OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. ENDOKRINOLOGIA ETA NUTRIZIOKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 27a**
Fecha prueba: **27 de mayo de 2018**

1. ariketa */ 1er. ejercicio*
A *Eredua / Modelo* ***A***

1 EN RELACIÓN A LOS DIFERENTES MECANISMOS DE ACCIÓN HORMONAL INDIQUE QUÉ ES VERDAD:

1a) El receptor de los andrógenos se une exclusivamente a la testosterona.
1b) El receptor de mineralocorticoides tiene igual afinidad por la aldosterona y por el cortisol.
1c) Los PPARα tienen un papel importante en la inhibición de la oxidación de ácidos grasos.
1d) Los receptores PPARγ se expresan de forma ubicua.

2 EN RELACIÓN A LAS DIFERENTES CAUSAS DE DIABETES INSÍPIDA INDIQUE QUÉ ES CIERTO:

2a) La enfermedad metastásica sobre neurohipófis es más frecuente que sobre adenohipófisis.
2b) En pacientes con muerte cerebral y diabetes insípida no hay indicación de tratamiento de la misma antes de la donación de órganos.
2c) En una mujer joven con sospecha de neurohipofisitis debe medirse IgG4.
2d) La hiponatremia/SIADH en el postoperatorio de cirugía hipofisaria va siempre precedida de una fase de diabetes insípida.

3 INDIQUE QUÉ ES VERDAD EN EL SIADH:

3a) La osmolalidad urinaria es superior a la osmolalidad plasmática.
3b) La respuesta a la restricción de fluidos es independiente del volumen urinario.
3c) Al inicio de la toma de tolvaptan se aconseja que no ingieran agua.
3d) En una situación aguda en coma y con convulsiones está indicado la administración de 100 ml de ClNa al 3% y repetir en 30 minutos si no se produce mejoría clínica.

4 INDIQUE QUÉ ES VERDAD EN EL HIPOTIROIDISMO PRIMARIO:

4a) Los transportadores de glucosa sensibles a insulina (GLUT-4) están aumentados.
4b) El balance de nitrógeno es negativo.
4c) El hipotiroidismo condiciona tanto elevación de colesterol como de triglicéridos.
4d) La respuesta adrenérgica está disminuida.

5 INDIQUE QUÉ ES VERDAD EN LA TIROIDITIS DE RIEDEL:

5a) La presencia de hipoparatiroidismo al inicio del cuadro clínico es frecuente.
5b) En la ecografía se observan adenopatías.
5c) El aumento del tiroides es discreto, la consistencia dura y generalmente el crecimiento es asimétrico.
5d) La fibrosis afecta únicamente al tiroides a diferencia de la enfermedad esclerosante asociada a IgG4.

6 INDIQUE CUÁL DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE PSEUDOHIPOPARATIROIDISMO NO SE ASOCIA A OTRAS RESISTENCIAS HORMONALES:

6a) Pseudopseudohipoparatiroidismo.
6b) Pseudohipoparatiroidismo 1a
6c) Pseudohipoparatiroidismo 1b
6d) Pseudohipoparatiroidismo 1c

7 EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, LAS SIGUIENTES SITUACIONES TIENEN INDICACIÓN DE CIRUGÍA EXCEPTO:

7a) Nefrocalcinosis.
7b) Osteopenia.
7c) Enfermedad neuromuscular clásica.
7d) Aclaramiento de creatinina < 60 mL/min.

8 INDIQUE QUE RESULTA DE MÁS AYUDA PARA DIFERENCIAR EL HIPERPARTIROIDISMO PRIMARIO LEVE Y LA HIPERCALCEMIA HIPOCALCIÚRICA FAMILIAR:

8a) Niveles de calcio.
8b) Niveles de PTH.
8c) Punto de corte de aclaramiento de calcio/aclaramiento de creatinina de 0,01.
8d) Historia de un familiar con situación similar.

9 EN RELACIÓN A LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D SEÑALE LA OPCIÓN FALSA:

9a) Aumento de la 1-α-hidroxilación de la 25 OH vitamina D.
9b) El aclaramiento de fósforo está aumentado.
9c) Las fosfatasas alcalinas pueden elevarse.
9d) Hay hiperfosfatemia.

10 EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS CON BIFOSFONATOS INDIQUE QUÉ ES FALSO:

10a) Alendronato y risedronato reducen fracturas vertebrales y de cadera, pero únicamente a partir del tercer año de tratamiento.
10b) Cinco años después de suspender el tratamiento con alendronato o risedronato, utilizados durante 5 años, se pierde hueso sin aumento en el riesgo de fractura.
10c) En el seguimiento de pacientes en tratamiento con alendronato o risedronato, la mejoría en la densidad mineral ósea infraestima la reducción del riesgo de fracturas.
10d) La prevalencia de esofagitis es menor con la administración semanal de alendronato o risedronato

11 EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON OSTEOPOROSIS, SEÑALE QUÉ ES VERDAD:

11a) El raloxifeno reduce el riesgo de fracturas vertebrales y de cadera.
11b) El tratamiento con denosumab reduce los marcadores de resorción ósea.
11c) La calcitonina ha demostrado reducción de fracturas de cadera.
11d) El ranelato de estroncio reduce eventos cardiovasculares.

12 EN LA OSTEOPOROSIS SECUNDARIA A GLUCOCORTICOIDES, INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA:

12a) Existe una inhibición de la absorción del calcio por alteración de la producción de $1,25(OH)_2D$.
12b) Los glucocorticoides suprimen la expresión de IGF-1 en las células óseas.
12c) El hueso más afectado es el trabecular.
12d) Los marcadores de resorción ósea son muy útiles en el seguimiento de estos pacientes.

13 INDIQUE QUÉ ES VERDAD EN LOS INCIDENTALOMAS SUPRARRENALES

13a) Se sospecha malignidad cuando la radiodensidad es >10 unidades Hounsfield.
13b) Únicamente se debe medir DHEAS en mujeres.
13c) Uno de cada 4 de los incidentalomas mayores de 6 cm de diámetro son malignos.
13d) La adrenalectomía por laparoscopia está indicada en tumores ≥ 6 cm de diámetro.

14 INDIQUE QUÉ ES CIERTO EN LA HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA POR DEFICIENCIA DE 21 HIDROXILASA:

14a) En la forma no clásica, los niveles de 17 hidroxiprogesterona a los 60 minutos de una estimulación con ACTH simple (100 µg de Synacthen) permiten diferenciar hiperplasia suprarrenal congénita de población general.
14b) El exceso de dosis de tratamiento puede provocar un hipogonadismo hipogonadotropo.
14c) Las mujeres con una forma no clásica tienen mayor sensibilidad a la insulina.
14d) Si se desea fertilidad, únicamente se precisa la realización de estudio genético en la pareja cuando es la mujer la que tiene la enfermedad.

15 INDIQUE QUÉ ES <u>FALSO</u> EN EL CARCINOMA SUPRARRENAL:

15a) Son más frecuentes en mujeres.
15b) Son más frecuentes los tumores con aumento de la producción hormonal.
15c) Cuando tienen producción hormonal, de más a menos, la producción hormonal corresponde a: andrógenos, glucocorticoides, aldosterona.
15d) El tratamiento con mitotane, en niveles terapéuticos, reduce crecimiento tumoral e hipersecreción hormonal.

16 INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA:

16a) En el varón, los pulsos de FSH son superiores a los de LH.
16b) La producción de testosterona sigue un ritmo circadiano.
16c) La testosterona es necesaria para mantener el tono de voz.
16d) La deficiencia de andrógenos es causa de obesidad.

17 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA:

17a) La hemocromatosis es causa de hipogonadismo primario.
17b) La orquitis bilateral genera un hipogonadismo secundario.
17c) Los pacientes con síndrome de Klinefelter tienen riesgo aumentado de cáncer de mama.
17d) El tratamiento con testosterona está admitido en insuficiencia cardíaca no controlada.

18 INDIQUE QUÉ ES VERDAD EN EL EMBARAZO:

18a) La madre utiliza la lipólisis como su fuente principal de energía.
18b) Niveles elevados de IGF-1 en el embarazo aconsejan la realización de GH tras sobrecarga oral de glucosa.
18c) La osmolalidad plasmática no se modifica en el embarazo.
18d) Se produce un descenso de la absorción intestinal de calcio.

19 EN EL ENVEJECIMIENTO, INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDAD:

19a) En personas ≥ 65 años con hipertiroidismo subclínico con TSH<0,1 mU/L confirmada, se aconseja tratamiento del hipertiroidismo únicamente si tienen enfermedad cardíaca.
19b) En mujeres en edad menopaúsica el tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos aumenta progresivamente el riesgo de cáncer de mama y se ve reducido al añadir progesterona.
19c) El tratamiento con GH en personas mayores mejora la capacidad funcional cuando se alcanzan niveles de IGF-1 en rango medio de normalidad.
19d) En caso de indicar tratamiento con testosterona en hombres, es obligado realizar previamente una valoración del tamaño prostático, PSA y hematocrito.

