**1. En relación con la acromegalia, señale la respuesta FALSA:**

A) Aunque solo el 5% de los adenomas hipofisarios productores de GH se presentan en el contexto de una enfermedad familiar, el 40-60% presentan mutaciones somáticas en el gen GNAS.
B) El subtipo de adenoma somatotropo escasamente granulado se relaciona con tumores de mayor tamaño y con peor respuesta a los análogos de somatostatina de primera generación.
C) Fisiológicamente se espera que la respuesta de GH aumente en respuesta a la sobrecarga de glucosa, pero en acromegalia la GH se suprime.
D) La principal causa de mortalidad actual en los pacientes con acromegalia es el cáncer.

**2. Acerca del tratamiento de la ACROMEGALIA señale la respuesta VERDADERA:**

A) La edad es un fuerte predictor de resultados quirúrgicos, siendo estos peores en el anciano.
B) La radioterapia en el tratamiento de la acromegalia favorece la aparición de hipopituitarismo, que se desarrolla principalmente en el primer año tras el tratamiento.
C) Los análogos de somatostatina de primera generación (octeótido, lanreótido) producen más hiperglucemia que los de segunda generación (pasireótido)
D) Los pacientes en tratamiento con pegvisomant pueden experimentar elevación de transaminasas, pero en la mayoría de los casos se trata de un aumento transitorio.

**3. La afectación hormonal MÁS frecuente en la hipofisitis primaria linfocítica es:**

A) El déficit de GH, al igual que los adenomas hipofisarios.
B) El déficit de ACTH, a diferencia de los adenomas hipofisarios en los que el déficit más frecuente es el de GH
C) El déficit de gonadotropinas.
D) El déficit de prolactina.

**4. Acerca de los prolactinomas, señale la afirmación FALSA:**

A) La elevación de prolactina estimula a nivel hipotalámico la kisspeptina y esto produce aumento de GnRH e hipergonadismo asociado.
B) Los macroprolactinomas en varones tienen peor pronóstico y requieren un seguimiento más cercano.
C) Los agonistas dopaminérgicos, como la cabergolina, constituyen el tratamiento médico primario habitual en los prolactinomas, incluso aunque presenten déficit visual.
D) En pacientes en tratamiento con cabergolina, sobre todo si se emplea con dosis superiores a 2 mg/semanales o durante varios años, es recomendable hacer un ecocardiograma para descartar alteraciones valvulares.

**5. Respecto al desarrollo adenohipófisis, señale la afirmación VERDADERA:**

A) La displasia septo-óptica se asocia con mutaciones en HEX-1.
B) El factor de transcripción T-Pit está implicado en el desarrollo de células somatotropas, lactotropas y tirotropas.
C) El factor de transcripción Pit-1 es preciso para el desarrollo de las células corticotropas.
D) La mutación en el factor de transcripción Prop-1 produce alteraciones en la línea media.

**6. Señale la afirmación FALSA respecto al tratamiento hormonal sustitutivo del hipopituitarismo adquirido en adultos:**

A) No debe iniciarse tratamiento con tiroxina mientras no se haya evaluado la función adrenal.
B) Las mujeres con déficit de gonadotropinas y de GH en tratamiento sustitutivo con estrógenos orales precisan dosis más altas de GH.
C) En el déficit de ACTH se recomienda complementar el tratamiento sustitutivo esteroideo con fludrocortisona.
D) La sustitución con glucocorticoides puede desenmascarar la presencia de una deficiencia de vasopresina previamente inadvertida.

**7. En cuanto a la etiología de la hiperprolactinemia, señale la respuesta FALSA:**

A) Un valor de prolactina por encima de 100 ng/dl es indicativo de adenoma hipofisario.
B) Las alteraciones torácicas: neurogénicas, traumatismos, cirugía, herpes zóster, piercings… pueden causar hiperprolactinemia.
C) El tratamiento con estrógenos orales puede inducir hiperprolactinemia.
D) Ante una elevación moderada de prolactina sin clínica acompañante debería descartarse la presencia de macroprolactina.

**8. Seleccione la respuesta VERDADERA sobre el tratamiento de la enfermedad de Cushing:**

A) El ketoconazol y la metopirona actúan a nivel hipofisario.
B) Los análogos de somatostatina de primera generación (octreótido y lanreótido) son el tratamiento médico de primera elección.
C) Pasireótido es un análogo de somatostatina de segunda generación que acción a nivel central, principalmente a través de los receptores de somatostatina tipo 2 (SSTR2)
D) Osilodrostat es un inhibidor potente de la 11 beta hidroxilasa y la aldosterona sintasa.

**9. En un paciente con un adenoma hipofisario no funcionante con invasión paraselar y del seno esfenoidal ¿qué síntoma NO esperaría?**

A) Cefalea
B) Hemianopsia bitemporal
C) Ptosis palpebral
D) Rinorrea por fístula de líquido cefalorraquídeo

**10. Ante una tiroiditis subaguda de De Quervain señala qué NO esperaría:**

A) Antecedente de una infección viral de vías respiratorias altas en las 2-8 semanas previas.
B) Elevación de VSG.
C) Alteración tiroidea con una fase de tirotoxicosis inicial, seguida de una fase de hipotiroidismo y finalmente normalización de la función.
D) Mejoría de la tirotoxicosis con metimazol.

