 - C) Es preciso que existan protocolos específicos consensuados con los profesionales de los equipos de atención diabetológica y el personal de hospitalización para el uso de estos sistemas.
 - D) Es preciso definir glucométricas estandarizadas en los diferentes escenarios clínicos que se pueden presentar en la hospitalización (tiempo en rango, coeficiente de variación, etc).
89. Acude a revisión a consulta un paciente varón de 68 años de edad. Presenta DM2 de 25 años de evolución, HTA y dislipemia, así como complicaciones microangiopáticas: Retinopatía diabética leve y Neuropatía diabética. Su tratamiento habitual es: Metformina 850mg 1-0-1 , Insulina Glargina U100 16 U a las 23h , Insulina Glulisina 5-5-5 , Simvastatina 20mg 0-0-1, Losartán 100mg 1-0-0. Su control metabólico se considera aceptable, presentando una HbA1c habitual entre 6,5-7,5%. Es portador de sensor de monitorización continua tipo Flash, que al realizar la descarga nos da los siguientes datos: Tiempo de sensor activo 91% . Escaneos/día 6 . Glucosa promedio 115 mg/dL GMI 6,1% .TIR 73% .Tiempo hipoglucemia nivel 1: 13%. Tiempo hipoglucemia nivel 2: 4% .Tiempo hiperglucemia nivel 1: 9% . Variabilidad glucémica: 42,6%. El patrón de descarga arroja los siguientes datos: Patrón de hipoglucemia nocturna, entre las 0:00 y las 6:00 am. Hiperglucemia al final de la tarde. Elevada variabilidad glucémica durante el día, especialmente entre las 18:00 y las 21:00 h. Con estos datos, que medida considera prioritaria:
- A) La intervención sobre la hipoglucemia es prioritaria antes de realizar otros ajustes, debiendo realizarse refuerzo de educación terapéutica sobre manejo de hipoglucemias, técnica de inyección de insulina (rotación, cambio de agujas...), y ajuste de insulina según ingesta.
 - B) Suspender la insulina glargina y añadir otro ADO tipo IDPPIV.
 - C) Suspender insulina glulisina de desayuno y cena.
 - D) Mantener la insulina glargina, suspender metformina y añadir ISLGT2.
90. ¿Cuál de las siguientes formas monogénicas de diabetes se asocia a una secreción defectuosa de insulina?:
- A) Leprechaunismo.
 - B) Diabetes juvenil no insulino dependiente por déficit de glucoquinasa (MODY2).
 - C) Síndrome de Rabson-Mendehall.
 - D) Resistencia a la insulina tipo A.
91. De las siguientes vías, una NO interviene en la patogenia de la microangiopatía diabética, señálela:
- A) Vía del poliol.
 - B) Vía de la hexosamina.
 - C) Vía de los productos finales de glucoxilación avanzada.
 - D) Vía de la activación del ácido hialurónico.



92. En el tratamiento del edema macular diabético NO está indicado:
- A) Inyecciones intravítreas de corticoides.
 - B) Tratamiento con láser de toda la retina.
 - C) Inyecciones intravítreas de anti-VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular).
 - D) Combinación de láser con corticoides intravítreos.
93. En referencia al pie diabético, cuáles de las siguientes manifestaciones NO aparecen en el pie de características isquémicas?:
- A) La piel suele estar fría y seca.
 - B) La palidez cutánea se acentúa al elevar la pierna.
 - C) La úlcera isquémica se rodea de un reborde calloso.
 - D) El pulso pedio no suele palparse.
94. ¿Cuál de las siguientes NO sería un dato clínico de disfagia?
- A) Tos coincidiendo con la administración de alimentos.
 - B) Hipernatremia superior a 148 mEq/L.
 - C) Alteraciones en la voz coincidiendo con la deglución.
 - D) Disminución de la saturación de oxígeno constatada mediante un pulsioxímetro durante la deglución.
95. Cuando estaría recomendada la colocación de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) en pacientes que han sufrido un ictus?
- A) Siempre que haya afectación de la arteria cerebral media.
 - B) En caso de que exista desnutrición calórico-proteica severa previa al ictus.
 - C) En pacientes con ictus menores de 45 años.
 - D) Cuando exista un elevado riesgo de aspiración y se prevea que este riesgo durará más de 4-6 semanas.
96. Señale la respuesta CIERTA: La fórmula de nutrición enteral a administrar a nivel intestinal:
- A) Se puede realizar en varias tomas durante el día, repartiendo la dosis total diaria entre las diferentes tomas.
 - B) Se debe realizar de forma continua durante 24 horas al día dado que el intestino no tiene la capacidad de distensión del estómago para poder administrar la fórmula enteral en tomas.
 - C) Debe prescribirse sin fibra porque no es necesaria al administrarla directamente en el intestino.
 - D) Está indicada de forma continua, pero se puede ajustar la velocidad de infusión según tolerancia del paciente, para tener horas de desconexión y realizar una vida más normalizada.
97. Sobre la nutrición en los pacientes sometidos a esofagectomía es CIERTO:
- A) Las fórmulas inmunomoduladoras solo están indicadas en desnutridos en el periodo preoperatorio.
 - B) No se les debe dar nada "por boca" las primeras 72 h post-cirugía.
 - C) La nutrición parenteral es de elección las primeras 48 h post-cirugía.
 - D) Los pacientes desnutridos requieren la realización de acceso enteral (yeyunostomía) de manera programada.
98. Respecto al tratamiento de la obesidad, en el momento actual NO es cierto que:



- A) Las reducciones medias de peso que suelen conseguirse con medidas higienico dietéticas oscilan entre el 5 y el 10%.
- B) Los agonistas duales de los receptores de GIP y GLP1 consiguen reducciones de peso similares a los obtenidos con cirugía bariátrica.
- C) Las pérdidas de peso obtenidas con los análogos de GLP1 se encuentran de media entre el 25 y el 35%.
- D) Con la cirugía bariátrica se alcanzan pérdidas de peso entre el 25 y el 35%.
99. ¿Cuál de las siguientes hormonas gastrointestinales parece MAS implicada en la resolución de la diabetes mellitus tipo 2 tras la cirugía bariátrica o cirugía metabólica?
- A) Disminución de leptina.
- B) Disminución de ghrelina.
- C) Aumento de adiponectina.
- D) Aumento de GLP-1.
100. Respecto a la mejora de la salud que conlleva la pérdida de peso es FALSO :
- A) Pérdidas en torno al 5-10% producen mejoría del perfil lipídico y mejoran la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- B) Son necesarias pérdidas superiores al 20% para mejorar la clínica asociada a la presencia de reflujo gastroesofágico.
- C) Pérdidas del 10-15% pueden mejorar la clínica asociada a la osteoartritis de rodilla.
- D) Pérdidas modestas del 5% mejoran el perfil glucémico y de tensión arterial.
101. En relación a la nutrición parenteral (NPT) es CIERTO:
- A) Se prefiere la NPT por vía central cuando se estima una necesidad superior a 10-15 días.
- B) Está indicada en pacientes críticos desnutridos con intolerancia oral que presentan inestabilidad hemodinámica.
- C) La osmolaridad en la NPT periférica no debe sobrepasarlos 900 mOsm/L.
- D) Todas las respuestas anteriores son verdaderas.
102. GLP-1 y GIP son dos hormonas que actúan sobre diversos órganos. Es CIERTO que:
- A) GLP-1 actúa en el páncreas aumentando la secreción de insulina y disminuyendo la secreción de glucagón.
- B) GIP actúa a nivel del tejido adiposo disminuyendo la sensibilidad a la insulina.
- C) GIP actúa sobre el páncreas disminuyendo la secreción de insulina y de glucagón.
- D) Todas las anteriores son ciertas.
103. En el síndrome de realimentación es CIERTO:
- A) Es una complicación que ocurre a partir de la segunda semana del inicio de la nutrición parenteral en pacientes severamente desnutridos.
- B) Puede producir Encefalopatía de Wernicke.
- C) No se produce si el aporte de nutrientes es por vía enteral.
- D) Las respuestas B y C son verdaderas.
104. En una persona con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ¿Cuándo se debería solicitar una elastografía transitoria mediante Fibroscan® para detectar enfermedad hepática metabólica?