20 INDIQUE QUÉ ES VERDAD EN RELACIÓN A LA ANOREXIA NERVOSA:

20a) Se observa hiperplasia parotídea.
20b) Hay un aumento de respuesta de la PRL a la hipoglucemia insulínica.
20c) Se observan niveles elevados de DHEAS.
20d) Existe un aumento de la capacidad de concentración de la orina.

21 DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES INDIQUE CUÁL DE ELLAS ES CIERTA:

21a) La diabetes MODY 1 puede presentar complicaciones macrovasculares.
21b) La diabetes MODY 2 se presenta con síntomas metabólicos.
21c) La diabetes MODY 3 puede presentar complicaciones micro y macrovasculares.
21d) La diabetes MODY 5 puede presentar insuficiencia renal.

22 EN DIABETES MELLITUS DE DIFERENTES ETIOLOGÍAS, INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDAD:

22a) La diabetes secundaria a una hemocromatosis familiar no se modifica después de flebotomías repetidas.
22b) Los pacientes con fibrosis quística y diabetes mantienen la sensibilidad a la insulina y tienen tendencia a hipoglucemia.
22c) La diabetes neonatal es permanente.
22d) La diabetes neonatal por afectación de los canales de K dependientes de ATP no responde a sulfonilureas.

23 EN ENFERMEDADES QUE CURSAN CON DIABETES, INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES <u>FALSA</u>:

23a) La diabetes de la lipodistrofia generalizada congénita aparece al nacimiento.
23b) En el leprechaunismo se observa hiperglucemia en ayunas con hiperinsulinemia marcada.
23c) En el síndrome del “hombre rígido” aparece diabetes en un tercio de los pacientes y tienen anticuerpos anti-GAD altamente positivos.
23d) El síndrome de Wolfram es una enfermedad autosómica recesiva.

24 EN LA VALORACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN EL EMBARAZO, INDIQUE QUÉ ES FALSO:

24a) La cantidad suplementaria de hidratos de carbono durante la gestación es de 45 g/día
24b) La cantidad de fibra recomendada durante la gestación es de 35 g/día
24c) No es preciso suplementar ácidos grasos saturados, monoinsaturados o colesterol.
24d) Los ácidos grasos poliinsaturados deben constituir el 10% de los requerimientos energéticos.

25 EN LA VALORACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN LOS ANCIANOS, INDIQUE QUÉ ES VERDAD:

25a) El aporte de energía en personas con ≥ 80 años debe ser al menos de 1200 Kcal/día.
25b) Se aconseja una ingesta de fibra igual para el hombre y la mujer, mínima de 35 g/día.
25c) Para una salud ósea adecuada se aconseja en personas con >70 años una ingesta de calcio de 1200 mg/día.
25d) Las necesidades de piridoxina están disminuidas.

26 EN UN ADULTO SANO, INDIQUE QUÉ ES VERDAD EN LAS RECOMENDACIONES DE UNA DIETA EQUILIBRADA:

26a) La ingesta de ácidos grasos *trans* no debe superar el 1% de la energía total requerida.
26b) La Organización Mundial de la Salud propone una ingesta segura de proteínas de 1 g/Kg de peso/día.
26c) Las recomendaciones de ingesta de sal por la Organización Mundial de la Salud, en población adulta son de 6 g/día.
26d) Se recomienda una ingesta de fibra de al menos 15 g/día

27 INDIQUE QUÉ ES VERDAD:

27a) La isoniacida aumenta los requerimientos de folatos.
27b) El metotrexato aumenta los requerimientos de piridoxina.
27c) La colestiramina aumenta los requerimientos de vitamina D.
27d) Obstrucción biliar crónica aumenta los requerimientos de vitamina K.

28 INDIQUE EN QUÉ SITUACIÓN LA GASTROSTOMÍA ESTÁ CONTRAINDICADA:

28a) Síndrome de intestino corto.
28b) Desnutrición por insuficiencia respiratoria descompensada.
28c) Grandes quemados con estimación de supervivencia de ≥ 6 semanas.
28d) Síndrome de Guillain-Barré grave.

29 LA GASTROSTOMÍA RADIOLÓGICA PERCUTÁNEA ESTÁ CONTRAINDICADA DE FORMA ESPECÍFICA EN TODAS LAS SIGUIENTES SITUACIONES EXCEPTO EN:

29a) Tumores de cabeza y cuello.
29b) Cirrosis hepática e hipertensión portal.
29c) Ubicación alta del estómago.
29d) Hernia hiatal.

30 INDIQUE QUÉ ES FALSO EN RELACIÓN A LAS FÓRMULAS DE NUTRICIÓN ENTERAL:

30a) En la enfermedad inflamatoria intestinal se recomienda la fórmula polimérica frente a la oligomérica.
30b) Las fórmulas peptídicas se recomiendan en las primeras fases de nutrición enteral de intestino corto.
30c) La tolerancia gastrointestinal de las fórmulas monoméricas es mejor que la de las fórmulas peptídicas o poliméricas.
30d) Los pacientes a los que se necesita limitar la administración de volumen, están indicadas fórmulas con densidad calórica de 1,2-2 Kcal/ml.

31 EN LA NUTRICIÓN PARENTERAL INDIQUE QUÉ ES VERDAD:

31a) Se recomienda ajustar el volumen de la solución de nutrición parenteral con soluciones de agua estéril para evitar la desestabilización de la emulsión lipídica.
31b) La enfermedad inflamatoria intestinal con megacolon tóxico tiene una indicación absoluta de nutrición parenteral.
31c) La osmolaridad de una solución de nutrición parenteral periférica debe ser inferior a 500 mOsm/L para evitar flebitis y trombosis.
31d) Las emulsiones de triacilgliceroles de cadena larga son más estables que las que contienen aceite de oliva.

32 EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL, INDIQUE QUÉ ES VERDAD:

32a) Hay que valorar la compatibilidad de un fármaco antes de incluirlo en la emulsión pero no es necesario si se administra en Y con la nutrición parenteral.
32b) El pH no influye en la estabilidad de la emulsión lipídica.
32c) Se deben mezclar los aminoácidos con las grasas en primer lugar y posteriormente añadir la glucosa.
32d) En las fórmulas de nutrición parenteral se recomienda el uso de gluconato cálcico sobre cloruro cálcico.

33 INDIQUE CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES FISIOLÓGICOS ESTIMULA LA SECRECIÓN DE HORMONA DE CRECIMIENTO

33a) La hiperglucemia postprandial.
33b) Niveles elevados de ácidos grasos libres.
33c) Sueño REM.
33d) El ayuno.

34 EN RELACIÓN CON LOS TUMORES DE LA GLÁNDULA PINEAL INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA

34a) Los tumores más frecuentes de la glándula pineal son los germinomas.
34b) La pubertad precoz es la manifestación clínica más frecuente de estos tumores
34c) La mayoría de los pacientes tienen datos de afectación hipotalámica como Diabetes Insípida, polifagia, somnolencia u obesidad.
34d) La Gonadotropina coriónica (hCG) producida por estos tumores puede estimular la secreción de testosterona por el testículo, pero no de estrógenos por el ovario.

35 INDIQUE CUÁL DE LOS SIGUIENTES PATRONES ANALÍTICOS DE HORMONAS TIROIDEAS ESPERARÍA ENCONTRAR EN UNA ENFERMEDAD SEVERA NO TIROIDEA

35a) T3 libre muy baja. T4 libre baja. T3 reverse alta. TSH baja.
35b) T3 libre muy baja. T4 libre baja. T3 reverse baja. TSH baja.
35c) T3 libre muy baja. T4 libre alta. T3 reverse alta. TSH baja.
35d) T3 libre muy baja. T4 libre baja. T3 reverse baja. TSH alta.

36 LOS SIGUIENTES MARCADORES BIOQUÍMICOS SE ENCUENTRAN ELEVADOS EN LA TIROTOXICOSIS, EXCEPTO

36a) Osteocalcina.
36b) Vasopresina.
36c) Sex Hormone Binding Globulin (SHBG).
36d) Ferritina.

37 INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS ES SUGESTIVA DE BENIGNIDAD EN UN NÓDULO TIROIDEO:

37a) Nódulo hipoecoico.
37b) Parénquima espongiforme.
37c) Márgenes irregulares.
37d) Ausencia de halo.

38 EN RELACIÓN CON EL MANEJO POSTOPERATORIO DE LOS CARCINOMAS DIFERENCIADOS DE TIROIDES SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA:

38a) Todos los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides se benefician de la ablación con I-131.
38b) En los tumores con riesgo alto de recidiva la TSH se debe mantener inicialmente por debajo de 0,1 mU/L.
38c) La positividad de los anticuerpos antitiroglobulina interfiere con la utilidad de la determinación de Tiroglobulina en el seguimiento de estos pacientes.
38d) La ablación con I-131 se recomienda en los tumores con riesgo alto de recidiva.

