



PROCESO SELECTIVO PARA LA ESTABILIZACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL DE LARGA DURACIÓN, PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE TITULADO/A ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Y DE TITULADO/A SANITARIO/A, 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 100 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas o incorrectas no tienen valor. Para superar el ejercicio debe tener 50 aciertos. Tiempo de realización de la prueba es de 150 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. 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.



PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



1. En relación a los efectos adversos endocrinológicos secundarios a la inmunoterapia, señale la respuesta INCORRECTA respecto a la hipofisitis:
 - A) La ausencia de alteraciones morfológicas hipofisarias en la RMN no descarta el diagnóstico de hipofisitis.
 - B) La hipofisitis aparece más frecuentemente en mujeres, al igual que la hipofisitis linfocitaria.
 - C) La insuficiencia suprarrenal central permanece en el tiempo, mientras que el hipotiroidismo central y el hipogonadismo secundario tienden a recuperarse.
 - D) La diabetes insípida es un efecto secundario infrecuente.

2. Respecto al síndrome de Klinefelter, señale la respuesta INCORRECTA:
 - A) Es la causa más frecuente de hipogonadismo primario en varones, pudiendo estar infradiagnosticado hasta en un 50-75% de los casos.
 - B) Ante un varón con azoospermia no obstructiva y oligozoospermia severa se recomienda realizar cariotipo para descartar esta entidad.
 - C) Los pacientes con Síndrome de Klinefelter pueden presentar taurodontismo, con mayor predisposición al desarrollo de caries.
 - D) Se recomienda realizar seminograma y criopreservación de semen en aquellos adultos que deseen fertilidad. Hasta en un 45% de adultos con Sd de Klinefelter se encuentran espermatozoides móviles.

3. En relación a los efectos adversos endocrinológicos secundarios a la inmunoterapia, señale cuál de los siguientes fármacos produce con mayor frecuencia hipofisitis:
 - A) Pembrolizumab.
 - B) Atezolizumab.
 - C) Ipilimumab.
 - D) Nivolumab.

4. En relación a la acromegalia durante la gestación y la lactancia, señale la respuesta CORRECTA:
 - A) Para el diagnóstico de acromegalia durante la gestación debemos basarnos en la sospecha clínica y los niveles de IGF-1, evitando realizar las pruebas de imagen que no sean estrictamente necesarias.
 - B) La lactancia materna está contraindicada durante el tratamiento con agonistas dopaminérgicos, mientras que los análogos de somatostatina no se excretan en la leche materna y se podrían mantener durante la lactancia.



- C) En más de la mitad de los casos se logra un control de la enfermedad durante la gestación.
- D) En pacientes con acromegalia hay una mayor prevalencia de diabetes gestacional que en población sana.
5. En un paciente de 28 años remitido por ginecomastia bilateral e hipogonadismo hipergonadotropo, diagnosticado de Síndrome de Klinefelter tras solicitud de cariotipo, señale la respuesta INCORRECTA:
- A) Se recomienda profilaxis antitrombótica ante situaciones de alto riesgo como vuelos prolongados.
- B) Es recomendable realizar pruebas de imagen para descartar cáncer de mama dado el mayor riesgo en estos pacientes.
- C) El riesgo de desarrollo de enfermedades autoinmunes en pacientes con Síndrome de Klinefelter es similar al de la población general.
- D) Pueden asociar otras endocrinopatías como diabetes o hipotiroidismo.
6. En relación con el hiperandrogenismo en la postmenopausia, señale la afirmación CORRECTA:
- A) El hiperandrogenismo secundario a hipertecosis ovárica puede presentar un cuadro clínico similar al secundario a patología maligna, dada la rápida progresión de los síntomas.
- B) En la hipertecosis ovárica, se produce principalmente una elevación marcada de androstendiona y DHEA, siendo menor la elevación de testosterona.
- C) La primera causa de hiperandrogenismo en la postmenopausia es la hipertecosis ovárica.
- D) Las pruebas dinámicas para el diagnóstico diferencial entre producción de andrógenos ovárica y adrenal tienen una elevada especificidad.
7. Señale la respuesta INCORRECTA en relación al hiperandrogenismo en la mujer postmenopáusica:
- A) El diagnóstico definitivo de la hipertecosis ovárica viene dado por la anatomía patológica.
- B) Hasta un 40-60 % de los carcinomas adrenales funcionantes pueden producir secreción de andrógenos.
- C) El test con análogos de GnRH es útil en el diagnóstico diferencial entre hipertecosis ovárica y tumores ováricos secretores de andrógenos.
- D) La elevada prevalencia de incidentalomas adrenales dificulta el



diagnóstico en estas pacientes.

8. En relación a las reacciones adversas relacionadas con la inmunoterapia en el cáncer, señale la respuesta CORRECTA:
- A) Su aparición suele ser signo de peor respuesta al tratamiento.
 - B) Los efectos adversos endocrinológicos son poco frecuentes, por lo que no es necesaria la monitorización hormonal durante el tratamiento, salvo sospecha clínica.
 - C) Los Anticuerpos anti CTLA-4 causan con más frecuencia hipofisitis, mientras que los anti-PD1 y anti-PDL1 se relacionan con más frecuencia con el déficit aislado de ACTH.
 - D) La prevalencia de alteraciones tiroideas puede ser de hasta el 10% cuando se consideran las formas subclínicas.
9. Señale cuál de los siguientes factores NO inhiben la secreción de hormona de crecimiento:
- A) Somatostatina.
 - B) Hiperglucemia.
 - C) Ghrelina.
 - D) Aumento de ácidos grasos libres.
10. En relación con el hipopituitarismo, señale la respuesta CORRECTA:
- A) La prueba más fiable para valorar la reserva hipofisaria de ACTH es el test de estímulo con 250 mcg de ACTH exógena, con determinación posterior de cortisol.
 - B) Para el diagnóstico del déficit de gonadotropinas, la prueba de elección es el test de estímulo con GnRH.
 - C) Para el diagnóstico del déficit de TSH, además de unos niveles de T4 libre bajos, es imprescindible confirmar unos niveles bajos de T3 libre.
 - D) Tras el inicio del tratamiento sustitutivo con GH se deben monitorizar la función tiroidea y adrenal, ya que éste se asocia a una disminución de los niveles de T4 libre y cortisol.
11. En relación a los diferentes tipos de adenomas hipofisarios, señale cuál de los siguientes tiene una menor prevalencia:
- A) Somatotropinoma.
 - B) Prolactinoma.



