

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: LIBRE

CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla.**
- **El tiempo de duración de las dos pruebas es de tres horas.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. **PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.**
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba teórica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba práctica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

CONTINÚA EN LA CONTRAPORTADA

-
- 1 En el artículo 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía se reconoce la Salud como un derecho, haciéndose eco el legislador del mandato de la Constitución que garantiza la protección de la salud como derecho constitucional. Señale a través de qué instrumento o medio se garantizará este derecho, según se dicta en este mismo artículo del Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo):**
- A) Mediante un sistema sanitario público de carácter universal.
 - B) A través de Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.
 - C) Mediante convenios y conciertos entre el proveedor público de servicios sanitarios y las entidades privadas del sector sanitario.
 - D) A través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- 2 La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves. Señale a qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita esta entidad instrumental, y tiene asignados la orientación, tutela y gestión técnica de FAISEM:**
- A) Viceconsejería.
 - B) Secretaría General Técnica.
 - C) Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - D) Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- 3 Según el artículo 11 de la Ley 55/2003 (del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud), el Foro Marco para el Diálogo Social depende de:**
- A) La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
 - B) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
 - C) El Ministerio de Sanidad.
 - D) La Mesa Sectorial de Sanidad.
- 4 Según la Ley 41/2002 (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo:**
- A) 4 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - B) 5 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - C) 10 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - D) 15 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

- 5 El vigente RGPD (Reglamento General de Protección de Datos) aprobado por el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea (Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos) establece unos principios generales relativos al tratamiento de los datos personales, entre los que se encuentran los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Principios de licitud, lealtad y transparencia.
 - B) Principio de limitación del plazo de conservación.
 - C) Principio de seguridad digital.
 - D) Principio de minimización de datos.
- 6 El instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros y los recursos de que éstos dispondrán a lo largo de un año, enmarcados en el planteamiento de una sanidad pública gestionada con los profesionales, basada en los resultados en salud y orientada a prestar la mejor asistencia posible a los pacientes, se conoce por:**
- A) Plan Estratégico Anual.
 - B) Programa de Racionalización Operativa Anual (PROA).
 - C) Acuerdo de Gestión Clínica.
 - D) Contrato Programa.
- 7 Referido al "Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales" en el ámbito del SSPA, son correctas todas las respuestas que siguen, EXCEPTO:**
- A) La acreditación consiste en el reconocimiento expreso por parte de la Administración Sanitaria del desarrollo alcanzado por un profesional que se ha sometido a un proceso voluntario de evaluación para la mejora continua de sus labores asistenciales, docentes y de investigación.
 - B) La certificación se realiza verificando la presencia de competencias clave en la práctica real, de acuerdo a estándares determinados por la evidencia científica y el consenso de expertos.
 - C) El sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del SSPA está regulado por el Decreto 18/2007, de 23 de enero.
 - D) La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), actualmente adscrita a la Consejería de Salud e integrada en la Fundación Progreso y Salud, es el órgano competente para la acreditación de la competencia profesional.

8 La segunda opinión médica (SOM) es un derecho de las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud cuando estas padecen una enfermedad diagnosticada como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto conlleva un elevado riesgo vital. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este derecho de segunda opinión médica y su regulación y acceso a la prestación del mismo en el ámbito del SAS es INCORRECTA?

A) Cuando una persona solicita una SOM, y esta resulta estimatoria según lo establecido en la normativa, un facultativo experto estudia la información procedente de su historia clínica y emite un informe que se envía directamente a la persona solicitante, o a quien esta haya autorizado para actuar en su nombre.

B) Para solicitar una SOM la persona solicitante debe haber sido diagnosticada previamente y no requerir tratamiento urgente o inmediato.

C) El ejercicio del derecho a la SOM, en los casos previstos en la normativa regulatoria, conlleva la libre elección de especialista y centro hospitalario por parte de la persona solicitante.

D) Es un requisito que el diagnóstico de la enfermedad o el tratamiento propuesto para la persona solicitante lo haya sido en cualquier centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud.

9 Referido a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y su valoración, es cierto que:

A) La valoración de la CVRS se centra en una evaluación objetiva de las tres dimensiones fundamentales de funcionamiento de la persona: física, psicológica-cognoscitiva y social.

B) La valoración de la CVRS tiene interés sólo en estudios de investigación (como medición de resultados percibidos por el paciente), no siendo aplicable en la práctica clínica por su complejidad y variabilidad.

C) La mayoría de los instrumentos de evaluación de la CVRS son cuestionarios, que deben poseer cualidades psicométricas como validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios.

D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

10 Usted está leyendo un artículo que publica los resultados de un gran ensayo clínico aleatorizado y doble ciego, de gran interés en su ámbito profesional. En concreto le llama la atención el resultado que muestra este estudio sobre la mortalidad global al comparar un nuevo tratamiento experimental con la terapia estándar hasta este momento, en una población de pacientes que tienen un perfil muy similar a los que se tratan en su Unidad. Este resultado publicado es: $RR = 0.71$ (IC95% 0.98-0.59, $p=0.046$). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A) El valor p asociado al contraste no es significativo estadísticamente.

B) La reducción relativa del riesgo (RRR) para la variable "mortalidad global" es aproximadamente del 29%.

C) El NNT (número de pacientes que necesitaría tratarse con el nuevo tratamiento en vez del estándar para reducir un resultado de muerte por cualquier causa) sería 71.

D) La probabilidad de que estos resultados se deban al error del muestreo es del 95%.

- 11 Referido a las pruebas paramétricas en Estadística Inferencial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Cuantifican la asociación o independencia entre una variable cuantitativa y una categórica.
 - B) Exigen ciertos requisitos previos para su aplicación: distribución Normal de la variable cuantitativa en los grupos que se comparan, homocedasticidad de varianzas en las poblaciones de las que proceden los grupos y un tamaño muestral n no inferior a 30.
 - C) T de Student y ANOVA son las pruebas paramétricas más habituales.
 - D) Todas son correctas.
- 12 Un estudio de investigación analiza la posible relación entre el consumo de carnes rojas y el desarrollo de determinadas neoplasias digestivas, en concreto cáncer colorrectal (CCR), bajo un diseño epidemiológico de "casos y controles". Está claro que la población de la que se obtendrían los "casos" serían pacientes diagnosticados de CCR, pero ¿cuál sería la población de la que se obtendrían los "controles" para llevar a cabo este estudio y obtener una estimación no sesgada del riesgo de CCR asociado a la ingesta de carnes rojas?**
- A) Pacientes diagnosticados de otras neoplasias digestivas y que reconozcan no ser vegetarianos.
 - B) Pacientes sin CCR que sean vegetarianos.
 - C) Pacientes sin CCR que provengan de la misma población de la que la provienen los casos.
 - D) Pacientes con CCR que reconozcan no comer carnes rojas.
- 13 Según la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, ¿cuál de los siguientes estudios NO requerirá de la preceptiva evaluación y aprobación por un Comité de Ética de la Investigación (CEI)?**
- A) Un estudio descriptivo de las características clínicas, inmunológicas, genéticas y demográficas de una serie multicéntrica de pacientes diagnosticados de esclerodermia sistémica.
 - B) Una tesis doctoral que evalúa la correlación entre varios tipos de analgesia local y el control del dolor secundario a extracción dental, que se va a llevar a cabo con pacientes atendidos en un gabinete odontológico conveniado con la universidad.
 - C) Un estudio experimental en conejos para evaluar una nueva molécula de posible efecto antiangiogénico, aplicándola intraocularmente.
 - D) Un estudio de tipo cualitativo con diseño de investigación-acción participativa que evalúa un programa de atención paliativa en domicilio involucrando a profesionales, pacientes y familiares.
- 14 Referida a las técnicas de muestreo en estudios de investigación, solo una de las siguientes es de tipo aleatorio o probabilístico:**
- A) Muestreo "bola de nieve".
 - B) Muestreo por cuotas.
 - C) Muestreo por conveniencia.
 - D) Muestreo estratificado.

- 15 El sistema de información sanitaria que recoge datos clínicos y del uso de recursos sanitarios de cada una de las personas que reciben asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud, se conoce por:**
- A) BPS (Base Poblacional de Salud).
 - B) BDU (Base de Datos de Usuarios).
 - C) Historia Clínica Digital DIRAYA.
 - D) COANhYd.
- 16 ¿Qué peso tiene un tiroides normal?**
- A) 15 a 20 gramos.
 - B) 5 a 10 gramos.
 - C) 50 a 100 gramos.
 - D) 150 a 200 gramos.
- 17 ¿Cuál de los siguientes signos ecográficos NO sería sospechoso de malignidad en un nódulo tiroideo?**
- A) Nódulo más alto que ancho en corte transverso.
 - B) Hipoecogenicidad marcada.
 - C) Márgenes microlobulados.
 - D) Artefactos en cola de cometa.
- 18 En la evaluación de un nódulo tiroideo por ecografía, aplicando la puntuación TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) pactada en 2017 por American College of Radiology (ACR), ¿cuál de las imágenes asociada a la puntuación correspondiente es correcta?**
- A) Espongiforme: 1 punto.
 - B) Muy hipoecoico: 3 puntos.
 - C) Más alto que ancho: 1 punto.
 - D) Ninguna de estas puntuaciones es correcta para el hallazgo referido.
- 19 En relación con los diagnósticos citológicos en patología nodular tiroidea, señale la respuesta correcta:**
- A) En la categoría “atipia de significado incierto” (Bethesda III) suele aconsejarse cirugía diagnóstica como primera opción.
 - B) Los “diagnósticos insuficientes” (Bethesda I) justifican por lo general tratamiento quirúrgico.
 - C) En la categoría “sospechosa de neoplasia folicular” (Bethesda IV) se recomienda cirugía diagnóstica.
 - D) El riesgo de malignidad en la categoría citológica “sospechosa de malignidad” (Bethesda V) es próximo al 90%.
- 20 Un paciente es diagnosticado de un hipotiroidismo subclínico. ¿Qué analítica es compatible con este diagnóstico?**
- A) TSH 15 mUI/L y T4L normal.
 - B) TSH 10 mUI/L y T4L normal.
 - C) TSH 7 mUI/L y T4L normal.
 - D) Todas son compatibles con ese diagnóstico.

21 Con respecto al hipotiroidismo, señale la FALSA:

- A) Los anticuerpos contra Tg y TPO son marcadores de autoinmunidad, pero su efecto patógeno no es fundamental para el desarrollo del hipotiroidismo.
- B) El paso a través de la placenta de anticuerpos anti-Tg o anti-TPO carece de efecto sobre la glándula tiroides del feto.
- C) Hasta 20% de los pacientes con hipotiroidismo autoinmunitario tienen anticuerpos contra el receptor de TSH (TSH-R).
- D) Contesto está opción porque ninguna de las anteriores respuestas es FALSA.

22 ¿Cuál de estos factores está asociado a un mayor riesgo de padecer enfermedad de Graves?