39 EN RELACION CON EL CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA:

39a) Las formas familiares son más frecuentes que la esporádica, explicando más del 80% de los casos.
39b) La mutación del oncogen RET encontrada más frecuentemente en el MEN2B es la del codón 634.
39c) En el MEN2A los feocromocitomas aparecen habitualmente más tarde que el carcinoma medular.
39d) Los niveles de Calcitonina al diagnóstico son importantes para predecir la supervivencia de estos tumores.

40 EN RELACIÓN CON LA UTILIZACIÓN DEL PET-^{18}FDG EN LOS CARCINOMAS DIFERENCIADOS DE TIROIDES INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA:

40a) El PET-^{18}FDG tiene gran valor en la estadificación inicial de estos tumores.
40b) Una alta captación de FDG por parte de las metástasis de estos tumores predice una mala respuesta al tratamiento con I-131.
40c) El PET-^{18}FDG debiera ser utilizado en el seguimiento de la mayoría de estos tumores.
40d) La sensibilidad del PET-^{18}FDG para detectar posibles metástasis de estos tumores no se modifica con el estímulo con TSH.

41 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES NO ESTIMULA LA SECRECIÓN DE ALDOSTERONA POR LA CORTEZA SUPRARRENAL

41a) Angiotensina II.
41b) Potasio.
41c) ACTH.
41d) Péptido atrial natriurético

42 EN RELACIÓN CON EL TEST DE CRH PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE CUSHING INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA

42a) En sujetos normales la administración de CRH ocasiona un aumento de cortisol y ACTH de más de un 100%
42b) Una respuesta positiva del ACTH y del cortisol a la administración de CRH hace muy improbable la posibilidad de Síndrome de Cushing por ACTH ectópico.
42c) En la enfermedad de Cushing el aumento de cortisol y ACTH tras la administración de CRH es prácticamente nulo en la mayoría de los casos.
42d) Este test de utiliza fundamentalmente para diferenciar el síndrome de Cushing por ACTH ectópico del originado por adenoma o carcinoma suprarrenal.

43 EN RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DEL FEOCROMOCITOMA INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA

43a) Existen numerosas medicaciones, como los antidepresivos tricíclicos o los bloqueantes de los canales del calcio, que pueden interferir con la captación del metaiodobencilguanidina (MIBG).
43b) La determinación de cromogranina A tiene una alta especificidad diagnóstica.
43c) La insuficiencia renal, aunque sea avanzada, no interfiere en la determinación de catecolaminas plasmáticas.
43d) La determinación de catecolaminas plasmáticas ofrece mayor fiabilidad diagnóstica que la determinación de metanefrinas en orina de 24 horas.

44 INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES CAUSAS DE HIPERTENSIÓN DE ORIGEN ADRENALOCORTICAL CURSA CON RENINA BAJA Y ALDOSTERONA BAJA

44a) Hiperaldosteronismo primario por hiperplasia bilateral idiopática.
44b) Hiperaldosteronismo familiar tipo 1.
44c) Resistencia primaria al cortisol.
44d) Hiperaldosteronismo familiar tipo 2.

45 EN RELACIÓN CON EL MANEJO PREOPERATORIO DE LOS FEOCROMOCITOMAS INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA

45a) Pacientes normotensos y asintomáticos no precisan preparación farmacológica.
45b) La preparación farmacológica debe iniciarse el día anterior a la intervención quirúrgica.
45c) El bloqueo beta-adrenérgico debe iniciarse una vez que se ha instaurado el bloqueo alfa-adrenérgico.
45d) Los bloqueantes de canales del calcio están contraindicados en el manejo preoperatorio de esta patología.

46 LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS APARECEN EN INDIVIDUOS XY CON RESISTENCIA COMPLETA A ANDRÓGENOS EXCEPTO:

46a) La gónada es testículo.
46b) Genitales externos femeninos.
46c) Genitales internos femeninos con presencia de útero.
46d) Niveles de testosterona y LH elevados.

47 INDIQUE EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES CUADROS CLÍNICOS SE RECOMIENDA GONADECTOMÍA POR RIESGO ELEVADO DE MALIGNIDAD

47a) Disgenesia gonadal con cariotipo 46 XY.
47b) Deficiencia de 5 alfa reductasa.
47c) Síndrome de Turner con cariotipo 45 X0.
47d) Hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 11 beta hidroxilasa con cariotipo 46 XX.

48 EN RELACIÓN CON LA DETERMINACIÓN DE IGFBP3 PARA EVALUAR LA FUNCIÓN DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO (GH) INDIQUE CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA

48a) Los niveles de IGFBP3 son dependientes de la GH
48b) Los niveles de IGFBP3 son estables a lo largo del día
48c) Los niveles de IGFBP3 varían con la edad en menor grado que los de la IGF-1.
48d) Los niveles de IGFBP3 son más dependientes del estado nutricional que los de la IGF-1

49 EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO (GH) PARA LA TALLA BAJA INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA

49a) La GH se puede utilizar en el tratamiento de la talla baja por insensibilidad a la GH.
49b) La GH se puede utilizar en el tratamiento de la talla baja por enfermedad renal crónica.
49c) La monitorización de los niveles de IGF-1 no tiene utilidad en el seguimiento del tratamiento con GH.
49d) La hipoglucemia es un efecto secundario frecuente del tratamiento con GH.

50 SEÑALE ENTRE LOS SIGUIENTES PERFILES FARMACOCINÉTICOS DE DISTINTOS PREPARADOS DE INSULINA, EL PERFIL ERRÓNEO

50a)	Insulina Glulisina.	Inicio: 0,25 horas.	Pico: 1 hora	Duración: 3-4 horas.
50b)	Insulina Regular.	Inicio: 1-3 horas.	Pico: 6-8 horas	Duración: 12-16 horas
50c)	Insulina Glargina U-300	Inicio: 1 hora.	Pico: 12-16 horas	Duración: 32-34 horas
50d)	Insulina Detemir.	Inicio: 1 hora.	Pico: 3-9 horas	Duración: 6-24 horas

51 EN RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO INSULÍNICO EN LA DIABETES TIPO 1 INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA

51a) Las hipoglucemias son más frecuentes al intensificar el tratamiento.
51b) Los pacientes en tratamiento insulínico intensivo presentan menor ganancia de peso que con el convencional.
51c) Una mejoría rápida del control glucémico al iniciar tratamiento intensivo puede causar un empeoramiento transitorio de una retinopatía preexistente.
51d) Debe evitarse la inyección de insulina en zonas de lipohipertrofia, dado que la absorción de insulina puede ser errática.

52 EN RELACIÓN CON LA ETIOLOGÍA DE LA DIABETES TIPO 1 INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA

52a) Los anticuerpos anti GAD, anti IA2 y antiinsulina únicamente se detectan cuando se ha iniciado el tratamiento con insulina.
52b) Los factores ambientales no se han implicado en la etiología de la diabetes tipo 1.
52c) El riesgo de desarrollar diabetes si se comparte haplotipo de HLA con un hermano con diabetes tipo 1 es similar al de la población general.
52d) Existen haplotipos de HLA que confieren protección para la aparición de una diabetes tipo 1.

53 EN RELACIÓN CON LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA

53a) El bicarbonato plasmático siempre se encuentra bajo.
53b) El tratamiento de la cetoacidosis diabética con líquidos e insulina causa disminución de los niveles plasmáticos de Potasio.
53c) El tratamiento con fosfato ha demostrado una resolución más rápida de la acidosis.
53d) El tratamiento con bicarbonato se reserva a los casos con acidosis severa.

54 EN RELACIÓN CON LA RETINOPATÍA DIABÉTICA INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA

54a) Debe realizarse examen oftalmológico al diagnóstico de una diabetes tipo 1 para descartar su posible existencia.
54b) La pubertad y el embarazo pueden acelerar su progresión.
54c) Inyecciones intravítreo de agentes antiangiogénicos causan regresión de la neovascularización retiniana.
54d) La duración de la diabetes se encuentra estrechamente relacionada con la frecuencia y severidad de la retinopatía diabética.

55 INDIQUE CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA ES FALSA

55a) El control de la Tensión Arterial es fundamental para la prevención y tratamiento de la nefropatía diabética.
55b) En la fase inicial de la nefropatía diabética se produce una hiperfiltración glomerular.
55c) Se considera macroalbuminuria cuando la excreción urinaria de albúmina supera los 300 mg/24 h.
55d) La afectación renal es exclusivamente glomerular, sin afectación tubular.

56 EN RELACIÓN CON LA NEUROPATÍA DIABÉTICA SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA

56a) La neuropatía diabética es siempre difusa.
56b) La neuropatía autonómica cardiaca se caracteriza por un ritmo cardiaco fijo, que responde mínimamente a estímulos fisiológicos como la respiración profunda.
56c) La neuropatía diabética responde habitualmente al tratamiento con inhibidores del enzima de conversión.
56d) La mejoría del control glucémico con insulina es más eficaz que si se obtiene con antidiabéticos orales para el alivio de los síntomas de la neuropatía diabética.

