

**OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE
INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE
CANTABRIA**

CATEGORÍA:

FEA NEUMOLOGÍA

Orden SAN/68/2018, 23 de julio, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso, mediante el sistema de concurso-oposición, a plazas de la categoría estatutaria de Facultativo Especialista de Área de Neumología en las Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria

**EJERCICIO ÚNICO ELIMINATORIO
CUESTIONARIO TIPO TEST**

ADVERTENCIA:

NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE

- 1.- De acuerdo con la Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria, la bandera propia de Cantabria es la formada por dos franjas horizontales, de igual anchura:
- A Roja la superior y blanca la inferior.
 - B Blanca la superior y roja la inferior.
 - C Azul la superior y blanca la inferior.
 - D Blanca la superior y azul la inferior.
- 2.- Según la Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria, la coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social, es una materia a la que corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria las siguientes competencias:
- A El desarrollo legislativo y la ejecución.
 - B Competencia exclusiva.
 - C Función ejecutiva.
 - D Todas son correctas.
- 3.- De acuerdo con el artículo 3 de la Constitución, el castellano es la lengua oficial del Estado y las demás lenguas españolas:
- A Serán también oficiales en todo el territorio español.
 - B Serán también oficiales en las respectivas Comunidades Autónomas de acuerdo con sus Estatutos.
 - C En ningún caso serán lenguas oficiales. Podrán tener la consideración de dialectos si así se recoge en sus Estatutos.
 - D Está prohibido su uso en todo el territorio español.
- 4.- De acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:
- A A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso, en cualquier formato.
 - B A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación siempre que comporten peligro adicional para su salud.
 - C A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
 - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 5.- Conforme a lo previsto en el artículo 35 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser analizada una norma, plan, programa o proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos, es lo que se denomina:
- A Evaluación de riesgos.
 - B Estrategia de Salud Pública.
 - C Evaluación de impacto en salud.
 - D Vigilancia en Salud Pública.

- 6.- De acuerdo con el artículo 86 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios:**
- A** Las oficinas de farmacia tienen la consideración de establecimientos sanitarios privados, de interés público.
 - B** Las oficinas de farmacia tienen la consideración de centros sanitarios públicos.
 - C** La consejería competente en materia de sanidad de cada Comunidad Autónoma es la titular de las oficinas de farmacia que se instalen en su territorio.
 - D** Todas las respuestas anteriores son falsas.
- 7.- En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria, ¿cómo se denomina al Registro en el que se inscriben los documentos de voluntades expresadas con carácter previo?:**
- A** Registro de Instrucciones Previas de Cantabria.
 - B** Registro Cántabro de Voluntades.
 - C** Registro de Voluntades Previas de Cantabria.
 - D** Registro Cántabro de Otorgamiento de Voluntades.
- 8.- En el contexto de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, se define como:**
- A** Certificado médico.
 - B** Información clínica.
 - C** Documentación clínica.
 - D** Historia clínica.
- 9.- Según el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria, las Áreas de Salud son:**
- A** Área I: Santander.
Área II: Laredo.
Área III: (Especial) Reinosa.
Área IV: Torrelavega.
 - B** Área I: Santander.
Área II: Laredo.
Área III: (Especial) Torrelavega.
Área IV: Sierrallana.
 - C** Área I: Santander.
Área II: Torrelavega.
Área III: (Especial) Reinosa.
Área IV: Castro Urdiales.
 - D** Área I: (Especial) Santander.
Área II: Torrelavega.
Área III: Reinosa.
Área IV: Unquera.

- 10.- De acuerdo con lo establecido en el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria, el Centro de Salud Reinoso, pertenece a la Zona de Salud:
- A Tres Mares.
 - B Alto Campoo.
 - C Brañavieja.
 - D Campoo-Los Valles.
- 11.- De acuerdo con lo establecido en el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria, el Centro de Salud Potes, pertenece a la Zona de Salud:
- A Liébana.
 - B Áliva.
 - C Reinoso.
 - D Saja- Besaya.
- 12.- En relación con las situaciones administrativas, el artículo 76.2 de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, establece que el plazo máximo de duración de la situación de expectativa de destino será de un año, transcurrido el cual sin haber obtenido nuevo destino, el personal pasará a la situación de:
- A Excedencia forzosa.
 - B Excedencia voluntaria.
 - C Servicios bajo otro régimen jurídico.
 - D Servicios especiales.
- 13.- Según el artículo 78.4 de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, quienes pasen a la situación de excedencia voluntaria incentivada tendrán derecho a:
- A Durante los dos primeros meses de esta excedencia el personal tendrá derecho a percibir las retribuciones íntegras del último mes.
 - B No tendrá derecho a percibir retribuciones económicas, aunque sí las prestaciones sociales que se determinen reglamentariamente.
 - C Dos mensualidades de las retribuciones básicas, del complemento de carrera y del específico, devengadas en el último puesto de trabajo desempeñado, por cada año completo de servicios efectivos y con un máximo de doce mensualidades.
 - D Una mensualidad de las retribuciones básicas, del complemento de carrera y del específico, devengadas en el último puesto de trabajo desempeñado, por cada año completo de servicios efectivos y con un máximo de catorce mensualidades.
- 14.- Según el artículo 6.a) de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, atendiendo a la función desarrollada, el personal estatutario se clasifica en:
- A Personal de formación universitaria, personal de formación profesional y otro personal.
 - B Personal sanitario y en personal de gestión y servicios.
 - C Personal fijo y personal temporal.
 - D Personal sanitario, personal administrativo, personal directivo y personal laboral.

- 15 .- De acuerdo con el artículo 50.1 de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, los puestos de jefatura de unidad, tanto sanitaria como no sanitaria, serán provistos por el sistema de:**
- A Concurso-oposición.
 - B Libre designación.
 - C Concurso específico de méritos.
 - D Promoción interna temporal.
- 16 .- De acuerdo con el artículo 61.2.c) de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria , indique cuál es el complemento destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos:**
- A Complemento específico.
 - B Complemento de productividad.
 - C Complemento de evaluación.
 - D Complemento especial de rendimiento.
- 17 .- De acuerdo con el artículo 50 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el ciudadano, en aras de un correcto uso de los servicios sanitarios, está obligado a aceptar el alta:**
- A Una vez hubiese finalizado su proceso asistencial.
 - B Cuando se hubiese comprobado que la situación clínica del paciente mejoraría prolongando su estancia.
 - C Cuando la complejidad del cuadro impida su traslado a un centro de referencia.
 - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 18 .- De acuerdo con el artículo 5 de la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, los o las pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del sistema sanitario público de Cantabria, recibirán la misma en los siguientes plazos máximos:**
- A - Ochenta días en el caso de procedimientos quirúrgicos.
 - Ciento sesenta días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.
 - Treinta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas.
 - B - Ciento ochenta días en el caso de pruebas diagnósticas especializadas.
 - Sesenta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas.
 - Treinta días para para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.
 - C - Ciento ochenta días en el caso de procedimientos quirúrgicos.
 - Sesenta días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.
 - Treinta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas.
 - D - Cien días en el caso de procedimientos quirúrgicos.
 - Treinta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas.
 - Ciento ochenta días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.

- 19.- Conforme al artículo 10 de la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, indique cuál de las siguientes son causas de extinción del derecho a la garantía de atención sanitaria especializada:
- A Solicitar dos veces el aplazamiento para recibir la atención sanitaria por la que está inscrito.
 - B La caducidad del certificado de garantía.
 - C La falta de asistencia justificada a la cita programada.
 - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 20.- De acuerdo con el artículo 17 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, los equipos de protección individual deberán utilizarse:
- A En todo caso.
 - B Cuando los riesgos no se puedan evitar o no puedan limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo.
 - C Cuando los riesgos se pueden evitar y limitar por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo.
 - D En los casos de inexistencia de riesgos.
- 21.- En relación a la mecánica ventilatoria ¿cuál de los siguientes enunciados es FALSO?
- A La suma de capacidad residual funcional (FRC) y la capacidad inspiratoria (CI) se llama capacidad pulmonar total (TLC)
 - B La FRC representa el punto de equilibrio entre las fuerzas elásticas del pulmón y de la caja torácica
 - C La presión de retroceso elástico (Pel), es la diferencia entre la presión en el alvéolo y la presión en el espacio pleural.
 - D La presión transpulmonar (Ptr) será igual a la presión alveolar (Palv) más la presión pleural (Ppl)
- 22.- Respecto al intercambio de gases, ¿cuál de las siguientes respuestas NO ES CORRECTA?
- A La caída de presión desde la arteria pulmonar a la aurícula izquierda es de apenas 10 mmHg
 - B El anhídrido carbónico difunde unas 20 veces más rápido que el oxígeno, ya que su solubilidad es mayor
 - C Durante el ejercicio disminuye el flujo pulmonar, aumentando el tiempo de tránsito de la sangre a través de los capilares pulmonares
 - D La cantidad de gas que se difunde (VGAS) es inversamente proporcional al grosor del área que ha de cruzar
- 23.- Con respecto a los cambios que se producen en el control de la respiración durante el sueño, señale la respuesta FALSA
- A Con el inicio del sueño el estímulo químico pasa a ser el principal y casi único determinante de la ventilación
 - B En sujetos sanos el nivel de CO₂ determina la ventilación
 - C En la transición vigilia/sueño se produce un aumento del tono de la musculatura de la vía aérea superior (VAS)
 - D Durante las fases REM, el ciclo respiratorio es irregular, con incrementos de la frecuencia respiratoria y reducciones del volumen corriente