- A) Consumo moderado de alcohol.
- B) Tabaquismo.
- C) Mujeres nulíparas.
- D) Sexo masculino.

23 ¿Qué afirmación es FALSA con respecto al Propiltiouracilo en el tratamiento del hipertiroidismo?

- A) El Propiltiouracilo ya no se recomienda como tratamiento de primera línea, debido a su hepatotoxicidad, que -aunque rara- puede ser grave en algunos casos.
- B) El Propiltiouracilo puede ser útil para tratar el hipertiroidismo grave, debido a su capacidad para impedir la conversión de tiroxina (T4) en triyodotironina (T3) mediante la desyodasa de tipo 1 (D1).
- C) El Propiltiouracilo atraviesa la barrera placentaria.
- D) Contesto está opción porque ninguna de las anteriores respuestas es FALSA.

24 ¿En cuál de los siguientes medicamentos NO existen estudios que demuestran su eficacia en el tratamiento de la Oftalmopatía de Graves?

- A) Selenio.
- B) Teprotumumab.
- C) Rituximab.
- D) Todas las respuestas son correctas

25 En relación a la tiroiditis postparto o silente, es cierto que:

- A) Los Ac anti-TPO suelen aumentar durante la gestación y descender en el postparto.
- B) Ocurre en el 5-9% de gestantes, de 2-6 meses a 1 año después del parto o aborto.
- C) Uno de los síntomas es un bocio doloroso a la palpación.
- D) Las pacientes tienen una breve fase de hipotiroidismo, que dura entre dos y cuatro semanas, seguida de una fase de hipertiroidismo de cuatro a doce semanas de duración, tras las cuales se produce la resolución del proceso.

26 ¿Cuál de las siguientes acciones de la PTH es correcta?

- A) La PTH estimula la reabsorción de fosfato, tanto en los túbulos proximales como en los distales, pero el efecto proximal es más pronunciado.
- B) La PTH Inhibe la síntesis de $1,25(\text{OH})_2 \text{D}_3$ en el túbulo proximal mediante una inducción rápida de la transcripción del gen 25-hidroxivitamina D (25[OH]D) 1 α -hidroxilasa
- C) La PTH tiene capacidad de estimular a los osteoblastos.
- D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

27 A un paciente le han diagnosticado de Hiperparatiroidismo Primario Normocalcémico. ¿Cuál será el motivo?

- A) No existe esa patología.
- B) Si existen concentraciones elevadas de PTHi confirmadas al menos en 2 ocasiones, en ausencia de hipercalcemia.
- C) Si han encontrado PTH elevada con calcio sérico elevado, pero con hipocalciuria.
- D) Si existen concentraciones elevadas de PTHi, confirmadas al menos en 2 ocasiones, en ausencia de aumento del calcio total, pero si está elevado el calcio iónico.

28 Un endocrinólogo, que está estudiando a una paciente por hipercalcemia, le pide PTHrp. ¿Qué causa de hipercalcemia sospecha?

- A) Hipercalcemia hipocalciuria familiar.
- B) Hipercalcemia maligna.
- C) Hipercalcemia por Litio.
- D) Intoxicación por vitamina D.

29 Con respecto a la mineralización del hueso, ¿qué NO es cierto?

- A) Los niños y los adolescentes con Diabetes Mellitus de tipo 1 (DM1) tienen más riesgo de menor adquisición mineral ósea.
- B) La DM2 se asocia a una masa ósea normal, pero también a un aumento de la fragilidad esquelética, en parte por el incremento de la porosidad cortical.
- C) Los glucocorticoides pueden estimular la osteoclastogénesis y la resorción ósea porque disminuyen la expresión de RANKL.
- D) Contesto esta opción porque ninguna de las anteriores respuestas es FALSA

30 Diga la respuesta FALSA con respecto a la osteomalacia y el raquitismo:

- A) Algunas formas adquiridas de raquitismo y osteomalacia se deben a la producción ectópica de factor de crecimiento fibroblástico 23.
- B) A nivel mundial, las causas más frecuentes de raquitismo y osteomalacia son las causas genéticas.
- C) Los fármacos antivíricos Tenofovir y Adefovir, muy utilizados en la actualidad para el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la hepatitis B, da lugar a formas adquiridas de raquitismo y osteomalacia.
- D) El raquitismo es una enfermedad ósea que afecta a niños y adolescentes en crecimiento, y que va asociada a deformidades esqueléticas características.

- 31 ¿Cuál de los siguientes biomarcadores de recambio óseo es producido principalmente por los osteoclastos?**
- A) Fosfatasa alcalina.
 - B) Osteocalcina.
 - C) Propéptido C.
 - D) Catepsina.
- 32 Con respecto a la fisiología de la glándula suprarrenal, ¿cuál de las siguientes respuestas es cierta?**
- A) Los enfermos con receptores defectuosos de LDL, en el seno de una hipercolesterolemia familiar, tienen una esteroidogenia suprarrenal alterada.
 - B) Las enzimas del citocromo P450, juegan un papel fundamental en la esteroidogénesis.
 - C) La secreción de cortisol sigue un ritmo circadiano, con secreción máxima a las 12 de la mañana.
 - D) La aldosterona se secreta fundamentalmente bajo control de la ACTH.
- 33 ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta con respecto al feocromocitoma?**
- A) Triada sintomática clásica: náuseas, palpitaciones y ansiedad (si ninguno está presente, se descarta feocromocitoma con 99% de seguridad).
 - B) La hipertensión arterial es paroxística en el 90% de los casos.
 - C) Pueden ser asintomáticos y descubrirse accidentalmente en pruebas de imagen (“incidentalomas”).
 - D) Todas las respuestas son correctas.
- 34 La afirmación correcta, con respecto a los receptores sobre los que actúan las catecolaminas, es:**
- A) El subtipo α_1 postsináptico media la contracción del músculo vascular y liso. La estimulación causa vasoconstricción y aumenta la presión arterial.
 - B) El receptor β_1 interviene en la relajación del músculo liso bronquial, vascular y uterino. Su estimulación provoca broncodilatación, vasodilatación y relajación en el músculo.
 - C) El receptor β_2 actúa como mediador de los efectos cardíacos, y responde mejor al isoproterenol que a la adrenalina o la noradrenalina. La estimulación causa efectos inótrpos y cronótrpos sobre el corazón y aumenta la secreción de renina en el riñón y la lipólisis en los adipocitos.
 - D) Todas las respuestas son correctas.
- 35 ¿Cuál de los siguientes test está más validado para confirmar la sospecha de hiperaldosteronismo en una mujer que presenta un cociente aldosterona/renina alterado?**
- A) Test de la espironolactona.
 - B) Sobrecarga de potasio.
 - C) Test del captopril.
 - D) Test con dexametasona.

- 36 ¿Qué signo, síntoma o dato analítico nos diferencia una insuficiencia suprarrenal primaria de una secundaria?**
- A) Hiperpigmentación.
 - B) Anorexia.
 - C) Hipoglucemias.
 - D) Ninguna de las anteriores es correcta.
- 37 ¿Cuál es cierta en relación al síndrome de Cushing?**
- A) Los adenomas suprarrenales provocan del 40 al 55% de los casos de síndrome de Cushing.
 - B) El adenoma suprarrenal causante de síndrome de Cushing suele secretar casi siempre otros esteroides, del tipo de andrógenos y mineralocorticoides.
 - C) Existe una variante denominada el “síndrome de Cushing cíclico”, caracterizado por períodos de producción excesiva de cortisol, intercalados con otros de producción normal.
 - D) El síndrome de McCune-Albright se caracteriza por enfermedad de Cushing y anosmia.
- 38 Se ha pautado una prueba de supresión fuerte con dexametasona dentro del proceso diagnóstico de un síndrome de Cushing (test de Liddle) para ayudar a diferenciar la enfermedad de Cushing de tumor ectópico. ¿Cómo se realiza esa prueba?**
- A) Administrar 0,5 mg de Dexametasona cada 8 horas durante 48 horas.
 - B) Administrar 2 mg de Dexametasona cada 6 horas durante 48 horas.
 - C) Administrar 2 mg de Dexametasona cada 8 horas durante 48 horas.
 - D) Ninguna de las anteriores es correcta.
- 39 Diga la respuesta FALSA con respecto al síndrome de Cushing:**
- A) Se estima que la incidencia de la enfermedad de Cushing alcanza de 2 a 3 casos por millón de habitantes y año.
 - B) La enfermedad de Cushing y los adenomas suprarrenales ocurren cuatro veces más en las mujeres.
 - C) El síndrome de producción ectópica de ACTH afecta más al sexo femenino.
 - D) Existe variante familiar autosómica dominante, llamada complejo de Carney, que se caracteriza por tumores mesenquimatosos (en especial, mixomas auriculares) y pigmentación dispersa de la piel.
- 40 Señale la correcta con respecto a la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC):**
- A) Del 40 al 45% de las HSC se deben a una deficiencia de 21-hidroxilasa.
 - B) La deficiencia de 11 β -hidroxilasa se debe a mutaciones del gen de la 11 β -hidroxilasa (CYP11B1), que determinan la pérdida de actividad enzimática y el bloqueo en la conversión del 11-desoxicortisol hacia cortisol.
 - C) La deficiencia de 21-hidroxilasa clásica es más frecuente que la no clásica.
 - D) La deficiencia de 21-hidroxilasa se hereda como un rasgo autosómico dominante.

- 41 ¿Qué zona de vello NO puntúa en la escala de Ferriman?**
- A) Interescapular.
 - B) Línea alba.
 - C) Axilas.
 - D) Todas estas zonas puntúan en la escala.
- 42 ¿Cuál de las siguientes hormonas es un ligando de receptor nuclear?**
- A) Oxitocina.
 - B) Calcitonina.
 - C) PTH.
 - D) 1-25(OH)₂ vitamina D.
- 43 ¿Cuál de los siguientes factores de transcripción es necesario para la diferenciación de todas las células productoras de hormonas de la adenohipófisis?**
- A) HESX1.
 - B) PROP1.
 - C) PITX1.
 - D) Todos los anteriores.
- 44 Señale la opción verdadera sobre los ritmos circadianos de las hormonas hipofisarias:**
- A) La secreción de prolactina es mínima después de conciliar el sueño.
 - B) La secreción de TSH es máxima entre las 4 y las 7 de la tarde.
 - C) La secreción de GH es máxima después de conciliar el sueño.
 - D) La producción de ACTH es máxima entre las 2 y las 6 de la tarde.
- 45 ¿Cuál de las siguientes es una de las características de los tumores neuroendocrinos hipofisarios agresivos?**
- A) Menos de 2 mitosis/campo de gran aumento (CGA).
 - B) Inmunorreactividad P53 fuertemente positiva en más de 3 núcleos/CGA.
 - C) Invasión del seno cavernoso grado 1 de Knosp.
 - D) Ki67 > 3%.
- 46 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con las hipofisitis?**
- A) La adenohipofisitis linfocítica supone un 30% del total de la hipofisitis linfocíticas.
 - B) La panhipofisitis linfocítica suele guardar relación con la gestación y/o el parto.
 - C) La hipofisitis granulomatosa es la causa más frecuente de hipofisitis.
 - D) En la infundibulohipofisitis linfocítica no hay predominancia femenina.
- 47 ¿Cuál de las siguientes NO es una comorbilidad asociada a la acromegalia?**
- A) Apnea del sueño.
 - B) Obesidad de grado 3 ó 4.
 - C) Hipertensión arterial.
 - D) Síndrome del túnel carpiano.