- C) TSHoma.
- D) Gonadotropinoma.

12. Señale cuál de las siguientes NO es causa de Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH (SIADH):

- A) Hemorragia subaracnoidea.
- B) Linfoma de Hodgkin.
- C) Tratamiento con Litio.
- D) Tratamiento con carbamazepina.

13. Señale cuál de las siguientes NO es causa de elevación de prolactina:

- A) Haloperidol.
- B) Obesidad.
- C) Silla turca vacía.
- D) Compresión del tallo hipofisario.

14. En relación con los adenomas productores de prolactina, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Los niveles de prolactina se suelen correlacionar con el tamaño del tumor.
- B) La galactorrea es una manifestación clínica frecuente, siendo más habitual en mujeres postmenopáusicas.
- C) Los macroprolactinomas tienen una prevalencia similar en hombres y mujeres, mientras que los microprolactinomas son más frecuentes en mujeres.
- D) Son los adenomas hipofisarios secretores más frecuentes.

15. En relación con los adenomas hipofisarios secretores de prolactina, indique la respuesta CORRECTA:

- A) La lactancia materna está contraindicada en todas las pacientes con prolactinoma, tanto micro como macroprolactinoma, ya que el riesgo de crecimiento del adenoma en este periodo es elevado.
- B) Se podría plantear la suspensión del tratamiento con agonistas dopaminérgicos en los casos en los que, tras 2 años de tratamiento, se mantengan niveles normales de prolactina y el tumor haya desaparecido en las pruebas de imagen.
- C) Los microprolactinomas evolucionan a macroprolactinomas con el embarazo y la lactancia hasta en un 30 % de los casos.



- D) Todas las anteriores son correctas.
16. En relación al diagnóstico del hiperparatiroidismo, señale la respuesta INCORRECTA:
- A) El déficit de vitamina D es una de las causas más frecuente de elevación de PTH, y se ha descrito hasta en 2/3 de los pacientes con normocalcemia.
 - B) En el hiperparatiroidismo secundario a enfermedad renal grave los niveles de calcio se suelen mantener en el límite superior de la normalidad o discretamente elevados.
 - C) Un cociente entre aclaramiento de calcio/aclaramiento de creatinina < 0.01 mmol/L es sugerente de Hipercalcemia hipocalciúrica familiar.
 - D) Los bifosfonatos y el denosumab pueden producir elevación de PTHi.
17. Señale la respuesta INCORRECTA:
- A) La hipomagnesemia grave puede producir elevación de la hormona paratiroidea y, por tanto, puede ser causa de hipercalcemia.
 - B) La causa más frecuente de hipoparatiroidismo es el hipoparatiroidismo postquirúrgico.
 - C) La enfermedad de Wilson puede causar hipoparatiroidismo.
 - D) Todas las anteriores son falsas.
18. El Síndrome de Cushing se define como:
- A) Niveles de cortisol libre urinario 2-3 veces por encima del límite superior de la normalidad.
 - B) El conjunto de signos y síntomas derivados de la exposición prolongada a niveles inapropiadamente elevados de glucocorticoides.
 - C) Niveles de cortisol basal tras 1 mg de dexametasona por encima 1,8 mcg/dl al menos en 2 ocasiones, junto con pérdida del ritmo circadiano.
 - D) Todas las anteriores son correctas.
19. Con respecto a la estructura del Ministerio de Defensa (RD 372/2020) es VERDADERO:
- A) el Centro Nacional de Inteligencia depende directamente del Subsecretario de Defensa
 - B) el Centro de Sistemas y Tecnología de la Información y las Comunicaciones (CESTIC) depende de la Secretaría General de Política de Defensa



- C) la Subdirección General de Proyectos y Obras depende de la Dirección General de Asuntos Económicos
- D) la Inspección General de Sanidad de la Defensa depende de la Subsecretaría de Defensa
20. El cargo de Director del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” lo desempeña:
- A) dicho cargo recae en el General al mando de la Inspección General de Sanidad de la Defensa (IGESAN)
 - B) un Coronel del Cuerpo Militar de Sanidad (especialidad fundamental Medicina)
 - C) un General de División del Cuerpo Militar de Sanidad
 - D) un General de Brigada del Cuerpo Militar de Sanidad (especialidad fundamental Medicina)
21. El Observatorio Militar para la Igualdad entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas está adscrito a:
- A) Secretaría de Estado de Defensa
 - B) Subsecretaría de Defensa
 - C) Ministerio de Igualdad
 - D) Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
22. El Instituto de Vivienda, Infraestructura y Equipamiento de la Defensa (INVIED) se encuentra adscrito a:
- A) Secretaría de Estado de Defensa
 - B) Subsecretaría de Defensa
 - C) Subdirección General de Patrimonio del Ministerio de Defensa
 - D) Ministerio de Política Territorial
23. El Consejo Superior del Deporte Militar es un órgano adscrito a:
- A) Ministerio de Cultura y Deporte
 - B) Subsecretaría de Defensa
 - C) Ejército de Tierra
 - D) No existe ese organismo
24. Qué departamento desarrolla la actuación en materia de control de armamento, no proliferación y desarme:
- A) La Secretaría General Técnica
 - B) La Dirección General de Armamento y Material
 - C) La Secretaría General de Política de Defensa