57 ENTRE LAS SIGUIENTES CAUSAS DE HIPERCOLESTEROLEMIA INDIQUE CUÁL DE ELLAS CURSA CON TRIGLICÉRIDOS ELEVADOS

57a) Hipercolesterolemia familiar heterozigota.
57b) Apo B defectuosa familiar.
57c) Sitosterolemia.
57d) Disbetalipoproteinemia familiar.

58 EN RELACIÓN CON EL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA

58a) Los quilomicrones se originan en el intestino.
58b) La principal apolipoproteina de las LDL es la Apo B100.
58c) La principal apolipoproteína de las VLDL es la Apo B48.
58d) El origen de las VLDL es el hígado.

59 EN RELACIÓN CON EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA

59a) El ezetimibe inhibe la absorción de colesterol.
59b) El ácido nicotínico disminuye la síntesis de LDL colesterol.
59c) Los fibratos disminuyen la producción de VLDL colesterol.
59d) Los ácidos grasos omega-3 disminuyen la producción de VLDL colesterol.

60 EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO CON ESTATINAS DE LA HIPERLIPEMIA INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA

60a) Las estatinas pueden ser utilizadas sin riesgo durante el embarazo.
60b) En general, cuando se duplica la dosis de estatinas, se logra una reducción adicional de los niveles de colesterol de un 15 %
60c) Las estatinas son especialmente útiles en las hiperlipemias con VLDL colesterol elevado.
60d) Drogas metabolizadas por el citocromo P450 como el ketoconazol aumentan los niveles plasmáticos de estatinas y el riesgo de miopatía.

61 INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE AUTOINMUNIDAD ES EXCEPCIONAL EN LA ENFERMEDAD POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO 1

61a) Enfermedad celiaca.
61b) Enfermedad de Addison.
61c) Hipoparatiroidismo.
61d) Diabetes tipo 1.

62 EN RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD POLIGLANDULAR AUTOINMUNE INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA

62a) La enfermedad poliglandular autoinmune tipo 2 se caracteriza por la aparición de candidiasis mucocutánea, hipoparatiroidismo autoinmune y enfermedad de Addison.
62b) La enfermedad poliglandular autoinmune tipo 1 está originada por mutaciones en el gen AIRE.
62c) La candidiasis mucocutánea aparece tardíamente en la enfermedad poliglandular autoinmune tipo 1.
62d) Se identifican anticuerpos antiinterferón en la mayoría de los pacientes con enfermedad poliglandular autoinmune tipo 2.

63 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA RESPECTO A LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS 2010 DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROENTEROPANCREÁTICOS:

63a) Se clasifican en: Tumor neuroendocrino G1, Tumor neuroendocrino G2, Carcinoma neuroendocrino G3, Carcinoma mixto adenoneuroendocrino (MANEC).
63b) El índice de proliferación Ki-67 y el índice mitótico son factores decisivos en esta clasificación.
63c) En el TNE G1 el índice Ki67 debe ser menor de 7%.
63d) En el TNE G2 el índice mitótico debe ser entre 2-20 mitosis/HPF.

64 EN RELACIÓN A LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROENTEROPANCREÁTICOS (TNE GEP), SEÑALE LA CORRECTA:

64a) El gastrinoma se localiza generalmente en el yeyuno.
64b) El VIPOMA en general es multicéntrico.
64c) El rash del glucagonoma con frecuencia responde a análogos de somatostatina.
64d) El somatostatinoma se localiza con frecuencia en la región cecal.

65 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:

65a) La somatostatina estimula la secreción de gastrina.
65b) La mayoría de los péptidos intestinales actúan a través de receptores de membrana acoplados a proteína G.
65c) La secreción de gastrina está regulada por múltiples factores entre los que se encuentran: aminoácidos aromáticos y proteínas del contenido gástrico, el nervio vago, distensión gástrica, el pH gástrico.
65d) La secreción de gastrina es inhibida cuando el pH gástrico cae por debajo de 3.

66 EN UN PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD CON HIPERPARATIROIDISMO Y ADENOMA HIPOFISARIO PRODUCTOR DE GH, SIN ALTERACIÓN DETECTADA EN EL GEN DE LA MENINA. ¿QUÉ ESTUDIO GENÉTICO SOLICITARIA?

66a) RET
66b) CDKN1B
66c) SDHB
66d) AIRE

67 RESPECTO A LA NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE TIPO 2 (MEN-2), SEÑALE LA CORRECTA:

67a) Es muy frecuente la aparición de insulinoma.
67b) En el MEN-2B el carcinoma medular de tiroides es más agresivo y precoz que en el MEN-2A.
67c) Los pacientes con MEN-2A suelen tener fenotipo marfanoide.
67d) El diagnóstico genético no tiene utilidad clínica.

68 SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA EN RELACIÓN CON LOS EFECTOS DE LOS FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2:

68a) La metformina inhibe la gluconeogénesis hepática.
68b) La pioglitazona reduce los triglicéridos.
68c) Las sulfonilureas actúan a través de la unión al receptor IRS-1 de la membrana plasmática de la célula β.
68d) Los inhibidores de DPP4 producen un aumento de GLP1 y GIP endógeno.

69 EN LA HIPOGLUCEMIA ORIGINADA POR TUMORES NO INSULARES PRODUCTORES DE PRO-IGF-2, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

69a) La concentración plasmática de IGF2 puede encontrarse dentro de los valores de referencia normales.
69b) La concentración plasmática de IGFBP3 se encuentra aumentada.
69c) La hipoglucemia está causada por la acción del péptido secretado en exceso sobre el receptor de la insulina.
69d) El cociente IGF2/IGF1 está elevado.

70 EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO DEL INSULINOMA SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

70a) Requiere la asociación de hipoglucemia <55 mg/dL e insulinemia >3µU/mL.
70b) Requiere péptido C detectable y proinsulina >5pM/L.
70c) Los Ac antiinsulina deben ser negativos.
70d) El betahidroxibutirato debe estar elevado tras el ayuno de 72h.

71 EN RELACIÓN A LAS ALTERACIONES HIPOGLUCÉMICAS SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

71a) La primera defensa fisiológica contra la hipoglucemia en el individuo sano es el aumento de glucagón.
71b) La causa más frecuente de hipoglucemias son los fármacos.
71c) En la hipoglucemia autoinmune, característicamente los niveles de insulina circulantes se encuentran elevados.
71d) La hipoglucemia asociada con fallo autonómico, puede predisponer a la aparición de arritmias cardiacas en pacientes con diabetes.

72 RESPECTO A LA HIPERCALCEMIA ASOCIADA CON PTHRP ELEVADA, SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA:

72a) Es la causa más frecuente de hipercalcemia en pacientes con tumores sólidos no metastásicos.
72b) La PTH habitualmente se encuentra suprimida o muy baja.
72c) El mecanismo de producción de hipercalcemia relacionada con PTHrP se debe al aumento de resorción ósea y de la reabsorción renal de calcio.
72d) La PTHrP actúa habitualmente mediante la unión a un receptor diferente al de la PTH.

73 EN RELACIÓN CON LOS ESTADOS DE HIPERANDROGENISMO EN LA MUJER SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

73a) En el síndrome de ovario poliquístico la fuente principal de testosterona procede directamente del ovario.
73b) La actividad 5α-reductasa en los fibroblastos de la piel y en los folículos pilosos juega un papel clave en la aparición del hirsutismo.
73c) El síndrome de ovario poliquístico es la causa principal de anovulación crónica relacionada con el ovario.
73d) Los tumores de células de Sertoli-Leydig ováricos cursan con hirsutismo.

74 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES NO SE RELACIONA CON AMENORREA PRIMARIA:

74a) Hamartoma hipotalámico.
74b) Síndrome de ovario poliquístico.
74c) Anorexia nerviosa en una paciente prepuberal.
74d) Síndrome de Turner.

75 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

75a) El sistema nervioso central ejerce el freno principal sobre el inicio de la pubertad.
75b) En niños prepuberales el generador de pulsos de GnRH funciona con un nivel de actividad bajo.
75c) La pubertad representa la reactivación del generador de pulsos de GnRH.
75d) Al comienzo de la pubertad, se produce una secreción pulsátil de gonadotrofinas, principalmente en las primeras horas de la mañana.

76 EN RELACIÓN A LAS ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DE LA ADENOHIPÓFISIS, SEÑALE LA AFIRMACIÓN INCORRECTA:

76a) El factor de transcripción Pit-1 está implicado en el desarrollo de las células productoras de GH, PRL y TSH.
76b) El factor de transcripción Prop-1 no es necesario para el desarrollo de células específicas promocionadas por Pit-1 y de células gonadotropas.
76c) El factor de transcripción T-Pit es preciso para el desarrollo de células corticotropas.
76d) La displasia septo-óptica se asocia con mutaciones en HEX1.