- 48 ¿Cuál de las siguientes circunstancias puede dar valores de IGF-1 bajos?**
- A) Embarazo.
 - B) Pubertad.
 - C) Tratamiento con estrógenos vía oral.
 - D) Tratamiento con testosterona vía parenteral.
- 49 ¿Qué tratamiento farmacológico puede dar un falso positivo en la prueba de supresión de cortisol tras 1 mg de Dexametasona?**
- A) Diltiazem.
 - B) Fluoxetina.
 - C) Carbamacepina.
 - D) Ritonavir.
- 50 ¿Cuál de los siguientes hallazgos se puede encontrar en personas con insuficiencia haploide del gen SHOX?**
- A) Luxación parcial del cúbito en muñeca y codo.
 - B) Acortamiento de los huesos metacarpianos del 4º y 5º dedo.
 - C) Paladar ojival.
 - D) Todos los anteriores.
- 51 ¿Cuál de las siguientes patologías tiene indicación aprobada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para el tratamiento con hormona de crecimiento en la infancia, por talla baja?**
- A) Acrondroplasia.
 - B) Síndrome de Noonan.
 - C) Síndrome de Down.
 - D) Síndrome de Laron.
- 52 ¿Cuál es una causa de pubertad precoz verdadera?**
- A) Síndrome de Cushing.
 - B) Hamartoma hipotalámico.
 - C) Testotoxicosis familiar.
 - D) Exposición a estrógenos.
- 53 ¿Qué efectos del tratamiento con los análogos de GnRH se han demostrado en la pubertad precoz en niñas?**
- A) Causan aumento del IMC a largo plazo.
 - B) Producen un aumento de estrés psicológico.
 - C) Aumentan la talla final en la pubertad precoz de inicio temprano.
 - D) Disminuyen la fertilidad en la edad adulta.
- 54 ¿Cuál de las siguientes es una causa de resistencia a la vasopresina (AVP)?**
- A) Tratamiento con Fenitoína.
 - B) Tratamiento con Cisplatino.
 - C) Síndrome de Wolfram.
 - D) Mutación del gen PCSK1.

55 ¿Cuál de las siguientes es causa de hiponatremia euvolémica?

- A) Síndrome nefrótico.
- B) Polidipsia.
- C) Hipoaldosteronismo.
- D) Abuso de laxantes.

56 ¿Qué caracteriza a la estructura testicular?

- A) Los túbulos seminíferos están formados por células de Leydig.
- B) Las arterias testiculares nacen en la arteria ilíaca interna.
- C) La túnica albugínea está formada por los tabiques fibrosos que separan los lóbulos del parénquima.
- D) El cordón espermático está formado por el músculo cremáster, el conductor deferente y un pedículo neurovascular.

57 Señale la respuesta correcta en relación con el control fisiológico de la función testicular:

- A) La inhibina B frena en la hipófisis la producción de LH.
- B) La FSH estimula a la secreción de inhibina B por las células de Sertoli.
- C) La GnRH estimula la producción de LH y FSH cada 5 minutos en el varón adulto.
- D) La testosterona aumenta la secreción de GnRH a nivel hipotalámico.

58 ¿Cuál de las siguientes es una causa de ginecomastia?

- A) Hipertiroidismo primario.
- B) Tratamiento con Amiodarona.
- C) Síndrome de realimentación.
- D) Todas las anteriores.

59 Señale la respuesta correcta en relación con el control funcional del ovario:

- A) La hormona antimulleriana es producida por las células de la teca.
- B) Los receptores de la FSH se localizan en células de la granulosa.
- C) El supresor tumoral BCR1 aumenta la actividad de la enzima aromatasasa en el ovario.
- D) El regulador esencial de la esteroidogénesis en el cuerpo lúteo es la FSH.

60 Con respecto a la neuropatía diabética, NO es cierto que:

- A) Las neuropatías diabéticas son las complicaciones más frecuentes de la Diabetes Mellitus.
- B) La polineuropatía distal simétrica es la más diagnosticada y la de mayor morbilidad de las neuropatías diabéticas, pues se presenta, por lo menos, en la mitad de todos los pacientes con diabetes.
- C) La polineuropatía diabética está ausente en pacientes con prediabetes y síndrome metabólico.
- D) La mayoría de los pacientes con neuropatía diabética (hasta el 70% de los casos) experimentan alguna forma de insomnio, depresión, ansiedad y baja productividad laboral.

- 61 El concepto de factor de sensibilidad a la insulina NO incluye;**
- A) Descenso de nivel glucémico (expresado en mg/dl) tras la administración de 1 UI de insulina.
 - B) Para análogos de insulina (ultrarrápida) se calcula dividiendo 1.800/dosis total de insulina en 24 h.
 - C) Para insulina humana (rápida) se calcula dividiendo 1.500/dosis total de insulina en 24 h.
 - D) Cantidad de insulina necesaria (expresada en UI) para descender la glucemia en 10 mg/dl.
- 62 El Hospital de Día de Diabetes NO incluye, entre sus funciones, la atención a pacientes con:**
- A) Patología preferente que no puede citarse en consulta.
 - B) Debut de diabetes que precise insulinización inmediata.
 - C) Terapia con infusión subcutánea continua de insulina ISCI: implantación o intensificación.
 - D) Pie diabético grave de evolución tórpida.
- 63 Respecto al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), en un documento adicional del actual Plan Integral de Diabetes denominado “Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la DM2” del año 2023, se destaca todo lo siguiente SALVO que:**
- A) Las modificaciones de los hábitos de vida son la clave del tratamiento de la DM2.
 - B) La actividad física mejora la sensibilidad a la insulina, incluso si no conduce a la pérdida de peso.
 - C) Los cambios en el estilo de vida tienen un mayor potencial para reducir la HbA1c que la intervención con cualquier medicamento que no sea insulina.
 - D) La Metformina no debería de seguir siendo considerada como fármaco de primera elección en caso de pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular establecida o con alto riesgo de padecerla.
- 64 Con respecto a la masa beta pancreática es cierto que:**
- A) Su estimación tiene interés para el diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de Diabetes Mellitus.
 - B) Su cuantificación se realiza, habitualmente, mediante biopsia pancreática por laparoscopia.
 - C) Se estima midiendo los niveles de insulina basal y tras estimulación con glucagón.
 - D) La alteración de la sobrecarga intravenosa de glucosa no se relaciona con la masa beta.

- 65 Para estudiar a un paciente con síndrome carcinoide es importante determinar la Cromogranina A plasmática, la excreción urinaria de 5-Hidroxiindolacético o la serotonina en orina. Sin embargo, la Cromogranina A podría hallarse elevada (falsos positivos) en algunas de las siguientes afecciones o circunstancias, SALVO en:**
- A) Gastritis crónica atrófica.
 - B) Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.
 - C) Insuficiencia renal crónica.
 - D) Tratamiento con Paracetamol.
- 66 Sobre la Diabetes Mellitus tipo LADA (Latent Autoimmune Diabetes of the Adult), es cierto que:**
- A) Su progresión es más lenta, y la necesidad de tratamiento insulínico suele retrasarse, con frecuencia, unos meses.
 - B) Muestra una clara predisposición genética, mayor que la Diabetes Mellitus tipo 1 autoinmune.
 - C) Suele asociarse a sobrepeso u obesidad.
 - D) Los autoanticuerpos que se hallan presentes con más frecuencia son los dirigidos contra la insulina.
- 67 ¿Cuál de los siguientes eventos NO está implicado en la patogenia de la Diabetes Mellitus tipo 1, de forma principal?**
- A) El complejo MHCII-Ag-beta junto a las moléculas accesorias.
 - B) Activación de las células T helper (TH1).
 - C) Producción local de citoquinas proinflamatorias como interleuquina-(IL)-1beta, interferón (IFN)-gamma y factor de necrosis tumoral (TNF)-alfa.
 - D) Exceso de proinsulina con escasa actividad funcional.
- 68 Sobre los síndromes de resistencia hormonal, NO es cierto que:**
- A) Se deben a alteraciones de la fijación a receptores hormonales o de su señalización.
 - B) Pueden simular el fenotipo de la deficiencia hormonal.
 - C) Se acompañan de concentraciones circulantes normales de hormonas biológicamente activas.
 - D) Pueden cursar de forma asintomática y no requerir tratamiento.
- 69 Uno de los siguientes factores NO se ha asociado con la aparición de la Diabetes Mellitus tipo 1:**
- A) Geografía y clima: mayor incidencia en los países fríos y de latitud norte.
 - B) Alcoholismo crónico: consumo superior a 50 gr de alcohol al día en hombres y 40 gr en mujeres durante más de un año.
 - C) Virus: Parotiditis, Rubeola, Citomegalovirus, Enterovirus y Retrovirus.
 - D) Tóxicos: Estreptozotocina, Alloxane, Vacor y Pentamidina.

- 70 ¿Cuál de las siguientes situaciones es causa de un aumento de los requerimientos de insulina en un paciente con diabetes?**
- A) Proceso infeccioso.
 - B) Actividad física excesiva.
 - C) Insuficiencia renal crónica.
 - D) Enfermedad de Kwashiorkor.
- 71 El Síndrome Poliendocrino Autoinmunitario de tipo II (APS-II) se caracteriza por la presentación de los trastornos siguientes en un mismo enfermo:**
- A) Insuficiencia suprarrenal primaria (enfermedad de Addison), enfermedad tiroidea autoinmune y Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1).
 - B) Insuficiencia suprarrenal primaria (enfermedad de Addison), enfermedad tiroidea autoinmune y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).
 - C) Insuficiencia suprarrenal primaria (enfermedad de Addison), hipoparatiroidismo primario y DM1.
 - D) Candidiasis mucocutánea, enfermedad tiroidea autoinmune y DM1.
- 72 Con respecto a la epidemiología de la retinopatía diabética, NO es cierto que:**
- A) Hay un mayor riesgo de complicaciones oculares más frecuentes y graves en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1).
 - B) Aproximadamente el 25% de los pacientes con DM1 tienen retinopatía después de 5 años de evolución, y esta cifra aumenta al 60 y al 80% después de 10 y 15 años, respectivamente.
 - C) La retinopatía diabética con riesgo de amenaza para la visión, está presente en el 67% de los pacientes con DM1 con más de 35 años de evolución.
 - D) Los pacientes con DM2 representan el mayor porcentaje de pacientes con ceguera por retinopatía diabética.
- 73 Una de las siguientes afirmaciones sobre el edema macular diabético NO es cierta:**
- A) Se asocia a una probabilidad del 25% de pérdida moderada de la visión a los 3 años.
 - B) En la clínica, la mejor manera de evaluar su presencia y evolución es mediante la retinografía frecuente (cada 6 meses).
 - C) El tratamiento actual de primera línea son las inyecciones intravítreas con inhibidores del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF).
 - D) No se trata de una lesión específica de la retinopatía diabética.
- 74 Sobre la nefropatía diabética, NO es cierto que:**
- A) En los países occidentales, la diabetes es la principal causa de enfermedad renal terminal (diálisis y trasplantes).
 - B) En los pacientes con DM2, la microalbuminuria se asocia a un aumento de entre dos y cuatro veces del riesgo de muerte.
 - C) Más del 80% de los pacientes con diabetes en programas de reemplazo renal padecen DM2.
 - D) La microalbuminuria no se trata en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 si la tensión arterial es normal.