- D) La Secretaría de Estado de la Defensa
25. Marcar la VERDADERA: El Subdirector General de Personal Civil de la Subsecretaría de Defensa puede:
- A) Aprobar las bases de la convocatoria para la selección de personal estatutario temporal
 - B) Autorizar comisiones de servicio
 - C) Reconocer los servicios previos
 - D) Conceder las reducciones de jornada
26. Marcar la FALSA: La Academia Central de la Defensa:
- A) El Director de la Academia Central de la Defensa será un Oficial General nombrado por el Subsecretario de Defensa
 - B) Dentro de ella se disponen la Escuela Militar de Sanidad y la Escuela de Músicas Militares
 - C) También pertenece a ella la Academia General Militar
 - D) También dentro de ella está la Escuela Militar de Idiomas
27. Marcar la VERDADERA: El Centro Universitario de la Defensa (CUD):
- A) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad de Alcalá (UAH)
 - B) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad de San Pablo-CEU
 - C) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
 - D) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad Europea de Madrid (UEM)
28. Un Oficial Médico que luce como divisa tres estrellas de ocho puntas cada una será:
- A) Un Capitán
 - B) Un Coronel
 - C) Un General
 - D) Un Comandante
29. Marca la VERDADERA: La Escuela de Buceo de la Armada (EBA) de Cartagena:
- A) Depende de la Dirección de Enseñanza Naval (DIENA)
 - B) Depende directamente del Almirante Jefe de la Flota (ALFLOT)
 - C) Depende directamente del Almirante Jefe del Estado Mayor de la Armada (AJEMA)



D) Depende la Academia Central de la Defensa

30. La organización básica del Ejército del Aire y del Espacio es:

- A) Mando de Personal, Estado Mayor del Aire y Mando de Apoyo Logístico
- B) Mando de Personal, Estado Mayor del Aire y Mando Aéreo de Combate
- C) Cuartel General del Ejército del Aire, Fuerza y Apoyo a la Fuerza
- D) Mando de Personal, Mando de Apoyo Logístico y Mando Aéreo de Combate

31. Marca la VERDADERA:

- A) La Secretaría General de Política de Defensa dirige, impulsa y gestiona las políticas de armamento y material, investigación, desarrollo e innovación, industrial, económica, de infraestructura, medioambiental y de los sistemas, tecnologías y seguridad de la información en el ámbito de la Defensa así como el impulso del proceso de transformación digital del Departamento
- B) La Subsecretaría de Defensa dirige, impulsa y gestiona la política de patrimonio cultural, de personal, de reclutamiento, de enseñanza, de desarrollo profesional y sanitaria
- C) A y B son verdaderas
- D) A y B son falsas

32. Marca la VERDADERA:

- A) El Jefe del Estado Mayor de la Defensa (JEMAD) tiene rango de Subsecretario
- B) El Jefe del Estado Mayor del Ejército de Tierra (JEME) tiene rango de Secretario
- C) El Jefe del Estado Mayor de la Armada (AJEMA) tiene rango de Subsecretario
- D) Todas son falsas

33. Marca la FALSA: La Intervención General de la Defensa:

- A) Ejerce la notaría militar en la forma y condiciones establecidas por las leyes
- B) Ejerce el control interno de la gestión económico-financiera mediante el ejercicio de la función interventora, el control financiero permanente y la auditoría pública, en los términos regulados en la Ley 47/2003 de 26 de noviembre, General Presupuestaria
- C) Las funciones de esta Intervención se ejercen por personal perteneciente al Cuerpo Militar de Intervención, bajo la dirección del Interventor



General de la Defensa

- D) El cargo de Interventor General de la Defensa es desempeñado por un General de Brigada interventor en situación de servicio activo

34. Señale cuál de los siguientes tumores produce con mayor frecuencia un Síndrome de Cushing ectópico:

- A) Carcinoma medular de tiroides.
- B) Feocromocitoma.
- C) Carcinoide bronquial.
- D) Tumor neuroendocrino pancreático.

35. Señale cuál de los siguientes NO se considera un factor predictor de buena respuesta al tratamiento con análogos de somatostatina en pacientes con acromegalia:

- A) Tumores densamente granulados.
- B) Varones jóvenes.
- C) Tumores pequeños no invasivos.
- D) Todos los anteriores son factores predictores de buena respuesta.

36. En un paciente con acromegalia que presenta recidiva de la enfermedad tras la cirugía, con diabetes con muy mal control metabólico y persistencia de niveles de IGF 1 significativamente elevados a pesar de tratamiento médico con análogos de somatostatina de primera generación, señale cuál de las siguientes opciones de tratamiento consideraría más adecuada:

- A) Pasireótide.
- B) Cabergolina en monoterapia.
- C) Pegvisomant.
- D) Ninguno de los anteriores.

37. En relación con el tratamiento sustitutivo con GH en el adulto, es CORRECTO que:

- A) La monitorización del tratamiento se basa en la determinación de GH a primera hora de la mañana.
- B) Las mujeres en edad fértil o tratadas con estrógenos por vía oral suelen precisar dosis menores que los hombres.
- C) El tratamiento con GH no ha demostrado producir cambios en la composición corporal.
- D) Un posible efecto adverso del tratamiento con GH es la aparición de edemas y parestesias.