77 SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA

77a) Según la clasificación de Knosp de los tumores hipofisarios, el grado 2 se considera cuando el tumor se extiende lateralmente a la línea tangencial lateral que une ambas carótidas.
77b) Las mutaciones de la proteína $G_{S,}$ están presentes en hasta el 40% de los tumores secretores de GH.
77c) Las mutaciones en los genes AIP y PRKAR1A pueden estar implicadas en la patogénesis de los adenomas hipofisarios.
77d) Los tumores hipofisarios productores de TSH suelen expresar receptores para la Somatostatina (SSTR2).

78 EN RELACIÓN A LA ACROMEGALIA SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA

78a) Los adenomas escasamente granulados suelen aparecer en pacientes más jóvenes que los densamente granulados.
78b) En la acromegalia el patrón pulsátil de secreción de GH suele estar abolido.
78c) La normalización de la concentración de GH e IGF-1 tras el tratamiento está asociada con disminución de la morbimortalidad relacionada con la enfermedad.
78d) Los niveles elevados de IGF-1 correlacionan con la severidad de los cambios clínicos.

79 LA TIROTOXICOSIS TIPO 2 INDUCIDA POR AMIODARONA PRESENTA TODAS LAS CARACTERÍSTICAS SIGUIENTES, EXCEPTO:

79a) Incremento en la síntesis de hormonas tiroideas.
79b) Puede aparecer tras la suspensión del tratamiento con amiodarona.
79c) Habitualmente el paciente no presenta patología tiroidea previa.
79d) Habitualmente, se evidencia disminución de la vascularización en el ECO DOPPLER tiroideo.

80 SEÑALE LA AFIRMACIÓN CIERTA EN RELACIÓN A LA OFTALMOPATÍA DE GRAVES (OG).

80a) El hábito tabáquico no aumenta el riesgo de aparición de OG.
80b) En las fases iniciales de la OG se observa con frecuencia fibrosis de la musculatura ocular extrínseca.
80c) Hay evidencia de aumento de expresión de receptores de TSH en fibroblastos y adipocitos retroorbitarios.
80d) En relación al tratamiento de la OG, las dosis de glucocorticoides intravenosos superiores a 4g se asocian frecuentemente con hepatotoxicidad.

81 ¿CUÁL NO ES UN EFECTO ADVERSO DEL TRATAMIENTO MÉDICO DEL SINDROME DE CUSHING?

81a) La toxicidad hepática con el ketoconazol.
81b) La neurotoxicidad con el mitotano.
81c) Las náuseas con la metirapona.
81d) La hipoglucemia con la pasireotida.

82 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA EN RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE CUSHING?

82a) La utilización de contraste en la Resonancia de hipófisis no es relevante para el diagnóstico de un microadenoma productor de ACTH.
82b) La existencia de una alcalosis hipopotasémica orienta hacia el diagnóstico de Síndrome de Cushing por ACTH ectópica.
82c) La gammagrafía suprarrenal es una prueba realizada habitualmente para el diagnóstico etiológico.
82d) En la interpretación de los resultados obtenidos en el cateterismo de senos petrosos inferiores la valoración simultánea del gradiente de prolactina petroso-periférico no es de utilidad.

83 EN RELACIÓN CON LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL PRIMARIA SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA

83a) La deficiencia familiar de glucocorticoides se relaciona en ocasiones con mutaciones inactivadoras en el receptor de ACTH.
83b) La adrenoleucodistrofia tiene una herencia autosómica recesiva.
83c) En pacientes con insuficiencia suprarrenal primaria de etiología autoinmune, el fallo endocrinológico asociado más frecuente es la anemia perniciosa.
83d) Cuando la etiología es tuberculosa, en la mayoría de las ocasiones, no se suele afectar la función mineralocorticoide.

84 EN SUJETOS CON INSULINORESISTENCIA(IR) NO SE HA DESCRITO…

84a) El aumento de masa de células beta.
84b) La IR está asociada con disminución de expresión de hexoquinasa relativa a glucokinasa en la célula beta.
84c) Disfunción endotelial.
84d) La hiperinsulinemia refleja una combinación de aumento de producción de insulina y una disminución de su aclaramiento.

85 LA GLUCOSA SE METABOLIZA DENTRO DE LA CÉLULA BETA PARA ESTIMULAR LA SECRECIÓN DE INSULINA. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS NO INTERVIENE EN DICHO PROCESO?

85a) Glucokinasa.
85b) Transportador de glucosa (GLUT2).
85c) Nivel de calcio citosólico.
85d) Receptor de insulina

86 EN RELACIÓN A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

86a) Se ha descrito una ausencia de la primera fase de la respuesta de insulina a la sobrecarga intravenosa de glucosa.
86b) Se ha descrito un aumento de la tasa proinsulina/insulina.
86c) Se ha descrito un aumento en la amplitud de los pulsos de secreción de insulina tras la ingesta.
86d) La mejoría del control de la diabetes está asociada con el aumento de la actividad secretora de la célula beta.

87 EN RELACIÓN CON LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP1 (ARGLP1), SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CORRECTA:

87a) El principal mecanismo de acción de los ARGLP1 consiste en la inhibición directa de las neuronas de la POMC en el hipotálamo.
87b) Los efectos de GLP1 sobre el apetito se encuentran mediados en parte por efectos directos sobre la saciedad a nivel del sistema nervioso central.
87c) El núcleo del tracto solitario incluye grupos de neuronas con receptores para GLP1 que interactúan con las áreas hipotalámicas que regulan la ingesta.
87d) Los efectos de GLP1 sobre el apetito se encuentran mediados en parte por el retraso del vaciamiento gástrico.

88 EN RELACIÓN A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA, SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:

88a) La hipoglucemia postprandial severa con hiperinsulinemia es una complicación frecuente de la gastrectomía tubular o vertical.
88b) En líneas generales puede afirmarse que la banda gástrica ajustable logra una pérdida de peso del 20%, la gastrectomía tubular o vertical y el bypass gástrico en Y de Roux un 30% y la diversión biliopancreática y cruce duodenal un 35%.
88c) La diversión biliopancreática con cruce duodenal comprende una gastrectomía vertical con conservación del píloro.
88d) Aproximadamente la mitad de los pacientes que lograron remisión de la diabetes a los dos años de la cirugía bariátrica, recidivan a partir de los 5 años de la intervención.

89 SEÑALE LA RESPUESTA FALSA EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA OBESIDAD:

89a) La combinación del agonista noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico fentermina con el antiepiléptico topiramato (15mg/92mg) ha demostrado su eficacia en pérdida de peso y en el mantenimiento del peso perdido a dos años.
89b) Lorcaserina es un agonista selectivo de los receptores 5-HT2C que inhibe el apetito a través de la vía melanocortinérgica (α-MSH-CART).
89c) Naltrexona estimula los receptores opioides de las neuronas productoras de β-endorfinas.
89d) Orlistat, sintetizado a partir de la lipstatina, inhibe la mayoría de las lipasas del tracto gastrointestinal, bloqueando la digestión de los triglicéridos de la dieta.

90 EN RELACIÓN A LAS COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

90a) Los pacientes sometidos a ByPass gástrico con vómitos persistentes tienen un riesgo elevado de encefalopatía de Wernicke por deficiencia de tiamina (B1).
90b) La deficiencia de cianocobalamina es más frecuente tras una gastrectomía vertical que tras otras técnicas de cirugía bariátrica.
90c) La ferropenia es una de las deficiencias más comunes tras la cirugía bariátrica, especialmente en mujeres en edad fértil.
90d) Las necesidades de proteínas durante la fase activa de pérdida de peso tras la cirugía bariátrica deben calcularse sobre 1,2 g/Kg de peso al día con objeto de preservar la masa libre de grasa.

91 SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA RESPECTO A LOS CRITERIOS DE RIESGO MAYORES PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

91a) Sobrepeso con IMC ≥25 kg/m^2.
91b) Mujer con historia personal de Diabetes gestacional.
91c) Mujer con síndrome de ovario poliquístico.
91d) HbA1c >5,2%.

92 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

92a) La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria.
92b) La atención primaria comprende la atención paliativa a enfermos terminales.
92c) La atención primaria comprende la asistencia especializada en consultas.
92d) La atención primaria comprende la atención a la salud bucodental.

93 EN RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD DE EUSKADI, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

93a) Su aprobación corresponde al Gobierno Vasco.
93b) Su contenido incluirá, entre otros determinantes, los indicadores de evaluación de los objetivos de salud, gestión y de calidad del sistema.
93c) Su evaluación anual corresponde al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
93d) En él se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles.