- A) Solo cuando se presentan datos ecográficos de esteatosis hepática y/o elevación de transaminasas de manera mantenida.
- B) Si coexisten con la DM2 otros factores de riesgo cardiovascular.
- C) Si tras analizar con biomarcadores no invasivos como el FIB-4 se detectan valores en situación indeterminada.
- D) En presencia de resistencia a la insulina manifiesta (HOMA >5).
105. Respecto al FIB-4 mencionado es FALSO:
- A) En su fórmula intervienen 4 parámetros: edad, ALT,AST y plaquetas.
- B) Un valor inferior a 2 significa bajo riesgo de fibrosis.
- C) Un valor superior a 2,67 significa un alto riesgo de fibrosis.
- D) El FIB-4 se diseñó para determinar fibrosis en pacientes con hepatitis C, con una buena rentabilidad diagnóstica de fibrosis.
106. En la asociación de obesidad y fibrilación auricular (FA):
- A) Aparece arritmogénesis cuando coexiste adiposidad intramiocárdica además de adiposidad visceral.
- B) La frecuencia de FA en pacientes con obesidad es dependiente de la edad, como en la población general, y no tanto de la adiposidad.
- C) Se necesita perder al menos un 10% de peso y mantenerlo de manera constante a largo plazo para reducir la recurrencia de episodios arritmogénicos.
- D) El ejercicio aeróbico suele estar contraindicado en pacientes con FA.
107. Entre los mecanismos identificados en los síndromes de resistencia hormonal se han descrito todos los siguientes EXCEPTO:
- A) Actividad biológica normal alterada.
- B) Alteración del receptor hormonal.
- C) Anomalías postreceptor.
- D) Aumento cuantitativo del receptor.
108. En el síndrome de fenilcetonuria (PKU) materna o embriopatía fenilpirúvica, ¿Cuál de las siguientes NO es una característica clínica?
- A) Retraso mental.
- B) Macrocefalia.
- C) Malformaciones cardíacas.
- D) Alteraciones faciales.
109. Respecto a la fenilcetonuria es CIERTO:
- A) Produce discapacidad intelectual, convulsiones y anomalías del comportamiento si no se trata.
- B) Es una enfermedad de herencia autosómica dominante.
- C) Los síntomas están presentes desde el nacimiento.
- D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
110. ¿Cuál de las siguientes patologías NO es un factor de riesgo para desarrollar déficit de vitamina A?
- A) Cirrosis biliar primaria.
- B) Insuficiencia renal crónica.
- C) Fibrosis quística.



D) Pancreatitis crónica.

111. ¿Cuál de los siguientes aspectos NO se contempla en el soporte nutricional del paciente quirúrgico?
- A) Reiniciar la nutrición oral tras la cirugía tan pronto como sea posible.
 - B) Establecer siempre ayuno preoperatorio.
 - C) Reducir los factores que puedan alterar la motilidad gastrointestinal.
 - D) Iniciar la rehabilitación y la movilización precozmente.
112. En los pacientes con fibrosis quística:
- A) La desnutrición solo ocurre ocasionalmente en las etapas finales de la enfermedad.
 - B) En caso de insuficiencia pancreática exocrina estaría indicado realizar una dieta baja en grasas.
 - C) En los pacientes con insuficiencia pancreática endocrina, una reducción del aporte de hidratos de carbono de absorción lenta puede mejorar el estado nutricional.
 - D) Los requerimientos de energía están aumentados con respecto a una persona de su misma edad, peso y talla.
113. Acude al servicio de Urgencias una mujer de 19 años de edad, sin antecedentes personales de interés que refiere sintomatología de dolor abdominal, vómitos y malestar general de unos días de evolución, acompañado de un cuadro de poliuria y polidipsia desde dos semanas previas. Aunque el diagnóstico más probable es un debut de diabetes mellitus tipo 1, hay que hacer diagnóstico diferencial de la poliuria, entre cuyas causas están las siguientes EXCEPTO:
- A) La diabetes ya mencionada.
 - B) Enfermedad renal crónica.
 - C) Hipocalcemia.
 - D) Hipercalcemia.
114. Siguiendo con el caso anterior, explorando a la paciente se constata que está deshidratada, con taquicardia a 120 lpm, temperatura de 36°C, presión arterial de 110/70 mmHg, y frecuencia respiratoria de 32 respiraciones/minuto. La auscultación cardíaca y respiratoria es normal. La palpación abdominal es dolorosa aunque presenta una mínima rigidez. Blumberg negativo. La taquipnea tiene como causa MAS probable:
- A) Acidosis metabólica.
 - B) Infección pulmonar.
 - C) La presencia de un tromboembolismo pulmonar (TEP).
 - D) Está originado por el estado de ansiedad que presenta la paciente, dando lugar a hiperventilación.
115. Respecto a los errores innatos del metabolismo NO es cierto que :
- A) Aunque la incidencia de cada enfermedad es baja, son frecuentes si se consideran en su conjunto.
 - B) Hay menos de 500 alteraciones descritas en el momento actual, aunque se estima que puedan existir muchas más.
 - C) El diagnóstico precoz y la existencia de productos dietéticos específicos han mejorado la esperanza de vida en los últimos años.
 - D) Están establecidos un conjunto de requisitos para que un error congénito del metabolismo sea sometido a un Programa de Detección Neonatal.



116. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se recomienda como tratamiento farmacológico inicial para el dolor neuropático en la diabetes mellitus?
- A) Pregabalina
 - B) Duloxetina
 - C) Tapentadol
 - D) Gabapentina
117. Los *Standards of Care in Diabetes* (SCD) que publica la American Diabetes Association, suponen un compendio de las últimas evidencias en torno a la diabetes mellitus. En los recientemente publicados de 2024 encontramos todo lo siguiente EXCEPTO:
- A) No existen evidencias aún que avalen a la monitorización continua de glucosa (MCG) en el diagnóstico y/o cribado de la prediabetes o diabetes mellitus.
 - B) Se ha hecho la introducción de nuevos fármacos (teplizumab) que retrasan el debut de esta enfermedad por parte de la *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) en adultos y niños mayores de 8 años en estadio 2 de la DM1.
 - C) Se debe tener en cuenta para el cribado que algunos fármacos como esteroides, tiazidas, antirretrovirales o antipsicóticos, pueden incrementar el riesgo de DM enfatizándose en esta edición.
 - D) Las mujeres que han padecido una diabetes gestacional, tras el parto precisarán una nueva SOG con 75 g de glucosa para reevaluarlas con los criterios de mujer no gestante y esta SOG debe realizarse no más tarde de la 6 semana tras el parto.
118. En la diabetes pregestacional encontramos:
- A) Mayores tasas de malformaciones fetales que en la diabetes gestacional.
 - B) Riesgo de cetoacidosis mayor con niveles más bajos de glucemia.
 - C) Mayor riesgo de macrosomía fetal debido a la hiperglucemia postprandial.
 - D) Todas las anteriores son correctas.
119. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA en relación con la anorexia nerviosa:
- A) Se observa hipertrofia parotídea.
 - B) Hay un aumento de respuesta de la prolactina a la hipoglucemia insulínica.
 - C) Se observan niveles elevados de DHEA-S.
 - D) Existe un aumento de la capacidad de concentración de la orina.
120. Varón de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial bien controlada. Resto de AP sin interés. Enfermedad actual: dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso no cuantificada y últimamente vómitos alimentarios tras cada comida, por lo que desde hace 3 semanas ha reducido la ingesta a dieta líquida/blanda ingiriendo sólo pequeños volúmenes.
- Exploración física: TA: 110/60 mmHg; FC: 75 lat/min; dolor abdominal a la palpación, sin otros hallazgos. Peso habitual: 80 kg hace 6 meses. Peso actual: 60 kg. Talla. 168 cm (IMC 21,25 kg/m²).
- Pruebas complementarias: analítica: hemograma, bioquímica y coagulación, normales, salvo proteínas totales 5,6 g/dl (normal 6,5-8 g/dl). Albúmina 2,5 g/dl. Prealbúmina 14 mg/dl. Transferrina 95 mg/dl.
- Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal: masa en cabeza pancreática que estenosa parcialmente la segunda porción duodenal, con aspecto de malignidad. Ingresa a cargo de Cirugía General y se programa intervención para 5-7 días después (no hay hueco de quirófano antes).
- Aunque los siguientes métodos están validados en cribado de riesgo nutricional en el paciente hospitalizado, ¿cuál de entre ellos está validado especialmente en el paciente oncológico?