- 75 ¿Cuál de los siguientes fármacos se ha demostrado eficaz en la reducción de la fibrosis en pacientes con Esteatohepatitis no alcohólica y Diabetes Mellitus?**
- A) Pioglitazona.
 - B) Pentoxifilina.
 - C) Glimepirida.
 - D) Fenofibrato.
- 76 Sobre la regeneración de los islotes pancreáticos, NO es cierto que puede producirse por:**
- A) Neogénesis a partir de células ductales.
 - B) Replicación de células β .
 - C) Transdiferenciación de células α o δ .
 - D) Hipertrofia de células β .
- 77 La Metformina se recomienda como tratamiento inicial en la mayoría de consensos del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 por eficacia, seguridad y precio; no obstante su utilización tiene algunas limitaciones, y es obligado suspenderla en algunas situaciones clínicas. ¿En cuál de las siguientes situaciones NO consideraría suspender este tratamiento?**
- A) Introducción de análogo de insulina de acción prolongada por mal control metabólico.
 - B) Realización de una TAC con contraste intravenoso.
 - C) Cuadro diarreico con elevación de creatinina plasmática a 2,5 mg/dl.
 - D) Isquemia aguda de extremidades inferiores con importante hipoxia tisular.
- 78 A uno de los siguientes factores NO se le considera estimulador de la secreción de insulina:**
- A) Elevación de la glucemia.
 - B) Elevación de ácidos grasos libres.
 - C) Elevación de aminoácidos.
 - D) Elevación de cuerpos cetónicos.
- 79 En relación a la homocistinuria, se considera que:**
- A) La homocistinuria es una enfermedad EIM (Error Innato del Metabolismo) que engloba a todas las metabolopatías caracterizadas por elevación de homocisteína total en plasma o suero.
 - B) La homocistinuria clásica es debida al defecto en el metabolismo de la cobalamina que interfieren en la remetilación de homocisteína a metionina.
 - C) Es típica la luxación del cristalino hacia abajo, que puede aparecer en estadios tardíos de la enfermedad.
 - D) Todas son correctas

- 80 En el tratamiento nutricional de un paciente con fístula enterocutánea (FEC):**
- A) En pacientes con FEC con débito < 500 ml/día, es preferible la nutrición oral o enteral, una vez que el paciente haya sido estabilizado mediante la administración de fluidos y electrolitos.
 - B) Es recomendable la nutrición parenteral en cualquier caso, como primera opción.
 - C) El aporte proteico recomendado es de 2 g/kg de peso ideal.
 - D) Las respuestas A) y C) son correctas.
- 81 Entre los objetivos de la Nutrición Artificial en el paciente hospitalizado, NO se encuentran:**
- A) Debe prevalecer la ganancia de peso frente al equilibrio calórico.
 - B) Se procurará mantener una adecuada síntesis proteica.
 - C) El cálculo de los requerimientos calóricos depende de la edad, sexo, superficie corporal, actividad y nivel de estrés.
 - D) La vía de administración (enteral o parenteral) se decide en función de una premisa básica: aparato gastrointestinal funcionando.
- 82 Entre las contraindicaciones de la Nutrición Enteral Domiciliaria, NO se encuentra:**
- A) Expectativa de vida inferior a 1 mes.
 - B) Pacientes malnutridos o en riesgo que no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales, y que presentan un aparato digestivo funcionando.
 - C) Desacuerdo de los familiares y/o cuidadores para dar adecuado apoyo y soporte.
 - D) Malabsorción grave.
- 83 ¿En cuál de las siguientes patologías está justificado hacer un test de ACTH (administrando ACTH)?**
- A) En un paciente que acaba de sufrir un traumatismo craneoencefálico, para descartar insuficiencia suprarrenal.
 - B) En una paciente con hirsutismo con valores intermedios de 17OH-progesterona, para descartar déficit de 21-hidroxilasa.
 - C) En un paciente con un síndrome Cushing por un tumor ectópico.
 - D) Todas las respuestas son correctas.
- 84 Entre las distintas enfermedades endocrinológicas que pueden causar hipertensión arterial secundaria como primer síntoma, NO se encuentra:**
- A) Hiperaldosteronismo primario.
 - B) Feocromocitoma.
 - C) Hiperplasia adrenal congénita por déficit de 21-Hidroxilasa.
 - D) Hiperplasia adrenal congénita causada por deficiencia de 11-Beta-Hidroxilasa.

- 85 Entre las recomendaciones para la prescripción de inhibidores de la proteína convertasa subtilisina hexina 9 (iPCSK9), propuestas por la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) de 2022, NO se encuentra:**
- A) Hipercolesterolemia Familiar Homocigota cuando el colesterol LDL sea mayor de 100 mg/dl.
 - B) Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota con menos de 4 factores de riesgo y cifras de colesterol LDL menores de 130 mg/dl.
 - C) Como prevención secundaria en enfermedad coronaria recurrente o multivaso no revascularizable y cifras de colesterol LDL > 70 mg/dl.
 - D) Como prevención secundaria en caso de Diabetes Mellitus y otro factor de riesgo más y cifras de colesterol LDL > 100 mg/dl.
- 86 La Disbetalipoproteinemia se caracteriza por: (señale la respuesta INCORRECTA)**
- A) Es una rara hiperlipemia caracterizada por elevación de partículas lipoproteicas de densidad intermedia, que se traduce en una hiperlipemia mixta grave.
 - B) Suele presentar elevado riesgo cardiovascular, con especial predilección por la enfermedad arterial periférica.
 - C) La presencia de xantomas estriados palmares no es propio de esta patología.
 - D) Suele estar causada por la combinación de un genotipo E2/E2 en el gen de la Apo E y uno o varios factores ambientales (hipotiroidismo, obesidad, etc.).
- 87 Con relación al cromo, señale la respuesta FALSA:**
- A) Es un micronutriente presente principalmente en cereales ricos en fibra, y que se absorbe en intestino delgado
 - B) El cromo mejora la acción de la insulina en los tejidos periféricos, e interviene en el metabolismo de carbohidratos, proteínas, grasas y en estado oxidativo.
 - C) Los ensayos clínicos muestran que la suplementación con cromo es muy eficaz.
 - D) Se ha demostrado deficiencia en pacientes con fallo intestinal crónico después de resección masiva de intestino y con nutrición parenteral no bien suplementada en cromo.
- 88 A nivel del íleon se absorben principalmente los siguientes elementos: (señale la respuesta FALSA)**
- A) Hierro.
 - B) Vitamina B12.
 - C) Vitamina A.
 - D) Sales biliares.
- 89 El déficit de zinc se ha asociado con el riesgo de padecer alguna de las siguientes enfermedades:**
- A) Caquexia cancerosa.
 - B) Osteoporosis.
 - C) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
 - D) Todas las anteriores son correctas.

- 90 Dentro de la valoración morfofuncional (VMF) del estado nutricional, se encuentran las siguientes técnicas, EXCEPTO:**
- A) Técnicas de bioimpedancia.
 - B) Calorimetría indirecta.
 - C) Valoración de la fuerza prensora de la mano mediante dinamometría.
 - D) Test "Up and Go".
- 91 Ante un Trastorno del Comportamiento Alimentario establecido, se recomienda acudir al Servicio de Urgencias ante alguna de estas manifestaciones clínicas: (señale la respuesta INCORRECTA)**
- A) Pérdida de peso igual o superior al 10%-25% secundaria a restricción alimentaria y/o conductas purgativas.
 - B) Negativa absoluta a la ingesta de alimentos o líquidos y alteraciones biológicas secundarias.
 - C) Frecuencia cardíaca < 50 spm, o TA < 90/60 mmHg (ó < 80/50 mmHg en niños/niñas) y/o síntomas derivados.
 - D) Disminución de potasio < 3 mEq/l, o sodio < 130 mEq/L ó > 145 mEq/l.
- 92 Entre las consecuencias del reposo intestinal, es FALSA una de las siguientes afirmaciones:**
- A) Provoca atrofia de la mucosa intestinal.
 - B) Aumenta a actividad enzimática de las células de la mucosa intestinal.
 - C) Favorece la traslocación bacteriana.
 - D) Provoca un descenso de la inmunidad local (IgA secretora).
- 93 Dentro de las indicaciones de la Nutrición Parenteral Domiciliaria, NO se encuentran:**
- A) Fístula Enterocutánea de bajo débito.
 - B) Síndrome de Intestino Corto.
 - C) Isquemia mesentérica.
 - D) Inmunodeficiencia Común Variable avanzada con fallo intestinal definitivo.
- 94 Con relación a la terapia médica nutricional del paciente crítico por vía enteral (NE):**
- A) Al inicio, se recomienda administración continua de dosis de 10-20 ml/h, establecer normas de monitorización de síntomas gastrointestinales e ir aumentando según tolerancia.
 - B) Se debe progresar en el ritmo de infusión en todos los casos, para conseguir cubrir requerimientos en 48 h.
 - C) Se recomiendan utilizar fórmulas hipercalóricas, con el fin de llegar a cubrir requerimientos totales precozmente.
 - D) Todas las anteriores son correctas.