94 LA COMPETENCIA PARA LA REORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ADSCRITOS A OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD MEDIANTE LA MODIFICACIÓN, FUSIÓN O SEGREGACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS EXISTENTES Y QUE NO DISPONGAN DE PERSONALIDAD JURÍDICA PROPIA, CORRESPONDE:

94a) Al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94b) Al Consejo de Gobierno.
94c) A la persona titular del departamento al que esté adscrito Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94d) A la Dirección General de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

95 CONFORME A LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SE OTORGARÁ POR ESCRITO:

95a) Cuando se otorgue por representación.
95b) Siempre.
95c) Cuando se trate de la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
95d) Las 3 afirmaciones anteriores son falsas.

96 A LOS EFECTOS DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, TIENE LA CONSIDERACIÓN DE DATO DE CARÁCTER PERSONAL:

96a) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas.
96b) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.
96c) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas o identificables.
96d) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas.

97 CONFORME A LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, LA DEFENSA DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE SEXO EN EL SECTOR PRIVADO CORRESPONDE:

97a) Al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de Igualdad.
97b) Al Gobierno Vasco, a las Diputaciones Forales y a los Ayuntamientos.
97c) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.
97d) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y al Gobierno Vasco.

98 LOS PRINCIPIOS QUE INSPIRAN EL PLAN DE SALUD SON:

98a) La universalidad, la calidad de los servicios, la sostenibilidad, la responsabilidad de las personas, la humanización de la atención y la coordinación sociosanitaria.
98b) La universalidad, la suficiencia financiera, la participación de los profesionales, la sostenibilidad y la mejora de la esperanza de vida.
98c) La universalidad, la solidaridad, la equidad, la calidad de los servicios de salud, la participación ciudadana y la sostenibilidad.
98d) La universalidad, la equidad, la responsabilidad de las personas, la profesionalidad, la sostenibilidad, la suficiencia financiera y la mejora de la esperanza de vida.

99 SOBRE EL RETO Y PROYECTO DE MEJORAR LA ACCESIBILIDAD ASISTENCIAL, EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO PERSEGUIDO POR OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

99a) El objetivo es mejorar los sistemas de gestión, planificación, producción y control de las listas de espera.
99b) El objetivo es mejorar la organización y calidad de los servicios sanitarios para agilizar los plazos de atención.
99c) Mejorar y estabilizar el número de pacientes y su demora en las listas de espera de consultas, pruebas diagnósticas y especialmente la demora quirúrgica, introduciendo criterios de calidad en su gestión.
99d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

100 EN RELACIÓN CON LA ROTULACIÓN DE LAS DEPENDENCIAS DE OSAKIDETZA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

100a) A partir del primer año desde la aprobación del II Plan de Euskera, la rotulación de las dependencias de Osakidetza-Servicio vasco de salud deberá estar redactada en las dos lenguas oficiales.
100b) Cuando las palabras que han de aparecer yuxtapuestas en el rótulo tengan una grafía muy similar y la utilización del euskera no impida la comprensión por parte de las personas que no sean vascoparlantes, se rotulará solamente en euskera.
100c) Cuando el mensaje del rótulo vaya expresado mediante imágenes que garanticen su comprensión, el texto que lo acompañe podrá ir indistintamente en cualquiera de los dos idiomas.
100d) Las tres respuestas anteriores son falsas.

PREGUNTAS RESERVA

101 INDICA CUÁL DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE PSEUDOHIPOPARATIROIDISMOS NO PRESENTA CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE OSTEODISTROFIA HEREDITARIA DE ALBRIGHT:

101a) Pseudopseudohipoparatiroidismo.
101b) Pseudohipoparatiroidismo 1a
101c) Pseudohipoparatiroidismo 1b
101d) Pseudohipoparatiroidismo 1c

102 DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES INDIQUE CUÁL DE ELLAS ES FALSA:

102a) Las diabetes tipo MODY suponen un 2-5% de la diabetes tipo 2.
102b) Las diabetes MODY 1 y 3 pueden precisar tratamiento con insulina.
102c) La diabetes MODY 2 precisa tratamiento con sulfonilureas.
102d) La diabetes MODY 5 precisa tratamiento insulínico.

103 EN LA VALORACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN EL EMBARAZO, INDIQUE QUÉ ES FALSO:

103a) La dosis mínima teratogénica de vitamina A es de 3000 µg/día.
103b) La administración del ácido fólico debe iniciarse un mes antes de la gestación y mantenerse a lo largo de la misma.
103c) La ingesta de iodo aconsejada durante el embarazo es de alrededor de 200 µg/día.
103d) Se aconsejan consumos de cafeína < 300 mg/día para reducir riesgo de parto prematuro.

104 INDIQUE CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES NO SE HA IMPLICADO EN LA PATOGENIA DEL BOCIO DIFUSO NO TÓXICO

104a) Deficiencia de iodo.
104b) Ciertos haplotipos de HLA que incrementan el riesgo de autoinmunidad tiroidea.
104c) Exposición a ciertos factores ambientales como la deficiencia de Selenio.
104d) Estímulo por la TSH.

105 SEÑALE ENTRE LOS SIGUIENTES HAPLOTIPOS DE HLA, QUIÉN CONFIERE RIESGO DE DESARROLLAR UNA DIABETES TIPO 1

105a) DRB1: 1501 DQA1: 0102 DQB1: 0602
105b) DRB1: 1401 DQA1: 0101 DQB1: 0503
105c) DRB1: 0701 DQA1: 0201 DQB1: 0303
105d) DRB1: 0401 DQA1: 0301 DQB1: 0302

106 EN RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD CARDÍACA EN EL DIABÉTICO INDIQUE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA

106a) La mortalidad del infarto de miocardio en un diabético es similar a la de un no diabético.
106b) La diabetes se asocia con un incremento de la insuficiencia cardiaca, incluso tras ajustar con otros factores de riesgo como Tensión Arterial, nivel de colesterol y edad.
106c) La reducción de los niveles de LDL colesterol apenas produce beneficio clínico para disminuir eventos cardiovasculares en los pacientes con diabetes.
106d) Los betabloqueantes no debieran ser utilizados en el tratamiento de un síndrome coronario agudo en pacientes con diabetes.

107 SE CONSIDERAN TUMORES HIPOFISARIOS AGRESIVOS TODOS EXCEPTO:

107a) Adenoma somatotropo densamente granulado.
107b) Adenoma de células de Crooke.
107c) Adenoma plurihormonal.
107d) Corticotropinoma silente.

108 RESPECTO AL SINDROME DE CUSHING(SC), SEÑALE LA AFIRMACIÓN FALSA:

108a) La causa más frecuente de SC por secreción ectópica de ACTH es el carcinoide pulmonar.
108b) El hipogonadismo es debido al efecto inhibidor del cortisol en la pulsatilidad de GnRH y gonadotrofinas.
108c) El síndrome de Mc Cune -Albright es una causa de Síndrome de Cushing ACTH independiente.
108d) En la enfermedad de Cushing por adenoma hipofisario existe una resistencia relativa de la secreción de ACTH al "feed-back" negativo de los glucocorticoides en situación normal.

109 EN RELACIÓN CON EL METABOLISMO ENERGÉTICO, SEÑALE LA FALSA

109a) El gasto energético diario total (GET) comprende el gasto en reposo (GER) (70% del GET), el gasto por actividad física (20% del GET) y el gasto por la termogénesis inducida por alimentos (10% del GET).
109b) El gasto energético por actividad física incluye el gasto energético por actividad física voluntaria (ejercicio) y el producido por actividades involuntarias (mantenimiento postural, contracciones musculares involuntarias).
109c) La pérdida de peso inducida por la dieta disminuye el gasto energético en reposo (GER) entre un 15 y un 30% tanto en delgados como en obesos, lo que promueve la recuperación ponderal.
109d) El gasto energético de un individuo obeso es siempre superior al de un de un individuo delgado cuando realiza la misma cantidad de ejercicio independientemente del tipo de ejercicio.

110 EN RELACIÓN CON LA ESTRATEGIA REFERIDA A LAS BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

110a) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable en las personas con problemas de circulación sanguínea.
110b) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable de los pacientes encamados.
110c) El riesgo de sufrir una caída aumenta considerablemente durante el ingreso hospitalario.
110d) Se estima que casi 1/3 de las caídas durante el ingreso hospitalario se pueden prevenir.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 OPE 2017

FAK. ESP. ENDOKRINOLOGIA ETA NUTRIZIOKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 B	031 B	061 A	091 D
002 A	032 D	062 B	092 C
003 D	033 D	063 C	093 C
004 Baliogabetua (*)	034 B	064 C	094 A
005 C	035 A	065 A	095 C
006 A	036 B	066 B	096 B
007 B	037 B	067 B	097 C
008 C	038 A	068 C	098 C
009 D	039 C	069 B	099 D
010 A	040 B	070 D	100 B (*)
011 B	041 D	071 A	101 C
012 D	042 B	072 D	102 C
013 C	043 A	073 A	103 B
014 B	044 C	074 A	Erreserbak / Reservas
015 C	045 C	075 D	104 B
016 B	046 C	076 B	105 D
017 C	047 A	077 A	106 B
018 A	048 D	078 B	107 A
019 D	049 B	079 A	108 A
020 A	050 B	080 C	109 D
021 Baliogabetua (*)	051 B	081 D	110 A
022 B	052 D	082 B	
023 A	053 C	083 A	
024 D	054 A	084 B	
025 C	055 D	085 D	
026 A	056 B	086 C	
027 Baliogabetua (*)	057 D	087 A	
028 B	058 C	088 A	
029 A	059 B	089 C	
030 C	060 D	090 B	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

Osakidetza

2016 OPE 2017

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución nº 111/2018 de 7 de Febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de Febrero de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. ENDOKRINOLOGIA ETA NUTRIZIOKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MEDICO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

Proba eguna / Fecha prueba
2018ko maiatzaren 27an/ 27 de mayo de 2018.

