



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

ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR EL EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES

1. Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen al equipo colaborador.
2. El examen se compone de 150 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas no tendrán valoración alguna y las preguntas contestadas erróneamente restarán un cuarto del valor asignado a la respuesta correcta. La puntuación máxima posible, correspondiente a 150 aciertos, será de 50 puntos. Para superar el ejercicio será necesario alcanzar la puntuación mínima de 25 puntos. Tiempo de realización de la prueba es de 180 min.
3. Compruebe que el examen corresponde a la especialidad para la que se presenta.
4. El cuadernillo de preguntas y la hoja de respuestas se deben entregar al personal colaborador al finalizar el ejercicio. El cuadernillo de preguntas se devolverá al opositor que lo solicite al finalizar esta prueba.
5. Solo se valorará la hoja de respuestas. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida una nueva al equipo colaborador.
6. 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.- 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.

3.- 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.

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 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.

6.- 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.

7.- Respecto a las hormonas hipofisarias, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) La secreción de ACTH es inhibida por la somatostatina.
- B) La secreción de GH es episódica, de predominio nocturno y en relación con el sueño REM.
- C) La secreción de TSH sigue un ritmo circadiano.



D) Además de la dopamina, otros factores como la calcitonina pueden inhibir la secreción de PRL.

8.- Respecto a las causas de hipopituitarismo, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) En pacientes con silla turca vacía, el hipopituitarismo aparece hasta en un 60% de los casos.
- B) Los traumatismos craneoencefálicos pueden causar déficit de hormonas hipotálamo hipofisarias.
- C) Las mutaciones en T-Pit causan déficit de ACTH aislado.
- D) La apoplejía hipofisaria puede cursar con déficit de todas las hormonas hipofisarias, pero la aparición repentina de déficit de ACTH es la más grave.

9.- Señale la respuesta VERDADERA respecto al hipopituitarismo:

- A) En la apoplejía hipofisaria se suele observar una imagen hipofisaria hipointensa en T1 en la RMN.
- B) Tras un traumatismo craneoencefálico, el eje hormonal afectado con mayor frecuencia es el tirotrópico.
- C) La prueba más fiable para valorar la reserva hipofisaria de ACTH es la hipoglucemia insulínica.
- D) Ninguna de las anteriores es cierta.

10.- Señale la afirmación INCORRECTA en relación a los tumores hipofisarios:

- A) Los niveles séricos de gonadotropinas en los gonadotropinomas suelen ser normales o mínimamente elevados.
- B) Los adenomas secretores de prolactina en varones suelen ser más frecuentemente microprolactinomas.
- C) El tratamiento de elección en los tumores productores de TSH es la cirugía.
- D) Los adenomas secretores de TSH y los secretores de GH suelen ser con mayor frecuencia macroadenomas.

11.- Señale cuál de las siguientes entidades NO es causa de hiperplasia hipofisaria:

- A) Hipotiroidismo primario severo.
- B) Gestación.
- C) Tumor con secreción ectópica de GH.
- D) Ninguna de las anteriores es causa de hiperplasia hipofisaria.



12.- Señale cuál de los siguientes NO es criterio diagnóstico del Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH (SIADH):

- A) Excreción urinaria de sodio < 40 mmol/L, con una ingesta normal de sal.
- B) Osmolaridad plasmática < 275 mOsm/Kg.
- C) Osmolaridad urinaria > 100 mOsm/Kg.
- D) Euvolemia clínica.

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

- A) Neumonía bacteriana.
- B) Tratamiento con Levetiracetam.
- C) Carcinoma microcítico de pulmón.
- D) Tratamiento con demeclociclina.

14.- En relación a la diabetes insípida, señale la opción INCORRECTA:

- A) Durante la gestación se produce un aumento de la actividad de la vasopresinasa placentaria, lo que puede producir diabetes insípida gestacional.
- B) Los tumores de células germinales intracraneales pueden producir diabetes insípida.
- C) La hiponatremia por SIADH en el postoperatorio de cirugía hipofisaria siempre va precedida de una fase de diabetes insípida.
- D) En la polidipsia primaria, durante el test de la sed la orina alcanza una osmolaridad de 600- 800 mOsm/kg y apenas se eleva tras la administración de desmopresina.

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

- A) Metoclopramida.
- B) Hipertiroidismo primario.
- C) Enfermedad renal crónica.
- D) Sección del tallo hipofisario.

16.- En una paciente con niveles de Prolactina de 40 ng/ml, señale la respuesta CORRECTA:

- A) Dado que la hiperprolactinemia es leve, sólo en el caso de que asocie oligomenorrea tendrá riesgo de infertilidad.
- B) En caso de que presente 2 o más síntomas de hiperprolactinemia, estará indicada la determinación de macroprolactina.



- C) Si el porcentaje de recuperación de prolactina en el sobrenadante tras precipitación con polietilenglicol es bajo, se considerará que presenta macroprolactina positiva.
- D) Todas las anteriores son correctas.

17.- Señale en cuál de los siguientes casos estaría indicada la intervención quirúrgica en un paciente con macroprolactinoma:

- A) Tumor con invasión del seno cavernoso (grados 3-4 de Knosp).
- B) Tamaño superior a 3 cm.
- C) Apoplejía hipofisaria sin afectación visual ni neurológica.
- D) Persistencia o empeoramiento de la afectación visual a pesar de tratamiento médico.

18.- Señale la opción INCORRECTA en relación con la hipercalcemia:

- A) La causa más frecuente de hipercalcemia en pacientes hospitalizados es la hipercalcemia maligna.
- B) Unos niveles de PTHi dentro del rango normal excluyen el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario.
- C) El grado de hipercalcemia, así como la velocidad de instauración, por lo general determinan los síntomas y la severidad del cuadro.
- D) Fármacos como el litio pueden causar hipercalcemia.

19.- Según el 5º Workshop Internacional para la evaluación y manejo del hiperparatiroidismo primario publicado en 2022, señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación con las indicaciones de tratamiento quirúrgico:

- A) En un paciente menor de 50 años, el criterio de edad sería suficiente para la indicación quirúrgica.
- B) No tienen indicación quirúrgica aquellos pacientes con hipercalcemia < 400 mg/día.
- C) Es conveniente realizar pruebas de imagen como ecografía/radiografía para descartar nefrocalcinosis/nefrolitiasis asintomáticas, ya que se consideran criterio quirúrgico.
- D) Todas las anteriores son correctas.

20.- En relación al manejo de los pacientes con hiperparatiroidismo primario sin criterios quirúrgicos y/o que rechazan el tratamiento quirúrgico, indique la



afirmación CORRECTA:

- A) Se podría plantear el tratamiento médico con Cinacalcet, dado que reduce las concentraciones de calcio y mejora la densidad mineral ósea en cadera.
- B) Se debe solicitar una gammagrafía de paratiroides y, en caso de resultar negativa, ampliar el estudio con ecografía y PET-Colina.
- C) En pacientes con hiperparatiroidismo primario es típico el patrón de afectación ósea predominantemente cortical.
- D) En caso de presentar osteoporosis, se sugiere iniciar tratamiento con bifosfonatos.

21.- Señale la respuesta CORRECTA en relación con el hipoparatiroidismo postquirúrgico:

- A) En los pacientes con hipoparatiroidismo el objetivo es mantener la calcemia en la mitad inferior o discretamente por debajo del límite inferior de la normalidad, aunque presenten síntomas leves de hipocalcemia.
- B) El derivado de vitamina D recomendado para el tratamiento de estos pacientes es el colecalciferol.
- C) No es necesario monitorizar la calciuria en el seguimiento, salvo que desarrollen litiasis renal.
- D) En el caso de hiperfosfatemia, se recomienda aumentar la dosis calcio y disminuir la dosis de vitamina D.