- 95 En relación al uso de distintas herramientas para el diagnóstico de la obesidad, señale la afirmación correcta:**
- A) La Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética Nuclear son las técnicas de referencia para estimar el área de grasa visceral y subcutánea en cortes simples a nivel de L4-L5, e intrahepática a nivel de D12-L1. Por su elevado coste y complejidad su uso se limita a estudios de investigación.
 - B) La bioimpedancia bioeléctrica es una técnica sencilla y no invasiva. Mide el agua corporal total (ACT), estima la masa libre de grasa (FFM) e indirectamente la grasa corporal total (GCT), aunque no hay suficiente validación en IMC > 35 Kg/m².
 - C) La Densitometría de Rayos X de Doble Fotón es la técnica de referencia para evaluar la GCT y la distribución de la grasa regional, al permitir el estudio tanto a nivel de cuerpo entero como de segmentos.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 96 Entre los Errores Innatos del Metabolismo (EIM), y dentro del grupo por defectos del metabolismo energético, NO se encuentran:**
- A) Defectos de la síntesis del colesterol y ácidos biliares: síndrome de Smith-Lemli-Opitz.
 - B) Defectos de la glucólisis, metabolismo del glucógeno, gluconeogénesis, e hiperinsulinismo.
 - C) Defectos de la glicosilación.
 - D) Trastornos de los ácidos nucleicos.
- 97 En relación a las vías de acceso para Nutrición Enteral Domiciliaria (NED), señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) La NED a través de sonda nasogástrica puede ser utilizada mejor que la PEG cuando la NED se estime que supere las 4 o 6 meses.
 - B) La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es la vía de acceso recomendada para la NED de larga duración, frente a la gastrostomía quirúrgica, por el menor número de complicaciones y menor coste.
 - C) En NED de larga duración, la gastrostomía percutánea radiológica (GPR) debe ser considerada como vía de acceso al estómago, si la PEG no puede ser realizada.
 - D) En caso de extubación involuntaria del PEG con más de cuatro semanas desde la colocación inicial, se puede intentar con seguridad el reemplazo directo antes de que el tracto fistuloso se cierre por completo.
- 98 Respecto al cribado nutricional, señale la respuesta FALSA:**
- A) Su objetivo es identificar a los individuos desnutridos o en riesgo, para una intervención nutricional precoz.
 - B) Entre las herramientas recomendadas se encuentra "Malnutrition Universal Screening Tool".
 - C) Se recomienda el "EAT-10" para pacientes en el postoperatorio.
 - D) El "MNAs" es recomendado para pacientes ancianos.

99 Entre los criterios para la valoración de sarcopenia, pero según consenso de la “European Working Group on Sarcopenia in Older People” en su actualización de 2019, se encuentran los siguientes, EXCEPTO:

- A) La pérdida de fuerza muscular es el principal determinante de sarcopenia.
- B) Se debe utilizar el “SARC-F” como cribado o sospecha diagnóstica de sarcopenia.
- C) El diagnóstico de sarcopenia confirmada se basa exclusivamente en la disminución de la fuerza muscular.
- D) Para la medición de la fuerza muscular se podrá utilizar la dinamometría con puntos de corte, o el test de levantarse 5 veces de una silla.

100 ¿Qué alteración fisiopatológica se produce en el síndrome de hipogonadismo funcional del hombre mayor (andropausia)?

- A) El aumento de grasa visceral produce un aumento en la secreción de leptina, que ocasiona una disminución de GnRH a nivel hipotalámico.
- B) La actividad de la aromatasa está disminuida por el aumento de la grasa visceral.
- C) El descenso de GnRH se acompaña de una elevación de las Kisspeptinas.
- D) Todo lo anterior es cierto.

CASO PRÁCTICO 1:

Un paciente tiene la TSH elevada y T4L elevada, y usted quiere diferenciar si se trata de una resistencia a las hormonas tiroideas o un tumor productor de TSH.

101 ¿Cuál de los siguientes datos le ayudaría más?

- A) La exploración clínica.
 - B) Los niveles de T3L.
 - C) Determinación de mutaciones en el gen OCA2.
 - D) Esas dos patologías no comparten estas alteraciones analíticas.
-

CASO PRÁCTICO 2:

Una paciente, con enfermedad de Graves, ha sido tratada con antitiroideos durante 18 meses, y ahora se ha suspendido el tratamiento. La paciente pregunta qué probabilidad tiene de que no recidive o permanezca en remisión la enfermedad.

102 ¿Cuál es la información más correcta que se le puede dar a esta paciente?

- A) Entre el 40-60%.
 - B) Entre el 70-90%.
 - C) Entre el 20-30%.
 - D) Superior al 90%.
-

CASO PRÁCTICO 3:

Un paciente tiene una enfermedad de Addison de origen autoinmune. Está en tratamiento con Hidroaltesona® y, en analítica de control, aparecen unos niveles de ACTH por debajo del valor de la normalidad (suprimida).

103 ¿Cómo interpretaría este hallazgo?

- A) Es normal en este cuadro clínico que la ACTH esté indetectable.
 - B) Es un indicador de que el paciente puede tener una dosis excesiva de Hidroaltesona®.
 - C) Habría que solicitar 17-Hidroxiprogesterona para aclarar el cuadro clínico.
 - D) Ninguna de las anteriores es correcta.
-

CASO PRÁCTICO 4:

Un paciente tiene un hiperparatiroidismo y un calcio elevado.

104 ¿Cuál de los siguientes signos, síntomas o hallazgos NO es compatible con el caso?

- A) Alargamiento del intervalo QT.
 - B) Debilidad muscular proximal.
 - C) Parestesias y calambres musculares.
 - D) Respondo esta opción porque todas las anteriores son correctas.
-

CASO PRÁCTICO 5:

Un paciente ha tenido un cuadro gripal, y ahora presenta hipertiroidismo con dolor en el cuello, por lo que se le prescriben betabloqueantes y antiinflamatorios.

105 ¿Cuál es la evolución que más probablemente presentará a los 30-45 días?

- A) Continuará con hipertiroidismo, ya que no se han puesto antitiroideos.
 - B) Hipotiroidismo transitorio.
 - C) Hipotiroidismo permanente.
 - D) Ninguna de las anteriores es correcta.
-

CASO PRÁCTICO 6:

Un paciente de 45 años tiene un hipotiroidismo.

106 ¿Cuál de los siguientes datos analíticos NO esperaría encontrar en este paciente?

- A) Concentraciones séricas de homocisteína elevadas.
 - B) Concentraciones normales de HDL colesterol.
 - C) Concentraciones elevadas de LDL pequeñas y densas.
 - D) Concentraciones elevadas de CPK y aspartatoaminotransferasa (ASAT).
-

CASO PRÁCTICO 7:

Una niña de un año ha sido diagnosticada de Hiperplasia Suprarrenal Congénita por déficit de 21-hidroxilasa clásica. Su madre pregunta al médico qué complicaciones puede presentar su hija a largo plazo.

107 ¿Cuál de las siguientes, que el médico enumera a la madre, es correcta?

- A) Una talla final menor a la que le podría corresponder.
 - B) Mayor probabilidad de tener un incremento en la adiposidad.
 - C) Una tasa significativamente más alta de diabetes gestacional.
 - D) Todas las enumeradas son correctas.
-

CASO PRÁCTICO 8:

Un paciente presenta deshidratación e hiponatremia, y unos niveles de aldosterona y renina elevados. En el análisis genético presenta una mutación inactivadora del receptor de mineralocorticoides (hMR, NR3C2).

108 ¿Qué patología presenta con más probabilidad este paciente?

- A) Deficiencia de corticosterona metiloxidasa de tipo II (CMO II).
 - B) Hipoaldosteronismo hiperreninémico.
 - C) Deficiencia de aldosterona sintasas de tipo I.
 - D) Pseudohipoaldosteronismo.
-

CASO PRÁCTICO 9:

Un paciente de 15 años ha sido diagnosticado de MEN 2A tras extirparle un cáncer medular de tiroides.

109 ¿Cuál de las siguientes informaciones sobre esta patología es correcta?

- A) Tiene un 80% de posibilidades de desarrollar hiperparatiroidismo primario.
 - B) En personas con MEN 2A se han documentado numerosas mutaciones inhibitoras en el protooncogén RET.
 - C) En algunos casos puede aparecer la enfermedad de Hirschsprung, que se caracteriza por ausencia de células ganglionares autónomas en el plexo parasimpático del colon distal.
 - D) Tiene un 25% de posibilidades de desarrollar un feocromocitoma adrenérgico, que será habitualmente monolateral.
-

CASO PRÁCTICO 10:

Un paciente tiene una enfermedad de Cushing sintomática.

110 ¿Cuál de los siguientes efectos, que hará el exceso de glucocorticoides, NO es correcto?

- A) Incremento en la liberación de FSH y LH.
 - B) Disminución de la secreción de GH.
 - C) Disminución de la formación de hueso.
 - D) Dentro del hígado, un incremento del depósito de glucógeno, al aumentar la glucógeno sintasa.
-

CASO PRÁCTICO 11:

A un paciente lo acaban de diagnosticar de una insuficiencia suprarrenal primaria.

111 ¿Cuál de las siguientes informaciones que le han dado al paciente es correcta?

- A) La tasa de producción normal de cortisol es de 20-30 mg/día, por lo que hay que administrar entre 25 y 30 mg de Hidrocortisona en dosis divididas.
 - B) El ajuste de la dosis se hace en función de los niveles de ACTH.
 - C) La sustitución de los mineralocorticoides, casi siempre en forma de Fludrocortisona, se hará a dosis de 0,5 a 2 mg/día, en una sola administración diaria.
 - D) Ninguna de las anteriores es correcta.
-

CASO PRÁCTICO 12:

Un paciente en tratamiento con Metimazol ha presentado fiebre y dolor de garganta, y tiene menos de 500 neutrofilos/mm³ en el recuento hematimétrico.

112 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este cuadro NO es correcta?

- A) La incidencia en los primeros 3 meses de tratamiento con Metimazol asciende al 0,28%.
 - B) Los factores de riesgo son edad avanzada y dosis altas de Metimazol.
 - C) Después de resuelto el cuadro no debe reiniciarse Metimazol, y hay que cambiar a Propiltiouracilo.
 - D) Este cuadro clínico es muy difícil de predecir, ya que puede desarrollarse en 2-3 días.
-

CASO PRÁCTICO 13:

Un paciente presenta una oftalmopatía de Graves.

113 ¿Cuál de las siguientes informaciones sobre esta patología es correcta?

- A) Más de un 50% de los pacientes que la presentan están eutiroides.
 - B) La oftalmopatía de Graves es más grave en mujeres y en las personas muy jóvenes.
 - C) La anatomía patológica de la oftalmopatía de Graves se caracteriza solo por el agrandamiento de los músculos extraoculares.
 - D) En el seguimiento a 1 año después de aparecer, más del 60% de los pacientes mejora o no empeora el cuadro clínico.
-

CASO PRÁCTICO 14:

Una familia donde han aparecido dos paragangliomas es enviada a la Unidad de Genética para estudio.

114 ¿La mutación de qué gen es más probable que padezca?

- A) Mutaciones en genes de la succinato deshidrogenasa.
 - B) Mutaciones en el factor inducible por hipoxia (HIF) 2 α .
 - C) Mutación en la isoforma 1 de la prolilhidroxilasa (PHD1).
 - D) Las mutaciones de pérdida de función en el factor X asociado a MYC (MAX).
-

CASO PRÁCTICO 15:

Un paciente que presenta hipertensión ha leído en internet sobre el hiperaldosteronismo primario, y quiere que su médico le informe sobre el tema.

115 ¿Qué información que le da el medico NO es correcta?