- A) *Nutritional Risk Screening (NRS) 2002.*
B) *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).*
C) Valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP).
D) *Mini-Nutritional Assessment (MNA).*
121. Respecto a la desnutrición marasmática, señale la respuesta FALSA:
A) Se desarrolla en situaciones de deficiencia crónica de energía y proteínas.
B) Existe una pérdida de las reservas corporales de masa muscular y grasa subcutánea.
C) La depleción proteica puede afectar también a órganos vitales (corazón, hígado y riñones).
D) Existe una alteración de las proteínas plasmáticas.
122. ¿En cual de las siguientes dislipidemias es MAS frecuente encontrar xantomas tendinosos y arco corneal?
A) Hipercolesterolemia poligénica.
B) Hipertrigliceridemia familiar.
C) Hipercolesterolemia familiar heterocigota.
D) Hiperlipidemia familiar combinada.
123. En relación con el tratamiento de las hiperlipidemia con estatinas, indique cual de las siguientes afirmaciones es CIERTA:
A) Las estatinas pueden ser utilizadas sin riesgo durante el embarazo.
B) En general, cuando se duplica la dosis de estatinas, se logra una reducción adicional de los niveles de colesterol de un 15%.
C) Las estatinas son especialmente útiles en las hiperlipemias con colesterol VLDL elevado.
D) Fármacos metabolizados por el citocromo P450, como el ketoconazol, aumentan los niveles plasmáticos de estatinas y el riesgo de presentar miopatía.
124. Realizan desde planta de Digestivo interconsulta (IC) por varón de 35 años de edad que ingresa por pancreatitis. Entre sus AP destaca una hipertrigliceridemia de años de evolución, tratada de manera intermitente pero que durante su ingreso ha llegado a valores de Tg de 1.650 mg/dl. Cuando acude a valorar al paciente también se encuentra allí el dermatólogo que ha recibido IC por presentar el paciente unas lesiones de tipo papuloso de color rojizo-amarillento en región glútea y superficie de extensión de las extremidades. Como endocrinólogo avezado sospecha que el paciente puede presentar un síndrome de hiperquilomicronemia por lo que sugiere a su médico responsable que solicite las siguientes exploraciones complementarias para valorar la presencia de la triada típica del síndrome:
A) Fondo de ojo
B) Ecocardiograma
C) TAC craneal
D) Electromiograma
125. En una paciente diagnosticada de anorexia nerviosa, cuando realizamos una valoración de la función hormonal hipofisaria solemos encontrar:
A) Cifras bajas de estradiol y progesterona.
B) Respuesta intacta de la FFSH y LH a la GnRH aunque exista un hipogonadismo hipogonadotropo.
C) Elevación de las cifras de cortisol que no se suprimen adecuadamente con dexametasona.
D) Podemos encontrar todo lo anteriormente descrito.



126. Avisan desde el S. de Urgencias. Ha acudido un paciente por presentar vómitos persistentes y escasa ingesta. Refiere que ha sido intervenido hace 20 días de cirugía bariátrica en una clínica privada de Estambul. Vd piensa que el déficit vitamínico MAS frecuente que puede ocurrir es:
- A) Déficit de vitamina A.
 - B) Déficit de vitamina B1.
 - C) Déficit de vitamina C.
 - D) Déficit de vitamina E.
127. Respecto a la técnica usada en la cirugía bariátrica conocida como derivación gástrico en Y de Roux, el tamaño del reservorio gástrico será:
- A) Aproximadamente el 50% de la capacidad gástrica inicial.
 - B) Sobre el 70% de la capacidad gástrica inicial.
 - C) Menor a 30 ml.
 - D) Se estima en unos 100-200 ml.
128. ¿Cuál de los siguientes cambios fisiopatológicos es característico del estado hipercatabólico que conduce a la desnutrición proteica?
- A) Disminución del metabolismo basal.
 - B) Disminución de la proteólisis y de la neoglucoogénesis.
 - C) Aumento de catecolaminas y cortisol.
 - D) Aumento de la sensibilidad a la insulina.
129. Respecto al control hormonal de la reabsorción del fósforo es CIERTO :
- A) El calcitriol inhibe la absorción de calcio y fósforo a nivel intestinal.
 - B) La PTH inhibe la producción de calcitriol a través de la 1-alfa-hidroxilasa.
 - C) FGF-23 impide la reabsorción renal de fósforo por bloqueo de NPT2a y NPT2c.
 - D) Todas las anteriores son ciertas.
130. Todas las siguientes afirmaciones son ciertas respecto a FGF23, excepto una. Señale la FALSA:
- A) FGF23 es una hormona de 220 aminoácidos, codificada por el gen FGF23, localizado en el cromosoma 12.
 - B) Se sintetiza principalmente en hueso por osteocitos, osteoblastos y precursores mesenquimales.
 - C) Actúa a nivel renal regulando la homeostasis del fósforo y el metabolismo de la vitamina D.
 - D) Para llevar a cabo su acción, requiere del cofactor α -Klotho proteína transmembrana que se expresa a nivel tubular renal y en la glándula paratiroidea.
- 131.- La Declaración de Alma-Ata de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se hizo pública el 12 de septiembre de:
- A) 1976
 - B) 1978
 - C) 1981
 - D) 1984
- 132.- Cuándo se comete un error de tipo I?
- A) Cuando no se rechaza la hipótesis nula, siendo la hipótesis alternativa la verdadera.
 - B) Cuando se acepta la hipótesis alternativa, siendo la hipótesis nula la verdadera.