22.- En un paciente con sospecha de adenoma hipofisario secretor de ACTH, señale la respuesta CORRECTA:

- A) La RMN hipofisaria es más sensible que el TAC, llegando a detectar > 80% de estos tumores.
- B) Ante el hallazgo de una lesión hipofisaria < 6 mm o en caso de no detectar lesiones en la RMN, se recomienda realizar un cateterismo de senos petrosos.
- C) El cateterismo de senos petrosos es útil en el diagnóstico diferencial entre el Síndrome de Cushing ACTH dependiente y ACTH independiente.
- D) Todas las anteriores son correctas.

23.- En relación al síndrome de Cushing ectópico, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) En la mayoría de los pacientes con un tumor secretor de ACTH ectópico, el síndrome es de evolución rápida y predominan la miopatía, los edemas, la hiperpigmentación y la hipopotasemia.
- B) Representa aproximadamente un 15% de todos los casos de Síndrome



de Cushing endógeno.

- C) En el Síndrome de Cushing ectópico por carcinóide bronquial, la evolución de la clínica es siempre muy rápida, lo que permite diferenciarlo de la Enfermedad de Cushing.
- D) Los tumores que más frecuentemente lo causan son intratorácicos.

24.- Señale la opción INCORRECTA en relación al craneofaringioma:

- A) Es un tumor derivado de la bolsa de Rathke.
- B) Puede producir diabetes insípida.
- C) El tipo papilar es el más frecuente.
- D) La disfunción endocrina más común en niños con craneofaringioma es el retraso del crecimiento.

25.- En relación con la acromegalia, señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

- A) Los adenomas hipofisarios secretores de GH son con mayor frecuencia microadenomas al diagnóstico.
- B) La cirugía transesfenoidal es el tratamiento de elección.
- C) La cabergolina puede ser una opción de primera línea de tratamiento en aquellos pacientes con niveles de IGF-1 ligeramente elevados.
- D) El pasireótide es un análogo de somatostatina de segunda generación que puede deteriorar el control glucémico.

26.- 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 escasamente granulados.
- B) Tumores pequeños no invasivos.
- C) Antecedente de cirugía hipofisaria previa.
- D) Tumor hipointenso en T2 en la RMN.

27.- Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el déficit de GH:

- A) Para el diagnóstico del déficit de GH, se recomienda realizar pruebas funcionales como la hipoglucemia insulínica y el test de GHRH-arginina.
- B) En un paciente con déficit hipofisario de ACTH y persistencia de astenia a pesar de adecuado tratamiento sustitutivo, se debe descartar el déficit de GH como causa de la clínica.



- C) Otras pruebas dinámicas alternativas para el diagnóstico del déficit de GH son la estimulación con glucagón o el test de la macimorelina.
- D) En pacientes ancianos, los niveles basales descendidos de IGF-1 son suficientes para establecer el diagnóstico.

28.- Señale cuál de las siguientes NO es una indicación para el tratamiento con hormona de crecimiento en la infancia:

- A) Talla baja asociada a mutación del gen SHOX.
- B) Talla baja asociada a Síndrome de Prader Willi.
- C) Talla baja asociada a Síndrome de Turner.
- D) Talla baja asociada a insuficiencia hepática crónica.

29.- Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la pubertad precoz:

- A) La pubertad precoz central es la forma más frecuente de pubertad precoz.
- B) La pubertad precoz central secundaria a lesiones del sistema nervioso central es más frecuente en niñas de mayor edad.
- C) La pubertad precoz se define como la aparición de características sexuales secundarias antes de los 8 años en las niñas y antes de los 9 años en los niños.
- D) En pacientes con pubertad precoz, la edad ósea es mayor que la edad cronológica.

30.- Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la osteoporosis:

- A) La causa más frecuente de osteoporosis secundaria es el tratamiento con corticoides.
- B) La interrupción del tratamiento con bifosfonatos puede causar un aumento rebote de la resorción ósea.
- C) En la osteoporosis postmenopáusica, la afectación más típica es la fractura vertebral.
- D) Los tratamientos antirresortivos inhiben la resorción ósea mediante la supresión de la actividad osteoclástica.

31.- En relación a la SHBG (sexual hormone binding globuline), indique cuál de las siguientes NO produce una elevación de sus niveles en sangre:

- A) Tratamiento con estrógenos.
- B) Hipertiroidismo.



- C) Obesidad.
- D) Todas las anteriores producen aumento de SHBG.

32.- Señale cuál de las siguientes NO es causa de ginecomastia:

- A) Espironolactona.
- B) Inhibidores de la 5 α -reductasa.
- C) Síndrome de Klinefelter.
- D) Hipotiroidismo.

33.- En una paciente en estudio por hirsutismo, señale cuál de las siguientes es con mayor frecuencia la causa del cuadro:

- A) Hiperplasia suprarrenal congénita no clásica.
- B) Tumor ovárico productor de andrógenos.
- C) Síndrome de ovario poliquístico.
- D) Hipertecosis ovárica.

34.- Ante un paciente con criptorquidia, señale la respuesta CORRECTA:

- A) El tratamiento médico tiene mejores tasas de respuesta en testículos criptorquídicos más proximales.
- B) El tratamiento de elección es la cirugía en la mayoría de los 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 18 meses de edad.
- D) El tratamiento médico ha demostrado una tasa de eficacia en cuanto a descenso testicular mayor del 80%.

35.- En relación al hipogonadismo masculino, señale la respuesta FALSA:

- A) En el adulto, la causa adquirida más frecuente de hipogonadismo primario es la orquitis por virus de la parotiditis.
- B) En el hipogonadismo de inicio tardío, el descenso en la producción testicular de testosterona tiene un origen multifactorial.
- C) La determinación analítica más útil en la monitorización del tratamiento sustitutivo con testosterona en el hipogonadismo primario son las gonadotropinas.
- D) En pacientes con hematocrito elevado es conveniente descartar el síndrome de apnea del sueño



36.- Derivan a nuestras consultas desde Urología a un paciente de 29 años por hipogonadismo hipergonadotropo. A la exploración física destaca la presencia de ginecomastia bilateral y volumen testicular < 4 ml. Finalmente es diagnosticado de Síndrome de Klinefelter. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el cuadro clínico del paciente:

- A) El resultado más probable del cariotipo es el 47XXY, aunque hasta en un 20% de los casos puede estar causado por mosaicismos u otras aneuploidías.
- B) Debemos informarle de que su morbi-mortalidad es similar a la de la población general.
- C) Debemos recomendarle realizar análisis del semen y criopreservación en caso de que desee fertilidad.
- D) Durante el seguimiento debemos tener en cuenta que tiene un riesgo aumentado de padecer enfermedades autoinmunes.

37.- En relación con el tratamiento del hipogonadismo masculino, señale la respuesta CORRECTA:

- A) En pacientes en tratamiento con testosterona intramuscular, la determinación de testosterona en el seguimiento se debe realizar en los 3 primeros días tras su administración.
- B) Se recomienda realizar control periódico del hematocrito únicamente en pacientes con tabaquismo, obesidad o el síndrome de apnea del sueño.
- C) En caso de infradosificación se pueden producir síntomas como mayor agresividad.
- D) Ninguna de las anteriores es correcta.

38.- Nos derivan una paciente para estudio de amenorrea primaria. A la exploración física presenta desarrollo mamario normal con genitales externos femeninos y vello púbico ausente. En la ecografía ginecológica destaca una vagina corta, en fondo de saco, sin útero. En esta paciente, ¿qué NO esperaría encontrar en las pruebas complementarias?

- A) Cariotipo XY.
- B) Niveles de testosterona basal elevados.
- C) Niveles bajos de LH.
- D) No esperaría encontrar ninguna de las anteriores.

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



- A) La hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa representa el 90% de los casos.
- B) En caso de gestación en pacientes con formas clásicas de HSC por déficit de 21-hidroxilasa, se debe administrar siempre dexametasona en lugar de otros corticoides dado que no atraviesa la placenta.
- C) En pacientes con HSC no clásica por déficit de 21-hidroxilasa con deseo gestacional, se recomienda tratamiento con glucocorticoides en caso de infertilidad o abortos previos.
- D) Se debe realizar estudio genético en los pacientes con deseo de fertilidad.