**11. En las tirotoxicosis causadas por amiodarona, señale la opción VERDADERA:**

A) La vascularización Doppler está aumentada en la tirotoxicosis tipo 1.
B) La tirotoxicosis tipo 2 suele aparecer en pacientes con enfermedad tiroidea subyacente (como BMN o enfermedad de Graves previa).
C) La captación en la gammagrafía tiroidea en la tirotoxicosis tipo 2 es alta.
D) La retirada de la amiodarona resuelve casi inmediatamente el cuadro de tirotoxicosis.

**12. Ante una paciente de 35 años en seguimiento en la Unidad de Reproducción Asistida, con deseo gestacional en menos de 6 meses, pendiente de inseminación, en la que se detecta un primer brote de enfermedad de Graves con hipertiroidismo franco, señale qué alternativa parece MÁS recomendable:**

A) El mejor tratamiento sería iniciar metimazol durante 3-4 meses a dosis altas para intentar bloquear al máximo la producción de hormonas tiroideas, y posteriormente reducir la dosis (a la mínima necesaria) cuando realice la inseminación.
B) Sería preferible dar I131 por la rapidez en lograr el eutiroidismo.
C) La cirugía tiroidea como tratamiento definitivo de la enfermedad de Graves podría estar indicada en este caso.
D) Es preferible no iniciar ningún antitiroideo y esperar a lograr la gestación, porque las enfermedades autoinmunes tienden a mejorar espontáneamente.

**13. Respecto al hipotiroidismo, señale la opción FALSA:**

A) La mayoría de pacientes en zonas de bocio endémico por déficit de yodo no suelen presentar hipotiroidismo, por un aumento en la actividad de las desyodadas D1 y D2 y de la conversión de T4 en T3.
B) El hipotiroidismo relacionado con los fármacos inhibidores de los puntos de control inmune se produce por bloqueo de la síntesis o liberación de la T4.
C) El síndrome de Pendred es una forma de hipotiroidismo congénito que se acompaña de sordera.
D) La determinación de T3 no es un parámetro sensible y específico para el diagnóstico de hipotiroidismo

**14. Ante un nódulo tiroideo, ¿cuál de estos datos NO considera un factor de sospecha de malignidad?**

A) Sexo masculino
B) Edad 30-40 años
C) Disfonía
D) Antecedente de Síndrome de Gardner

**15. Respecto a la clasificación citopatológica de Bethesda de los nódulos tiroideos, indique qué opción es CORRECTA:**

A) Un nódulo tiroideo Bethesda III tiene una probabilidad de malignidad en torno al 50%.
B) Los nódulos tiroideos Bethesda IV se clasifican como neoplasias foliculares y por tanto se consideran lesiones malignas.
C) Ante un resultado Bethesda I (no diagnóstico), se recomienda hacer test molecular.
D) Las lesiones Bethesda II (benignas) tienen un 2-7% de probabilidad de malignidad.

**16. Según las guías de la Asociación americana de tiroides de 2015 (ATA 2015), señale cuál es la asociación FALSA entre determinados factores y el riesgo de recidiva:**

A) Cáncer papilar de tiroides con 3 metástasis ganglionares de 1 mm- riesgo intermedio.
B) Cáncer papilar de tiroides variante de células altas- riesgo intermedio
C) Cáncer folicular de tiroides con 5 focos de invasión vascular extensa- riesgo alto.
D) Cáncer folicular de tiroides encapsulado con 2 focos de invasión vascular mínima- riesgo bajo.

**17. Respecto al carcinoma medular de tiroides, señaea la opción FALSA:**

A) Deriva de las células parafoliculares o células C del tiroides.
B) Puede ser causa de síndrome de Cushing por secreción de ACTH ectópica.
C) Su principal marcador de laboratorio es la calcitonina, pero los niveles de calcitonina pueden disminuir falsamente en contexto de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones o corticoides.
D) Debe solicitarse estudio de mutaciones en el gen RET a todos los pacientes con carcinoma medular de tiroides, independientemente de su edad o de la presencia o no de antecedentes familiares.

**18. Elija la opción FALSA acerca de la neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (MEN1)**

A) El hiperparatiroidismo es la manifestación más frecuente de la Neoplasia endocrina múltiple tipo 1, y tiene una penetrancia casi del 100% a los 40-50 años.
B) Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos son los menos frecuentes y aparecen solo por detrás del hiperparatiroidismo y los tumores hipofisarios.
C) En el 5-10% de pacientes que presentan clínica de MEN1, pero que no tienen mutaciones en MEN1, se debe continuar el estudio genético para descartar fenocopias de MEN1, como por ejemplo MEN4.
D) Los tumores tímicos son los tumores más agresivos asociados a MEN1 y que más comprometen la supervivencia del paciente.