- A) La prevalencia del aldosteronismo primario se estima en la actualidad entre 5 al 10% de todos los pacientes con hipertensión.
 - B) Los pacientes con hiperaldosteronismo tienen menor riesgo cardiovascular que los pacientes con hipertensión arterial esencial.
 - C) El cociente aldosterona/actividad de renina plasmática es una prueba inicial para su diagnóstico.
 - D) Contesto esta opción porque ninguna de las anteriores respuestas es FALSA.
-

CASO PRÁCTICO 16:

Mujer de 24 años que, en el estudio por ciclo menstrual irregular, presenta unos niveles de prolactina de 62 ng/mL, con un 38% de recuperación tras precipitación con PEG.

116 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Microprolactinoma.
 - B) Hiperprolactinemia idiopática.
 - C) Presencia de macroprolactina.
 - D) Quiste de la bolsa de Rathke.
-

CASO PRÁCTICO 17:

Hombre de 39 años que es remitido desde Atención Primaria por sospecha de acromegalia. El motivo de consulta fue disfunción eréctil, y no refiere otros síntomas. A la exploración presenta rasgos algo toscos sin otros hallazgos.

117 ¿Qué estudios estarían indicados en la evaluación inicial?

- A) OCT (tomografía de coherencia óptica).
 - B) Sobrecarga oral de glucosa para GH.
 - C) RN hipofisaria.
 - D) IGF-1, prolactina y testosterona.
-

CASO PRÁCTICO 18:

Mujer de 53 años que consulta por síntomas de climaterio severos, que interfieren con su actividad diaria y le impiden el descanso nocturno. Entre sus antecedentes destacan: diabetes tipo 2 con buen control metabólico (HbA1c: 6,2% y LDL-colesterol: 72 mg/dL), sobrepeso (IMC: 28 kg/m²) y menopausia un año antes. Realiza tratamiento farmacológico por vía oral con: Metformina 1 g + Empagliflozina 12,5 mg/12 horas y Simvastatina 40 mg/día.

118 De acuerdo con el consenso multidisciplinar acerca de “Los Criterios de Elegibilidad para el Uso de Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) en Mujeres con Condiciones Médicas” de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia de 2021, ¿cuál de las siguientes opciones considera la más correcta?

- A) No recomendar THM transdérmica combinada, por el riesgo que el control de la diabetes empeore.
 - B) Recomendar la THM combinada por vía oral y suspender la Simvastatina.
 - C) Recomendar la THM combinada oral y asociar ácido Acetil Salicílico a dosis de 100 mg/día.
 - D) Recomendar la THM combinada por vía transdérmica.
-

CASO PRÁCTICO 19:

Hombre de 27 años que consulta por polidipsia y poliuria de unos 5 litros al día. Tiene antecedentes de germinoma supraselar-pineal tratado con quimio y radioterapia 8 años antes. La función hipofisaria está preservada en revisiones previas. Refiere aumento progresivo de la ingesta de líquidos en los últimos dos años por intensa sed, y presenta nicturia de 2 veces. Se realiza analítica en ayunas con recomendación de restricción hídrica en las 4 horas previas y muestra los siguientes resultados: glucosa: 88 mg/dL, creatinina: 1 mg/dL, sodio: 136 mEq/L (135-145), potasio: 4,2 mEq/L (3,5-4,5), osmolaridad plasmática: 282 mOsmol/Kg, osmolaridad urinaria: 576 mOsmol/Kg.

119 ¿Qué diagnóstico considera más probable?

- A) Deficiencia de vasopresina inducida por radioterapia.
 - B) Polidipsia primaria.
 - C) Resistencia a la hormona antidiurética.
 - D) Recidiva del germinoma.
-

CASO PRÁCTICO 20:

Mujer de 45 años diagnosticada de hiponatremia moderada por SIADH crónico, a la que se le recomienda iniciar tratamiento con Tolvaptan a dosis de 7,5 mg/día. El control de sodio antes de comenzar el tratamiento fue de 125 mEq/L y a las 6 horas de la primera toma es de 134 mEq/L.

120 ¿Qué actitud es la más correcta de acuerdo con el Consenso para el manejo de la Hiponatremia, de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición de 2022?

- A) Esperar al siguiente control de sodio a las 24 horas del inicio del tratamiento.
 - B) Administrar 2 µg de Desmopresina vía subcutánea.
 - C) Administrar 2 µg de Desmopresina vía subcutánea además de una infusión de glucosa al 5% a ritmo de 2 mL/kg/hora durante 2 horas.
 - D) Administrar 5 µg de Desmopresina vía subcutánea además de una infusión de glucosa al 5% a ritmo de 10 mL/kg/hora durante 2 horas.
-

CASO PRÁCTICO 21:

Hombre de 36 años con insulinoma diagnosticado 3 meses antes que, tras pancreatectomía corpocaudal, está en remisión.

121 ¿En cuál de las siguientes situaciones estaría indicado solicitar estudio genético de MEN-1?

- A) Si se tratara de un insulinoma múltiple.
 - B) Está indicado, pues se trata de un tumor neuroendocrino pancreático en una persona con menos de 40 años.
 - C) Si un familiar de primer grado tuviera antecedentes personales de hiperparatiroidismo primario.
 - D) Si un familiar de primer grado presentara un macroadenoma hipofisario.
-

CASO PRÁCTICO 22:

Los padres de un chico de 15 años, recientemente diagnosticado de síndrome de Klinefelter, preguntan acerca de los riesgos asociados y el tratamiento de este síndrome.

122 ¿Cuál de las siguientes informaciones sería la adecuada?

- A) El riesgo de cáncer de próstata está aumentado.
- B) El tratamiento con testosterona está contraindicado.
- C) La infertilidad no tiene tratamiento, pues presentan azoospermia.
- D) El riesgo de artritis reumatoide está incrementado.

CASO PRÁCTICO 23:

Mujer de 62 años con acromegalia no curada tras intervención quirúrgica, en tratamiento con Lanreotide a dosis de 120 mg/28 días y Metformina 1 g/12 horas. En la revisión, tras 9 meses de tratamiento, refiere que no ha notado mejoría clínica y presenta los siguientes resultados analíticos: Glucosa: 148 mg/dL, creatinina: 0,9 mg/dL, sodio: 139 mEq/L, potasio: 3,8 mEq/L, ALT: 22 UI/L, AST: 18 UI/L. La RMN hipofisaria muestra resto tumoral intraselar de 6 mm de diámetro máximo.

Determinaciones hormonales: IGF-1: 645 ng/mL (50-184), prolactina: 2 ng/mL, TSH: 2 mUI/L, tiroxina libre: 1,2 ng/dL, cortisol: 19 mcg/dL.

123 ¿Qué cambio terapéutico sería el más adecuado?

- A) Cambiar el Lanreotide por Pasireotide a dosis de 15 mg/28 días.
 - B) Suspender el Lanreotide y remitir a la paciente para radioterapia esteroatáxica fraccionada.
 - C) Suspender el Lanreotide e iniciar tratamiento con Pegvisomant a dosis de 15 mg/día.
 - D) Asociar Cabergolina a dosis de 1 mg semanal.
-

CASO PRÁCTICO 24:

Hombre de 45 años con enfermedad de Cushing, que recidivó a los 18 meses de la cirugía, y realiza tratamiento con Ketoconazol a dosis de 200 mg/8 horas, con control bioquímico adecuado. El paciente nos consulta por ginecomastia dolorosa de un mes de evolución.

124 ¿Qué estaría más indicado?

- A) Cambiar el Ketoconazol por Metirapona.
 - B) Remitir al cirujano plástico.
 - C) Asociar Tamoxifeno durante 6 meses.
 - D) Asociar Finasteride durante 9 meses.
-

CASO PRÁCTICO 25:

Varón de 48 años que es remitido por hallazgo incidental en una RMN craneal de una masa hipofisaria sólida de 1,7 cm de diámetro mayor, con extensión supraselar que no contacta con el quiasma óptico, e invasión grado 2 de Knosp en seno cavernoso derecho. El paciente refiere cefaleas de intensidad moderada (motivo por el cual se ha realizado el estudio de imagen), sin otra clínica relevante, y la exploración clínica no arroja datos de interés.

125 ¿Qué combinación de pruebas cree que es la opción más indicada?

- A) TSH, tiroxina libre, triyodotironina libre, prolactina, cortisol tras 1 mg de Dexametasona, LH/FSH y testosterona.
- B) TSH, tiroxina libre, cortisol, IGF-1, LH/FSH, prolactina, testosterona y cortisol en orina de 24 horas.
- C) Testosterona, IGF-1, cortisol, TSH, prolactina y cortisol salival nocturno.
- D) IGF-1, GH, ACTH, testosterona, LH/FSH y prolactina.

CASO PRÁCTICO 26:

Mujer de 23 años que es remitida desde Dermatología por sospecha de hiperandrogenismo. En los antecedentes familiares destaca diabetes tipo 2 (padre y tíos paternos). No refiere antecedentes personales de interés. Su cuadro comenzó hace años, a raíz de la menarquia, pero se ha ido agravando progresivamente. Este se caracteriza por aumento del peso, aparición de vello terminal en cara, zona intermamaria y periareolar, línea alba y glúteos, además de por acné facial, ciclos muy irregulares y amenorrea desde hace 5 meses. Su médico de Atención Primaria solicitó una prueba de deprivación con progestágenos que ha sido positiva. No refiere otros síntomas. La exploración física muestra: peso: 76 Kg, talla: 164 cm, IMC: 28 y Ferriman-Gallwey de 14 puntos, sin otros datos de interés. Aporta analítica con bioquímica general normal y niveles de testosterona total y libre también normales.

126 ¿Qué prueba complementaria está más indicada?

- A) Cociente LH/FSH.
 - B) Niveles de 17-hidroxiprogesterona a las 8 de la mañana.
 - C) TAC pélvico.
 - D) Cortisol salival nocturno.
-

CASO PRÁCTICO 27:

Hombre de 34 años con hipopituitarismo y diabetes insípida por craneofaringioma intervenido e irradiado a los 6 años de edad, que realiza tratamiento sustitutivo adecuado. En su última visita nos comunica sus deseos de fertilidad.

127 ¿Qué estaría indicado en este caso?

- A) Suspender tratamiento con testosterona.
 - B) Iniciar tratamiento con HCG a dosis 500-1.000 /UI vía subcutánea de 2 a 3 veces por semana.
 - C) Asociar FSH a dosis de 75 UI a días alternos vía subcutánea a partir de los 6 meses de tratamiento con HCG.
 - D) Todo lo anterior.
-

CASO PRÁCTICO 28:

Mujer de 33 años que acude a revisión por microprolactinoma, una vez concluida la lactancia de su hijo pequeño. La paciente había realizado tratamiento con Cabergolina durante 3 años antes de la concepción, que suspendió al conocer esta. En la consulta refiere que las reglas se han reanudado con normalidad y que no presenta galactorrea. Las pruebas complementarias muestran una RMN hipofisaria sin evidencia de lesión tumoral, y los niveles de prolactina son de 14 ng/mL (N 4-22).