24.- Dentro de los efectos del sueño en la fisiología respiratoria, señale la respuesta CORRECTA

- A El flujo aéreo generado con la inspiración aumenta la presión negativa intraluminal de la VAS de acuerdo con el principio de Bernoulli
- B Con el decúbito supino, en los sujetos sanos aumenta la capacidad pulmonar total y la capacidad residual funcional (FRC)
- C Con el decúbito supino se produce una disminución del trabajo muscular del diafragma
- D Las fuerzas dilatadoras de la vía aérea superior (VAS) incluyen principalmente los músculos estabilizadores de la VAS

25.- El gen CRFT se vincula con una de las siguientes enfermedades

- A Deficit de alfa -1-antitripsina (DAAT)
- B Fibrosis quística (FQ)
- C Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID)
- D Hipertensión arterial pulmonar (HAP)

26.- ¿Cuál es el objetivo principal de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)?

- A Informar de las decisiones clínicas con respecto a pacientes individuales
- B Analizar los estudios de tratamientos randomizados
- C Realizar una revisión sistemática de las bases de datos bibliográficas
- D Calificar la calidad de la evidencia disponible

27.- Para todos los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) están indicadas varias medidas ¿Cuál de las siguientes NO se encuentra entre ellas?

- A Consejo y educación sobre su enfermedad
- B Cesación del tabaco
- C Vacunación frente al virus de la influenza
- D Oxigenoterapia

28.- La nutrición en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) juega un papel importante en las recomendaciones generales. ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es CORRECTA sobre la nutrición en la EPOC?

- A El exceso de peso puede contribuir al aumento de la disnea
- B Un Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 20 se asocia con fatiga diafragmática y menor supervivencia
- C La deficiencia de vitamina D no se asocia con reducción de la función pulmonar
- D Un IMC menor o igual a 21 es un marcador de enfermedad más severa en el índice BODE

29.- Dentro de los criterios para que una radiografía de tórax se pueda considerar técnicamente correcta, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

- A Los márgenes internos de ambas clavículas deben ser equidistantes de las apófisis espinosas de la columna dorsal
- B El punto más alto del hemidiafragma derecho se proyectará sobre el noveno arco costal anterior
- C Los cuerpos vertebrales deben insinuarse a través de la silueta cardíaca
- D Todo el tórax debe estar incluido en la radiografía, desde los vértices hasta las bases pulmonares

- 30 .- La tomografía computarizada (TC) es fundamental en el diagnóstico y seguimiento de múltiples enfermedades neumológicas; con respecto a las diferentes variantes de esta exploración, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**
- A Una de las principales indicaciones de la TCED (TC de energía dual) es la evaluación del TEP
 - B Los estudios con TCMD (TC multicorte o multidetector) se basan fundamentalmente en la información anatómica y funcional
 - C La TCAR (TC alta resolución) volumétrica proporciona imágenes de alta resolución y gran calidad de todo el parénquima pulmonar
 - D La TCAR volumétrica es fundamental en el estudio de la EPID
- 31 .- Con respecto a la tomografía por emisión de positrones (PET), ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A La PET se ha convertido en las últimas décadas en una herramienta indispensable en el manejo de la patología oncológica pulmonar
 - B Para conocer el grado de captación de las lesiones se mide la actividad del trazador en la lesión a estudiar, obteniendo el Standardized Uptake Value o SUV
 - C En nuestro medio, el trazador isotópico utilizado con más frecuencia es el 18F-misonidazol
 - D En el cáncer de pulmón de célula pequeña, su principal valor es la detección de lesiones a distancia
- 32 .- Señale en cuál de las siguientes enfermedades NO cabe esperar una disminución de la difusión de monóxido de carbono (DLCO)**
- A Enfisema
 - B Hemorragia pulmonar
 - C Embolismo pulmonar
 - D Anemia
- 33 .- La Difusión de Monóxido de Carbono (DLCO) se realiza de forma bastante rutinaria en los laboratorios de función pulmonar, con respecto a esta prueba ¿cuál de las siguientes respuesta es FALSA?**
- A Para esta prueba siempre se utiliza el método de respiración única (el paciente inhala gas de una mezcla conocida de gases y tras una apnea de 10 segundos lo exhala para su análisis)
 - B Los analizadores de gases en general necesitan adquirir una temperatura estable para dar mediciones precisas. El equipo debe estar encendido 30 min antes de la calibración y de las pruebas
 - C Una de sus indicaciones es la evaluación de un paciente con disnea sin causa aparente
 - D Los problemas bucodentales o faciales que impiden la colocación o sujeción de la boquilla deben considerarse contraindicación absoluta para esta prueba, ya que las mediciones no tienen ninguna relevancia clínica si hay fugas
- 34 .- Con la espirometría no podemos medir el gas que queda en los pulmones al final de una espiración forzada o volumen residual (VR). Es necesario conocer este volumen para determinar la capacidad residual funcional (FRC) y la capacidad pulmonar total (TLC), en su estudio ¿Cuál de las siguientes respuesta es FALSA?**
- A Los métodos más usados para medir la FRC son el método de dilución y la pletismografía corporal total
 - B El método de dilución consiste en la inhalación de un volumen de gas conocido (V1) que contiene una concentración conocida (C1) de un gas inerte (generalmente argón) que no es soluble en los tejidos
 - C La pletismografía corporal se basa en la aplicación de la ley de Boyle-Mariotte al gas alveolar
 - D La pletismografía da resultados de FRC algo mayores que los otros métodos, pero es más rápida, precisa y reproducible

- 35 .- La medición de las presiones inspiratoria (MIP o Pimáx) y espiratoria máxima (MEP o Pemáx) son pruebas relativamente fáciles de realizar; con respecto a ellas ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A La PIM es básicamente un índice funcional del diafragma
 - B La presión inspiratoria máxima en la nariz (SNIP), sorbido por la nariz o esnifado, tiene el mismo significado que la PIM
 - C La PEM mide la fuerza de los músculos intercostales y abdominales
 - D Para la realización de la prueba no se recomiendan boquillas del tipo submarinista
- 36 .- Las pruebas de ejercicio cardiopulmonar (PECP) permiten el análisis integrado de la respuesta al ejercicio y evalúan la reserva funcional de los sistemas implicados en la misma (cardiovascular, respiratorio, metabólico, musculoesquelético y neurosensorial), ¿cuál de las siguientes respuestas sobre la PECP es CIERTA?**
- A No permite predecir con exactitud el riesgo quirúrgico
 - B En la mayoría de los casos el tapiz rodante es el método preferido para realizar la PECP
 - C En el tapiz rodante el consumo pico de oxígeno(VO₂ pico) suele ser el 5-10% más bajo en comparación con el obtenido en un cicloergómetro
 - D En el cicloergómetro se obtiene un VO₂pico menor comparado con el tapiz rodante
- 37 .- La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se puede evaluar mediante cuestionarios genéricos o específicos. ¿Cuál de los siguientes NO corresponden a un cuestionario específico para los pacientes con patología respiratoria?**
- A Cuestionario Saint Georges (SGRQ)
 - B Cuestionario KBILD autoadministrado
 - C Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (CRQ)
 - D Cuestionario SF36
- 38 .- En una de las siguientes regiones ganglionares mediastínicas NO podemos guiar la recogida de muestras mediante ecobroncoscopia (EBUS):**
- A 4R y 4L
 - B 6
 - C 7
 - D 10R y 10L
- 39 .- Respecto a la toma de muestras mediante punción/biopsia guiada por tomografía computerizada (TC), es FALSO que:**
- A La sensibilidad global de la punción aspiración o biopsia pulmonar para lesiones sospechosas de malignidad es muy alta (cercana al 90%).
 - B En lesiones sospechosas de malignidad de pequeño tamaño (< 3 cm) la sensibilidad es menor que en las lesiones más grandes, pero se mantiene una especificidad muy alta.
 - C La BAG (biopsia con aguja gruesa) tiene la ventaja de obtener mayores muestras de material que permiten un estudio histológico, y en lesiones malignas, esto permite realizar estudios moleculares y de mutaciones.
 - D La PAAF (Punción aspiración con aguja fina) tiene mucha mayor sensibilidad que la BAG (biopsia con aguja gruesa) en las lesiones sospechosas de malignidad.