**19. Señale la respuesta CORRECTA respecto a la neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2)**:

A) Es una enfermedad rara que se transmite por herencia autosómica recesiva.
B) Se produce por mutaciones inactivantes del protooncogén RET.
C) Existen 4 variantes del MEN2A: el MEN2A clásico, compuesto de carcinoma medular de tiroides, feocromocitomas e hiperparatiroidismo primario. El MEN2A asociado a liquen cutáneo amiloidótico, el MEN2A asociado a enfermedad de Hirschprung y el carcinoma medular familiar.
D) El MEN2B, de manera similar al MEN2A, presenta carcinoma medular de tiroides en el 100% de los pacientes y feocromocitoma en el 50%, pero se diferencia en que desarrolla con más frecuencia hiperparatiroidismo primario que el MEN2A. También asocia neuromas cutáneos.

**20. Señale la respuesta FALSA en cuanto a las características de los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNE GEP):**

A) Los TNE GEP tienen gran heterogeneidad, mostrando un comportamiento clínico y pronóstico variable.
B) En pacientes jóvenes los tumores más frecuentes son los carcinoides apendiculares, de curso agresivo y con una corta supervivencia.
C) Los TNE no funcionantes presentan clínica en fases más tardías, cuando desarrollan síntomas relacionados con invasión o compresión tumoral.
D) Los TNE funcionante producen sustancias vasoactivas como serotonina, ácido hidroxiindolacético, VIP, etc. u hormonas como ACTH, que pueden dar a lugar a cuadros clínicos de hipersecreción hormonal.

**21. Respecto al diagnóstico de los TNE GEP, elija la opción FALSA:**

A) Para la determinación de gastrina es preciso suspender al menos 2 semanas antes los inhibidores de la bomba de protones porque pueden producir falsos negativos.
B) La hipergastrinemia eleva falsamente los niveles de cromogranina A.
C) La determinación de ácido hidroxi-indolacético en orina de 24 horas puede estar interferida por determinados fármacos y alimentos, así como por alcohol y tabaco, por lo que es importante realizar dieta o evitar fármacos o tóxicos antes de la recogida.
D) La ecoendoscopia tiene una elevada sensibilidad en el diagnóstico de lesiones TNE pancreáticos.

**22. Respecto a las características generales de hiperparatiroidismo, señale la respuesta VERDADERA:**

A) El 40% de los casos tienen una base genética, y están asociados a síndromes hereditarios.
B) La incidencia es superior en varones de edad media.
C) Las formas asintomáticas son poco frecuentes, ya que casi siempre existen manifestaciones clínicas.
D) El HPP puede asociar alteraciones neurocognitivas y neuroconductuales.

**23. En el estudio diagnóstico de la hipercalcemia, indique cuál de estas opciones es FALSA:**

A) Los suplementos con biotina pueden aumentar falsamente los niveles de PTH, por lo que deben suspenderse unos días antes de la determinación de PTH.
B) Las tiazidas y el litio producen hipercalcemia y aumento de PTH, por lo que deben ser suspendidas (si la situación clínica lo permite), para evaluar correctamente los niveles de calcio y PTH.
C) La calciuria puede verse afectada en pacientes con enfermedad renal crónica, embarazo, tratamiento con tiazidas o bajas ingestas de calcio.
D) El PET colina tiene una sensibilidad del 80-100% y una especificidad del 95-100% en la detección de adenomas paratiroideos.

**24. En el diagnóstico diferencial de las alteraciones del metabolismo cálcico, señale la opción INCORRECTA:**

A) Una cifra de calcio elevado con PTH elevada en paciente con enfermedad renal crónica avanzada es sugestiva de hiperparatiroidismo terciario.
B) La sarcoidosis puede producir hipercalcemia por secreción ectópica de PTHrp (péptido relacionado con la parathormona).
C) El tratamiento con bifosfonatos o denosumab puede causar hiperpartiroidismo secundario, pero con niveles habitualmente normales de calcio, o en rango bajo de la normalidad.
D) En la hipercalcemia tumoral la PTH suele estar baja, porque las neoplasias suelen producir PTHrp y no PTH.

**25. Acerca de la hipercalcemia hipocalciúrica familiar (HHF) señale la opción FALSA:**

A) La HFF es una enfermedad autosómica dominante que afecta al sensor-receptor del calcio.
B) Se caracteriza por la presencia hipercalcemia leve, pero sintomática y progresiva que puede requerir paratiroidectomía.
C) Se acompaña de calciuria baja e hipermagnesemia.
D) Los niveles de calcio y PTH pueden solaparse con los del HPP. El cociente aclaramiento de calcio/aclaramiento de creatinina (CCa/Cr) puede ayudar al diagnóstico diferencial, y cuando es < 0,01 apoya el diagnóstico de HHF, aunque no es definitivo.

**26. Según las recomendaciones del Fifth International Workshop, ¿en cuál de estos pacientes con hiperparatiroidismo primario NO estaría indicado el tratamiento quirúrgico?**

A) Mujer de 76 años sin comorbilidades, salvo hipertensión arterial, con hiperparatiroidismo primario sintomático (litiasis cálcica).
B) Varón de 66 años con calcio de 11,9 mg/dl (para un límite superior de la normalidad de 10,6 mg/dl)
C) Mujer de 59 años con calcio de 10,3 mg/dl (para un límite superior de la normalidad de 10,1 mg/dl) con una densitometría ósea con T Score vertebral lumbar de -2.8.
D) Todos los anteriores tendrían indicación quirúrgica.