128 ¿Qué estaría indicado hacer?

- A) Reiniciar el tratamiento a dosis de 0,25 mg/7 días vía oral.
 - B) No reiniciar el tratamiento con Cabergolina, y nuevo control de prolactina a los 3-6 meses.
 - C) Alta a su médico de cabecera.
 - D) No reiniciar el tratamiento con Cabergolina, y controles de RMN hipofisaria anuales.
-

CASO PRÁCTICO 29:

Mujer de 48 años con Enfermedad Crohn ileal estenosante, que reingresa por un nuevo episodio de cuadro suboclusivo, en dieta absoluta desde ingreso. Pérdida ponderal de 2 kg en la última semana, tras el alta, y en total unos 7-8 kg en los últimos 30-40 días en el contexto del brote. Hiporexia y disminución de la ingesta con respecto a la previa, sobre todo en la última semana, en la que se ha limitado a pequeñas cantidades de caldo, zumo,... Mala tolerancia por incremento de dolor abdominal, distensión, sensación de plenitud y náuseas. No ventoseo. Exploración: Peso habitual 57-58 kg, talla 160 cm (hace 6 meses), peso referido previo al ingreso hace 5 días: 50 kg, Peso actual: 48 kg, porcentaje de pérdida del 17%. Pruebas Complementarias: Dinamometría: 20,2 (p 10). En la analítica destaca: Albúmina 2,2 g/dL; electrolitos y minerales dentro de la normalidad. Rx abdomen con hallazgo de niveles hidroaéreos, con distensión leve a moderado de asas intestinales. Juicio Clínico: Enfermedad de Crohn ileal estenosante. Cuadro suboclusivo. Sospecha de obstrucción. Desnutrición grave relacionada con la enfermedad. Sospecha de sarcopenia.

129 Ante esta situación, ¿qué tipo de terapia médica nutricional propondría en esta paciente?

- A) Nutrición Parenteral.
- B) Dieta absoluta hasta ver evolución.
- C) Nutrición Enteral por sonda nasogástrica.
- D) Dieta oral que tolere.

130 En la paciente anterior, ¿qué tipo de sustratos metabólicos se recomienda aportar en su terapia nutricional?

- A) Es recomendable aportes de glutamina para favorecer la adaptación de la mucosa intestinal.
 - B) Se recomiendan aportes extras de ácidos grasos omega 3 como nutrientes inmunomoduladores.
 - C) En enfermedad activa no se recomiendan aportes de glutamina o de ácidos grasos omega 3 en nutrición enteral o en parenteral.
 - D) Las respuestas A) y B) son correctas.
-

CASO PRÁCTICO 30:

Varón de 62 años con AP de enolismo activo, hipertensión arterial y cirrosis hepática, con diagnóstico reciente de hepatocarcinoma. Ingresa por: descompensación hídrica con ascitis y edemas en miembros inferiores, cirrosis hepática estadio Child-Pugh B. Se consulta con la Unidad de Nutrición para valoración y terapia nutricional si precisa. Datos de exploración: Peso: 79 kg, talla: 172 cm, IMC: 26,7 kg/m², perímetro braquial: 20

cm, perímetro pantorrilla: 25 cm. Índice de masa muscular esquelética apendicular: 4,9 kg/m². Dinamometría: 18,3 Kg (media) percentil 10. VGS: B. Tolera dieta oral. Anorexia y rechazo de alimentos de tipo proteico. Ingesta actual: 40% de los requerimientos estimados. Valoración Nutricional según Criterios GLIM: Desnutrición Relacionada con la enfermedad moderada-severa.

131 ¿Qué tipo de terapia médica nutricional recomendaría en este paciente?

- A) No requiere ningún tipo de intervención dado que tolera la vía oral y el IMC está elevado.
- B) Dieta hipoproteica e hipolipídica para disminuir el riesgo de encefalopatía hepática.
- C) Administración de Albúmina intravenosa como única opción.
- D) Dieta oral hiperproteica y/o Suplementos nutricionales orales hiperproteicos-hipercalóricos si no es posible cubrir requerimientos con la dieta normal.

132 ¿Qué aporte proteico sería el recomendado en este paciente?

- A) Intentar restringir el aporte de proteínas con aportes estimados inferiores a 0,8 g/kg de peso/día.
 - B) Aporte suplementario de aminoácidos aromáticos.
 - C) Aumentar aportes de proteína, con requerimientos estimados de 1,5 g/kg/día.
 - D) Mantener la ingesta habitual del paciente.
-

CASO PRÁCTICO 31:

Paciente al que se le realiza trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos (TAPH) y en el mismo día es valorado por la Unidad de Nutrición. Refiere pérdida de peso no bien cuantificada durante los últimos meses, anorexia leve con restricción principalmente de alimentos proteicos. La ingesta actual se calcula un 50% de la habitual. Tras la valoración nutricional se diagnostica de Desnutrición Relacionada con la Enfermedad grado moderado. Se pauta consejo dietético más un Suplemento nutricional oral hipercalórico-hiperproteico: 600 Kcal y 30 gr de proteínas en 24 h. Después de una semana el paciente presenta náuseas y vómitos diarios, y además refiere disfagia y odinofagia que le impiden comer, incluso el agua. Presenta lesiones en la cavidad oral compatibles con Mucositis Grado IV.

133 En los pacientes sometidos a TAPH, y en relación a este paciente, ¿qué afirmación NO es correcta respecto al tratamiento nutricional?

- A) La colocación de SNG puede ser dificultosa o imposible debido a la mucositis, plaquetopenia y neutropenia grave que presenta.
- B) Para disminuir la toxicidad de la nutrición parenteral (NP) se debe valorar el aporte de emulsiones lipídicas con ácido grasos omega 3.
- C) Una de las complicaciones es la obstrucción sinusoidal, y en estos casos se debe evitar la sobrecarga calórica y no superar un aporte calórico de 1,5 g/kg/día.
- D) Se recomienda la administración de glutamina en la NP para disminuir la intensidad de la mucositis.

134 En el paciente antes citado, y respecto a las recomendaciones dietéticas en pacientes sometidos a TPH, es verdad que:

- A) Se recomiendan que todos los alimentos que se consuman sean completamente estériles, sometiendo a los alimentos a altas temperaturas durante la cocción.
 - B) No existe evidencia científica para recomendar una dieta de baja carga bacteriana, frente a una dieta de alta seguridad alimentaria en la que se siguen estrictas pautas de higiene y manipulación.
 - C) Existe suficiente evidencia que indica que los pacientes que siguen las dietas de baja carga bacteriana tienen tasas de infección menores que aquellos que no las realizan.
 - D) Las respuestas A) y C) son correctas.
-

CASO PRÁCTICO 32:

Nos consultan para valoración nutricional de una paciente de 37 años ingresada por intolerancia oral completa. Con los siguientes antecedentes personales: No alergias médicas conocidas, no Diabetes Mellitus, no otros factores de riesgo cardiovascular. Antecedentes Quirúrgicos: By-pass gástrico con intervención en Y de Roux en Enero de 2023 (Ecuador). Estenosis de anastomosis con necesidad de dilatación en el hospital de su país, con mal resultado por lo que viene a España. Prácticamente desde últimos de abril/23 con dieta líquida clara, con mala tolerancia: dispepsia, distensión abdominal, diarrea y vómitos. Ha intentado tomar suplementos nutricionales orales, y tampoco lo ha tolerado. Refiere episodios de calambres esporádicos. La pérdida de peso estimada ha sido casi 50 kg desde el mes de abril. Exploración antropométrica básica: Peso antes de la IQ: 105-108 kg, último peso referido antes de este ingreso: 58,8-60 kg, Peso actual: 56 kg, Talla: 158 cm.

135 ¿Qué tipo de terapia médica nutricional sugiere en esta paciente?

- A) No intervenir, porque aún necesita perder más peso.
- B) Dieta líquida que tolere + Suplementos nutricionales orales.
- C) Nutrición Enteral por sonda nasogástrica, dado que no tolera la dieta oral.
- D) Nutrición Parenteral + dieta líquida que tolere, para renutrir a la paciente mientras se valora la posibilidad de cirugía.

136 En esta paciente, ¿cuál es la técnica de cirugía bariátrica que hubiera sido más aconsejable?

- A) No estaba indicada cirugía bariátrica.
 - B) Gastrectomía vertical o "sleeve" gástrico.
 - C) By-pass gástrico con Y de Roux.
 - D) Gastrectomía + derivación biliopancreática.
-

CASO PRÁCTICO 33:

Paciente de 75 años en tratamiento adyuvante con Quimio/Radioterapia con Cisplatino semanal por Tumor de Origen Desconocido. Es derivado a Urgencias desde Oncología Radioterápica cuando acudía a tratamiento, por intolerancia oral a sólidos y líquidos desde hace 48h. El paciente ya presentaba odinofagia y dificultad para la ingesta de alimentos desde hacía 2 semanas. Actualmente dolor mal controlado en región faríngea, con dificultad para la deglución de líquidos incluida su saliva (en las últimas

48h solo ha tomado un vaso de leche). Niega fiebre, no disnea, tos ni expectoración. No refiere recorte de diuresis. No dolor a otro nivel. Como antecedentes personales no destacan otros datos de interés salvo los actuales. Historia Oncológica: Linfadenectomía cervical derecha por adenopatía submandibular derecha de Tumor de Origen Desconocido: Carcinoma escamoso pobremente diferenciado G3 - cT0pN3cM0. Valoración nutricional: Pérdida de 10 kg durante el último mes. Ingesta: Disminución progresiva de la ingesta, hasta hacerse nula la ingesta por afagia. Síntomas digestivos: Afagia y odinofagia. Capacidad funcional: independiente. Exploración: Peso habitual: 84-85 Kg. Antropometría actual: Talla 1,74 m, Peso 71,5 kg, IMC: 23,62 kg/m²; pérdida de 12.5 Kg en 1 mes. Dinamometría: 24,8 (media) Percentil 5. Diagnostico Nutricional: Desnutrición Relacionada con la Enfermedad grave, según criterios GLIM. Afagia. Mucositis grado IV.

137 Desde la Unidad de Nutrición, en este paciente y ante la imposibilidad de colocar sonda nasogástrica, se propone iniciar Nutrición Parenteral (NP). En este caso, ¿qué tipo de aportes estarían indicados?