2.ariketa / 2º ejercicio

CASO 1

Paciente de 24 años de edad enviada del servicio de Hematología para estudio de masa abdominal detectada en una ecografía realizada para estudio de trombocitosis.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES: Mononucleosis infecciosa con 17 años.

ANAMNESIS: Refiere la paciente encontrarse asintomática. No HTA conocida. Mantiene peso. No ha presentado episodios de palpitaciones, ni cefalea. No aumento de vello corporal. Menarquia a los 13 años. Reglas regulares.

EXPLORACIÓN FÍSICA:
Peso: 55,5 Kg Talla 170 cm TA 110/65
Buen color de piel y mucosas. Ptosis palpebral izda. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Campimetría por confrontación normal. Reflejo pupilar y movilidad del globo ocular normal. Sensibilidad facial conservada. No signos de parálisis facial. Desviación de la lengua a la izda.
Cuello: no bocio ni adenopatías cervicales.
Tórax: AP y AC normales.
Abdomen: no estrías
Ausencia de manchas café con leche. No pecas axilares ni inguinales.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:
Metanefrinas orina 24 h:
Metanefrina 109 µg/24h (VN<341)
Normetanefrina 3772 µg/24h (VN<444)

Metanefrinas plasma
Metanefrina 27 pg/mL (VN<12)
Normetanefrina >1000 pg/mL (VN<200)

Bioquímica e iones normales, DHEAS, 17 OH progesterona, estradiol, testosterona, androstendiona delta-4, PTH, calcitonina normales; cromogranina A: 597.5 ng/mL (VN 19-98); cortisol tras 1 mg dexametasona nocturno < 1µg/dL.

PREGUNTAS:

1. **Teniendo en cuenta el resultado de los análisis realizados y en espera de realización de pruebas de imagen, señale la opción falsa:**

    a. El fenotipo bioquímico con secreción predominante de noradrenalina suele estar presente en pacientes con mutaciones del gen VHL y de SDHx.
    b. Los paragangliomas de cabeza y cuello en general no son productores de catecolaminas, por lo que es poco probable que el tumor esté localizado en el cuello.
    c. El perfil bioquímico orienta posiblemente a un MEN 2.
    d. La mayoría de los feocromocitomas/paragangliomas se localizan en el abdomen.

Se realiza TAC abdominal: masas suprarrenales bilaterales que presentan marcado realce tras la administración de contraste intravenoso. Descartar feocromocitoma como primera posibilidad (lado izdo 2,4x3.3cm y lado dcho 4.8x3.7 cm).

2. **Respecto a las pruebas complementarias de imagen, señale la opción correcta:**

    a. Las indicaciones para realizar una Gammagrafía con MIBG corporal total en pacientes diagnosticados de feocromocitoma son: tumor adrenal >5 cm o existencia de un paraganglioma extraadrenal.
    b. El hallazgo de una lesión adrenal de 3 cm en TC con densidad <10 uds Hounsfield, homogénea, es sugestivo de malignidad.
    c. En pacientes con diagnóstico de paraganglioma maligno, la sensibilidad del FDG-PET es superior a la de Gammagrafía con MIBG para la detección de enfermedad metastásica.
    d. El octreoscan es la prueba de imagen funcional de elección en el estudio de pacientes con feocromocitoma/paraganglioma.

3. **Todas las sustancias indicadas pueden dar lugar a falsos positivos por elevación de los niveles de catecolaminas y metanefrinas medidos en el laboratorio, excepto:**
    a. Atorvastatina
    b. Antidepresivos triciclícos
    c. Anfetaminas
    d. Cocaína

4. **Se realiza suprarrenalectomía bilateral tras el adecuado α- bloqueo. El informe anatomo-patológico informa de feocromocitoma bilateral. Las técnicas de inmunohistoqímica muestran SDHB positivo. ¿Qué estudio genético realizaría en primer lugar?**
    a. Estudio del gen RET
    b. Estudio del gen SDHB
    c. Estudio del gen VHL
    d. Estudio del gen SDHC

5. **El estudio genético fue positivo. Respecto al seguimiento de esta paciente y sus familiares, señale la respuesta correcta:**
    a. La paciente no necesita más seguimiento, ya que tras la intervención los marcadores bioquímicos se han normalizado.
    b. En pacientes con mutaciones en VHL se debe descartar la presencia de hemangioblastomas cerebrales y carcinoma renal.
    c. En caso de mutación en el gen SDHD la enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia si se hereda de la madre.
    d. En caso de mutación en VHL, la probabilidad de que los hijos estén afectos es de un 25%.

CASO 2

MOTIVO DE CONSULTA: Valoración de tratamiento, en paciente de alto riesgo cardiovascular.

ANTECEDENTES PERSONALES: Obesidad, HTA e Hiperlipemia de 9 años de evolución, Glucemia alterada en ayunas desde hace 3 años. Tabaquismo 20 cig/d. No OH. Colon irritable. Trabaja como conductor de autobús. Tratamiento: Enalapril 20mg: 1-0-0, Intolerancia a Simvastatina por artralgias.

ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 59 años que acude a Urgencias hace 1.5 meses por dolor torácico siendo diagnosticado de Infarto Agudo de Miocardio con colocación de 2 stent farmacoactivos.

Durante su estancia en el hospital se evidencia Glu 240 mg/dl a su llegada a Urgencias y Glu 180 mg/dl en analítica de laboratorio con HbA1c 9,3%. Al alta se inició tratamiento con Metformina 1000 mg: 1-0-1, Atorvastatina 80 mg y doble antiagregación. Se remite a nuestra consulta para valoración y seguimiento.

Pendiente de iniciar Rehabilitación Cardíaca.

EXPLORACION: P 95, T 170, IMC 32.87, TA 160/95, PER ABD 115, Pulsos Pedios +, Tibiales Posteriores +, Sensibilidad con Monofilamento +.

PREGUNTAS

1-Que medida terapéutica le parece más importante en el momento actual?

a. Valorar la adherencia al tratamiento e iniciar educación diabetológica para Dieta, Ejercicio y Autoanálisis de Glucemias capilares junto con recomendación de stop tabaco.
b. Pedir una analítica con Lípidos, HbA1c, Cociente Albúmina/creatinina.
c. Proponer IPCSK9.
d. Añadir Gliclazida.

2-Como modificaría el tratamiento en este paciente de acuerdo a su riesgo cardiovascular:

a. Optimización del tratamiento con Estatinas teniendo en cuenta su probable intolerancia previa a alguna de ellas.
b. Añadir Empagliflozina.
c. Control de TA ambulatoria (AMPA) y adecuación del tratamiento.
d. Todas son correctas.

3-Señale la respuesta falsa:

a. Si la estrategia de tratamiento se basara en la mínima pérdida progresiva de células beta, incluiría una tiazolidindiona.
b. Las gliflozinas son fármacos a retirar antes de una cirugía.
c. Las glínidas se unen más a los receptores SUR2 que a los SUR1.
d. Se puede mantener Empagliflozina si tras el inicio del tratamiento el filtrado glomerular baja a 55 ml/min.

4-Señale la respuesta verdadera:

a. El ejercicio no aumenta el transporte de glucosa independiente de insulina.
b. El ejercicio aumenta el transporte de glucosa mediante translocación de GLUT4 intracelular a la superficie celular.
c. En el estudio ACCORD, el grupo de tratamiento intensivo con HbA1c<7% estaba asociado a aumento de mortalidad.
d. En los pacientes con Diabetes la tasa de Insuficiencia Cardíaca tras el Infarto es superior a la de los no Diabéticos, pero depende de la superficie infartada.

5-Señale la respuesta verdadera:

a. El Carvedilol disminuye la resistencia insulínica y tiene efectos antioxidantes.
b. Se recomienda el aporte de un complemento de omega 3 para prevenir eventos cardiovasculares.
c. El uso de gliflozinas se asocia con un descenso de glucagón.
d. El descenso nocturno de la Tensión Arterial se conserva a pesar de la aparición de Microalbuminuria.

CASO 3

Varón de 72 años con antecedentes de

HTA bien controlada

No DM

No alergias conocidas

Enfermedad Actual:

Dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso no cuantificada y últimamente vómitos alimentarios tras cada comida, por lo que desde hace 3 semanas ha disminuido ingesta a dieta líquida/ blanda con disminución de cuantía.