40.- Respecto a la toracocentesis es FALSO que:

- A En el derrame pleural de causa incierta la evacuación nunca debe ser completa, ya que dificultaría (o retrasaría hasta una posterior reaccumulación de LP) la ulterior realización de una biopsia pleural diagnóstica o de un procedimiento terapéutico definitivo.
- B La citología del líquido pleural obtenida permite la correcta diferenciación entre adenocarcinoma y mesotelioma.
- C Llamamos Neumotórax ex-vacuo al que aparece como consecuencia de la falta de reexpansión pulmonar provocada por una pleura visceral engrosada, donde el espacio liberado por el LP después de la toracocentesis terapéutica queda ocupado por aire. Este tipo de neumotórax no requiere drenaje.
- D Son complicaciones frecuentes de la toracocentesis: reacción vasovagal, dolor persistente, tos o Neumotórax.

41.- En la ecografía torácica, es CIERTO que:

- A La ecografía torácica no permite la adecuada valoración de la movilidad del diafragma, por lo que la fluoroscopia sigue siendo la técnica más empleada para la valoración de la misma.
- B El “signo del deslizamiento” (la observación de una línea hiperecogénica de 2-3 mm de espesor, por debajo del plano muscular y las costillas, que se mueve con los movimientos respiratorios y corresponde con el deslizamiento de la pleura visceral sobre la parietal), diagnostica la presencia de un derrame pleural o un neumotórax en la zona explorada.
- C Las lesiones localizadas a nivel de la pared torácica son habitualmente difíciles de identificar con ecografía.
- D Mientras que la radiografía de tórax puede detectar derrames pleurales a partir de los 150 ml, con la ecografía pueden visualizarse derrames pleurales de mucha menor cuantía.

42.- Sobre el empleo de fibrinolíticos intrapleurales es FALSO que:

- A Ha demostrado una gran mejoría en la mortalidad de los pacientes con empiema.
- B Disminuyen la necesidad de tratamiento quirúrgico en el empiema y es una opción terapéutica en pacientes que no son candidatos o rechazan el tratamiento quirúrgico.
- C Debe de valorarse bien su indicación en pacientes con coagulopatías por aumentar el riesgo de hemotórax.
- D Si el uso de fibrinolíticos no consigue una respuesta adecuada debe de considerarse la opción de tratamiento quirúrgico.

43.- Señale la respuesta CORRECTA sobre la pleurodesis química:

- A La pleurodesis química es el tratamiento inicial de cualquier derrame pleural recurrente, tanto de etiología maligna como no maligna.
- B La eficacia de la pleurodesis química en el Neumotórax es muy baja, por lo que únicamente debe de realizarse en pacientes con muy mala situación general y está contraindicada en el resto de los casos.
- C La instilación de talco en suspensión a través de un tubo de drenaje torácico consigue una menor eficacia en la pleurodesis que la administración de talco en aerosol mediante videotoracoscopia.
- D Los efectos secundarios más frecuentes de la técnica son: dolor y fiebre; efectos secundarios menos frecuentes son: insuficiencia respiratoria, reacción sistémica inflamatoria y empiema.

44.- En los programas de Rehabilitación Respiratoria (RR) pueden incluirse varios componentes. ¿Cuál de los siguientes componentes de esos programas de RR tienen un grado de evidencia 1A?

- A La fisioterapia respiratoria
- B La intervención nutricional
- C La terapia ocupacional
- D El entrenamiento muscular, asociando el entrenamiento de extremidades superiores e inferiores, combinando el entrenamiento de fuerza con el de resistencia

45.- En la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) en pacientes agudos, ¿cuál de las siguientes respuestas es CIERTA?

- A La máscara nasal es clásicamente la preferida por su menor espacio muerto instrumental y porque su menor superficie de contacto disminuye la posibilidad de fugas
- B Actualmente se considera como primera línea de tratamiento en la exacerbación de la EPOC que cursa con acidosis respiratoria
- C El uso de dispositivos de presión positiva (CPAP o ventilación con presión de soporte) en pacientes con edema agudo de pulmón cardiogénico no ha demostrado una reducción en la necesidad de intubación y de la mortalidad en estos pacientes
- D En aquellos pacientes con alto riesgo de fracaso de extubación (más de 65 años o con cardiopatía o enfermedad respiratoria de base) no hay estudios que hayan demostrado que la aplicación precoz de la VMNI disminuye la tasa de fracaso de la extubación y la mortalidad a largo plazo

46.- En la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) en fase aguda, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

- A De modo orientativo, el nivel de presión de soporte empleado debería ser mínimo entre 8 y 10 cm de H₂O
- B En el control y monitorización de la VMNI, se recomienda efectuar una gasometría arterial a la hora de iniciado el procedimiento para detectar posible fracaso de la misma y actuar en consecuencia
- C La disminución del nivel de conciencia asociada a encefalopatía hipercápnica, especialmente en aquellos pacientes con agudización de la EPOC, se considera una contraindicación para la VMNI
- D El riesgo de neumonía nosocomial es mucho menor que en la ventilación mecánica convencional (menor del 5%), aunque se ha demostrado que el riesgo es superior a los pacientes no ventilados

47.- En la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) de pacientes crónicos, ¿cuál es la respuesta FALSA?

- A Con frecuencia en los sistemas de VMNI domiciliar se opta por utilizar una tubuladura única, que vehiculiza tanto el aire inspirado como el espirado
- B La máscara nasal, clásicamente es la preferida
- C En caso de necesidad de oxigenoterapia, si el equipo no dispone de toma directa, el gas debe proporcionarse en la parte proximal de la tubuladura al equipo
- D Debe considerarse la indicación de la VMNI crónica en todo paciente neuromuscular con presencia de hipercapnia o desaturación nocturna

48.- En la interpretación de los estudios de sueño es fundamental seguir unos criterios estandarizados. Atendiendo a las definiciones actuales de los eventos respiratorios nocturnos recomendadas por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM). ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

- A Apnea obstructiva: Ausencia o reducción > 90% de la señal respiratoria (termistor, cánula nasal o neumotacógrafo) > 10 segundos de duración en presencia de esfuerzo respiratorio detectado por las bandas toracoabdominales)
- B Apnea central: Ausencia o reducción > 90% de la señal respiratoria (termistor, cánula nasal o neumotacógrafo) > 10 segundos de duración en ausencia de esfuerzo respiratorio detectado por las bandas toracoabdominales
- C Hipopnea: Reducción discernible (> 20% y < 70%) de la amplitud de la señal respiratoria > 20 segundos de duración o una disminución notoria del sumatorio toracoabdominal que se acompaña de desaturación \geq 3% y/o un microdespertar en el electroencefalograma
- D Apnea mixta: Ausencia o reducción > 90% de la señal respiratoria (termistor, cánula nasal o neumotacógrafo) > 10 segundos de duración que habitualmente comienza con un componente central y termina en un componente obstructivo

- 49.- La poligrafía respiratoria (PR) es actualmente el método más utilizado en el diagnóstico de SAHS y permite el abordaje terapéutico del 75% de los pacientes con este problema del sueño. ¿Cuál de las siguientes respuestas es CIERTA en relación con la PR?
- A La PR sobrestima el IAH y, por tanto, la gravedad del SAHS
 - B La PR permite valorar la estructura y calidad del sueño
 - C Si se realiza en el domicilio del paciente, el estudio es menos representativo del sueño real
 - D Las hipopneas que no se acompañen de desaturación, pero sí de microdespertares, no se detectan con la PR
- 50.- La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) supone más del 65% del total de indicaciones de oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), pero también se utiliza en otras situaciones. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?
- A La OCD está indicada en pacientes con EPOC que, en reposo y respirando aire ambiente, mantienen una $PaO_2 \leq 55$ mmHg
 - B En los pacientes con EPOC y desaturación nocturna aislada (normoxémicos en vigilia) la OCD no ha demostrado un beneficio significativo sobre la supervivencia, la calidad del sueño, el desarrollo de arritmias o sobre la hipertensión arterial pulmonar
 - C La recomendación es que la OCD se prescriba para el tratamiento sintomático de la disnea secundaria a cáncer
 - D No existe información prospectiva del efecto de la OCD a largo plazo en la capacidad de esfuerzo, ni en la calidad de vida, ni en la supervivencia de los pacientes con EPOC
- 51.- La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es un diagnóstico amplio que, en muchas ocasiones, ni especifica ni cuantifica las alteraciones fisiopatológicas subyacentes, aunque su análisis proporciona las herramientas necesarias para un correcto enfoque diagnóstico y terapéutico. En su fisiopatología ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?
- A Requiere unos valores de PaO_2 disminuidos, acompañados de unos valores de $PaCO_2$ aumentados
 - B De los mecanismos que originan la incapacidad del sistema respiratorio para mantener los niveles de intercambio gaseoso adecuado, el más común es la alteración ventilación-perfusión (V/Q)
 - C La $PaCO_2$ aumentará si disminuye la Ventilación Alveolar (VA)
 - D La $PaCO_2$ aumentará si disminuye marcadamente el Volumen Minuto (VE)
- 52.- En la insuficiencia respiratoria aguda (IRA), ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?
- A La diferencia alveoloarterial de O_2 ($D(A-a)O_2$) permanecerá dentro de límites normales cuando la causa de la IRA sea debida a un fallo exclusivo de la ventilación
 - B La $D(A-a)O_2$ aumenta en la IRA hipoxémica cuando ésta tiene su origen en una patología que afecte al parénquima
 - C En la alteración ventilación-perfusión V/Q la ventilación-minuto está conservada, e incluso aumentada, con una $D(A-a)O_2$ siempre elevada
 - D La $D(A-a)O_2$ disminuye en la IRA hipercápnica cuando ésta tiene su origen en una patología que afecte a la circulación pulmonar