40.- Señale cuál de los siguientes déficits enzimáticos implicados en el desarrollo de hiperplasia suprarrenal congénita causa hipertensión arterial e hipotasemia:

- A) Déficit de 21-hidroxilasa.
- B) Déficit de 11 β -hidroxilasa.
- C) Todas las anteriores.
- D) Ninguna de las anteriores.

41.- En relación con la insuficiencia suprarrenal, indique la respuesta CORRECTA:

- A) La ausencia de hipotensión descarta el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal.
- B) La hipocalcemia es un hallazgo analítico que puede aparecer en pacientes con insuficiencia suprarrenal.
- C) En un paciente con astenia, hipotensión, hiponatremia e hiperpotasemia moderada-severa, el diagnóstico más probable es la insuficiencia suprarrenal de origen hipofisario.
- D) Todas las anteriores son falsas.

42.- Nos derivan a consultas a un paciente tras hallazgo de macroadenoma hipofisario en RMN realizada por hemianopsia bitemporal. En analítica destaca la presencia de testosterona baja con gonadotropinas en límite inferior de la normalidad, hormonas tiroideas en rango normal, prolactina discretamente elevada y niveles de cortisol basal de 29 mcg/dl. ¿Cuál de las siguientes opciones considera FALSA?

- A) Para completar el estudio, sería necesario ampliar la analítica para evaluar el eje somatotropo y realizar test de estímulo con ACTH recombinante para descartar insuficiencia adrenal.
- B) Con las determinaciones hormonales basales referidas, se confirmaría hipogonadismo hipogonadotropo.
- C) Sería recomendable descartar la presencia de Efecto Hook en la



- determinación de prolactina.
- D) Todas las anteriores son falsas.
- 43.- En un paciente con sospecha de insuficiencia suprarrenal aguda, ¿cuál de los siguientes síntomas y signos NO esperaría encontrar?
- A) Insuficiencia renal aguda de origen prerenal.
 - B) Fiebre.
 - C) Estreñimiento.
 - D) Náuseas/vómitos.
- 44.- En el seguimiento de un paciente con insuficiencia suprarrenal primaria, señale la respuesta CORRECTA:
- A) Para el ajuste del tratamiento con fludrocortisona se recomienda la determinación de Aldosterona/renina.
 - B) En caso de enfermedad aguda intercurrente, se debe instruir a los pacientes para que doblen la dosis de hidrocortisona y fludrocortisona.
 - C) El tratamiento sustitutivo con DHEA-S se recomienda en todos los varones que presenten deterioro de la calidad de vida y de la sexualidad.
 - D) Ninguna de las anteriores es correcta.
- 45.- En relación al tratamiento farmacológico del síndrome de Cushing, señale la opción FALSA:
- A) El tratamiento con metopirona puede producir hirsutismo en mujeres, así como hipertensión arterial e hipopotasemia.
 - B) El tratamiento con etomidato tiene un inicio de acción lento, por lo que será necesario asociar inicialmente otros tratamientos como ketoconazol.
 - C) La monitorización del tratamiento con Mitotano se debe realizar con cortisol libre urinario y cortisol libre en saliva dado que produce aumento de CBG (cortisol binding globulin).
 - D) Entre los efectos secundarios del ketoconazol, se encuentran el hipogonadismo masculino y la ginecomastia.
- 46.- En relación al tratamiento farmacológico del síndrome de Cushing, señale la respuesta CORRECTA:
- A) El tratamiento con etomidato se debe administrar por vía intravenosa y con monitorización en UVI.
 - B) Entre los posibles efectos secundarios del ketoconazol se encuentran la



hepatotoxicidad y el hipogonadismo masculino.

- C) El tratamiento con mitotano tiene un inicio de acción lento, por lo que será necesario asociar inicialmente otros tratamientos como ketoconazol.
- D) Todas las anteriores son ciertas.

47.- Señale la respuesta CORRECTA en relación al incidentaloma adrenal:

- A) En torno a un 50% de los incidentalomas adrenales son adenomas benignos y no funcionantes.
- B) Ante un incidentaloma suprarrenal con una densidad de 40 UH en el TAC, se debe solicitar una prueba de imagen de control en un año para descartar crecimiento.
- C) Como parte del estudio de funcionalidad, se debe solicitar Aldosterona/Renina en todos los pacientes.
- D) Todas las anteriores son falsas.

48.- Señale la respuesta CORRECTA en relación al hiperaldosteronismo primario:

- A) El hiperaldosteronismo familiar sensible a glucocorticoides tiene una herencia autosómica recesiva y es responsable del 20-30% de todos los casos de hiperaldosteronismo primario.
- B) Se debe realizar despistaje de hiperaldosteronismo en todos los pacientes con incidentaloma adrenal.
- C) Entre las indicaciones de screening de hiperaldosteronismo se incluyen los pacientes con HTA y síndrome de apnea-hipopnea del sueño.
- D) Más del 60% de los pacientes con hiperaldosteronismo primario presentan hipopotasemia.

49.- En relación con el feocromocitoma/paraganglioma, indique cuál considera CORRECTA:

- A) La Cromogranina A es un marcador con una elevada especificidad para feocromocitoma y, por tanto, muy útil en el diagnóstico.
- B) La prevalencia de enfermedad metastásica en los pacientes con mutación germinal en SDHB es de hasta un 40%.
- C) Entre las medidas recomendadas para la preparación los días previos a la cirugía, se incluye el tratamiento con alfa-bloqueantes, beta-bloqueantes y restricción hídrica y del consumo de sal para un adecuado control tensional.
- D) Los pacientes con sospecha de tumor productor de catecolaminas no requieren indicaciones especiales previas a la realización del estudio analítico/de imagen.



50.- En un paciente intervenido con tiroidectomía total por carcinoma medular de tiroides, indique la respuesta CORRECTA respecto al seguimiento post quirúrgico:

- A) Los niveles de calcitonina y CEA se deben determinar a los 7 días de la intervención.
- B) Se debe realizar una revisión con ecografía y niveles de calcitonina y CEA 4 semanas tras la cirugía.
- C) Los niveles de calcitonina y CEA se deben determinar a las 12 semanas de la intervención.
- D) Ninguna de las anteriores es correcta.

51.- En una paciente de 40 años con diagnóstico reciente de hipertiroidismo por Enfermedad de Graves Basedow, que asocia oftalmopatía activa y tiene deseo gestacional a corto plazo (en un periodo < 6 meses), ¿qué opción de tratamiento considera más adecuada?

- A) Tratamiento con radiolodo, debiendo esperar 3 meses tras su administración para intentar gestación.
- B) Iniciar tratamiento con propiltiouracilo y recomendar gestación una vez los niveles de T4l se encuentren en la mitad inferior del rango de normalidad.
- C) Tiroidectomía total.
- D) Desaconsejaría gestación hasta haber completado un ciclo de tratamiento con anti-tiroideos durante 12-18 meses y haber asegurado la remisión posterior durante un periodo de al menos 6 meses.

52.- Respecto al hipertiroidismo secundario a amiodarona, señale la respuesta CORRECTA:

- A) En el diagnóstico diferencial entre hipertiroidismo por amiodarona tipo I y II las pruebas de imagen, como la gammagrafía de tiroides, son determinantes.
- B) Una captación bloqueada en la gammagrafía de tiroides excluye el diagnóstico de hipertiroidismo por amiodarona tipo I.
- C) La amiodarona bloquea la acción de la T3 a nivel miocárdico.
- D) Una respuesta rápida al tratamiento con corticoides apoya el diagnóstico de hipertiroidismo por amiodarona tipo I.

53.- En relación con la oftalmopatía de Graves, señale la opción CORRECTA:

- A) El diagnóstico de la oftalmopatía no siempre coincide en el tiempo con el del hipertiroidismo.
- B) La retracción palpebral puede aparecer en hipertiroidismos de otra etiología.
- C) El tratamiento con pulsos intravenosos de corticoides ha demostrado



tener mejores resultados que el tratamiento por vía oral.