**27. Acerca de las causas de hipocalcemia, señal la opción VeERDADERA:**

A) La hipocalcemia postquirúrgica por síndrome de hueso hambriento cursa con hipocalcemia e hiperfosforemia y por la remineralización rápida del hueso tras una intervención por hiperparatiroidismo primario.
B) El síndrome poliglandular autoinmune tipo 1 está formado por la tríada de hipoparatiroidismo, hipotiroidismo y candidiasis mucocutánea y suele ser debido a la mutación del gen AIRE.
C) El pseudohipoparatiroidismo se caracteriza por hipocalcemia con hipofosforemia y niveles elevados de PTH, en relación a resistencia a los órganos a la PTH.
D) El pseudohipoparatiroidismo tipo 2 se relaciona con osteodistrofia de Albright y resistencia a otras hormonas, como tirotropina y gonadotropinas.

**28. Acerca del tratamiento de la hipocalcemia, elija la opción FALSA:**

A) El tratamiento de la hipocalcemia crónica se suele realizar con suplementos de calcio y vitamina D orales, con el objetivo de mantener el calcio en el límite bajo de la normalidad.
B) En el pseudohipoparatiroidismo se debe intentar ajustar el tratamiento para normalizar las concentraciones de PTH.
C) En la hipocalcemia aguda se debe poner inicialmente un bolo intravenoso (iv) de calcio y después calcio iv en perfusión continua. El tratamiento oral en la hipocalcemia aguda se iniciará cuando la calcemia con la infusión iv de calcio alcance una cifra de 7,5 mg/dl, y se suspenderá en ese momento inmediatamente la perfusión para evitar aumento de calcemia.
D) El tratamiento con PTH recombinante para el hipoparatiroidismo es restringido y solo se recomienda en pacientes en los que la hipocalcemia no se puede controlar con el tratamiento convencional.

**29. En cuanto a la clínica del hipogonadismo masculino primario, de causa testicular, señale la opción INCORRECTA:**

A) Un hipogonadismo que ocurra durante el primer trimestre de vida intrauterina produciría una incompleta virilización de los genitales externos, que podrían tener una apariencia femenina, ambigua o parcialmente virilizados.
B) Un hipogonadismo que aparezca en el tercer trimestre fetal puede conllevar micropene o criptorquidia.
C) Un hipogonadismo que aparece antes de la pubertad ocasiona desarrollo puberal incompleto.
D) El hipogonadismo primario del adulto asocia menos ginecomastia y menos alteración de la espermatogénesis que el hipogonadismo primario.

**30. Respecto a la etiología del hipogonadismo primario femenino, señale la asociación INCORRECTA:**

A) El síndrome de Turner es la causa más frecuente de hipogonadismo primario en la mujer, y se relaciona con una ausencia total o parcial del segundo cromosoma X.
B) El síndrome del cromosoma X frágil produce insuficiencia ovárica primaria y se asocia a premutaciones del gen FMR1.
C) La galactosemia produce afectación ovárica por depósitos de galactosa-1-fosfato.
D) La ooforitis autoinmune puede ser causa de insuficiencia ovárica precoz y está causada por anticuerpos contra antígenos ováricos, que son muy específicos para su diagnóstico.

**31. Señale respecto al hiperandrogenismo femenino y sus causas más frecuentes según el momento del ciclo vital de la paciente, señale la opción INCORRECTA:**

A) Etapa prepuberal: hiperplasia adrenal congénita
B) Gestación: luteoma
C) Etapa prepuberal: Hipertecosis ovárica
D) Menopausia: desequilibrio fisiológico estrógenos -andrógenos.

**32. Respecto a la evaluación radiológica de los incidentalomas suprarrenales recomendada en las Guías de la Sociedad Europea de Endocrinología de 2023, señala la opción VERDADERA:**

A) La baja frecuencia de carcinoma adrenal hace innecesaria la evaluación para descartar malignidad/benignidad ante una masa adrenal incidental.
B) Una lesión homogénea en TC con un tamaño de 3 cm y 12 unidades Haunsfield tiene alta probabilidad de malignidad y requeriría cirugía inmediata.
C) En lesiones sugestivas de benignidad (adenoma) con valores ≥ 10 unidades Haunsfield no se requiere seguimiento de imagen.
D) Las lesiones de <4 cm, pero con aspecto heterogéneo deben comentarse en el comité multidisciplinar para hacer un seguimiento individualizado.

**33. En la evaluación hormonal del incidentaloma adrenal, indique la opción VERDADERA:**

A) La evaluación del eje adrenal requiere realizar test de supresión con 1 mg de dexametasona, y si el resultado es superior a 5 microgramos/dl, pero el paciente no tiene clínica sugestiva, realizaremos el diagnóstico de MACS (mild autonomous cortisol secretion, es decir, secreción autónoma leve de cortisol).
B) En pacientes con MACS con comorbilidades importantes y una masa unilateral, se puede plantear el tratamiento quirúrgico.
C) La medición de catecolaminas o metanefrinas en plasma o en orina se recomienda en todos los casos, aunque la lesión presente hallazgos típicos de adenoma benigno
D) En pacientes con hipertensión, sobre todo si tienen hiperpotasemia, debe realizarse medición de la ratio aldosterona/renina, para descartar hiperaldosteronismo.