53 .- En la Insuficiencia Respiratoria Crónica (IRC), ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

- A La IRC es un concepto gasométrico que se define por la presencia de una presión arterial parcial de oxígeno (PaO₂) inferior a 60 mmHg y/o una presión arterial parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) superior a 45 mmHg de forma permanente
- B Una consecuencia biológica de la hipoxia crónica es la activación de los denominados factores inducidos por la hipoxia (HIF, hypoxia induced factor)
- C El control de la ventilación está íntima e inherentemente relacionado con la fisiopatología de la IRC
- D El mecanismo responsable de la mayoría de los procesos que llevan a la IRC corresponden a un desequilibrio de la relación V/Q por reducción del factor vascular

54 .- En el tratamiento de la hemoptisis con embolización endovascular es FALSO que:

- A Es el tratamiento más seguro y eficaz para detener el sangrado en la mayoría de los casos de hemoptisis masiva o recurrente.
- B Entre los criterios de embolización de arterias bronquiales están la existencia de arterias tortuosas y dilatadas, neovascularización, shunts de arterias sistémicas a arterias o venas pulmonares, extravasación de contraste y presencias de aneurismas.
- C El material utilizado para la oclusión de las arterias bronquiales consiste habitualmente en partículas calibradas de alcohol polivinílico no reabsorbible o microesferas de polímero acrílico recubiertas de gelatina.
- D Las espirales (coils) y otros materiales metálicos se utilizan frecuentemente para el tratamiento de los microaneurismas de las arterias bronquiales.

55 .- Señale la afirmación CORRECTA sobre las lesiones tímicas:

- A Las guías clínicas recomiendan la timectomía en pacientes con Miastenia Gravis de edad avanzada, en ausencia de timoma o carcinoma tímico, ya que, la mayoría de ellos presentan hiperplasia tímica.
- B Los tumores tímicos (Timoma y Carcinoma tímico) no se asocian a Síndromes paraneoplásicos.
- C La tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC) puede ser de utilidad en el estadiaje de los tumores epiteliales tímicos y para diferenciar entre los timomas y carcinomas tímicos.
- D Los tumores tímicos son neoplasias frecuentes y el carcinoma tímico es mucho más frecuente que el timoma.

56 .- NO es una lesión típica del mediastino anterior:

- A Timoma.
- B Schwannoma.
- C Linfoma.
- D Teratoma.

57 .- Para clasificar un derrame pleural siguiendo los criterios de Light (proteínas totales LP/sangre > 0,5; cociente de lactato deshidrogenasa (LDH) LP/sangre > 0,6, o LDH en LP > 2/3 del límite superior de la LDH sérica normal). Señale la respuesta CORRECTA

- A Es un exudado si cumple uno sólo de los tres criterios.
- B Es un exudado si cumple dos de los tres criterios.
- C Es un exudado si cumple los tres criterios.
- D Es un exudado si cumple los tres criterios y, además, tiene elevación del colesterol.

58 .- De los siguientes enunciados, señale la respuesta INCORRECTA:

- A La afectación pleural es la manifestación intratorácica menos frecuente de la artritis reumatoide, ya que ocurre sólo de forma excepcional. El líquido pleural (LP) suele ser un trasudado.
- B El Síndrome de Dresler se define como la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas o signos: fiebre sin explicación alternativa, dolor torácico de características pleuríticas, roce pericárdico y derrame pleural (DP) o pericárdico (ambos de aparición reciente o empeoramiento del existente) tras algunos procesos como: un infarto de miocardio, cirugía cardíaca, implantación de marcapasos, o angioplastia.
- C El diagnóstico de DP de origen cardíaco suele establecerse por una clínica compatible y la presencia de cardiomegalia y DP bilateral en la radiografía de tórax. En estas condiciones no es necesario hacer una toracocentesis
- D El diagnóstico de hemotórax se establece si el hematócrito del LP es al menos el 50% del sanguíneo

59 .- Sobre la valoración de los pacientes con disnea crónica, señale el enunciado FALSO:

- A Entre las causas más frecuentes de disnea crónica se encuentran: Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfermedades Intersticiales y Obesidad.
- B Debería de hacerse un ecocardiograma para el estudio de la disnea crónica si se sospecha Insuficiencia Cardíaca, Hipertensión Arterial Pulmonar, o si la causa de la disnea no está clara tras una valoración inicial.
- C La obesidad, con frecuencia, se asocia con un patrón espirométrico obstructivo. Esto explica la disnea asociada a la obesidad mórbida.
- D En aquellos pacientes con disnea desproporcionada a la enfermedad, o en aquellos los que la etiología de la disnea crónica sigue sin aclararse, puede ser de ayuda realizar una prueba de esfuerzo cardio-respiratoria.

60 .- Sobre el dolor torácico, señale la afirmación CORRECTA:

- A El dolor aneurismático es brusco y desgarrador, y sigue el trayecto arterial, llegando en ocasiones hasta miembros inferiores. No se modifica con la postura ni la respiración y se acompaña de sudor frío, palidez, angustia, estado sincopal o shock.
- B El dolor psicógeno es de localización cambiante, puede asociar hiperventilación por ansiedad y suele acompañarse de rasgos de personalidad neuróticos o hipocondríacos. Se diagnostica tras descartar causas de dolor orgánicas.
- C El dolor de origen isquémico suele aparecer en pacientes con numerosos factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, etc.). Es retroesternal y puede irradiar a brazos, muñecas y cuello. Se relaciona con esfuerzo o estrés y suele acompañar cortejo vegetativo.
- D Todas las anteriores son ciertas.

61 .- De los enunciados siguientes, señale la respuesta FALSA:

- A Los tumores primarios de la tráquea son relativamente raros y representan menos del 0,1% de las neoplasias. A menudo, su diagnóstico se realiza con dificultad y retraso
- B La invasión secundaria de la tráquea por extensión directa se presenta con mayor frecuencia en carcinomas tiroideos, esofágicos y pulmonares.
- C La disnea es el síntoma más constante en los pacientes con una estenosis traqueal, tanto neoplásica como de otro origen. Estas patologías pueden no llegar a ser verdaderamente sintomáticas hasta que la obstrucción alcanza más del 50-60% del calibre de la luz traqueal.
- D Con mucha frecuencia se encuentran metástasis hematógenas de tumores a distancia (mama, colon...) que afectan a tráquea o carina principal.

- 62 .- En la etiopatogenia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ¿Cuál de las siguientes respuestas es CIERTA?**
- A El 35% de los fumadores desarrolla la enfermedad
 - B No se han descrito variantes genéticas en el control y regulación de la respuesta inflamatoria asociados con EPOC
 - C La presencia de infecciones frecuentes no va a jugar un papel importante en el desarrollo de la EPOC
 - D De los contaminantes ambientales la materia en suspensión (PM10) y el ozono son los que a nivel de estudios epidemiológicos son responsables de causar más daño.
- 63 .- En la etiopatogenia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A La inflamación bronquial está constituida principalmente por macrófagos, neutrófilos y linfocitos T CD8+ (en menor proporción que la de linfocitos T CD4+).
 - B Los fumadores muestran típicamente una acumulación de macrófagos cargados de pigmentos en las vías respiratorias bajas
 - C En los fumadores se observa un aumento del 20-25% de neutrófilos en sangre periférica
 - D El estrés oxidativo puede evaluarse mediante la medición directa de la carga oxidativa (p. ej., es el peróxido de hidrógeno en el aire espirado condensado)
- 64 .- En la fisiopatología de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), señale la respuesta FALSA**
- A El intercambio gaseoso en los pacientes enfisematosos se mantiene mejor que en los bronquíticos porque la relación ventilación-perfusión puede mantenerse de forma más adecuada
 - B En la bronquitis crónica el aumento del Volumen Residual (VR) es una de las primeras alteraciones que se producen en la función pulmonar, reflejando una predisposición al cierre de la vía aérea a volúmenes mayores más que a una pérdida del retroceso elástico pulmonar
 - C En el enfisema, generalmente, el aumento del VR es mayor que el aumento de la Capacidad Pulmonar Total (CPT)
 - D La disminución del espacio muerto durante el esfuerzo es la alteración más constante en los pacientes con EPOC y obstrucción al flujo aéreo leve
- 65 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las comorbilidades en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es correcta?**
- A La presencia de un Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) en un sujeto diagnosticado de EPOC solo implica la necesidad de un tratamiento con CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) si el paciente tiene somnolencia patológica, con un valor en la escala de Epworth mayor de 11 puntos.
 - B Deben evitarse los beta-2-agonistas de acción larga en pacientes con fibrilación auricular crónica, recomendándose en estos casos el tratamiento a largo plazo con anticolinérgicos de acción larga.
 - C La asociación entre cáncer de pulmón y EPOC es más fuerte en presencia de bronquitis crónica y obstrucción grave al flujo aéreo que en sujetos con enfisema y obstrucción leve.
 - D El reflujo gastroesofágico es una comorbilidad asociada a eventos clínicos significativos en la EPOC.