Exploración física:

TA 110/60 mmHg, FC 75 , dolor abdominal a la palpación sin otros hallazgos

Peso habitual 80 Kg, hace 6 meses

Peso actual 60 Kg. Talla: 168 cm. (IMC 21,25 kg/m2).

Analítica:
Hemograma, bioquímica y coagulación normales salvo proteínas totales 5,6 gr/dl (normal 6,5-8 gr/dl) Albúmina de 2,5 g/dl. Prealbúmina 14 mg/dl. Transferrina 95 mg/dl.

TAC abdominal

Masa en cabeza pancreática que estenosa parcialmente segunda porción duodenal, con aspecto de malignidad

Ingresa a cargo de Cirugía General y se programa intervención para 5- 7 días después (no hay hueco de quirófano antes)

PREGUNTAS:

1) **Aunque estos métodos están validados en cribado de riesgo nutricional en el paciente hospitalizado, ¿Cuál de entre ellos está validado especialmente en el paciente oncológico?**

    a) Nutritional Risk Screening(NRS) 2002
    b) Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
    c) Valoración Global subjetiva Generada por el paciente (VSGGP)
    d) Mininutritional assessment (MNA)

En el tratamiento se deja prescrita dieta líquida, analgesia y sueroterapia con 1500 ml de suero glucosalino

2) **Tras la valoración Nutricional, ¿Qué intervención nutricional terapéutica inicial le parece la más adecuada ?**

a) Indicar nutrición enteral completa por vía oral hasta la cirugía y revisar evolución pasadas 48 horas
b) Indicar nutricional enteral completa a través de sonda nasogástrica, ya que es poco probable que cumpla requerimientos por vía oral y revisar evolución pasadas 48 horas
c) Indicar dieta líquida, ya que tiene las mismas Kcal que la dieta basal del Hospital y revisar evolución pasadas 48 horas
d) No es necesaria ninguna medida especial, el plazo de 7 dias en este paciente nos permite mantener la sueroterapia.

El paciente es intervenido realizándose Duodenopancreatectomía cefálica y gastroyeyunostomía en yeyuno proximal en Y de Roux. Infundibulización de páncreas en yeyuno y coledocoyeyunostomía

Postoperatorio (+ 96 horas): Débito de aspecto entérico-biliar (100cc/24 h) por los drenajes. Se sospecha dehiscencia de anastomosis. Desde cirugía optan por iniciar tratamiento conservador con somatostatina y solicitan nuestra valoración

3) **En su opinión ¿Qué intervención nutricional sería la más correcta?**
a) Iniciaría Nutrición parenteral total en cuanto fuera posible para asegurar un correcto aporte calórico y proteíco
b) Intentaria conseguir un acceso enteral con sonda nasoyeyunal de doble luz de alimentación y aspiración, con extremo distal en yeyuno para iniciar Nutrición enteral.
c) Ajustar sueroterapia para conseguir administrar líquidos, glucosa y potasio en un volumen adecuado.
d) Recomendar reintervención , en esta situación la intervención nutricional va a ser poco eficaz

4) **Siendo un paciente quirúrgico, optamos por aportar Glutamina en su pauta de nutrición artificial. Con respecto a la misma ¿ Qué afirmación no es correcta?**
a) En nutrición artificial, el aporte de glutamina por vía enteral o parenteral tiene una eficacia similar en la mejora del estado nutricional.
b) La glutamina es un aminoácido no esencial que forma parte de la síntesis proteica corporal
c) La glutamina sirve como fuente energética para las células de la mucosa intestinal
d) La glutamina es un precursor de la síntesis de purinas y pirimidinas.

El paciente es reintervenido. Pasados unos días ha iniciado tolerancia oral pero su ingesta es menor de un 50% de los requerimientos energéticos diarios y decidimos utilizar suplementación enteral

5) La fórmula de nutrición enteral que vamos a utilizar contiene un 20% de lactoalbumina como fuente de proteínas, sacarosa y triglicéridos de cadena media , su densidad calórica es de 1.3 kcal/ml. ¿Cómo clasificaría esta fórmula?

a) Polimérica, concentrada, normoproteica
b) Oligomérica, isocalórica, hiperproteica
c) Polimérica, concentrada, hiperproteica
d) Oligomérica, concentrada, hiperproteica.

CASO 4

Motivo de consulta

Mujer de 38 años de edad que es remitida por observación de hipoglucemia.

Antecedentes familiares

- Padres viven sin enfermedades de interés.
- Una hermana de 46 años con hipotiroidismo primario secundario a tiroiditis de Hashimoto.
- No hijos

Antecedentes Personales

- No alergias conocidas.
- Bocio multinodular normofuncionante.
- No intervenciones quirúrgicas.
- No hábitos tóxicos. Trabaja como administrativa.
- Tratamiento indicado por neurología: Neurontín.
- Menarquia a los 14 años. Reglas regulares. No embarazos ni abortos. Nunca ha consultado por ello.

Enfermedad actual

Durante un ingreso en neurología para estudio de crisis de ausencia, observaron una glucemia de 45 mg/dl por lo que es remitida a nuestro servicio para estudio de hipoglucemia.

La paciente había presentado 3 situaciones en las que se le había detectado glucemia <50 mg/dl. En una de las ocasiones tuvo previamente sensación de hambre. Desconoce si tiene otra sintomatología salvo que ella no recuerda nada y se ha visto en dos ocasiones en el hospital. La paciente se encuentra cansada, resultándole difícil seguir el ritmo de trabajo que hasta ahora llevaba bien. La función tiroidea realizada recientemente refería que fue normal. Reglas regulares.

Examen físico

Talla 165 cm – Peso 62 Kg – TA 120/67 mm Hg. Consciente y orientada. Coloración normal de piel y mucosas. Bocio II-III multinodular que se desplaza bien con la deglución. Resto de exploración general normal.

Analítica

Se le realizó una nueva glucemia e insulina tras 10 horas de ayuno con glucemia de 72 mg/dl e insulinemia 3,2 µU/ml. Una determinación de cortisol realizada fue de 4,8 mcg/dl, T4L 1,2 ng/dl, TSH 2,2 mcU/ml, 17-ß-estradiol 60 pg/ml, FSH 6,4 mU/ml y LH 4,6 mU/ml, PRL 5,7 ng/ml.

PREGUNTAS:

1. **La forma de presentación del cuadro clínico te parece compatible con:**
   a) Tumoración hipofisaria.
   b) Enfermedad Addison.
   c) Neurosarcoidosis.
   d) Hipofisitis autoinmune.

2. **¿Cuál de las siguientes determinaciones te daría más información cara al tratamiento?:**
   a) Cortisol tras hipoglucemia insulínica.
   b) IGF-1.
   c) ACTH.
   d) Ac. anti TPO.

3. **Después del estudio realizado la paciente fué diagnosticada de insuficiencia suprarrenal secundaria e inicia tratamiento con hidrocortisona a una dosis de 20 mg/día pese a lo cual no mejora su astenia ni capacidad de trabajo. ¿Cuál sería tu siguiente paso?:**
   a) Aumentar dosis de hidrocortisona a 30 mg/día.
   b) Añadir mineralocorticoides.
   c) Cambiar hidrocortisona por dexametasona.
   d) Valorar resto de la función hormonal hipofisaria.

4. **Desde el tratamiento con hidrocortisona la paciente no ha vuelto a presentar crisis de ausencia, manteniendo el tratamiento con neurontín. A pesar de haber aumentado la dosis de hidrocortisona a 30 mg/día contemplando estrés en el trabajo, la situación clínica es la misma. ¿Cuál sería el siguiente paso que definiera mejor la situación?:**
   a) Medir IGF-1
   b) Medir IGF-1 e IGF-BP3
   c) Medir IGF-1 y GH tras hipoglucemia insulínica
   d) GH tras glucagón

5. **Finalmente la paciente es diagnosticada de déficit de hormona de crecimiento. El objetivo fundamental para el tratamiento con GH es:**
   a) Mejorar la capacidad vital y recuperación después del ejercicio
   b) Mejorar la osteoporosis
   c) Normalizar niveles de IGF-1
   d) Reducir mortalidad a largo plazo

Bigarren ariketaren erantzun zuzenak
Respuestas correctas del segundo ejercicio

FAK. ESP. ENDOKRINOLOGIA ETA NUTRIZIOKO MEDIKUA

A10227 | **FAC. ESP. MEDICO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION** | **X**

Z. ERANTZUNA Nº RESPUESTA	*Z. ERANTZUNA* Nº RESPUESTA	*Z. ERANTZUNA* Nº RESPUESTA	*Z. ERANTZUNA* Nº RESPUESTA
1 C			
2 C			
3 A			
4 C			
5 B			
6 A			
7 D			
8 C			
9 B			
10 A			
11 C			
12 A			
13 B			
14 A			
15 C			
16 D			
17 A			
18 D			
19 D			
20 A			