- A) Dado que mantiene un IMC normal, pero ha perdido mucho peso, calcularía una NP con 35 Kcal/kg/día.
- B) El aporte proteico en paciente que se considera con grado de estrés moderado-grave será entre 1,3 y 1,5 g/kg de peso y día.
- C) Se recomienda usar la NP con aportes suplementarios de glutamina, para mejorar la mucositis.
- D) Todas las anteriores son correctas

138 En el paciente referido, y ante una situación de quimio-radioterapia con elevado riesgo de toxicidad, como el caso de este paciente, se recomienda:

- A) Cribado riesgo nutricional y consejo dietético si es necesario.
 - B) Gastrostomía profiláctica y nutrición enteral cuando presente dificultades para cubrir requerimientos.
 - C) Nutrición parenteral cuando el paciente presente ya disfagia y problemas para alimentarse.
 - D) No es necesaria ninguna intervención mientras no haya dificultades para la alimentación normal.
-

CASO PRÁCTICO 34:

Un paciente de 35 años de edad, con diabetes tipo 1 desde los 12 años, realiza adecuadamente tratamiento con múltiples dosis de insulina y presenta: hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 8.5%; Tensión Arterial: 125/85 mmHg, LDL colesterol 185 mg/dl, microalbuminuria de 80 mg/24 horas (normal menor de 30), y retinopatía no proliferativa moderada.

139 ¿Cuál de las siguientes propuestas NO consideraría prioritaria?

- A) Iniciar tratamiento con un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (Enalapril 5 mg/d) por microalbuminuria.
 - B) Iniciar tratamiento con sistema de infusión continua de insulina (bomba de insulina) por deficiente control metabólico persistente.
 - C) Proponer tratamiento con antiangiogénicos por retinopatía diabética.
 - D) Iniciar tratamiento con estatina por LDL colesterol elevado.
-

CASO PRÁCTICO 35:

Una paciente de 35 años, sin antecedentes de Diabetes Mellitus, acude a urgencias por hipoglucemia sintomática grave constatada en plasma venoso con un valor de 28 mg/dl. Usted sospecha una hipoglucemia por la presencia de un insulinoma.

140 ¿Cuál de los siguientes hallazgos apoyaría su presunción diagnóstica?

- A) Cuerpos cetónicos en orina elevados.
 - B) Péptido C sérico descendido.
 - C) Respuesta positiva –glucémica- tras estimulación con Glucagón.
 - D) Cortisol sérico descendido.
-

CASO PRÁCTICO 36:

Una mujer de 30 años de edad, gestante de 27 semanas, sin antecedentes patológicos de interés, es remitida a su consulta por reciente diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

141 Para su correcta valoración e información a la paciente, usted debería de considerar lo siguiente, SALVO que:

- A) Existe un mayor riesgo de preeclampsia, recién nacidos grandes para la edad gestacional (LGA) y parto por cesárea.
 - B) Existe un mayor riesgo para la madre de desarrollar Diabetes tipo 2 en el futuro, tras el parto.
 - C) Existe un mayor riesgo para el recién nacido de presentar anomalías congénitas.
 - D) El tratamiento, en gran parte, se basará en los controles glucémicos que la paciente presente, preprandiales y postprandiales.
-

CASO PRÁCTICO 37:

Paciente de 55 años de edad diagnosticado de HTA hace 2 meses, en revisión de empresa. Analítica: glucosa en sangre (repetida) 159 y 166 mg/dl, colesterol total 202 mg/dl, LDL-colesterol 160 mg/dl, HDL-colesterol 38 mg/dl, triglicéridos 171 mg/dl, creatinina 1,1 mg/dl. Consulta por mal control de la tensión arterial, edemas maleolares y disnea, que ocasionalmente es nocturna. Exploración física: IMC 38 kg/m², perímetro abdominal 110 cm, TA 157/93 mmHg, FC 70 lpm, FR 14 rpm. Soplo sistólico con refuerzo del segundo ruido. Pulsos periféricos con discreta asimetría en pedio y tibial posterior derecho, que son más débiles respecto a los izquierdos. Rx de tórax y ECG sin alteraciones.

142 ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias es la menos necesaria para la detección de lesiones en órganos diana?

- A) Realización de fondo de ojo mediante retinografía.
 - B) Determinación de microalbuminuria en orina de 24 h.
 - C) Índice tobillo-brazo mediante esfigmomanómetro y doppler de mano.
 - D) Determinación de hemoglobina glicosilada y autocontroles frecuentes.
-

CASO PRÁCTICO 38:

Un paciente de 30 años de edad acude a revisión porque presenta Diabetes Mellitus tipo 1 desde los 10 años de edad.

143 En la evaluación del paciente usted NO esperaría encontrar:

- A) Persistencia de autoanticuerpos circulantes.
 - B) Respuesta conservada de péptido C tras estímulo con glucagón.
 - C) Retinopatía diabética.
 - D) Nefropatía diabética.
-

CASO PRÁCTICO 39:

Un paciente de 65 años, con Diabetes Mellitus tipo 2 de 20 años de evolución, consulta por ulcera plantar, indolora, de 3 meses de evolución, que no se resuelve a pesar de las numerosas curas y tratamientos propuestos (incluyendo antibioterapia de amplio espectro). Usted sospecha una osteomielitis, pero la radiografía previa del pie no ha sido concluyente.

144 ¿Cuál sería la prueba de imagen con mayor sensibilidad y especificidad para descartar osteomielitis en este paciente?

- A) Nueva radiología de ambos pies, incluyendo oblicuas y con carga.
 - B) Resonancia magnética (RM).
 - C) Tomografía axial computarizada (TAC).
 - D) Ecografía de partes blandas.
-

CASO PRÁCTICO 40:

Una paciente de 24 años, con Diabetes Mellitus tipo 1 de 15 años de evolución, con deficiente control metabólico, consulta por dolor, tumefacción e importante deformidad en ambos pies. Usted sospecha una neuroartropatía de Charcot.

145 ¿Con cuál de las siguientes aseveraciones sobre esta patología, NO estaría de acuerdo?

- A) Se asocia a un acortamiento del primer metatarsiano.
- B) Es una entidad infradiagnosticada, pues a veces pasa desapercibida (oligosintomática).
- C) Suele presentar fragmentación ósea.
- D) Para la confirmación diagnóstica es necesaria la realización de una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de ambos pies.

CASO PRÁCTICO 41:

Un paciente de 30 años, diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 1, solicita consejo genético acerca del riesgo de Diabetes Mellitus tipo 1 de su futuro hijo.

146 Usted le informaría de que el riesgo sería:

- A) Como el de la población general (0.3-0.5%).
 - B) Notablemente más elevado que el de la población general (4-8%).
 - C) Muy elevado si la padecen ambos progenitores (30-40%).
 - D) Muy elevado si el padre aún presenta autoanticuerpos positivos (40-50%).
-

CASO PRÁCTICO 42:

Un paciente con Diabetes Mellitus, de 60 años de edad, consulta por primera vez respecto al tratamiento de su enfermedad.

147 ¿Qué objetivo a alcanzar de los siguientes le recomendaría en primer lugar?

- A) Mantener la tensión arterial por debajo de 120/80 mmHg.
 - B) Abandonar el hábito tabáquico.
 - C) Mantener un índice de masa corporal (IMC) menor de 25, y realizarse glucemia capilar basal a diario.
 - D) Evitar las grasas animales en la dieta.
-

CASO PRÁCTICO 43:

Una mujer de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, sin complicaciones conocidas ni obesidad, sigue tratamiento con dieta equilibrada de 1.500 kcal y deambula 1 hora al día; además, toma Metformina 850 mg/3 veces al día, Enalapril 20 mg/d y Atorvastatina 40 mg/d. A la exploración se detecta tensión arterial de 160/95 mm de Hg. En la analítica destaca hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 8,2% y LDL colesterol de 70 mg/dl.

148 ¿Cuál de las siguientes acciones sería prioritaria?

- A) Intensificar el tratamiento añadiendo Hidroclorotiazida (12.5 mg/d) y Gliclazida (60 mg/d).
 - B) Intensificar el tratamiento añadiendo Doxazosina (4 mg/d) y aumentando Atorvastatina (80 mg/d).
 - C) Intensificar el tratamiento añadiendo Empaglifozina (10/25 mg/d) y Pioglitazona (45 mg/d).
 - D) Intensificar el tratamiento añadiendo Dulaglutide (1,5 mg/sem) y Linagliptina (5 mg/d).
-

CASO PRÁCTICO 44:

Paciente de 62 años, con obesidad grado II e hipertensión arterial, en tratamiento con diurético con buen control ambulatorio. Es diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2 a raíz de analítica realizada por clínica cardinal. En la valoración inicial de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus que puede presentar este paciente, ¿Cuál de las siguientes propuestas es FALSA?

149 En la valoración inicial de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus que puede presentar este paciente, ¿cuál de las siguientes propuestas es FALSA?

- A) Una retinografía para detección de enfermedad retiniana (retinopatía diabética).
 - B) Determinación de cociente albúmina/creatinina para detección de afectación renal (nefropatía diabética).
 - C) Una exploración cuidadosa del pie para detección de neuropatía y arteriopatía periférica (pie diabético).
 - D) No se requiere ninguna valoración adicional, puesto que la Diabetes Mellitus es de reciente diagnóstico.
-

CASO PRÁCTICO 45:

Una mujer de 39 años es enviada a la consulta para valoración. Como antecedentes familiares, su madre y una tía padecen Diabetes Mellitus. Ella tuvo una diabetes gestacional con parto sin problemas. Su talla es de 167 cm y su peso de 92 kg; índice de masa corporal (IMC) de 34. Aporta una analítica con una glucemia al azar de 125 mg/dl. El test de tolerancia con 75 g de glucosa oral muestra una glucemia en ayunas de 112 mg/dl, con valor a las 2 horas de 178 mg/dl.

150 ¿Cuál de las siguientes “consideración y actuación” sería la mejor para esta paciente?

- A) Se trata de una prediabetes, y lo mejor es comenzar tratamiento con Metformina.
- B) Se trata de una prediabetes, y lo mejor es iniciar cambios intensivos de su estilo de vida.
- C) Se trata de una prediabetes, y lo mejor es repetir test de tolerancia a la glucosa al año.
- D) Se trata de una Diabetes Mellitus de comienzo, y lo mejor es iniciar tratamiento con Empaglifocina.

151 ¿Cuál de las siguientes es una característica radiológica del feocromocitoma?

- A) No suele captar contraste cuando se realiza un TAC con contraste.
- B) La mayoría son tumores muy pequeños que no se ven en las técnicas de imagen.
- C) Si se realiza una gammagrafía con ^{131}I -MIGB (metaiodo-bencilguanidina) el feocromocitoma se ve como un nódulo frío.
- D) En una RNM en T2 se observa como una masa hiperintensa.

152 ¿Cuál es la causa más frecuente de acromegalia familiar?

- A) FIPA (familiar isolated pituitary adenomas).
- B) MEN 1.
- C) McCune-Albright.
- D) Acrogigantismo ligado al cromosoma X (XLAG).

153 Una de las siguientes manifestaciones NO es característica del síndrome carcinoide:

- A) Rubefacción.
- B) Diarrea.
- C) Fibrosis de cavidades cardíacas.
- D) Hiperpigmentación mucocutánea.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS Opositoras:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS Opositoras Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DIAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.