- C) Cuando se acepta la hipótesis nula con un riesgo alfa muy pequeño.
- D) Cuando se acepta la hipótesis alternativa con un riesgo beta muy pequeño.

133.- Según la Ley 55/2003, el plazo de prescripción de las sanciones disciplinarias se interrumpirá cuando se inicie, con conocimiento del interesado, el procedimiento de ejecución de la sanción impuesta y volverá a correr de nuevo, si el procedimiento se paraliza durante:

- A) más de 2 meses por causa no imputable al interesado
- B) más de 4 meses por causa no imputable al interesado
- C) más de 6 meses por causa no imputable al interesado
- D) más de 3 meses por causa no imputable al interesado

134.- El contenido de la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud se estructura en:

- A) 14 capítulos, 15 disposiciones adicionales, 7 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria, 3 disposiciones finales
- B) 15 capítulos, 15 disposiciones adicionales, 7 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria, 3 disposiciones finales
- C) 14 capítulos, 14 disposiciones adicionales, 7 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria, 3 disposiciones finales
- D) 14 capítulos, 14 disposiciones adicionales, 7 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria, 2 disposiciones finales

135.- La Ley 14/86 General de Sanidad, menciona expresamente: "La participación y colaboración de los Hospitales Militares y Servicios Sanitarios de las Fuerzas Armadas en el Sistema Nacional de Salud, y su armonización con lo previsto en los artículos 195 y 196 de la Ley 85/1978, para garantizar, dentro de sus posibilidades, su apoyo al Sistema Nacional de Sanidad." ¿En qué parte de su redacción?:

- A) Disposiciones Adicionales.
- B) Disposiciones Finales.
- C) Disposiciones Transitorias.
- D) Título I.

136.- Marque en qué capítulo de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco queda regulado el Régimen Disciplinario:

- A) Capítulo IX
- B) Capítulo X
- C) Capítulo XII
- D) Capítulo XIII

137.- ¿Qué empleo ostenta el puesto de Director del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"?

- A) Coronel médico
- B) General de Brigada



- C) General de División
- D) Indistintamente puede ser civil o militar

138.- Entre las acciones que compete a la Administración Pública en cuanto a la atención de los problemas sanitarios corresponden todas las siguientes excepto una:

- A) Elaboración de informes generales sobre la salud pública y asistencia sanitaria.
- B) Atención de los problemas de salud de carácter colectivo e individual.
- C) Desarrollar una acción de prevención de la salud pública.
- D) Homologación de puestos de trabajo.

139.- La definición de media armónica:

- A) Su inversa es la media aritmética de las inversas de los datos.
- B) Es la media aritmética en donde cada dato está afectado por un factor que indica la importancia de dicho dato.
- C) Es la media aritmética calculada a partir de los datos agrupados.
- D) Es la inversa de la media geométrica.

140.- La obtención de un título de especialista tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado de acuerdo con

- A) El artículo 15 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre
- B) El artículo 16.2 de la ley 44/2003, de 21 de noviembre
- C) El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre
- D) La disposición adicional primera de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre

141.- ¿Qué implica recomendación clase IIb con nivel de evidencia B?