38. Señale cuál de las siguientes NO es una indicación para el tratamiento con hormona de crecimiento en la infancia:
- A) Talla baja asociada a Síndrome de Turner.
 - B) Talla baja asociada a mutación del gen SHOX.
 - C) Talla baja asociada a insuficiencia hepática crónica.
 - D) Talla baja asociada a déficit de hormona de crecimiento.
39. En relación al diagnóstico de la talla baja, indique la respuesta FALSA:
- A) Se debe descartar enfermedad celíaca.
 - B) La edad ósea de los niños con déficit de GH es similar a la edad cronológica.
 - C) En el caso de evidencia de lesiones hipofisarias estructurales o hipopituitarismo, únicamente es necesario un test dinámico para el diagnóstico de déficit de GH.
 - D) En pacientes con déficit aislado idiopático de GH, son necesarios al menos dos test dinámicos para establecer el diagnóstico.
40. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la pubertad precoz:
- A) La pubertad precoz central es la forma más frecuente de pubertad precoz.
 - B) El tratamiento de elección son los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (aGnRH).
 - C) En general es más frecuente en niñas, donde suelen ser de carácter idiopático.
 - D) El tratamiento con aGnRH está indicado en los niños menores de 10 años y en las niñas menores de 9 años.
41. Señale la respuesta CORRECTA en relación a la telarquia precoz aislada:
- A) La edad típica de aparición es entre los 6 y 8 años.
 - B) El aumento de tamaño mamario es siempre bilateral.
 - C) Se considera una variante precoz del desarrollo puberal con posibilidad de estabilización o regresión.
 - D) Todas las anteriores son correctas.
42. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación con la osteoporosis:
- A) La esofagitis erosiva es una complicación grave del tratamiento con



- bifosfonatos orales.
- B) El raloxifeno ha demostrado disminuir el riesgo de fractura más de un 75%, tanto vertebral como no vertebral.
- C) El tratamiento con corticoides aumenta el riesgo de osteoporosis por varios mecanismos, entre ellos el aumento de la excreción renal de calcio y disminución de su absorción a nivel intestinal.
- D) La interrupción del tratamiento con denosumab puede causar un aumento rebote de la resorción ósea.
43. En relación a la SHBG (*sexual hormone binding globulin*), indique cuál de las siguientes NO produce una disminución de sus niveles en sangre:
- A) Síndrome nefrótico.
- B) Hipertiroidismo.
- C) Obesidad.
- D) Todas las anteriores producen disminución de SHBG.
44. Señale cuál de las siguientes NO es causa de ginecomastia:
- A) Tumor germinal testicular.
- B) Inhibidores de la 5 α -reductasa.
- C) Hipogonadismo.
- D) Bisoprolol.
45. En relación con el hiperandrogenismo en la mujer, señale la respuesta INCORRECTA:
- A) La manifestación clínica más frecuente del hiperandrogenismo es el hirsutismo.
- B) La hipertricosis en mujeres se define como la presencia de pelo terminal anormal de distribución androgénica.
- C) La causa más frecuente de hirsutismo es el síndrome de ovario poliquístico.
- D) En caso de hirsutismo de nueva aparición y evolución rápida, se debe descartar patología tumoral como origen del cuadro.
46. En relación con la criptorquidia, señale la respuesta CORRECTA:
- A) La localización inicial de los testículos no influye en la respuesta al tratamiento médico.
- B) El tratamiento de elección es el tratamiento médico en la mayoría de casos.



- C) La criptorquidia se define como la presencia de un testículo oculto que no se encuentra dentro del escroto y no ha descendido espontáneamente a los 4 meses de edad.
- D) Todas las anteriores son falsas.

47. Señale la respuesta FALSA en relación con la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC):

- A) En pacientes gestantes con formas clásicas de HSC por déficit de 21-hidroxilasa, se debe iniciar tratamiento con dexametasona en caso de riesgo de riesgo de feto femenino afectado (padre también afectado o portador).
- B) Hasta dos tercios de los pacientes con HSC por déficit de 21-hidroxilasa son portadores heterocigotos de mutaciones graves y leves sobre los diferentes alelos.
- C) En pacientes con HSC no clásica por déficit de 21-hidroxilasa con deseo gestacional, se recomienda tratamiento con glucocorticoides en todos los casos para favorecer la fertilidad.
- D) La hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa representa el 90% de los casos.

48. En relación con la insuficiencia suprarrenal (ISR), señale la respuesta CORRECTA:

- A) La adrenoleucodistrofia es una enfermedad con herencia autosómica dominante causada por mutaciones del gen ABCD1 causante de ISR primaria.
- B) El cuadro clínico típico de la deficiencia familiar de glucocorticoides incluye alteraciones electrolíticas graves, especialmente hiperpotasemia, así como hipotensión severa con fracaso renal agudo.
- C) La etiología autoinmune es responsable del 70-90 % de los casos de ISR primaria.
- D) Todas las anteriores son ciertas.

49. Señale la respuesta FALSA en relación al hiperaldosteronismo primario:

- A) El hiperaldosteronismo primario es la causa más frecuente de hipertensión arterial secundaria.
- B) La presencia de niveles de potasio en rango normal excluye el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario.
- C) Entre las indicaciones de screening de hiperaldosteronismo se incluyen los pacientes con HTA y síndrome de apnea-hipopnea del sueño.



- D) En el pseudohipoaldosteronismo se produce un síndrome pierde sal con hiponatremia e hiperpotasemia.

50. En relación con el feocromocitoma/paraganglioma, indique cuál considera INCORRECTA:

- A) La Cromogranina A puede ser útil en el seguimiento en caso de elevación previa a la cirugía, como marcador de recidiva, pero es un marcador poco específico para el diagnóstico.
- B) El tratamiento con ^{131}I MIBG se podría plantear en pacientes con feocromocitoma maligno irreseccable en progresión, con sintomatología secundaria y elevada carga tumoral.
- C) En torno a un 70% de los tumores productores de catecolaminas son intraabdominales.
- D) Entre las medidas de tratamiento prequirúrgico, se incluye el tratamiento con alfa- bloqueantes, beta-bloqueantes y la adecuada expansión de volumen.