D) Todas las anteriores son correctas.

54.- Mujer de 34 años derivada tras presentar, en analítica de control realizada 4 meses tras el parto, niveles de TSH suprimida con T4 libre discretamente elevada. Actualmente con lactancia materna, que desea prolongar hasta un año tras el parto. Señale la opción CORRECTA:

- A) Para el diagnóstico diferencial debemos realizar una gammagrafía de tiroides.
- B) La positividad de los anticuerpos antitiroglobulina y antitiroperoxidasa es un factor de riesgo para el desarrollo de tiroiditis posparto.
- C) Debemos iniciar tratamiento con antitiroideos y solicitar nuevos niveles de hormonas tiroideas en 8 semanas, incluyendo niveles de TSI.
- D) La lactancia materna está contraindicada en caso de hipertiroidismo, por lo que debemos indicar su interrupción.

55.- Señale la respuesta CORRECTA en relación al hipotiroidismo congénito:

- A) La causa más frecuente de hipotiroidismo congénito es la disgenesia tiroidea.
- B) La transferencia materna de anticuerpos bloqueantes del receptor de la TSH es una posible causa de hipotiroidismo congénito transitorio.
- C) En un 10-15% de los casos es debido a defectos en la síntesis de hormonas tiroideas.
- D) Todas las anteriores son correctas.

56.- Indique qué posibilidades diagnósticas se deberían plantear ante un paciente ingresado que presenta las siguientes alteraciones analíticas: TSH baja, T4I y T3I bajas.

- A) Hipotiroidismo de origen central.
- B) Síndrome eutiroideo enfermo.
- C) A) y B) son verdaderas.
- D) A) y B) son falsas.

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

- A) Hipertiroidismo primario autoinmune.
- B) Bocio multinodular tóxico.
- C) Tiroiditis subaguda.



D) Adenoma tóxico.

58.- En la revisión de un paciente en seguimiento por un nódulo tiroideo de 15x10x18 mm (TranversalxCraneocaudalxLongitudinal) con PAAF Bethesda II previa se objetiva un aumento del nódulo de 3 mm y 5 mm en sus diámetros transversal y longitudinal, respectivamente. Indique qué opción considera más adecuada:

- A) El incremento del tamaño no es significativo, por lo que solicitaría una ecografía de control en 12 meses.
- B) Solicitaría una nueva PAAF del nódulo.
- C) Solicitaría un control estrecho ecográfico en 6 meses y, en caso de crecimiento, solicitaría una nueva PAAF.
- D) Ninguna de 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 III:

- A) 15-30%.
- B) 5-15%.
- C) 60-75%.
- D) 0-5%.

60.- En relación con el manejo de los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides, señale la opción CORRECTA:

- A) Se debe realizar vaciamiento profiláctico del compartimento central en todos los pacientes que vayan a ser sometidos a tiroidectomía total.
- B) En los pacientes con carcinoma de alto riesgo de recidiva con sospecha de enfermedad a distancia se debe administrar una dosis ablativa de radiolodo.
- C) En pacientes con enfermedad metastásica se recomienda mantener los niveles de TSH entre 0,1-0,5 mU/L.
- D) Todas las anteriores son falsas.

61.- El perfil metabólico a las dos horas de haber ingerido una comida con abundantes proteínas y pocos hidratos de carbono incluye todos los siguientes cambios EXCEPTO:

- A) Aumento de la oxidación de aminoácidos de cadena ramificada en el músculo esquelético.
- B) Aumento de los niveles de glucagón.
- C) Aumento de la gluconeogénesis hepática.
- D) Aumento de la utilización de citrulina por los enterocitos.



62.- La adaptación metabólica al inicio del ayuno intermedio (por encima de 24 horas) va acompañado de un aumento en la proteólisis y la liberación de aminoácidos desde el músculo. En esta situación, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- A) Los aminoácidos ramificados son degradados en el hígado.
- B) La alanina liberada es captada por el hígado para su uso como sustrato gluconeogénico.
- C) La glutamina es transformada en los enterocitos en alanina, generándose amonio y arginina.
- D) Los aminoácidos son utilizados en gran parte en el hígado para la síntesis de proteínas plasmáticas.

63.- ¿Cuál de las siguientes neoplasias NO suele asociarse con un síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo MEN-1?:

- A) Adenoma de hipófisis.
- B) Feocromocitoma.
- C) Insulinoma.
- D) Glucagonoma.

64.- Respecto al síndrome poliendocrino autoinmunitario tipo 2, es INCORRECTO:

- A) Se define por la aparición de dos o más de las siguientes patologías: insuficiencia suprarrenal primaria, enfermedad de Graves, tiroiditis autoinmunitaria, diabetes mellitus tipo 1^a, hipogonadismo primario, miastenia gravis, celiaquía.
- B) Afecta por igual a hombres y mujeres.
- C) El vitíligo y la anemia perniciosa son frecuentes.
- D) Se inicia a menudo en adultos y existe agregación familiar.

65.- 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.



66.- Paciente de 45 años que tras presentar flushing (enrojecimiento cutáneo de la parte superior del cuerpo), diarrea y lesiones cutáneas es diagnosticado de síndrome carcinoide. Señale la opción FALSA:

- A) Para su tratamiento son útiles los análogos de la somatostatina.
- B) El síndrome carcinoide ocurre cuando las sustancias vasoactivas escapan a la degradación hepática y acceden a la circulación sistémica.
- C) El 40% de los pacientes con síndrome carcinoide tienen afectación cardíaca que se caracteriza por engrosamiento del endotelio del lado izquierdo del corazón.
- D) La pelagra es un síntoma producido por déficit de niacina.

67.- 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.

68.- El síndrome poliendocrino autoinmune 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 tipo 1.
- B) Insuficiencia suprarrenal primaria (enfermedad de Addison), enfermedad tiroidea autoinmune y diabetes tipo 2.
- C) Insuficiencia suprarrenal primaria (enfermedad de Addison), hipoparatiroidismo primario y diabetes tipo 1.
- D) Candidiasis mucocutánea, enfermedad tiroidea autoinmune y diabetes tipo 1.

69.- ¿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.



70.- 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.

71.- Una de las siguientes manifestaciones NO es característica del síndrome carcinoide:

- A) Rubefacción.
- B) Diarrea.
- C) Fibrosis de cavidades cardíacas derechas.
- D) Ictericia.

72.- Respecto a las dietas de muy bajo contenido calórico (VLDC) en torno a 800 kcal/día, cuál de las siguientes se considera la respuesta CORRECTA:

- A) Son muy útiles para el mantenimiento del peso.
- B) Entre sus efectos secundarios más frecuentes se encuentra la colelitiasis.
- C) Han demostrado ser superiores a las dietas bajas en contenido calórico (LDC) de más de 800 cal/día a largo plazo.
- D) Todas son verdaderas.

73.- Señale la respuesta FALSA en referencia a los criterios para definir el síndrome metabólico según la IDF:

- A) Para su definición es imprescindible que exista obesidad central (manifestada como aumento del perímetro de cintura) junto a otros tres criterios.
- B) Triglicéridos superiores a 150 mg/dl o estar en tratamiento se considera un criterio para el diagnóstico.
- C) Glucemia en ayunas superior a 100 mg/dl o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 se considera otro criterio diagnóstico.
- D) HDL inferior a 40 mg/dl en varones o inferior a 50 mg/dl en mujeres o estar en tratamiento para la dislipemia sería otro criterio diagnóstico.

74.- En relación a la nutrición enteral (NET), cuál de las siguientes se considera la respuesta CORRECTA:



- A) En pacientes con malabsorción se deben utilizar fórmulas poliméricas.
- B) En pacientes con riesgo de broncoaspiración de debe utilizar la vía entérica.
- C) La NET no está indicada en pacientes que conservan una mínima actividad funcional de intestino delgado.
- D) La NET nunca puede administrarse por vía oral.