**34. Señale la opción INCORRECTA acerca de las masas adrenales bilaterales:**

A) En pacientes con MACS leve y afectación adrenal bilateral, se recomienda adrenalectomía bilateral en todos los casos.
B) En pacientes con hiperplasia bilateral sin secreción autónoma de cortisol es recomendable determinar 17-OH progesterona para excluir deficiencia de 21 hidroxilasa.
C) En pacientes con enfermedad adrenal bilateral, neoplásica, hemorrágica o inflamatoria, es fundamental descartar insuficiencia adrenal.
D) Es más probable la aparición de MACS en pacientes con afectación bilateral adrenal.

**35. ¿En qué perfil de paciente hipertenso NO estaría indicado el cribado de hiperaldosteronismo primario?**

A) Paciente con hipertensión e hipopotasemia inducida por diuréticos.
B) Paciente con hipertensión y apnea del sueño.
C) Paciente con hipertensión, obesidad y diabetes.
D) Paciente con hipertensión e historia familiar de accidente cerebrovascular a edad temprana (menos de 40 años)

**36. Acerca de las repercusiones, diagnóstico y tratamiento del hiperaldosteronismo primario, señale la respuesta FALSA:**

A) El hiperaldosteronismo primario asocia mayor morbimortalidad cardiovascular que la hipertensión esencial con un mismo grado de control tensional.
B) Tras un cribado positivo con un cociente aldosterona /renina elevado, se suelen necesitar pruebas de confirmación. No obstante, en pacientes con hipopotasemia espontánea, renina indetectable y aldosterona plasmática > 20 mg/dl puede no ser necesario un test de confirmación.
C) Con la mejoría de las pruebas de imagen en la actualidad no está indicado realizar cateterismo adrenal para diferenciar entre enfermedad uni o bilateral.
D) En pacientes en los que no se puede realizar cirugía o la rechazan, se puede iniciar tratamiento médico de la hipertensión, incluyendo un antagonista del receptor de mineralcorticoides.

**37. Respecto a la frecuencia de feocromocitomas y paragangliomas, indique la respuesta CORRECTA:**

A) Los feocromocitomas representan el 50% de los tumores y los paragangliomas el otro 50%
B) Derivan del tejido cromafín, originado a partir del neuroectodermo.
C) Las series de autopsias muestran un número bajo de estos tumores, menor a lo reportado en las series clínicas.
D) La incidencia está en 2-8 casos por 100.000 habitantes y año.

**38. ¿En qué pacientes con feocromocitoma o paraganglioma NO estaría recomendado hacer estudio genético?**

A) Ancianos
B) Pacientes sin antecedentes familiares
C) Feocromocitomas unilaterales
D) Debe hacerse estudio genético en todos los pacientes

**39. Sobre los distintos factores o condiciones clínicas que se asocian a la aparición de feocromocitomas o paragangliomas, señale la respuesta FALSA:**

A) Estos tumores aparecen en el 0,1-0,6% de los pacientes hipertensos, y hasta en el 4,5% de los niños con hipertensión.
B) La altitud geográfica se ha relacionado con un aumento de frecuencia de feocromocitomas y paragangliomas.
C) El 4-5% de los incidentalomas adrenales son feocromocitomas.
D) Pueden dar lugar a síndrome de Takotsubo, pero suele ser más leve que el causado por otros factores.

**40. Señale la opción VERDADERA respecto al carcinoma suprarrenal:**

A) Aparecen a cualquier edad con un pico de incidencia entre los 40 y 60 años de edad.
B) Afecta más frecuentemente a varones.
C) La mayoría de carcinomas adrenales son de origen hereditario, y forman parte de síndromes genéticos como el Síndrome de Lynch o el MEN1.
D) La presentación clínica habitual es incidental.

**41. ¿Qué tipo de insulina NO se puede utilizar con los infusores subcutáneos de insulina (ISCI)?**

A) Lispro
B) Aspart
C) Faster aspart
D) Degludec

**42. Varón de 36 años, enfermero de profesión, con historial de sindrome depresivo y obesidad grado 1. Antecedentes familiares de madre con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales y padre con ictus a los 60 años. Remitido a nuestra consulta por episodios de hipoglucemias sintomáticas. Si sospechamos hipoglucemias inducida por sulfonilureas, ¿qué parámetro NO encontraríamos en el estudio analítico?**

A) Insulina baja
B) Sulfonilureas en orina detectables
C) Proinsulina elevada
D) Péptido C alto

**43. En el tratamiento de una cetoacidosis diabética en una paciente con diabetes mellitus tipo 1, con respecto al tratamiento todo es cierto EXCEPTO:**

A) Uso de suero fisiológico endovenoso para reponer el volumen circulante.
B) Uso de suero glucosado 5 % endovenoso cuando la glucemia sea menor de 250 mg/dl.
C) Uso de bicarbonato sódico 1M 100 cc endovenoso en 30 minutos independiente del pH.
D) Uso de insulina rápida humana endovenosa.