51. En relación con el carcinoma medular de tiroides, indique la respuesta CORRECTA:

- A) Las pruebas de imagen preoperatorias son la única fuente de información útil para planificar la intervención quirúrgica.
- B) Niveles preoperatorios de calcitonina entre 100-150 pg/ml se asocian con enfermedad metastásica.
- C) La forma esporádica es la forma más frecuente de carcinoma medular de tiroides.
- D) Previo a la intervención quirúrgica por carcinoma medular de tiroides, se debe realizar despistaje de feocromocitoma.

52. En un paciente con hipertiroidismo secundario a amiodarona tipo I, señale la respuesta CORRECTA:

- A) El tratamiento indicado serán los corticoides.
- B) Se debe suspender siempre el tratamiento con amiodarona cuando se confirme el hipertiroidismo.
- C) El tratamiento con perclorato potásico puede ser de utilidad.
- D) El mecanismo por el que se produce es una tiroiditis destructiva por efecto tóxico del fármaco.

53. Respecto a la Oftalmopatía de Graves, señale la opción CORRECTA:



- A) La Radioterapia como tratamiento de la Oftalmopatía de Graves debe evitarse en pacientes con retinopatía diabética concomitante.
- B) En un algunos casos puede aparecer *de novo* tras el tratamiento del hipertiroidismo con radiolodo.
- C) El tabaquismo es un factor de riesgo para su desarrollo.
- D) Todas las anteriores son correctas.

54. En relación a la tiroiditis posparto, señale la respuesta CORRECTA:

- A) La positividad de los anticuerpos antitiroglobulina y antitiroperoxidasa es un factor de riesgo para el desarrollo de tiroiditis posparto.
- B) Su incidencia es mayor en pacientes con antecedente de tiroiditis posparto en un embarazo anterior.
- C) El tratamiento de las pacientes sintomáticas en la fase de hipertiroidismo serán los betabloqueantes.
- D) Todas las anteriores son ciertas.

55. Señale cuál de los siguientes fármacos NO produce hipotiroidismo primario:

- A) Amiodarona.
- B) Interferón α .
- C) Bisoprolol.
- D) Litio.

56. Indique qué alteraciones analíticas cabría esperar en el Síndrome del eutiroideo enfermo:

- A) TSH baja, T4I y T3I bajas, T3 reversa alta.
- B) TSH elevada, T4I y T3I bajas, T3 reversa baja.
- C) TSH baja, T4I y T3I altas, T3 reversa alta.
- D) TSH baja, T4I y T3I bajas, T3 reversa baja.

57. Indique qué patología sospecharía ante un paciente que presenta sintomatología de hipertiroidismo, con elevación de T4I, TSH suprimida, Tiroglobulina baja y ausencia de la captación gammagráfica a nivel tiroideo:

- A) Hipertiroidismo primario autoinmune.
- B) Bocio multinodular tóxico.
- C) Tiroiditis subaguda.
- D) Ingesta subrepticia de levotiroxina.



58. Señale en qué supuesto estaría indicado repetir una PAAF ante un nódulo de 1.5 cm con PAAF Bethesda II previa:
- A) Crecimiento en más de un 20% en al menos 2 de los diámetros, con un crecimiento mínimo de 8 mm.
 - B) Aparición de microcalcificaciones en el nódulo no presentes previamente.
 - C) Aumento del volumen del nódulo > 40%.
 - D) Todas las anteriores son ciertas.
59. Indique cuál es el riesgo aproximado de presentar un carcinoma de tiroides en un paciente con un nódulo con un resultado de la PAAF Bethesda V:
- A) 15%.
 - B) 75%.
 - C) > 95%.
 - D) 0-5%.
60. Respecto a la hiponatremia, señale la afirmación INCORRECTA:
- A) Ante un paciente con hiponatremia, es importante valorar otros parámetros como la glucemia y corregir los valores de natremia en caso de hiperglucemia.
 - B) Es la alteración hidroelectrolítica más frecuente en pacientes hospitalizados.
 - C) En el caso de hiponatremia leve, suele ser asintomática y no requiere tratamiento.
 - D) Las manifestaciones clínicas de la hiponatremia dependen de la velocidad de instauración, siendo más intensas en los cuadros de instauración aguda.
61. Señale cuál de las siguientes opciones se considera una variante precoz del desarrollo puberal con posibilidad de estabilización o regresión:
- A) Pubarquia precoz con signos de virilización.
 - B) Telarquia precoz aislada.
 - C) Ninguna de las anteriores.
 - D) Todas las anteriores.
62. En una neoplasia endocrina múltiple tipo MEN2B, señale la respuesta FALSA:
- A) El carcinoma medular de tiroides se desarrolla a una edad más temprana y es más agresivo que el MEN2A.
 - B) El feocromocitoma suele ser la primera manifestación del síndrome en



- aparecer.
- C) Se asocia con la presencia de múltiples neuromas mucosos y ganglioneuromas intestinales.
- D) Para el paciente índice con el fenotipo MEN 2B, la prueba genética diagnóstica inicial debe ser para la mutación en el codón 9118 del dominio tirosina quinasa del protooncogén RET (M918T).
63. Respecto al síndrome poliendocrino autoinmunitario tipo 2 (SPA2), es CIERTO:
- A) No se asocia a hepatitis autoinmune.
- B) Se puede asociar a miastenia gravis.
- C) No se asocia a alteraciones ectodérmicas.
- D) Todo lo anterior es correcto.
64. Mujer de 34 años diagnosticada de diabetes mellitus y síndrome de Addison, consulta por amenorrea secundaria de 4 meses de evolución. Presenta niveles elevados de FSH y LH y bajos de estradiol. La paciente presenta:
- A) MEN1.
- B) MEN2A.
- C) Síndrome poliglandular autoinmune tipo 1.
- D) Síndrome poliglandular autoinmune tipo 2.
65. ¿Cuál de estos datos analíticos NO aparecerá en un paciente con un supuesto insulinoma durante la realización del test de ayuno?:
- A) Glucemia < 50 mg/dl y síntomas de hipoglucemia.
- B) Insulina > 3 UI/ml y péptido C < 0,2 nmol/l.
- C) Proinsulina > 5,0 pmol/l.
- D) β -hidroxibutirato < 2,7 nmol/l.
66. Respecto a los tumores neuroendocrinos (TNE) pancreáticos, señale la respuesta CORRECTA:
- A) La mayoría están asociados con síndromes familiares.
- B) La mayoría de los TNE pancreáticos son funcionantes.
- C) El ki-67 no se utiliza en los tumores funcionantes para su estadificación.
- D) Los carcinomas neuroendocrinos pobremente diferenciados habitualmente son de gran tamaño, con angioinvasión, metástasis e índice de proliferación elevado.
67. En el síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo MEN 1 NO es frecuente