75.- CASO 1. Paciente varón de 70 años ingresado con el diagnóstico de afagia. AP: HTA, exfumador, bebedor ocasional. Refiere dificultad progresiva para tragar desde 3 meses antes, lo cual ha motivado la disminución de ingesta, siendo en la actualidad solo de caldos, zumos y leche, acompañado de sensación de debilidad y astenia. Refiere pérdida de peso no cuantificada (peso referido de tres meses antes 85 Kgs). EF: peso 72 kgs, Talla 178 cms, IMC 22.7 kg/m², pérdida marcada de tejido adiposo. Nódulo de 1.5 cms en lóbulo tiroideo izquierdo a la palpación, consistencia elástica. ACP: normal. No edemas MMII. PC: Analítica Hb 11.6 g/dl, albúmina 3.2 g/dl, resto sin hallazgos. Endoscopia digestiva: obstrucción completa de la luz esofágica por masa de aspecto neoplásico en tercio medio. En el caso descrito, y tras valorar el inicio de NPT señale la opción CORRECTA:

- A) El paciente presenta desnutrición leve, con IMC en rango de normalidad, por lo que se calcularía la NPT con 35 kcal/kg de peso actual para favorecer la recuperación del peso.
- B) La NPT no sería la primera opción, sería deseable esperar a tener un acceso enteral que salve la zona obstruida.
- C) Se iniciaría tratamiento con tiamina a dosis de 200 mg/día, calculando la NPT en base a 10-15 kcal/día, para evitar el síndrome de realimentación, así como aporte de electrolitos adecuado.
- D) Se descartaría iniciar NPT y se indicaría la colocación de sonda nasogástrica.

76.- En el caso anterior (CASO 1), tras permanecer un tiempo con NPT y tras administrar corticoides, el paciente puede tragar algún líquido. Se realizó tránsito que evidenció paso de contraste hasta estómago aunque con persistencia de la estenosis. En este momento cual sería la actitud más CORRECTA:

- A) Colocar una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea para administración de NET.
- B) Colocar una sonda de gastrostomía radiológica para administración de NET.
- C) Colocar una sonda nasogástrica con control radiológico para administración de NET.
- D) Mantener la NPT y permitir dieta líquida clara por vía oral.



77.- CASO 2. Paciente mujer de 65 años remitida a Consulta de Nutrición por pérdida ponderal progresiva. AP: hipotiroidismo primario autoinmune correctamente suplido con terapia hormonal sustitutiva continua, adenocarcinoma ampular pancreatobiliar que precisó de esfinterectomía, cirugía de Whipple, coledocoyunostomía, gastroanastomosis antecólica y pancreatogastrostomía más quimioterapia posterior adyuvante. Peso estable en torno a 48-50 kgs (peso habitual previo a cirugía 61 kgs, peso mínimo tras cirugía 47 kgs). Encuesta dietética: ingestas completas, en torno a 1500-1600 calorías/día, evitando alimentos ricos en grasas. Presenta reflejo gastrocólico tras cada ingesta y deposiciones de características esteatorreicas. EF: peso 49.5 kgs, talla 157 cms, IMC 20 kg/m². En base a los criterios GLIM que tipo de desnutrición presenta la paciente:

- A) No presenta desnutrición ya que el IMC está en 20, lo cual se considera dentro de la normalidad.
- B) Desnutrición moderada.
- C) Desnutrición severa.
- D) No existe datos suficientes para hacer un diagnóstico de desnutrición en base a los criterios GLIM.

78.- En el caso anterior (CASO 2) y ante la sospecha de insuficiencia pancreática exocrina motivada por la clínica presente, cuál sería la prueba diagnóstica más específica ante dicha sospecha:

- A) Test endoscópico de función pancreática.
- B) Test de alimento con C13-MTG.
- C) Cuantificación de grasa fecal.
- D) Elastasa fecal.

79.- En este caso (CASO 2), cuál sería la actitud terapéutica más adecuada?:

- A) Iniciar recomendaciones dietéticas para el tratamiento de la desnutrición asociada.
- B) Iniciar tratamiento por una posible insuficiencia pancreática exocrina.
- C) Pedir estudio analítico completo para confirmar el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina, además de solicitar estudio de vitaminas lipo e hidrosolubles. Valorar con los resultados el tratamiento más aconsejable.
- D) A y B son correctas.

80.- Como conclusión del CASO 2, ¿qué otros aspectos deben tenerse en cuenta?:

- A) En casos como el descrito, es poco frecuente el déficit de vitaminas liposolubles.



- B) Se recomienda determinar periódicamente parámetros como la albúmina, calcio, magnesio, y vitaminas A, D, E y K.
- C) Es aconsejable realizar una densitometría cada 2 años en estos pacientes, especialmente en casos como el descrito (mujer postmenopáusica).
- D) B y C son correctas.

81.- ¿Cuál de los siguientes parámetros analíticos deben solicitarse en el seguimiento de pacientes gastrectomizados?:

- A) Calcio y vitamina D.
- B) Vitamina B12.
- C) Ferritina.
- D) Todos los anteriores.

82.- En el tratamiento de la hipomagnesemia, cual es la opción CORRECTA:

- A) La vía oral es de elección cuando es tolerada por el paciente.
- B) La vía intravenosa puede inducir un aumento de la reabsorción tubular renal de magnesio.
- C) Deben evitarse los preparados de magnesio de liberación retardada.
- D) El efecto secundario más frecuente del magnesio es el estreñimiento.

83.- En relación a los aspectos nutricionales sobre la cirugía bariátrica y la gestación, se considera CIERTO:

- A) Las mujeres gestantes deben tomar un suplemento de ácido fólico diario (entre 0.4 y 5 mg/día si son obesas y/o tienen DM2) al menos 1 mes antes de quedarse embarazadas y hasta la semana 12 de gestación. Bajos niveles de ácido fólico se asocian con defectos del tubo neural.
- B) Los complejos multivitamínicos estándar para la cirugía bariátrica se deben cambiar por específicos del embarazo para reducir la ingesta de vitamina A, que no debe exceder de 5000 UI/día (como recomendación general) y por evitar la vitamina A en forma de retinol durante el embarazo.
- C) La recomendación respecto a la suplementación con yodo es la misma que para la población general (200 mcg/día).
- D) Todas las anteriores son correctas.

84.- En el caso de pacientes con insuficiencia cardíaca, ¿cuál es el método de valoración nutricional de preferencia?

- A) La valoración global subjetiva (VGS).



- B) La determinación de parámetros antropométricos y de composición corporal.
- C) Los parámetros analíticos bioquímicos.
- D) No existe un método de preferencia inicial único, lo deseable es la combinación de varios métodos para obtener una información más ajustada.

85.- En relación a los micronutrientes esenciales, ¿cuál es el micronutriente cuyo déficit ha sido implicado en la acrodermatitis enteropática?

- A) Selenio.
- B) Vitamina A.
- C) Zinc.
- D) Vitamina E.

86.- En la actualidad se han desarrollado nuevas técnicas para la valoración morfofuncional del estado nutricional. En relación a estas nuevas técnicas señale la respuesta CORRECTA:

- A) La Bioimpedancia con análisis vectorial de ángulo de fase (BIVA) se ha demostrado que tiene valor pronóstico en los pacientes con ciertos tipos de cáncer.
- B) El test "Up and Go", está validado para medir capacidad funcional.
- C) La Dinamometría es una herramienta eficaz para valorar la fuerza muscular.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

87.- En relación a la arginina como tratamiento de la hiperamonemia, indique la FALSA:

- A) La arginina es indispensable ya que sin ella el ciclo de la urea no funciona.
- B) Se usa en hiperamonemias de cualquier etiología.
- C) La arginina es activadora de la N acetil glutamato sintetasa (primera enzima del ciclo de la urea).
- D) Dosis altas de arginina pueden producir acidosis metabólica hiperclorémica.