**44. Paciente de 32 años con diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con un infusor subcutáneo de insulina. Consulta porque esta mañana se ha despertado con una glucemia capilar de 390 mg/dl, náuseas, malestar general y sed. Ayer por la noche cambió el reservorio, el catéter y la cánula antes de acostarse. ¿Qué aconsejamos a la paciente?**

A) Medir cetonemia si no lo ha hecho y que inicie inmediatamente la pauta de cetosis si la cetonemia es > 1,5 mmol/l, usando una pluma de insulina subcutánea.
B) Revisar la cánula y el catéter y si todo está bien que siga con el tratamiento habitual.
C) Acudir a urgencias del hospital de manera inmediata.
D) Medir cetonemia si no lo ha hecho y que inicie la pauta de cetosis usando la infusora si la cetonemia es > 1,5 mmol/l.

**45. Paciente de 67 años con diabetes mellitus tipo 2 de 13 años de evolución, tratado con metformina y glimepirida, con HbA1c de 7,4%, con criterios de enfermedad renal crónica (ERC), que acude por mareos y caídas frecuentes en su domicilio. Tras ingreso en la unidad de geriatría aguda, se consulta a endocrinología para la valoración del tratamiento antidiabético. Señale la CORRECTA**

A) Mantendría el mismo tratamiento dado que la HbA1c está rango para la edad y comorbilidades.
B) Cambiaría el tratamiento sospechando hipoglucemia por sulfonilureas con la intención de retirar la glimepirida y ajustar la metformina al filtrado glomerular del paciente. Valoraría inicio de iSGLT-2.
C) Añadiría un tercer fármaco al tratamiento con la intención de conseguir una HbA1c <7%.
D) Mantendría el mismo tratamiento y valoraría inicio de iSGLT-2.

**46. Con respecto al tratamiento de la diabetes mellitus durante el Ramadán, responda lo FALSO:**

A) En los pacientes con terapia de infusion subcutánea de insulina se recomienda un ajuste de la pauta basal.
B) El ayuno no se recomienda para las mujeres embarazadas con diabetes.
C) Los iSGLT2 no requieren modificaciones. Se recomienda aumentar la ingesta de líquidos durante las horas sin ayuno del Ramadán.
D) El tratamiento de elección es insulina en pauta basal-bolus para todos los casos.

**47. Con respecto a la monitorización intersticial de glucosa, señale la opción FALSA:**

A) No está aprobada para su uso en gestación.
B) Ha demostrado una alta satisfacción en niños y adolescentes.
C) Ha demostrado mejorías del tiempo en rango relacionada con el número diario de escaneos
D) Ha demostrado reducción del tiempo de hipoglucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 1.

**48. Según el consenso internacional de tiempo en rango de 2019, de los siguientes parámetros, ¿Cuál NO se considera esencial en el perfil ambulatorio de glucosa?**

A) Tiempo por encima del rango
B) Tiempo en rango
C) Indicador de gestión de la glucosa o GMI
D) Mean amplitude of glycemic excursions (MAGE)

**49. De los siguientes enunciados sobre las inmunizaciones en las personas con diabetes, señale la respuesta FALSA:**

A) Se recomienda la vacunación anual contra el COVID-19.
B) Debido a la mayor probabilidad de transmisión, la vacuna contra la hepatitis B se recomienda para adultos menores de 60 años.
C) Se recomienda la vacunación anual contra la influenza.
D) No se recomienda la vacuna del neumococo para los adultos mayores de 65 años.

**50. Con respecto a los diferentes tipos de diabetes señale la VERDADERA:**

A) La diabetes tipo 1 se debe a la destrucción autoinmune de todas las células pancreáticas e incluye la diabetes autoinmune latente en adultos (LADA).
B) La diabetes tipo 2 es debido a una pérdida progresiva, en algunos casos autoinmune, de la secreción adecuada de insulina de las células β.
C) Las diabetes inducidas por fármacos no incluyen el uso de glucocorticoides.
D) La diabetes mellitus gestacional es la diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no era una diabetes claramente manifiesta antes de la gestación.

**51. ¿En cuál de los siguientesn casos recomendaría el inicio de un iSGLT-2 para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 si no hay contraindicación?**

A) Hombre de 60 años con insuficiencia cardíaca.
B) Mujer de 49 años con enfermedad renal crónica y filtrado glomerular de 45 mL/min.
C) Hombre de 57 años fumador con albuminuria de 80 mg/g.
D) Todas son correctas.

**52. Paciente de 58 años con diabetes tipo 2 (HbA1c 10%) complicada con ERC en hemodiálisis y neuropatía diabética, acude a la consulta con una úlcera en la cara anterior del cuarto dedo de la extremidad inferior derecha. Señale el enunciado FALSO:**

A) Se recomienda la valoración conjunta con un podólogo.
B) Si el test de monofilamento es patológico, se tratará de una úlcera de alto riesgo.
C) Se recomienda el uso de antibioticoterapia tópica.
D) Si hay sospecha de de osteomielitis, se recomienda realizar analisis de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva, procalcitonina) y radiografías simples.