- 66 .-** Un paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tiene un FEV1 de 40% del valor predicho, sufrió una exacerbación en el año previo que requirió tratamiento ambulatorio por parte de su médico de atención primaria con esteroides sistémicos, está en tratamiento con un Antimuscarínico de Acción Prolongada (LAMA) y tiene disnea 1/4 mMRC (Modified Medical Research Council). ¿Cuál de las siguientes respuestas es CIERTA respecto a la estratificación de riesgo del sujeto?
- A El sujeto se clasifica como un paciente de alto riesgo según la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) en su edición de 2017.
 - B Se clasifica dentro del grupo C según la última versión del documento GOLD (Global Obstructive Lung Disease Initiative).
 - C Se clasifica dentro del grupo B de GOLD.
 - D Se clasifica como bajo riesgo según GesEPOC 2017.
- 67 .-** En cuanto a los diferentes fenotipos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) propuestos por Guía Española de la EPOC (GesEPOC), señale el enunciado FALSO:
- A El diagnóstico de ACO (asthma-COPD overlap) se establece, inicialmente, con un diagnóstico inicial de EPOC en sujeto de al menos 35 años de edad, con un consumo acumulado de tabaco de por lo menos 10 paquetes-año y un cociente FEV1/FVC menor de 0,70. Si en ese momento el paciente ya tiene un diagnóstico previo de asma, esto ya sería suficiente para poder hacer un diagnóstico de ACO.
 - B El diagnóstico de ACO (asthma-COPD overlap) se establece, inicialmente, con un diagnóstico inicial de EPOC en sujeto de al menos 35 años de edad, con un consumo acumulado de tabaco de por lo menos 10 paquetes-año y un cociente FEV1/FVC menor de 0,70. Si no tiene diagnóstico previo de asma, aún se puede establecer un diagnóstico de ACO si el paciente presenta una Prueba Broncodilatadora (PBD) muy positiva y/o un recuento de eosinófilos en sangre mayor o igual a 300 células/ μ l.
 - C Fenotipo agudizador con bronquitis crónica es aquel paciente con EPOC que ha tenido dos o más exacerbaciones ambulatorias, o una que ha precisado ingreso hospitalario en el último año. Para definir la presencia de bronquitis crónica, debemos determinar si el paciente presenta tos con expectoración crónica durante al menos 2 meses durante los últimos 3 años.
 - D Fenotipo no agudizador es aquel paciente con EPOC que ha tenido, como máximo, una exacerbación ambulatoria en el último año.
- 68 .-** Un paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que presenta un Índice de Masa Corporal (IMC) de 25 kg/m², un FEV1 de 55%, disnea que le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano y un test de marcha de 6 minutos en el que camina 300 m tiene un Índice BODE (Body mass index, airflow Obstruction, Dysnea and Exercise capacity index) de:
- A 2
 - B 3
 - C 4
 - D 5
- 69 .-** En cuanto a los tratamientos utilizados en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) estable, señale la respuesta CORRECTA:
- A El roflumilast es un antiinflamatorio bronquial que actúa por medio de la inhibición selectiva de la fosfodiesterasa 5. Su vía de administración es oral y la dosis recomendada es de 500 μ g al día.
 - B Los anticolinérgicos, también llamados antimuscarínicos, inhiben los efectos de la acetilcolina en los receptores muscarínicos M2 para conseguir un efecto broncodilatador.
 - C Indacaterol es un beta-agonista de larga acción que se administra inhalado cada 24 horas de forma habitual.
 - D Bromuro de aclidinio es un anticolinérgico de larga acción que se administra inhalado cada 24 horas de forma habitual.

70 .- En cuanto a la propuesta de tratamiento inicial efectuada por Guía Española de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GesEPOC) en 2017, señale la respuesta INCORRECTA:

- A Tras la clasificación del nivel de riesgo, los pacientes con bajo riesgo recibirán inicialmente un Beta-adrenérgico de acción larga (LABA).
- B En caso de persistencia o empeoramiento de los síntomas o agudizaciones, se incrementará el tratamiento a la doble terapia broncodilatadora Beta-adrenérgico de Acción Larga (LABA)/Antimuscarínico de Acción Larga (LAMA).
- C Los pacientes de alto riesgo recibirán como primera elección una combinación de LABA/LAMA (fenotipos no agudizador, agudizador con enfisema, agudizador con bronquitis crónica)
- D Los pacientes con alto riesgo y fenotipo mixto EPOC/asma recibirán como primera elección una combinación de LABA/GCI (Glucocorticoides inhalados)

71 .- Algunos estudios recientes señalan la existencia de diferentes fenotipos de exacerbación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que podrían ser susceptibles de un tratamiento diferencial: bacteriano, eosinofílico, pauciinflamatorio y vírico. De los siguientes enunciados uno es FALSO:

- A Los fenotipos son indistinguibles por la clínica y se diferencian gracias al uso de biomarcadores.
- B El fenotipo bacteriano se asocia con una mayor inflamación neutrofílica y mayor carga bacteriana.
- C El fenotipo eosinofílico se asocia a una mayor eosinofilia en esputo, sin embargo los eosinófilos en sangre periférica suelen estar bajos.
- D El fenotipo eosinofílico puede responder mejor a los corticoides mientras que el bacteriano lo hace a los antibióticos.

72 .- En cuanto al tratamiento farmacológico con Bupropión para la deshabituación tabáquica, señala la respuesta FALSA:

- A Es el primer fármaco no nicotínico que demostró eficacia para la cesación tabáquica.
- B Es un fármaco antidepresivo, aunque la eficacia como fármaco para dejar de fumar no puede atribuirse a su acción antidepresiva sino principalmente a la inhibición de forma selectiva de la recaptación neuronal de serotonina.
- C Está contraindicada su utilización si el paciente presenta epilepsia.
- D Está contraindicado si el paciente presenta trastorno bipolar.

73 .- Sobre la rinitis es FALSO que:

- A La Rinosinusitis crónica con pólipos es más prevalente en la edad adulta.
- B Se ha constatado una importante disminución de la prevalencia de la rinitis alérgica en los últimos 40 años.
- C La forma de presentación más frecuente de la rinitis es la infecciosa o catarro común, con una incidencia de 2-5 episodios al año en adulto.
- D La más frecuente de las rinitis no infecciosas es la rinitis alérgica que afecta a un 10-30% de los adultos y hasta un 40% de los niños.

74 .- Con respecto al tratamiento de la rinitis alérgica, señale la respuesta CORRECTA:

- A Los glucocorticoides tópicos son un tratamiento efectivo pero su uso se asocia a una alta frecuencia de efectos secundarios.
- B En los pacientes con rinitis refractaria al tratamiento con corticoides tópicos y asma asociado, puede ser beneficiosa la asociación de Montelukast.
- C La inmunoterapia es el tratamiento de elección en todos los casos de rinitis alérgica.
- D En la mayoría de los pacientes la rinitis alérgica tiene un curso temporal recortado, que hace que el tratamiento deba de mantenerse solo durante unas semanas o pocos meses.

- 75 .- En la mayoría de los pacientes asmáticos, el patrón inflamatorio característico incluye un aumento de las siguientes células EXCEPTO:**
- A Linfocitos Th1.
 - B Eosinófilos.
 - C Mastocitos.
 - D Linfocitos Th2.
- 76 .- Respecto a los fenotipos clínicos del asma es FALSO que:**
- A El asma de inicio precoz, en menores de 12 años, suele ser alérgica.
 - B El asma de inicio tardío, sobre todo en mujeres, se inicia en la edad adulta y suele cursar sin disnea.
 - C Una de las características del Síndrome de Solapamiento Asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es el desarrollo de una obstrucción persistente al flujo aéreo.
 - D La asociación entre asma y obesidad se caracteriza por presentar síntomas leves.
- 77 .- La fracción exhalada de óxido nítrico (FENO) mide de forma no invasiva la inflamación eosinofílica de las vías aéreas. El procedimiento de determinación ha sido estandarizado y el punto de corte en adultos se ha establecido en:**
- A 10 ppb.
 - B 50 ppb.
 - C 120 ppb.
 - D 210 ppb.
- 78 .- Son factores de riesgo para sufrir una exacerbación asmática todos los siguientes EXCEPTO uno:**
- A Eosinófilos bajos en la analítica de sangre.
 - B Haber sufrido una agudización grave en el año previo.
 - C Embarazo.
 - D Infratratamiento con glucocorticoides inhalados.
- 79 .- Se define al Asma Grave No Controlada (AGNC) como la enfermedad asmática que persiste mal controlada pese a recibir tratamiento con una combinación de Glucocorticoides Inhalados/Agonista Betamiméticos de Acción Larga (GCI/LABA), a dosis elevadas en el último año, o bien glucocorticoides orales durante al menos seis meses del mismo periodo (basado en parte en la Task Force ERS/ATS). Señale cuál de las siguientes respuestas objetiva la falta de control:**
- A Puntuación en el Asma Control Test (ACT) mayor de 20
 - B Limitación crónica del flujo aéreo (relación FEV1/FVC menor de 70 % o FEV1 menor de 80 %, tras broncodilatador), que no revierte después de la administración de un ciclo de glucocorticoide oral (30 mg/día durante 2 semanas).
 - C Una o más hospitalizaciones por agudización asmática en el año previo.
 - D Haber presentado dos agudizaciones leves de asma en el año previo, sin necesidad de tratamiento con corticoides orales ni aumento de la dosis de mantenimiento.