88.- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad se considera:

- A) Un problema asociado a diversas patologías, principalmente crónicas, y que puede influir en la evolución de estas.
- B) Una enfermedad definida por un acúmulo de grasa corporal y un IMC superior a 30, debiendo estar presentes ambos para su diagnóstico.
- C) Una enfermedad definida por un acúmulo de grasa anormal o excesiva que puede ser perjudicial para la salud.



D) Una enfermedad definida por un IMC igual o superior a 30.

89.- En la regulación del peso a nivel hipotalámico, ¿cuál de las siguientes hormonas tiene un papel orexígeno?

- A) Leptina.
- B) Ghrelina.
- C) GLP-1.
- D) Péptido YY.

90.- Entre las causas de un síndrome hipotalámico que puede cursar con obesidad mórbida, se encuentra el Síndrome de Rohhadnet, que puede cursar con todo lo siguiente EXCEPTO:

- A) Talla alta por exceso de producción de GH.
- B) Tumores neuroendocrinos.
- C) Diabetes insípida central difícil de tratar debido a la falta de sensación de sed.
- D) Déficits de otras hormonas hipofisarias.

91.- En una persona con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), ¿cuándo debemos solicitar un FibroScan® para detectar enfermedad hepática metabólica (EHmet)?

- A) Solo cuando se presentan datos ecográficos de esteatosis hepática y/o hipertransaminemia persistente.
- B) Si coexiste la diabetes con otros factores de riesgo cardiovasculares.
- C) Si, tras analizar con biomarcadores no invasivos (como el FIB-4), se detectan valores en situación indeterminada.
- D) En presencia de resistencia a la insulina manifiesta (HOMA > 5,0).

92.- ¿Cuál de las siguientes técnicas de cirugía bariátrica tiene un mayor componente malabsortivo?

- A) Bypass gástrico proximal en Y de Roux.
- B) Cruce duodenal.
- C) Bypass gástrico en una anastomosis (OAGB: one-anastomosis gastric bypass).
- D) Gastrectomía vertical (Sleeve gastrectomy).

93.- En un paciente intervenido de bypass gástrico y que presenta hipoglucemias posprandiales neuroglucopénicas reiteradas, ¿qué aproximación farmacológica



cuenta con un mayor nivel de evidencia?

- A) Acarbosa o miglitol.
- B) Antagonistas del calcio.
- C) Diazóxido.
- D) Análogos de somatostatina.

94.- 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.

95.- Respecto a las implicaciones clínicas asociadas al síndrome metabólico, ¿Cuál de las siguientes es la respuesta CORRECTA?:

- A) Tras realizar el diagnóstico, no se puede reducir el riesgo de padecer diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular.
- B) La hiperinsulinemia es un factor predictivo independiente del riesgo de enfermedad cardiovascular.
- C) El riesgo de enfermedad cardiovascular está aumentado, pero no el riesgo de mortalidad total.
- D) No se ha encontrado relación con la aparición de hepatocarcinoma.

96.- 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.

97.- 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.

98.- 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.

99.- 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.

100.- 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.

101.- CASO 3. Varón de 20 años remitido desde Atención Primaria a Consultas de Endocrinología y Nutrición por bajo peso, pérdida de 4 kgs en 6 meses, fatiga crónica, dolor abdominal, náuseas y vómitos inmediatos tras la ingesta de leche sin lactosa y yogur desnatado (aunque con presencia de Hidratos de carbono: 15 gramos). AP: esteatosis hepática, hipertransaminasemia crónica, episodio de insuficiencia hepática aguda no filiada a los 8 años, con biopsia hepática posterior no concluyente. Retraso de crecimiento inicial con recuperación posterior. Encuesta dietética: mantiene ingesta restringida de frutas (aversión desde la infancia que obligó a modificar las fórmulas infantiles) y evita las bebidas azucaradas. E física: Peso 50 kgs Talla 170 cms, IMC 17.3 kg/m². Discreta hepatomegalia. Resto de exploración sin hallazgos de interés.



Analítica: bioquímica general, perfil hepático, renal, HbA1c, HOMA, prealbúmina, proteínas totales, zinc y folatos dentro de la normalidad. Discreta hiperuricemia. Transferrina deficiente en carbohidratos 2.6% (VN 0-2.5%), vitamina C por debajo de la normalidad (vitaminas A, D y E) normales.

Ecografía abdominal: discreta hepatomegalia y esteatosis hepática difusa. Con los anteriores datos, ¿cuál sería el diagnóstico MAS PROBABLE?

- A) Intolerancia o malabsorción de fructosa.
- B) Intolerancia hereditaria a la fructosa.
- C) Deficiencia de fructosa-1,6-bifosfatasa.
- D) Enfermedades asociadas a necrosis hepatocelular.

102.- Señale la opción INCORRECTA respecto al tratamiento de las patologías descritas a continuación:

- A) En el caso de la intolerancia hereditaria a la fructosa (IHF) el tratamiento es la restricción de alimentos con fructosa de por vida.
- B) En el caso de la intolerancia a la fructosa (IF) pueden ingerirse alimentos con fructosa pero limitando su ingesta a menos de 25 gramos por comida.
- C) Tanto en la IHF como en la IF deben restringirse la ingesta de HC de por vida.
- D) En la IF la reintroducción gradual de alimentos con fructosa para facilitar la digestión y absorción ayuda a la mejoría de la sintomatología.

103.- Respecto al fallo intestinal es FALSO:

- A) El síndrome de intestino corto (SIC) desde un punto de vista anatómico se define como aquella situación en la que la longitud intestinal es menor del 30% de lo normal, lo que supone 75 cms en niños y 200 cms en adultos aproximadamente.
- B) En pacientes con intestino corto la preservación del colon y la válvula ileocecal son factores importantes para lograr la autonomía nutricional.
- C) La presencia de niveles de citrulina en ayunas < 100 mmol/l, después del periodo de adaptación intestinal, es muy sugerente de que la alimentación por vía digestiva exclusiva va a ser suficiente.
- D) El fenómeno de adaptación intestinal que ocurre tras resecciones extensas de intestino delgado ocurra principalmente en los primeros 6 meses.

104.- CASO 4. Un varón de 67 años es remitido a C. de Nutrición desde C. de Neurología por pérdida de peso progresiva (5 kgs en los últimos 4 meses cuantificado). AP: DM2, HTA. Diagnosticado de ELA (esclerosis lateral amiotrófica) 6 meses antes tras



estudio por disartria, aunque refiere presencia de síntomas desde hacía 18 meses y desde 12 meses antes presentaba paresia en ambos miembros superiores. Tratamiento habitual: olmesartán y metformina. Refiere peso habitual hace un año de 83 kgs y de 78 kgs hace 6 meses, coincidiendo con el diagnóstico de ELA. Mantiene ingesta habitual y no refiere clínica de disfagia. MUST: 1 VGS: B. EF: Peso actual 73 kgs, Talla 171 cms, IMC 24,9 kg/m². Analítica: sin alteraciones reseñables. Encuesta nutricional: ingesta 2234 kcal/día. GET (calculado por E. Harris-Benedict 2100 cal). En el caso descrito, ¿cuál sería la siguiente prueba diagnóstica específica a realizar?:

- A) Proteinograma.
- B) Test de alergias alimentarias.
- C) Método de exploración clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) para diagnóstico de la disfagia.
- D) Impedanciometría.

105.- Siguiendo con el anterior caso clínico descrito (CASO4), ¿cuál sería la actitud terapéutica más adecuada?

- A) Iniciar recomendaciones dietéticas para el tratamiento de la disfagia.
- B) Pautar suplementación oral hipercalórica normoproteica.
- C) Pautar suplementación oral hipercalórica hiperproteica.
- D) A y C son correctas.

106.- Para finalizar con el CASO 4, ¿Cuál sería el planteamiento de soporte nutricional que manejaría en este paciente?

- A) Plantearía la posibilidad de colocar una gastrostomía temprana.
- B) Indicaría tratamiento paliativo de sostén de la enfermedad sin planteamiento en ningún caso de medidas agresivas de tratamiento.
- C) Indicaría colocación de sonda nasogástrica de manera precoz.
- D) No plantearía ningún tratamiento de momento de soporte nutricional, ya que el paciente tiene un IMC en rango de normopeso.