**53. Hombre de 70 años, independiente para ABVD, con antecedentes de obesidad de grado 1, DM2 de 12 años de evolución sin complicaciones conocidas, HbA1c 7,6% en tratamiento con metformina/empaglifozina, hipertension y dislipidemia en tratamiento. FC de reposo de 82 lpm. Desea comenzar a practicar ejercicio físico. ¿Cúal de las siguientes NO indicaría?**

A) Ejercicio aeróbico sin ejercicio de fuerza dado su efecto hiperglucemiante.
B) Un plan de entrenamiento progresivo con diferentes modalidades de ejercicio (aeróbico, fuerza, equilibrio y flexibilidad).
C) Evaluación del fondo de ojo y agudeza visual para limitar el riesgo de caídas.
D) Dieta mediterránea con déficit calórico diario con respecto a su gasto energético total.

**54. Con respecto a la malnutrición proteica tras cirugía bariátrica, señale la VERDADERA:**

A) No se observa en la gastrectomía vertical ni en el bypass gástrico, por eso son las técnicas de elección.
B) Es más frecuente tras la derivación biliopancreática que tras gastrectomía tubular.
C) Asocia anemia, hipoalbuminemia y calcemia elevada.
D) Generalmente ocurre en el postoperatorio precoz.

**55. Con respecto a la densidad mineral ósea tras la tras cirugía bariátrica, señale la VERDADERA:**

A) Disminuye por igual independientemente de la técnica empleada.
B) Disminuye especialmente en pacientes premenopáusicas.
C) Disminuye más con el empleo de técnicas hipoabsortivas.
D) No disminuye.

**56. Mujer de 45 años con antecedente de bypass gástrico. Acude a revisión refiriendo aparición de clínica de dumping precoz. ¿Cuáles de los siguientes NO es una recomendación terapéutica para este sindrome?**

A) Acarbosa.
B) Cambios dietéticos: aumentar el consumo de azúcares de absorción rápida.
C) Fibra soluble.
D) Análogos de somatostatina.

**57. ¿Cuál de estas condiciones clínicas aumenta el riesgo de sarcopenia en las personas con obesidad?**

A) Tratamiento corticoideo
B) Neumonía por COVID-19
C) Enfermedad de Cushing
D) Todas las anteriores

**58.) Señale lo FALSO sobre semaglutida subcutánea (Ozempic®, Wegovy®)**

A) Debe administrarse semanalmente vía subcutánea.
B) Ha demostrado reducciones clínicamente significativas del peso corporal en personas con sobrepeso u obesidad, con y sin diabetes tipo 2.
C) Los efectos adversos más frecuentes son los gastrointestinales como las náuseas y vómitos.
D) Se recomienda un aumento semanal de las dosis para mejorar la tolerancia.

**59. Paciente de 43 años intervenida de bypass gástrico 8 meses antes por obesidad grado 2 asociada a diabetes de muy difícil control. En el seguimiento presenta esteatorrea con aumento de la PTH con calcio total corregido de 9 mg/dl y normocalciuria. Está con suplemento específico polivitamínico-mineral con calcio 1gr diario + 800 UI de D3. Señale la VERDADERA:**

A) Sospecha de hiperparatiroidismo primario. Solicitaría gammagrafía con sestamibi para poder decidir cirugía de un posible adenoma paratiroideo.
B) Sospecharía deficiencia de vitamina D. Se determinará 25-OH-vitamina D para iniciar suplementación añadida con calcifediol 16.000 UI a la semana durante 1 mes y luego mensual.
C) Sospecharía deficiencia de vitamina D. Se determinaría 1,25-OH vitamina D para iniciar suplementación añadida con calcifediol 16.000 UI al mes.
D) No solicitaría más pruebas analíticas. Aumentaría la dosis de calcio con vitamina D a 1,5 g calcio + 800 UI D3.

**60. Mujer de 48 años con antecedente de gastrectomía total hace 2 meses por un adenocarcinoma gástrico ¿Cuáles parámetros analíticos son importantes monitorizar en el seguimiento de esta paciente?**

A) Vitaminas liposolubles (A, D, E, K)
B) Hemoglobina, hematocrito, hierro, ferritina, índice saturación transferrina, ácido fólico, vitamina B12, vitamina D, vitamina B1.
C) Calcio, fosfato, magnesio, zinc, cobre y selenio.
D) Todas las anteriores son correctas

**61. En el tratamiento nutricional de la pancreatitis crónica señale lo FALSO:**

A) En los casos donde los síntomas de la estetorrea no pueden ser controlados se recomienda restricción de grasas.
B) Solo se deben monitorizar vitaminas liposobules.
C) En pacientes con desnutrición se recomienda una dieta hipercalórica hiperprotéica en 5-6 comidas al día.
D) No tienen que seguir una dieta restrictiva.