encontrar:

- A) Hiperparatiroidismo primario.
- B) Gastrinoma.
- C) Carcinoma medular de tiroides.
- D) Prolactinoma.

68. ¿La mutación de qué enzima se ha relacionado con la presencia de paragangliomas?

- A) Succinato deshidrogenasa.
- B) 11 Beta-hidroxilasa.
- C) Dopaminasas.
- D) Ninguna de las anteriores es cierta.

69. Mujer de 42 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta diarrea de varios días de evolución de carácter acuoso, muy abundante, acompañada de pérdida de 10 kg de peso, rubor y enrojecimiento facial, junto a lipotimias y dolor abdominal cólico, y que en los datos de laboratorio presenta hipopotasemia. En ecografía abdominal se encuentra masa de 1,5 cm de diámetro en cola pancreática. De entre las siguientes, su sospecha diagnóstica primaria es:

- A) Insulinoma.
- B) PPoma.
- C) VIPoma.
- D) Glucagonoma.

70. ¿Cuál de las siguientes es la causa más frecuente de hipoaldosteronismo hiporreninémico?

- A) Daño asociado al uso de antiinflamatorios no esteroideos.
- B) Lupus eritematoso sistémico.
- C) Amiloidosis.
- D) Nefropatía diabética.

71. Sobre los síndromes de resistencia a la insulina, NO es cierto que:

- A) Son producidos por mutaciones del receptor de insulina.
- B) Los pacientes con resistencia grave a la insulina suelen mostrar acantosis pigmentaria y, a menudo, hiperandrogenismo.



- C) Las mutaciones con mayor pérdida de función producen leprechaunismo.
- D) La resistencia tipo A se suele acompañar de signos de autoinmunidad, como vitíligo, alopecia y artritis.
72. A un paciente, sin hipertensión conocida, se le detecta en una ecografía abdominal un incidentaloma de 2 cm, y en el TAC sin contraste se observa que se trata de una masa suprarrenal homogénea con unidades de Hounsfield ≤ 10 . El siguiente paso a realizar en este paciente sería:
- A) Intervenirlo, realizando adrenalectomía.
- B) No requiere más pruebas de imagen de seguimiento después de haber realizado el TAC.
- C) Se debería realizar un PET a continuación.
- D) Debe hacerse bloqueo alfaadrenérgico y luego betaadrenérgico.
73. Una de las siguientes manifestaciones NO es característica del síndrome carcinoide:
- A) Rubefacción.
- B) Diarrea.
- C) Fibrosis de cavidades cardíacas derechas.
- D) Ictericia
74. Un paciente de 52 años es diagnosticado de hiperparatiroidismo primario intervenido y microadenoma hipofisario productor de prolactina. Ante la sospecha clínica de MEN1, se realiza estudio genético, sin que se encuentren mutaciones en gen MEN1. En este caso, el siguiente paso a realizar sería:
- A) Debe repetirse el estudio genético en otro laboratorio para comprobar el resultado negativo.
- B) Solo debe repetirse el estudio del gen MEN1 si uno de los diagnósticos fuese de tumor neuroendocrino.
- C) Hay que estudiar el cromosoma 12 y descartar mutaciones de CDKN1b.
- D) Requiere el mismo seguimiento y vigilancia que en los casos de estudio genético positivo.
75. Respecto al síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo MEN4 o MENX, señale la FALSA:
- A) Su herencia es autosómica recesiva.
- B) Las principales manifestaciones clínicas son el hiperparatiroidismo



- primario y los adenomas hipofisarios.
- C) Pueden encontrarse casos con carcinoide gástrico y bronquial.
- D) Pueden encontrarse casos de tumores de cuello uterino y/o de órganos reproductores.
76. Existen diversas clasificaciones para el diagnóstico del síndrome metabólico, señale la opción CORRECTA:
- A) La presencia de insulinoresistencia solo se considera criterio diagnóstico en la clasificación de la OMS.
- B) La presión arterial es criterio diagnóstico para la OMS, ATP III y AACE pero no para la IDF.
- C) LA microalbuminuria no se considera criterio diagnóstico en ninguna de las clasificaciones mencionadas.
- D) El IMC elevado es criterio diagnóstico en todas las clasificaciones, aunque con distinto punto de corte.
77. Entre las posibles causas de hipertrigliceridemia se encuentra el consumo de alguno de los siguientes fármacos:
- A) Tiacidas.
- B) Ciclosporina.
- C) Resinas fijadoras de ácidos biliares.
- D) Todos los anteriores fármacos pueden producir hipertrigliceridemia.
78. Entre las hiperlipemias monogénicas NO se encuentra:
- A) Déficit de colesterol alfa hidroxilasa.
- B) Hipobetalipoproteinemia.
- C) Déficit de lipasa ácida lisosomal.
- D) Déficit de APO B familiar.
79. De las siguientes correlaciones lipídicas, ¿Cuál es la que mejor se relaciona con la existencia de la dislipemia aterógena que aparece en la Diabetes mellitus tipo 2?
- A) Cociente HDL colesterol /triglicéridos.
- B) Cociente HDL colesterol/ LDL colesterol.
- C) Cociente LDL colesterol/triglicéridos.
- D) Cociente colesterol no HDL/LDL colesterol.
80. Es característica la presencia de xantomas asociados a estados de dislipemia,



señale de las siguientes, la opción INCORRECTA:

- A) Los xantomas tendinosos son sugerentes de la hipercolesterolemia familiar.
- B) Los xantomas eruptivos se asocian frecuentemente a la hipertrigliceridemia severa.
- C) Los xantomas palmares son típicos de la hipertrigliceridemia severa.
- D) Los xantomas tuberosos son sugerentes de hipercolesterolemia familiar.

81. Respecto a la fisiología de los lípidos durante el embarazo, es característico durante el tercer trimestre de gestación:

- A) La disminución de la actividad de LPL.
- B) El aumento de la resistencia a la insulina.
- C) La disminución de los depósitos grasos y un aumento de los triglicéridos séricos maternos, siendo menores los aumentos de fosfolípidos y colesterol.
- D) Todas las anteriores son correctas.

82. Con respecto a la etiopatogenia de la DM1, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A) Antes del desarrollo de DM1 se ha descrito una disminución de la primera fase de la secreción de insulina.
- B) En el momento de la presentación clínica de la DM1 se estima que aproximadamente se ha perdido el 90% de las células β de los islotes.
- C) Se ha descrito la presencia de anticuerpos anti-GAD, anti-IA2 y antiinsulina antes de la aparición de la DM1.
- D) El riesgo empírico de desarrollar DM1 es mayor entre los niños cuya madre padece la enfermedad que entre los niños cuyo padre padece la enfermedad.

83. Señale la opción INCORRECTA acerca del péptido GIP (*Glucose-dependent insulinotropic peptide*):

- A) GIP es un péptido producido en las células K del intestino, localizadas principalmente en yeyuno distal e íleon.
- B) GIP se libera en respuesta a la ingesta de nutrientes, en especial carbohidratos y lípidos.
- C) GIP es similar a GLP-1, vida media corta (4-7 minutos) y se degrada rápidamente por DPP4.
- D) GIP estimula secreción insulínica dependiente de glucosa y es responsable del efecto incretina en mayor proporción que GLP-1.



84. En cuanto a las diabetes monogénicas es FALSO que:
- A) La presencia de diabetes y alteraciones quísticas renales se asocia con la alteración de los canales del calcio sensibles a ATP.
 - B) La diabetes tipo MODY3 es la más frecuente de las que se relacionan con alteraciones de los factores de transcripción.
 - C) Los pacientes con alteraciones de la glucokinasa no suelen necesitar tratamiento, salvo la insulinización en el caso de gestación.
 - D) La diabetes MODY 1 presenta frecuentes complicaciones microvasculares.
85. En la mayoría de la diabetes monogénicas tipo MODY el tratamiento puede ser antidiabéticos orales más insulina en algunos casos, EXCEPTO en una de las siguientes, en la que siempre será requerida la insulina como tratamiento:
- A) MODY1.
 - B) MODY3.
 - C) MODY4.
 - D) MODY6.
86. Respecto a las manifestaciones clínicas de la hipoglucemia es CIERTO que:
- A) Los síntomas autonómicos son consecuencia directa de la escasez de glucosa en el cerebro.
 - B) La frecuencia cardíaca y la presión arterial se elevan, pero en general no excesivamente.
 - C) La palidez se debe a la vasodilatación cutánea de origen adrenérgico.
 - D) Las palpitaciones, el nerviosismo y la ansiedad son síntomas de origen neuroglucopénico.
87. Existen factores no dependientes de la glucemia que influyen elevando la HbA1c, señale cuál de los siguientes no corresponde a uno de esos factores:
- A) Ferropenia.
 - B) Esplenectomía.
 - C) Policitemia vera.
 - D) Esplenomegalia.
88. La neuropatía diabética es la complicación crónica más frecuente de esta patología. Cuando se afectan las fibras nerviosas gruesas puede verse afectada todas las siguientes EXCEPTO:



- A) Sensibilidad táctil.
- B) Sensibilidad térmica.
- C) Sensibilidad vibratoria.
- D) Sensibilidad propioceptiva.

89. Sobre la diabetes tipo LADA (*Latent Autoimmune Diabetes of the Adult*) NO es cierto que:

- A) Su progresión es más lenta que la diabetes mellitus tipo 1, 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) No se asocia a obesidad.
- D) Los autoanticuerpos que se hallan con más frecuencia presentes son los dirigidos contra el ácido glutámico decarboxilasa (GADA).

90. ¿Cuál de las siguientes situaciones es causa de un aumento de los requerimientos de insulina en un paciente con diabetes?

- A) Tratamiento con corticoides.
- B) Actividad física excesiva.
- C) Insuficiencia renal crónica.
- D) Todas las anteriores son causa de aumento de los requerimientos de insulina.

91. Una de las siguientes manifestaciones glomerulares NO es característica de la nefropatía diabética:

- A) Engrosamiento difuso de la membrana basal glomerular.
- B) Incremento del número podocitos.
- C) Neovascularización.
- D) Glomeruloesclerosis nodular y difusa.

92. ¿Cuál de los siguientes fármacos se ha demostrado eficaz en la reducción de la fibrosis en paciente con esteatohepatitis no alcohólica y diabetes mellitus?

- A) Pioglitazona.
- B) Metformina.
- C) Empagliflozina.
- D) Ninguno de los anteriores.