- A) Evidencia y/o acuerdo general de que un determinado procedimiento diagnóstico /tratamiento es beneficioso, útil y efectivo. Datos procedentes de múltiples ensayos clínicos con distribución aleatoria o metaanálisis.
- B) Evidencia y/o acuerdo general de que un determinado procedimiento diagnóstico /tratamiento es beneficioso, útil y efectivo. Datos procedentes de un ensayo clínico con distribución aleatoria.
- C) Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento. El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia. Datos procedentes de un único ensayo con distribución aleatoria o de grandes estudios sin distribución aleatoria.
- D) Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento. La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión está a favor de. Datos procedentes de un único ensayo con distribución aleatoria o de grandes estudios sin distribución aleatoria.

142.- Según la ley de prevención de riesgos laborales, ¿a quien corresponde la función de la vigilancia y control de la normativa sobre prevención de riesgos laborales?

- E) Al servicio de coordinación y prevención de riesgos laborales
- F) A la inspección de trabajo y seguridad social
- G) A la consejería de administración autonómica
- H) A la dirección general de trabajo y prevención de riesgos laborales

143.- Los Cuerpos Comunes de la Fuerzas Armadas, son varios, de los siguientes, señale cual no es.

- A) Cuerpo Militar de Intendencia.
- B) Cuerpo de Músicas Militares.
- C) Cuerpo Militar de Sanidad.
- D) Cuerpo Jurídico Militar.

144.- De las faltas para el personal estatutario de los servicios de salud que se enuncian a continuación son leves todas excepto una, señálela:

- A) El descuido en el cumplimiento de las disposiciones expresas sobre seguridad y salud.
- B) El abuso de autoridad en el ejercicio de sus funciones.
- C) El incumplimiento injustificado de la jornada de trabajo que acumulado sea de 15 horas al mes.
- D) La incorrección con los superiores, los compañeros, usuarios y subordinados.

145.- Los servicios sanitarios de titularidad privada estarán dotados de elementos de control que garanticen los niveles de calidad profesional y de evaluación establecidos en la ley 44/ 2002 de Ordenación de la Profesion Sanitarias de acuerdo con todos los siguientes principios excepto uno de ellos, señálelo.

- A) Derecho y deber de formación continuada.
- B) Garantizar la responsabilidad penal profesional a través de entidad aseguradora.
- C) Respeto a la autonomía técnica y científica de los profesionales.
- D) Participar en la gestión del centro al que pertenezcan.

146.- Las Funciones de las Comisiones Nacionales de Especialidad son varias, señale la respuesta incorrecta, en cuanto a estas funciones:

- A) Establecimiento de los criterios de evaluación de los especialistas en formación
- B) Elaboración del programa formativo de especialidad.
- C) Establecimiento de las unidades docentes y formativas de las especialidades.
- D) La propuesta de creación de áreas de capacitación específica de las especialidades.

147.- Las principales características del modelo establecido por la Ley General de Sanidad son:

- A) Universalización de la atención, desconcentración, descentralización y atención primaria
- B) Universalización de la atención, coordinación y desconcentración, descentralización y atención primaria
- C) Universalización de la atención, accesibilidad y desconcentración, descentralización y atención primaria
- D) Universalización de la atención, accesibilidad y desconcentración, descentralización y atención primaria y especializada.

148.- ¿Podrá asistir el Gerente del Área de Salud a las reuniones del Consejo de Dirección?

- A) Sí, puesto que él es su presidente.
- B) No, ya que son órganos independientes entre sí y con diferentes competencias.
- C) Sí podrá asistir cada vez que lo juzgue conveniente con voz y voto.
- D) Podrá asistir, previa convocatoria, con voz pero sin voto.

149.- Para la prevención del acoso sexual y al acoso por razón de sexo, las Administraciones públicas negociaran con la representación legal de las trabajadoras y trabajadores, un protocolo de actuación que comprenderá al menos de los siguientes principios todos menos uno:

- A) Instrucción a todo el personal del deber de respetar la dignidad de las personas
- B) La protección del nombre de las personas responsables de atender a quienes formulen una queja o denuncia.
- C) El tratamiento reservado de las denuncias de hechos que pudieran ser constitutivos de acoso sexual.
- D) El compromiso de la Administración General del Estado de prevenirle acoso sexual por razón de sexo.