**62. Con respecto a la nutrición vegetariana en la enfermedad renal crónica (ERC), señale lo VERDADERO:**

A) Se recomienda vigilar los niveles de fosfato por el riesgo de hiperfosfatemia.
B) La incorporación de dietas vegetarianas y/o *plant based* ha demostrado beneficios para los pacientes con enfermedad renal.
C) Los requerimientos energéticos diarios de una paciente ovo-lacteo-vegetariana son mayores que los de una paciente que consumo proteína de origen animal.
D) No hay datos que relacionen la regresión o la disminución de la progresión de la ERC con las dietas vegetarianas y *plant based*.

**63. En el segundo paso de los criterios GLIM para desnutrición, ¿Cuál de las siguientes NO es una técnica que se recomienda para valorar la masa muscular y composición corporal?**

A) Impedancia bioeléctrica (BIA)
B) Absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA)
C) Dinamometría
D) Tomografía computarizada

**64. Señale la respuesta FALSA sobre las complicaciones que pueden aparecer durante el manejo de pacientes con nutrición parenteral**

A) El objetivo es mantener glucemias < 180 mg/dl.
B) Se recomienda disminuir el aporte de lípidos diarios cuando los triglicéridos se encuentran > 400 mg/dl.
C) En pacientes con elevado riesgo de realimentación es recomendable ser prudentes y restringir el aporte de potasio y fosfato.
D) La infusión de NP de forma cíclica es una medida adecuada ante la aparición de disfunción hepática por la NP.

**65. Con respecto a los accesos vasculares para nutrición parenteral (NP), señale la respuesta VERDADERA:**

A) No es preciso comprobar la correcta localización de la vía central antes de iniciar el tratamiento con NP.
B) La NP solo se puede administrar por vía central.
C) La NP solo se puede administrar por vía periférica durante 48 h.
D) La localización recomendable del extremo distal es el tercio inferior de la vena cava superior o la parte superior de la aurícula derecha o la unión entre la vena cava superior y la aurícula derecha.

**66. Con respecto al Zinc señale la respuesta FALSA:**

A) Se absorbe principalmente en el yeyuno.
B) En casos de quemaduras graves hay mayores requerimientos de zinc.
C) LLas características clínicas de déficit incluyenalopecia, erupciones cutáneas, retraso del crecimiento y alteración de la cicatrización de heridas.
D) No se debe monitorizar analiticamente en pacientes con intestino corto.

**67. La nutrición enteral como tratamiento se puede administrar:**
A) Por vía oral.
B) Por sonda nasogástrica.
C) Por sonda de gastrostomía.
D) Todas son correctas.

**68. En relación con la nutrición enteral por sonda y la administración de fármacos responda la VERDADERA:**
A) Las soluciones y fórmulas líquidas son de elección para administración por sonda.
B) Todos los comprimidos se deben triturar y administrar en un único bolo, para minimizar obstrucción.
C) Se pueden administrar triturados los fármacos de acción retardada.
D) Todas las anteriores son correctas.

**69. Para el diagnóstico de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD por su terminología en inglés: metabolic dysfunction–associated steatotic liver disease), término recientemente acuñado ¿Cuál de las siguientes NO se considera criterio para su diagnóstico?**
A) Consumo bajo o nulo de alcohol
B) LDL-colesterol > 130 mg/dl
C) Tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2
D) IMC (Índice de masa corporal) ≥25 kg/m$^2$

**70. ¿Cuál de los siguientes NO es un marcador sérico para detectar fibrosis hepática en esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (previamente conocida como esteatohepatitis no alcohólica)?**
A) FIB-4 Score
B) NAFLD fibrosis score (NFS)
C) AST to Platelet Ratio Index (APRI)
D) Fatty Liver Index (FLI)

**<u>PREGUNTAS DE RESERVA</u>**

**71. Durante el estudio de una paciente con enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (previamente conocida como hígado graso no alcohólico), una vez que los marcadores séricos no invasivos de fibrosis sugieren la presencia de fibrosis avanzada, ¿Cuál de las siguientes opciones NO es correcta?**
A) Remitir a hepatología.
B) Confirmar la sospecha con una ecografía.
C) Confirmar la sospecha con una elastografía hepática.
D) Confirmar la sospecha con la prueba ELF.

**72. Acude a consulta un varón de 80 años, de las siguientes ¿Cuál herramienta es la más apropiada para calcular su riesgo cardiovascular?**
A) SCORE
B) SCORE2
C) SCORE2-OP
D) Ninguno de los anteriores

**73. De los siguientes pacientes ¿En cuál podríamos emplear una herramienta de evaluación de riesgo cardiovascular como el SCORE2?**

A) Un varón de 55 años sin antecedentes de interés
B) Un varón de 55 años con DMT2
C) Un varón de 55 años con LDL-c de 210 mg/dl
D) Un varón de 55 años con una ERC IIIB

**74. ¿Cuál de las siguientes técnicas podemos emplear para detectar la ateroesclerosis subclínica?**

A) Ecografía carotídea
B) Índice tobillo-brazo
C) Calcio coronario
D) Todas las anteriores son correctas

**75. En pacientes con intolerancia a las estatinas donde nuestro objetivo es la disminución de los niveles de c-LDL ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO sería el de elección?**

A) Ácidos grasos omega-3
B) Ácido bempedoico
C) Evolocumab
D) Ezetimibe