93. ¿Cuál de las siguientes situaciones le hace sospechar MENOS la presencia de un hiperaldosteronismo?
- A) Hipertensión resistente a dos medicamentos antihipertensivos convencionales.
 - B) Hipertensión e hipopotasemia espontánea.
 - C) Hipertensión e incidentaloma suprarrenal.
 - D) Hipertensión y antecedentes familiares de hipertensión de inicio temprano, o accidente cerebrovascular en una edad temprana.
94. Un paciente ha sido intervenido con éxito de un tumor productor de catecolaminas. ¿En cuál de las siguientes situaciones estaría indicado hacer un estudio genético?
- A) Paraganglioma.
 - B) Feocromocitoma suprarrenal bilateral.
 - C) Feocromocitoma suprarrenal manifestado a edad joven (< 45 años).
 - D) En todas las situaciones mencionadas está indicado.
95. Un paciente de 30 años de edad acude a revisión porque presenta diabetes mellitus tipo 1 desde los 10 años de edad. En la evaluación del paciente NO es esperable encontrar:
- A) Persistencia de autoanticuerpos circulantes.
 - B) Niveles conservados de péptido C.
 - C) Complicaciones microvasculares.
 - D) Utilización de un sensor de glucosa tipo Flash.
96. Se podría otorgar el consentimiento por representación en los siguientes supuestos, EXCEPTO:
- A) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.
 - B) Algún familiar aunque el paciente tenga reconocido un representante legal.
 - C) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.
 - D) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el



artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

97. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente, EXCEPTO:

- A) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- B) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- C) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- D) Puede omitir las contraindicaciones, el paciente no las entendería.

98. Del documento de instrucciones previas, es cierto que:

- A) Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
- B) una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.
- C) El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
- D) Todas son correctas.

99. Relativo a la historia clínica, es cierto que:

- A) Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
- B) Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.
- C) Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y



organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

D) Todas son correctas.

100. Dentro del contenido mínimo de la historia clínica se encuentran los siguientes apartados, EXCEPTO:

A) La documentación relativa a la hoja clínico estadística.

B) La autorización de ingreso.

C) El informe de urgencia.

D) Todas son correctas.

101. Cuando se habla de la conservación de la documentación clínica la Ley establece que:

A) La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

B) Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

C) Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

D) Todas son ciertas.

102. Referente al acceso al acceso a la historia clínica, señale la CORRECTA:

A) El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

B) El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.



- C) Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.
- D) Todas son correctas.
103. En lo relativo al informe de alta, es CIERTO qué:
- A) Si el paciente pide el alta voluntaria no tiene derecho a un informe.
- B) Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos.
- C) Si el paciente se niega a recibir un tratamiento el médico debe solicitar su alta forzosa.
- D) B y C son ciertas.
104. El alta del paciente se efectuara en los siguientes supuestos, EXCEPTO:
- A) En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.
- B) El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.
- C) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.
- D) Si el paciente no quiere recibir un tratamiento el medico puede solicitar el alta aun si hay alguna terapia alternativa.
105. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:
- A) A la promoción de la salud.



- B) A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
- C) A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
- D) Todas son correctas.
106. Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, EXCEPTO:
- A) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
- B) A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.
- C) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- D) Todas son correctas.
107. Son principios rectores de la actuación formativa y docente en el ámbito de las profesiones sanitarias las siguientes, EXCEPTO:
- A) La colaboración permanente entre los organismos de las Administraciones públicas competentes en materia de educación y de sanidad.
- B) La concertación de las universidades y de los centros docentes de formación profesional y las instituciones y centros sanitarios, a fin de garantizar la docencia práctica de las enseñanzas que así lo requieran.
- C) La disposición de toda la estructura del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales.
- D) Todas son correctas.
108. Para la expedición del título de especialista se encuentran lo siguiente, EXCEPTO:
- A) Los títulos de especialista en Ciencias de la Salud serán expedidos por el Ministerio de Sanidad.



- B) Los títulos de especialista en Ciencias de la Salud serán expedidos por el Ministerio de Educación.
 - C) La obtención del título de especialista requiere: a) Estar en posesión del título de Licenciado o Diplomado Universitario que, en cada caso, se exija. b) Acceder al sistema de formación que corresponda, así como completar éste en su integridad de acuerdo con los programas de formación que se establezcan, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 23 de esta ley para el supuesto de nueva especialización.
 - D) Se necesita superar las evaluaciones que se determinen y depositar los derechos de expedición del correspondiente título.
109. La formación mediante residencia se atenderá a los siguientes criterios, EXCEPTO:
- A) Los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo. La formación mediante residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional. También será incompatible con cualquier actividad formativa, siempre que ésta se desarrolle dentro de la jornada laboral de la relación laboral especial del residente.
 - B) La duración de la residencia será la fijada en el programa formativo de la especialidad y se señalará conforme a lo que dispongan, en su caso, las normas comunitarias.
 - C) La actividad profesional de los residentes será planificada por los órganos de dirección conjuntamente con las comisiones de docencia de los centros de forma tal que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias del centro sanitario.
 - D) Los residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa, siendo solo responsabilidad del tutor sus actuaciones con independencia del año de residencia.
110. Por cada una de las Especialidades en Ciencias de la Salud, y como órgano asesor de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo en el campo de la correspondiente especialidad, se constituirá una Comisión Nacional designada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con la siguiente composición:
- A) Dos vocales propuestos por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, uno, al menos, de los cuales deberá ostentar la condición de tutor de la formación en la correspondiente especialidad.



- B) Diez vocales de entre los especialistas de reconocido prestigio que proponga la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
- C) Dos vocales en representación de las entidades y sociedades científicas de ámbito estatal legalmente constituidas en el ámbito de la especialidad.
- D) Dos vocales en representación de los especialistas en formación, elegidos por éstos en la forma que se determine reglamentariamente.