107.- 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.

108.- 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.

109.- En referencia 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 glucocinasa no suelen necesitar tratamiento, salvo la insulinización en el caso de gestación.
- D) La diabetes MODY 1 presenta frecuentes complicaciones microvasculares.

110.- 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.

111.- 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.

112.- 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.

113.- La neuropatía diabética es la complicación crónica más frecuente de la diabetes. 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.

114.- 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).

115.- ¿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.

116. Está ampliamente demostrado que en los procesos de atención médica de las personas con el mismo problema de salud, a menudo reciben diferentes evaluaciones o tratamientos, esto puede influir en:

- A) Los gastos sanitarios.
- B) En todo el proceso de valoración.
- C) En las conclusiones a las que llegue el facultativo.
- D) Todas son ciertas.

117. Cuáles son los objetivos de una guía de atención:

- A) Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- B) Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- C) Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- D) Todas las anteriores.

118.Cuál de las siguientes es una limitación en el uso de Guías de Practica Clínica:

- A) Su elaboración y adaptación consume recursos y tiempo.
- B) No es preciso mantenerlas actualizadas.
- C) Su existencia asegura su utilización.
- D) Suelen ser aceptada por todos los usuarios potenciales.

119. La mejora continua evita:

- A) Que el personal trabaje más.
- B) El estancamiento operacional de las organizaciones, que mantienen por mucho tiempo sistemas de producción lentos y con un bajo nivel de control y fuentes de información.
- C) Que los sistemas sean más rápidos.
- D) Todas son correctas.

120. En relación a la mejora continua, señale la CORRECTA:

- A) Estar de forma continua realizando las acciones que se venían realizando de forma histórica.
- B) Es la ejecución constante de acciones que mejoran los procesos en una organización, minimizando al máximo el margen de error y de pérdidas.
- C) B es incorrecta.



D) Todas son correctas.

121. La mejora continua promueve:

- A) Aumenta la eficiencia y aumenta los costos.
- B) Fomenta la innovación
- C) Mejora la cultura organizacional
- D) B y C son correctas.

122. Pasos asociados al proceso de mejora continua:

- A) Planificar: Elaborar un plan de cambio y buscar formas de mejorar.
- B) Hacer: Realizar las modificaciones sugeridas.
- C) Estudiar: Examinar si el cambio tiene el efecto deseado.
- D) Todas son correctas, siendo el último paso el de actuar: Implementar en toda la organización y el proceso si es efectivo.

123. De la cultura organizacional, señale la CORRECTA:

- A) Se trata de que las personas hagan las cosas como se sientan más cómodas (como lo han hecho TODA la vida).
- B) Se trata de adoptar una mentalidad de mejora continua, se fomenta una cultura de aprendizaje y colaboración en la organización. Esto puede aumentar la motivación y el compromiso de los empleados y mejorar la cohesión del equipo.
- C) Se trata de abordar los orígenes de la institución.
- D) Ninguna es correcta.

124. La finalidad de los programas de gestión son:

- A) Alinear la postura de nuevos trabajadores y de antiguos trabajadores.
- B) facilitar el trabajo, reduciendo procesos y costes, y mejorando los resultados.
- C) Solo obtener beneficios económicos, bajando la calidad y aumentando los costos.
- D) Ninguna es correcta.

125. Del diagrama Causa-Efecto:

- A) Todas las causas desembocan en un eje principal.
- B) No es más que una representación gráfica de todas las causas que generan un problema.
- C) Es un instrumento para la mejora de la calidad.
- D) Todas son correctas.

126. De los diagramas de flujo, diga cuál es CORRECTA:

- A) Son la herramienta de representación visual de los procesos de la organización.
- B) Son la representación gráfica de una distribución.



- C) A y B son ciertas.
- D) Ninguna de las anteriores se ajusta a la definición de diagrama

127. Cuáles son los preceptos fundamentales de los médicos:

- A) La independencia, la seguridad propia.
- B) Curar aunque el paciente no lo quiera.
- C) Beneficencia, No maleficencia, autonomía y justicia.
- D) Ningunas de las anteriores.

128. Busca el bienestar de los demás protegiendo a terceros de posibles daños. Velar por brindar un beneficio ante un problema de salud entre aquellos que solicitan asistencia sanitaria. Es la definición de:

- A) Beneficencia.
- B) No maleficencia
- C) Autonomía
- D) Justicia

129. Los recursos de salud se deben distribuir de manera equitativa y justa siguiendo el principio básico de que todos los seres humanos son iguales en dignidad y derechos. Es la definición de:

- A) Beneficencia.
- B) No maleficencia
- C) Autonomía
- D) Justicia

130. La persona es dueña de tomar sus propias decisiones sin coacciones, restricciones, presiones o interrupciones relacionadas con sus creencias o valores antes de ser sometido a cualquier intervención. Se refiere a:

- A) Beneficencia.
- B) No maleficencia
- C) Autonomía
- D) Justicia

131. La protección de la salud en la Constitución española:

- A) en su artículo 43 se reconoce el derecho a la protección de la salud
- B) se encuentra dentro de los derechos fundamentales contenidos en su Título I



- C) A y B son verdaderas
- D) La protección de la salud no aparece recogida en la Constitución

132. La afirmación "Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el Territorio Nacional.":

- A) se trata del artículo 3 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- B) se trata del artículo 3 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- C) se trata del artículo 1 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.
- D) las opciones B y C son correctas

133. Con respecto a la estructura del Ministerio de Defensa 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

134. La Unidad Militar de Emergencias (UME):

- A) está constituida de forma permanente y tiene como misión la intervención en cualquier lugar del territorio nacional y en el extranjero, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas



- B) está constituida de forma temporal y tiene como misión la intervención en cualquier lugar del territorio nacional y en el extranjero, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas
- C) está constituida de forma permanente y tiene como misión la exclusiva intervención en territorio nacional, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas
- D) está constituida de forma temporal y tiene como misión la exclusiva intervención en territorio nacional, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas

135. Marcar la VERDADERA: En relación a la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, de Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud:

- A) el personal debe ser identificado por su nombre y categoría profesional por los usuarios del Sistema Nacional de Salud
- B) la selección del personal estatutario fijo sólo podrá realizarse a través del sistema de concurso-oposición
- C) el personal estatutario temporal puede estar sujeto a un período de prueba de 6 meses de trabajo efectivo durante el que será posible la resolución de la relación estatutaria
- D) son verdaderas todas las anteriores

136. Marcar la VERDADERA: En relación a la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, de Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud:

- A) el importe de la paga extraordinaria será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y trienios, al que se añadirá la dieciseisava parte del importe anual del complemento de destino
- B) la duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada complementaria y a la jornada ordinaria será de 48 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo trimestral salvo que mediante acuerdo, pacto o convenio colectivo se establezca otro cómputo.
- C) el tiempo de trabajo es todo el período en el que el personal permanece



en el centro sanitario, aunque no esté a disposición del mismo y en ejercicio efectivo de su actividad y funciones

- D) el cómputo del tiempo de trabajo se realizará de modo que tanto al comienzo como al final de cada jornada el personal se encuentre en su puesto de trabajo y en el ejercicio de su actividad y funciones.

137. Marcar la VERDADERA: Durante la situación de excedencia voluntaria:

- A) La situación de excedencia voluntaria se producirá siempre por una solicitud del interesado
- B) Para obtener el pase a la situación de excedencia voluntaria por interés particular será preciso haber prestado servicios efectivos en cualquiera de las Administraciones públicas durante los cinco años inmediatamente anteriores y quedará subordinada a las necesidades del servicio debidamente motivadas, y además el tiempo mínimo de permanencia en esta situación será de dos años.
- C) Para obtener el pase a la situación de excedencia voluntaria por interés particular será preciso haber prestado servicios efectivos en cualquiera de las Administraciones públicas durante al menos cinco años y siempre uno de ellos inmediatamente anterior a la petición y además el tiempo mínimo de permanencia en esta situación será de un año.
- D) Para obtener el pase a la situación de excedencia voluntaria por interés particular será preciso haber prestado servicios efectivos en cualquiera de las Administraciones públicas durante al menos un año ininterrumpido e inmediatamente anterior a la petición y además el tiempo máximo de permanencia en esta situación será de tres años.