- 80.- **Mujer de 40 años, diagnosticada de asma en la juventud, con sensibilización a ácaros del polvo. Mal control de la enfermedad en los años previos a pesar de tratamiento con dosis altas Corticoides inhalados y Agonista Betamimético de Acción Larga (LABA), Montelukast e Ipratropio inhalado, con un cumplimiento óptimo del tratamiento. Dos ingresos prolongados en el año previo con necesidad de corticoides sistémicos durante varias semanas. En la analítica, en situación basal, destaca: Eosinófilos 60/microlitro, IgE UI/ml 600. ¿Cuál de los siguientes fármacos es el más indicado?**
- A Omalizumab.
 - B Mepolizumab.
 - C Benralizumab.
 - D Ipilimumab.
- 81.- **De las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento del asma en fase estable, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A La combinación de un Glucocorticoide Inhalado (GCI) a dosis baja (budesónida o beclometasona) y formoterol en pauta fija, en la estrategia de Tratamiento de Rescate y Mantenimiento (MART), proporciona una reducción de las exacerbaciones y un mejor control del asma, pese a precisar una menor cantidad de GCI.
 - B En pacientes que no estén bien controlados con la combinación de un GCI a dosis altas y un Agonista Betamimético de Acción Larga (LABA) y que tengan un FEV1 /FVC posbroncodilatador menor o igual al 70 %, la adición de tiotropio como tratamiento de mantenimiento mejora la función pulmonar y reduce las exacerbaciones.
 - C Los antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT) o antileucotrienos (montelukast y zafirlukast) son superiores a los GCI en el tratamiento a largo plazo del asma leve.
 - D Los LABA no deben de usarse en monoterapia.
- 82.- **¿Cuál de los siguientes factores NO aumenta la probabilidad de tener una crisis de asma de riesgo vital?**
- A Instauración rápida de la crisis.
 - B Rinitis alérgica.
 - C Episodios previos de agudización que precisaron intubación.
 - D Abuso de beta-agonistas de acción corta.
- 83.- **Señale la afirmación CORRECTA sobre el tratamiento de las agudizaciones asmáticas:**
- A En las crisis asmáticas se recomienda el tratamiento con fármacos agonistas β 2-adrenérgicos de inicio rápido y acción corta (SABA).
 - B En la exacerbación moderada-grave se recomienda administrar precozmente glucocorticoides sistémicos.
 - C Antes del alta hospitalaria debe realizarse un plan educativo mínimo que incluya la comprobación de la técnica de inhalación y administración de un Plan de Acción por escrito.
 - D Todas las anteriores son ciertas.

- 84 .- En función de su posible mecanismo fisiopatológico, el Asma Ocupacional (AO) se divide en dos grandes grupos: AO inmunitaria y AO no inmunitaria. ¿Cuál de las siguientes NO es una característica del AO no inmunitaria?**
- A Los agentes capaces de causar asma por este mecanismo lo hacen por su acción irritante.
 - B La mayoría de los agentes causales son proteínas o glucoproteínas de alto peso molecular.
 - C La inhalación de agentes irritantes produce una lesión epitelial masiva inicial, a la que sigue una activación de los terminales nerviosos sensitivos, que da lugar a una inflamación neurogénica.
 - D Durante el proceso de reparación se puede producir remodelamiento bronquial con fibrosis final de la membrana basal.
- 85 .- Respecto al diagnóstico del Asma Ocupacional (AO) uno de los siguientes enunciados es FALSO:**
- A El prick posee gran especificidad cuando se trata de agentes de Alto peso molecular y se dispone de extractos estandarizados para su realización.
 - B La monitorización del PEF (Pico-flujo Espiratorio) durante periodos de trabajo y baja laboral puede ser de gran utilidad en la identificación del AO.
 - C El objetivo de la prueba de provocación bronquial específica es exponer al paciente de una forma controlada al agente sospechoso de producir el AO, para poder establecer con seguridad el diagnóstico de AO.
 - D Los cambios en la medida de la Fracción Exhalada de Óxido Nítrico (FENO) en sujetos con y sin exposición laboral tienen una elevada sensibilidad (cercana al 97%) para el diagnóstico de AO, con un alto nivel de evidencia (Evidencia A).
- 86 .- La educación del paciente asmático es un elemento fundamental para su tratamiento. De los siguientes enunciados, ¿cuál es FALSO?.**
- A Reduce el riesgo de padecer una exacerbación.
 - B Aumenta los costes sanitarios.
 - C Mejora la adherencia terapéutica.
 - D Aumenta la calidad de vida.
- 87 .- El Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHS) es una entidad clínica con gran prevalencia en la población. ¿Cuál de las siguientes respuestas es CIERTA en relación al SAHS?**
- A El Índice Ápnea Hipopnea (IAH) se define como la suma de apneas más hipopneas en el global del registro
 - B El Índice de Eventos Respiratorios (IAR) se define como la resta de apneas más hipopneas menos los Esfuerzos Respiratorios Asociados a Microdespertares (ERAM)
 - C Según establece el Documento Nacional de Consenso, un IAH igual o mayor de 20/h asociado a síntomas relacionados con la enfermedad y no explicados por otras causas confirma el diagnóstico de SAHS
 - D La última normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) de 2011 puntualiza que los ERAM pueden considerarse como hipopneas
- 88 .- Aunque el Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHS) no tiene una etiología conocida, si que se han identificado factores de riesgo y de éstos, ¿cuál de las siguientes respuestas es CIERTA?**
- A La prevalencia del SAHS disminuye con la edad
 - B La menopausia es otro factor de riesgo para el SAHS
 - C Los pacientes fumadores tienen 2,5 veces menos riesgo de padecer un SAHS
 - D El SAHS es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación hombre:mujer de 10:1 en estudios de población general

- 89 .- La morbi-mortalidad del Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHS) tiene una gran trascendencia e impacto económico. En cuanto a estas consecuencias, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A Se ha demostrado que el padecer SAHS aumenta entre 3 y 7 veces el riesgo de sufrir un accidente de tráfico respecto a la población general
 - B Se estima que un paciente con SAHS cuesta a la sanidad pública 2-3 veces más que un individuo de semejante edad y género
 - C La resistencia a la insulina presenta una relación lineal con la gravedad del SAHS independientemente de la edad, el sexo, la raza y el porcentaje de grasa corporal
 - D El SAHS no se ha llegado a relacionar con una mayor prevalencia, incidencia y gravedad de Hipertensión Arterial (HTA) independientemente de otros factores
- 90 .- En el tratamiento del Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHS), ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A La indicación de Presión Continua de la Vía Aérea (CPAP) se basa fundamentalmente en la gravedad y clínica del SAHS, siendo el tratamiento de elección en la mayoría de SAHS graves (IAH mayor o igual a 30) y/o sintomáticos
 - B Las auto-CPAP podrían ser útiles en ciertos pacientes con SAHS postural o SAHS localizado en REM
 - C El uso de los dispositivos de doble nivel de presión (BIPAP) actualmente se limita exclusivamente a los casos de pacientes con SAHS y síndrome de obesidad-hipoventilación
 - D La ventilación servoadaptativa (ASV) es un modo especial de ventilación no invasiva que se ha desarrollado para tratar el síndrome de apneas centrales asociado a fallo cardíaco, aunque también puede ser útil en casos de Síndrome de Apneas del Sueño Complejo (CompSAS) y SAHS central de causa desconocida
- 91 .- En cuanto al tratamiento de la histiocitosis de células de Langerhans con afectación pulmonar es FALSO:**
- A El reconocimiento de la mutación BRAF V600E en algunos pacientes ha planteado la posibilidad de hacer uso de inhibidores de la actividad condicionada por dicha mutación como vemurafenib.
 - B La cladribina (2-clorodeoxiadenosina) es un agente citotóxico de linfocitos y monocitos con el que se han tratado formas sistémicas, con buena respuesta clinicoradiológica, funcional y hemodinámica.
 - C El trasplante pulmonar debería considerarse en pacientes con enfermedad avanzada y progresiva pese a que se ha comunicado la recurrencia de la enfermedad sobre el injerto pulmonar por encima del 50% de los casos.
 - D No se han encontrado marcadores biológicos pronósticos que predigan el comportamiento de esta enfermedad en el tiempo.
- 92 .- En cuanto a la Linfangioleiomiomatosis (LAM) es CIERTO que:**
- A La LAM debe sospecharse en mujer con edad superior a 50 años, con disnea progresiva, limitación al flujo aéreo en espirometría e historia de neumotórax recurrente.
 - B La medición en sangre del Factor de Crecimiento Transformante Beta (TGF-beta) puede ser útil como herramienta de cribado.
 - C El hallazgo característico de la LAM en TC torácico son los quistes pulmonares de pared gruesa, habitualmente redondeados y con preferencia en su distribución en lóbulos superiores.
 - D El Sirolimus ha demostrado disminuir el tamaño de los angiomiolipomas renales y de los linfangioleiomiomas, y reducir la cuantía de los derrames pleurales quilosos.