150.- A los efectos de lo establecido en la Sección I del Capítulo X “Tiempo de Trabajo y Régimen de Descanso” de la Ley 55/2003, el periodo nocturno de trabajo tendrá una duración mínima de siete horas e incluirá necesariamente el periodo comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural. En ausencia de tal definición, se considerará periodo nocturno el comprendido entre:

- A) las 23 horas y las 6 horas del día siguiente
- B) las 22 horas y las 5 horas del día siguiente
- C) las 24 horas y las 7 horas del día siguiente
- D) la 1 hora y las 8 horas del día siguiente



151.- ¿Qué divisa militar porta un Capitán Médico?

- A) Tres estrellas de seis puntas.
- B) Tres estrellas de cinco puntas.
- C) Tres estrellas de siete puntas.
- D) Tres estrellas de ocho puntas.

152.- En el Cuerpo Militar de Sanidad se incluyen varias especialidades fundamentales, señale cuál de las siguientes no pertenece a la misma escala.

- A) Medicina.
- B) Enfermería.
- C) Psicología
- D) Odontología

153.- En relación con la ley que regula la Eutanasia en nuestro país, es cierto todo EXCEPTO:

- A) Viene regulada por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, publicada en el BOE nº 72 de 25 de marzo de 2021.
- B) Esta ley entró en vigor el 25 de junio de 2021.
- C) Es preciso tener nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- D) La prestación de ayuda para morir, podrá ser solicitada solo en el caso de padecimiento de una enfermedad grave e incurable.

154.- De los factores generales de riesgo relacionados con la organización del trabajo destacan el trabajo nocturno y la prolongación de jornada como factores que pueden suponer un riesgo añadido para las trabajadoras en estado de embarazo o lactancia. A esos efectos, se considera "trabajadora nocturna":

- A) La que invierte no menos de una hora de su trabajo diario o al menos una cuarta parte de su jornada anual en este tipo de horario.
- B) La que invierte no menos de dos horas de su trabajo diario o al menos una quinta parte de su jornada anual en este tipo de horario.
- C) La que invierte no menos de dos horas de su trabajo diario o al menos una cuarta parte de su jornada anual en este tipo de horario.
- D) La que invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.

155.- ¿Cuál es la máxima autoridad sanitaria de las Fuerzas Armadas Españolas?

- A) Ministro de Defensa



- B) Jefe del Estado Mayor de la Defensa
- C) Director del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"
- D) Inspector General de Sanidad

156 - El Ministerio de Defensa, bajo la dirección de la persona titular del Departamento, se estructura en:

- A) Las Fuerzas Armadas, la Secretaría de Estado de Defensa y la Subsecretaría de Defensa.
- B) Las Fuerzas Armadas, la Secretaría de Estado y la Secretaría General de Política de Defensa.
- C) La Secretaría de Estado de Defensa, la Subsecretaría de Defensa y la Secretaría General de Política de Defensa.
- D) Ninguna de las anteriores.

157- La unidad en el Ministerio de Defensa encargada de impulsar y coordinar la elaboración normativa es:

- A) La Intervención General de la Defensa
- B) La Secretaría General Técnica
- C) La Dirección General de Personal
- D) La Dirección General de Reclutamiento y Enseñanza Militar

158.- El Instituto Social de la Fuerzas Armadas es un Órgano adscrito a:

- A) Inspección General de Sanidad de la Defensa.
- B) Dirección General de Personal.
- C) Subsecretaría de Defensa
- D) Intervención General de la Defensa.

159.- Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados mediante convenios singulares. No serán causa de denuncia del Convenio por parte de la Administración Sanitaria competente:

- A) Prestar atención sanitaria contraviniendo el principio de gratuidad.
- B) Infringir con carácter leve la legislación laboral de la Seguridad Social.
- C) Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios.
- D) Percibir por servicios complementarios no sanitarios cantidades no autorizadas.

160.- ¿Qué fórmula permite el cálculo de las camas necesarias para el trabajo hospitalario?:

- A) $\text{Camas} = \text{ingresos} \cdot \text{estancia media} / (\text{índice de ocupación} \cdot 365)$
- B) $\text{Camas} = \text{ingresos} \cdot \text{estancia media} / (\text{índice de rotación} \cdot 365)$
- C) $\text{Camas} = \text{ingresos} \cdot \text{estancia media} / (\text{altas} \cdot 365)$
- D) $\text{Camas} = \text{ingresos} \cdot \text{estancia media} / (\text{ciclo medio de la cama hospitalaria} \cdot 365)$