138. Marcar la VERDADERA: En cuanto a la Red sanitaria militar la Ley 55/2003 de Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud:

- A) El personal civil y militar que presta sus servicios en los centros, establecimientos y servicios sanitarios integrados en la Red sanitaria militar se registrará por su normativa específica, sin que le sean de aplicación las disposiciones de esta ley
- B) Solo es el personal militar que presta sus servicios en los centros, establecimientos y servicios sanitarios integrados en la Red sanitaria



militar quien se registrá por su normativa específica, sin que le sean de aplicación las disposiciones de esta ley

- C) Las disposiciones contenidas en la Ley 55/2003 de Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud son de obligada aplicación al personal civil y militar que presta sus servicios en los centros, establecimientos y servicios sanitarios integrados en la Red sanitaria militar
- D) Todas son falsas

139. Marca la VERDADERA: A efectos de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, son definiciones legales:

- A) El paciente es la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria
- B) La Historia Clínica es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla
- C) Centro sanitario es el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios
- D) Todas son verdaderas

140. Marca la FALSA: A efectos de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, son definiciones legales:

- A) El certificado médico es la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento
- B) La información clínica es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla



- C) Centro sanitario es el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios
- D) El usuario es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud

141. La Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales contempla:

- A) los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, derecho a la limitación del tratamiento y derecho a la portabilidad
- B) los derechos de acceso, rectificación, revocación e imposición
- C) derechos de acceso, ratificación, conservación y olvido
- D) derechos de acceso, ratificación, corrección y oposición

142. Según la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud el órgano básico de cohesión es:

- A) La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
- B) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- C) La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
- D) El Observatorio del Sistema Nacional de Salud

143. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye:

- A) Sólo la prestación farmacéutica
- B) Prestación farmacéutica y ortoprotésica pero no productos dietéticos
- C) Transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica
- D) Todos los anteriores son falsos / no están incluidos



144. Las modalidades de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud son:

- A) Cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios
- B) Cartera común fundamental, cartera común diferenciada y cartera común compleja
- C) Cartera común no cualificada, cartera común cualificada y cartera común accesorias
- D) Cartera común esencial y personal, cartera común profesional y cartera común avanzada

145. Marca la FALSA en cuanto al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud:

- A) La prestación de atención primaria comprende la atención paliativa a enfermos terminales
- B) La prestación de atención primaria incluye la atención a la salud bucodental
- C) La prestación de atención especializada comprende la atención paliativa a enfermos terminales
- D) La prestación de atención especializada incluye la rehabilitación en pacientes con déficit funcional irrecuperable

146. Marca la VERDADERA en relación al desarrollo profesional según Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias:

- A) Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional
- B) La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, tres años desde la precedente evaluación positiva
- C) En caso de evaluación negativa, el profesional podrá solicitar una nueva



evaluación transcurridos un año desde ésta

- D) La evaluación se llevará a cabo por un comité específico independiente, ajeno al Centro o Institución

147. En cuanto al tutor de residentes:

- A) El plan individual de formación de cada residente es confeccionado por el propio residente bajo supervisión del tutor en coordinación con la Comisión de Docencia
- B) El tutor salvo causa justificada o situaciones específicas nunca será el mismo durante todo el período formativo, no pudiendo repetir más de 2 años consecutivos
- C) El tutor tendrá asignados hasta un máximo de cinco residentes
- D) Todas son verdaderas

148. Cual NO es una Unidad Docente de carácter multiprofesional:

- A) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria
- B) Unidad Docente de Salud Laboral
- C) Unidad Docente de Cirugía General y del Aparato Digestivo
- D) Unidad Docente de Obstetricia y Ginecología

149. Marca la VERDADERA: Según Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:

- A) las ausencias al trabajo motivadas por la situación física o psicológica derivada de la violencia de género se considerarán justificadas pero no serán remuneradas
- B) las faltas de puntualidad al trabajo motivadas por la situación física o psicológica derivada de la violencia de género se considerarán injustificadas y no serán remuneradas
- C) las ausencias al trabajo motivadas por la situación física o psicológica derivada de la violencia de género se considerarán justificadas y serán



remuneradas

D) son verdaderas A y B

150. Según Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, las mujeres víctimas de violencia de género:

A) serán consideradas colectivos prioritarios en el acceso a viviendas protegidas

B) serán consideradas colectivos prioritarios en el acceso a residencias públicas para mayores

C) A y B son verdaderas

D) todas son falsas, no son consideradas colectivo prioritario para ese tipo de ayudas

151. Son los sanos con prueba negativa de entre todos los sanos.

A) Especificidad.

B) Sensibilidad.

C) Validez.

D) Seguridad.

152. Es la edad media que vive una persona o una especie:

A) Esperanza de vida.

B) Esperanza de vida al nacer.

C) Tasa bruta de natalidad.

D) Tasa bruta de mortalidad.

153. Es la duración promedio que viven los individuos, considerando los riesgos de muerte en su contexto:

A) Esperanza de vida.

B) Esperanza de vida al nacer.

C) Tasa bruta de natalidad.

D) Tasa bruta de mortalidad.

154. Representa la frecuencia de nacimientos que tienen lugar en un periodo determinado en relación a la población total:



- A) Esperanza de vida.
B) Esperanza de vida al nacer.
C) Tasa bruta de natalidad.
D) Tasa bruta de mortalidad.
155. Representa el número de muertes en una población durante un periodo específico y en relación a la población actual.
A) Esperanza de vida.
B) Esperanza de vida al nacer.
C) Tasa bruta de natalidad.
D) Tasa bruta de mortalidad.
156. ¿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.
157. ¿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.
158. Un paciente presenta hipopotasemia y alcalosis metabólica, con una tensión arterial normal o baja, con renina y aldosterona elevadas. ¿Qué patología de las siguientes puede sospechar?
A) Hiperaldosteronismo primario por adenoma suprarrenal.
B) Síndrome de Bartter.
C) Tumor productor de renina.
D) Ninguna patología es compatible con el cuadro.
159. Paciente de 55 años de edad, diagnosticado de hipertensión arterial hace 2



meses en revisión de empresa. Analítica: glucemia 129 mg/dl, colesterol 205 mg/dl, LDLc 161 mg/dl, HDLc 38 mg/dl, triglicéridos 174 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: índice de masa corporal (IMC) 38 kg/m², perímetro abdominal 110 cm. TA 157/93 mmHg. Soplo sistólico con refuerzo del segundo ruido. Pulsos periféricos con discreta asimetría en pedio y tibial posterior derechos, que son más débiles respecto a extremidad izquierda. Rx de tórax y ECG sin alteraciones.

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

- A) Realización de fondo de ojo.
- B) Determinación de microalbuminuria.
- C) Índice tobillo-brazo.
- D) Determinación de hemoglobina glicosilada.

160. En el tratamiento con sistema de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) durante la gestación, ¿cuál de los siguientes enunciados puede considerarse FALSO?:

- A) Suele ser necesario aumentar la pauta basal total diaria de forma que es un 30% superior a partir del tercer trimestre con respecto a la del primer trimestre.
- B) El incremento de la pauta prandial se produce a partir del segundo trimestre de forma que la dosis total diaria de la insulina administrada en pauta de bolos suele suponer un 45% más en el primer trimestre.
- C) En la segunda mitad del embarazo la absorción de insulina se acelera por lo que el bolo prandial se debe administrar una vez iniciada la ingesta.
- D) Se suele producir un descenso transitorio de las necesidades basales de insulina sobre la semana novena de gestación.