93 .- En cuanto a las vasculitis con afectación pulmonar es FALSO que:

- A Las recidivas son más frecuentes en granulomatosis con poliangeítis (Wegener) y menos común en granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (Churg-Strauss).
- B El término ANCA perinuclear (p-ANCA) se refiere al patrón de tinción perinuclear o nuclear que presentan los neutrófilos, siendo el antígeno principal en este patrón la proteinasa 3 (PR3).
- C La tríada típica de la granulomatosis con poliangeítis (Wegener) consiste en afectación de la vía aérea superior (sinusitis, otitis, ulceraciones, deformidades óseas, estenosis bronquial o subglótica), afectación del tracto respiratorio inferior (tos, dolor torácico, disnea y hemoptisis) y glomerulonefritis.
- D Son factores de mal pronóstico en Wegener la edad avanzada, afectación renal más grave, hemorragia alveolar y positividad de PR-3-ANCA.

94 .- ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO es utilizado en la enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular?

- A Corticoides
- B Ciclofosfamida
- C Plasmaféresis
- D Sirolimus

95 .- ¿Cuál de los siguientes es un criterio MAYOR de neumonitis por hipersensibilidad?

- A Hipoxemia arterial en el ejercicio
- B Linfocitosis en el Lavado Broncoalveolar (LBA)
- C Crepitantes basales bilaterales
- D Disminución de la difusión de Monóxido de Carbono (DLCO)

96 .- En cuanto a la Silicosis es FALSO que:

- A El nódulo hialino es la lesión típica de una silicosis simple.
- B Existe un cúmulo de fibras colágenas concéntricas (en “capas de cebolla”) rodeado de un halo celular formado por macrófagos.
- C Las lesiones se encuentran dispersas por el parénquima pulmonar con una distribución homogénea, que afecta por igual a todos los lóbulos.
- D Cuando las lesiones conglomeran, aunque conservando su individualidad, forman las denominadas masas de Fibrosis Masiva Progresiva (FMP) mayores de 1 cm y que constituyen la silicosis complicada.

97 .- ¿Cuál de las siguientes variables NO está incluida en la escala clínica pronóstica PESI (Índice de Severidad del Embolismo Pulmonar) en tromboembolismo pulmonar?

- A Enfermedad pulmonar crónica
- B Cáncer
- C SaO2 basal menor de 90%
- D Trombosis venosa profunda concomitante

- 98 .- En relación al TAPSE (Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion) utilizado en ecocardiografía, es FALSO que:**
- A Es un parámetro cuantitativo de contractilidad ventricular derecha.
 - B Ha demostrado asociación con la mortalidad.
 - C De los parámetros valorados en disfunción de ventrículo derecho es el que tiene una mayor variabilidad interobservador.
 - D Un valor inferior a 16 mm aumenta el riesgo de mortalidad por Tromboembolismo pulmonar a corto plazo.
- 99 .- ¿Cuál de los siguiente tipos de Hipertensión Pulmonar no pertenece al grupo 1 (Hipertensión Arterial Pulmonar)?**
- A Secundaria a conectivopatía
 - B Heredable por mutación en BMPR2
 - C Secundaria a Fibrosis Pulmonar Idiopática
 - D Enfermedad Venocclusiva
- 100 .- ¿Cuál de los siguientes fármacos en Hipertensión Pulmonar no actúa por la vía del óxido nítrico?**
- A Sildenafil
 - B Tadalafilo
 - C Riociguat
 - D Selexipag
- 101 .- ¿Cuál de los siguientes biomarcadores séricos NO se utiliza en el manejo de las Neumonías Adquiridas en la Comunidad (NAC) para predecir el fracaso terapéutico y la mala evolución?**
- A Procalcitonina
 - B Interleuquina 2
 - C Proteína C reactiva
 - D Proadrenomedulina
- 102 .- En relación con Staphylococcus Aureus es CIERTO que:**
- A Menos del 10% de las neumonías nosocomiales están causadas por este patógeno.
 - B En las últimas décadas ha decrecido el número de cepas de Staphylococcus Aureus Meticilin-Resistente (SARM).
 - C Linezolid es un antibiótico de primera elección en infecciones graves por SARM, habiéndose obtenido mejores resultados que con vancomicina.
 - D No se han encontrado aún resistencias a linezolid.
- 103 .- En relación al tratamiento de la tuberculosis multirresistente, es FALSO que:**
- A El linezolid puede considerarse un fármaco «esencial», con capacidad bactericida y esterilizante.
 - B La bedaquilina se puede considerar un fármaco «acompañante» por su actividad bacteriostática.
 - C El delamanid y el pretomanid son derivados del metronidazol con actividad bactericida y esterilizante.
 - D Las Fluoroquinolonas son también fármacos «esenciales» con actividad bactericida y esterilizante y escasa toxicidad.

104 .- En cuanto a la vacunación frente a tuberculosis (TB), señale el enunciado que es FALSO:

- A La vacunación frente a tuberculosis se administra una sola vez y no se ha observado ningún beneficio en la revacunación.
- B Las personas a vacunar no deben estar infectadas (Prueba de Tuberculina o IGRA negativo) ni presentar contraindicaciones para la vacunación.
- C BCG (Bacillus Calmette-Guérin) es una cepa atenuada de *M. tuberculosis* que se utiliza como vacuna viva para la prevención frente a la TB desde 1921.
- D La vacuna BCG es la única disponible frente a la TB, con una duración de la protección de al menos 10 años y una cierta efectividad residual de hasta 20-25 años.

105 .- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se considera como esencial, ni tiene acción bactericida, en el tratamiento de la tuberculosis?

- A Isoniazida
- B Amikacina
- C Etambutol
- D Moxifloxacino

106 .- Señale cual de las siguientes afirmaciones NO es cierta en relación con la Fibrosis Quística (FQ):

- A La causa de la FQ es la alteración de un único gen, localizado en el brazo largo del cromosoma 7(7q31.2), que se transmite según un patrón autosómico recesivo.
- B La proteína CFTR está localizada en la membrana apical de las células epiteliales y funciona como un canal de cloro regulado por AMP cíclico.
- C Las dos mutaciones más frecuentes en España son F508del y G542X.
- D Las mutaciones Clase IV de CFTR son aquellas que modifican la estructura de la proteína CFTR, por lo que no pueden ser procesadas en el retículo endoplásmico, donde son atrapadas y degradadas de forma prematura, sin poder alcanzar la membrana apical celular.

107 .- En cuanto al trasplante pulmonar en Fibrosis Quística NO es cierto que:

- A Es imperativo la realización de trasplante bipulmonar.
- B Supone la cuarta causa de trasplante en España, tras enfermedad pulmonar intersticial difusa, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipertensión pulmonar.
- C La presencia de *Micobacterium abscessus* supone una contraindicación para muchos centros trasplantadores.
- D Presenta las mejores cifras de supervivencia entre las patologías que conducen al trasplante pulmonar.

108 .- Entre los signos radiológicos DIRECTOS de las bronquiectasias NO se encuentra:

- A La visión del bronquio dilatado a menos de 1 cm de la pleura parietal.
- B El signo del sello o diámetro de la luz bronquial mayor que el del vaso acompañante.
- C El signo del carril o rail, que es la visión longitudinal de un bronquio hasta la periferia.
- D El patrón en "árbol en brote" y las zonas de atrapamiento aéreo.

- 109 .- En cuanto a la nebulización de fármacos inhalados para bronquiectasias, es FALSO que:**
- A La tobramicina para nebulización suele administrarse en una dosis de 300 mg/12 horas en meses alternos (cada 28 días), lo que se conoce como ciclos on/off.
 - B La colistina se administra en una dosis de 1-2 millones UI/12 horas sin necesidad de ciclos on/off , dado que existe un porcentaje muy bajo de resistencias de Pseudomona aeruginosa a este antibiótico.
 - C El Aztreonam se administra en una dosis de 75 mg/3 veces al día y también en meses alternos.
 - D Entre los efectos adversos frecuentes destacan ototoxicidad y nefrotoxicidad.
- 110 .- Se emplean varios métodos para la valoración preoperatoria de los pacientes con Cáncer de Pulmón que van a ser sometidos a una cirugía de resección pulmonar. De los siguientes enunciados, señale el FALSO.**
- A Pacientes con un FEV1 preoperatorio menor del 30% presentan una incidencia de morbilidad respiratoria superior al 43%, mientras que en aquellos en los que el FEV1 preoperatorio es mayor del 60% la incidencia de morbilidad desciende a un 12%.
 - B Presentar una Difusión de Monóxido de Carbono (DLCO) Prevista Post Operatoria (PPO) disminuida es un predictor de complicaciones y mortalidad, incluso en pacientes que tienen un FEV1 normal. En los pacientes candidatos a resección pulmonar es recomendable medir la DLCO.
 - C La Gammagrafía de perfusión pulmonar permite calcular el FEV1 previsto postoperatorio tras una neumectomía.
 - D La prueba de subir escaleras está perfectamente estandarizada, por lo que, en la actualidad, ha desbancado por completo a las pruebas de ejercicio cardiopulmonar.
- 111 .- En el tratamiento dirigido a una diana terapéutica para pacientes con Cáncer de Pulmón No Microcítico en estadio avanzado. ¿Cuál de las siguientes asociaciones entre diana y tratamiento NO es correcta?**
- A PD-L1 (Programed Death Ligand 1/ Ligando 1 de Muerte Programada) y Pembrolizumab.
 - B EGFR (Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico/Epidermal Growth Factor Receptor) y Gefitinib.
 - C EGFR T790M y Osimertinib.
 - D ALK (Cinasa del Linfoma Anaplásico/Anaplastic Linfoma Kinasa) y Nivolumab.
- 112 .- Respecto al manejo del paciente con Cáncer de Pulmón (CP) en situación terminal, es FALSO que:**
- A La principal dificultad para remitir a un paciente con CP a una unidad de cuidados paliativos es la dificultad para establecer el pronóstico en los casos con enfermedad avanzada, en comparación con otras enfermedades como la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) con una evolución mucho más predecible.
 - B La disnea es un síntoma frecuente en los pacientes con CP (20-40%) en el momento del diagnóstico y aumenta notablemente (hasta un 70%) en las últimas semanas de vida.
 - C La Radioterapia es el tratamiento no farmacológico de elección para controlar el dolor secundario a metástasis óseas.
 - D Los corticoides pueden mejorar las náuseas, el control del dolor y la astenia.
- 113 .- Señale el enunciado CORRECTO en relación con la epidemiología del Cancer de Pulmón.**
- A La tasa de supervivencia global del Carcinoma Pulmonar No Microcítico a los 5 años es muy baja debido a que se suele diagnosticar en estadios avanzados.
 - B Si el Carcinoma Pulmonar No Microcítico se diagnostica en estadios localizados (I y II) la supervivencia a los 5 años es mayor del 95%.
 - C El Carcinoma Pulmonar Microcítico supone más del 40% de todos los casos de cáncer de pulmón.
 - D La supervivencia a los 5 años del Carcinoma Pulmonar Microcítico en enfermedad limitada es mayor del 50%, gracias al notable avance terapéutico alcanzado en los últimos años.

114 .- Los síndromes paraneoplásicos hacen referencia a un conjunto de síntomas y/o signos asociados a un tumor maligno que no están vinculados ni con su crecimiento local, ni con la presencia de metástasis a distancia. Señale el enunciado CORRECTO.

- A El síndrome de anorexia-caquexia del cáncer es un síndrome paraneoplásico complejo, común en el cáncer avanzado, sin embargo, su prevalencia en el cáncer de pulmón avanzado es muy baja.
- B La causa más frecuente de fiebre en cualquier paciente con cáncer de pulmón es el síndrome paraneoplásico originado por la producción de sustancias pirógenas por las células tumorales.
- C Los anticuerpos anti-Hu responsables de algunos casos de síndromes paraneoplásicos neurológicos se asocian específicamente al Carcinoma Epidermoide.
- D El SIADH (Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona AntiDiurética) se asocia al Cáncer Microcítico de pulmón. La secreción ectópica de Hormona Antidiurética por las células tumorales es el mecanismo responsable en la mayoría de los casos.

115 .- Señale la respuesta FALSA relacionada con el diagnóstico histológico del Cáncer de Pulmón (CP).

- A En España, como en otros países de nuestro entorno sociocultural, estamos asistiendo a un incremento progresivo de los Carcinomas Epidermoides y un descenso del número de Adenocarcinomas en todas las series.
- B Si en las pruebas de imagen realizadas para el estudio de CP existe alguna lesión metastásica accesible para realizar una biopsia, está será la técnica diagnóstica de elección, ya que permite realizar el diagnóstico histológico y la estadificación en el mismo acto.
- C Las biopsias cerebrales se consideran procedimientos de alto riesgo y únicamente en circunstancias excepcionales se plantea su realización como método de diagnóstico del CP.
- D Las biopsias óseas son escasamente utilizadas para hacer el diagnóstico de CP. El proceso necesario de decalcificación ósea dificulta la realización de estudios genéticos en la muestra.

116 .- ¿Cuál de los siguientes tumores benignos pulmonares NO es de origen Epitelial?

- A Papiloma.
- B Hamartoma.
- C Adenoma papilar.
- D Cistoadenoma mucinoso.

117 .- ¿Cuál de los siguientes tumores que pueden afectar a la pared torácica es maligno?

- A Fibroma condromixoide.
- B Displasia fibrosa.
- C Sarcoma de Ewing.
- D Neurinoma.

118 .- Sobre el Mesotelioma Maligno Difuso (MMD) es CIERTO que:

- A Histológicamente, el MMD se clasifica en tres grandes subtipos: epitelioide, sarcomatoso y bifásico. Existen algunos otros tipos mucho menos frecuentes.
- B La biopsia pleural ciega con aguja, sin uso de guía radiológica, proporciona muy buenos resultados diagnósticos, por lo que es la técnica diagnóstica de elección.
- C La tomografía por emisión de positrones (PET) o PET-TC no es de utilidad en el manejo del MMD.
- D La inmunohistoquímica no aporta beneficios en el diagnóstico del MMD.

- 119 .- Los siguiente enunciados hacen referencia a algunos de los tumores con origen en la pleura. Señale la respuesta CIERTA.**
- A El Tumor Fibroso Solitario constituye una variedad generalmente benigna, con crecimiento lento y localizado.
 - B El Mesotelioma papilar bien diferenciado es un tumor raro con mal pronóstico a corto plazo, a pesar de resección quirúrgica.
 - C El Angiosarcoma pleural es la lesión maligna pleural más frecuente tras el mesotelioma. Su pronóstico es muy bueno tras cirugía.
 - D La forma de presentación más frecuente del Tumor Fibroso Solitario es el derrame pleural masivo que condiciona disnea.
- 120 .- La supervivencia tras la resección de metástasis pulmonares depende de varios factores. ¿Cuál de los siguientes NO se asocia a un pronóstico desfavorable?**
- A Incapacidad para la resección completa de toda la enfermedad metastásica.
 - B Tras el tratamiento del tumor inicial hay un largo periodo libre de enfermedad hasta la metastasectomía.
 - C Gran número de metástasis pulmonares.
 - D Afectación de ganglios linfáticos.
- 121 .- Sobre las opciones de tratamiento de las metástasis pulmonares, señale el enunciado CIERTO:**
- A La radiocirugía esteroatáctica tiene unos resultados mucho peores que la resección quirúrgica en todas las series.
 - B La ablación por radiofrecuencia es la técnica de elección en pacientes con metástasis numerosas (más de 6) de gran tamaño (más de 5 cm de diámetro).
 - C Si se opta por la metastasectomía: el número de metástasis no es lo esencial, sino la resección completa
 - D La radioterapia convencional es el tratamiento de elección cuando hay más de tres metástasis localizadas por TAC.
- 122 .- ¿Cuál de las siguientes respuestas es CORRECTA en relación con el neumotórax?**
- A El neumotórax espontáneo primario es más frecuente en mujeres mayores de 60 años.
 - B La enfermedad pulmonar que se relaciona con más frecuencia con el neumotórax espontáneo secundario es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
 - C Los traumatismos torácicos no penetrantes no causan neumotórax.
 - D La linfangioleiomiomatosis es una causa muy frecuente de neumotórax espontáneo secundario.
- 123 .- Respecto al tratamiento del neumotórax, ¿cuál de la las siguientes respuestas es CIERTA?:**
- A En el tratamiento del neumotórax está indicado el inicio de ventilación no invasiva u oxigenoterapia de alto flujo mediante cánulas nasales.
 - B Cuando el paciente presenta un neumotórax inferior a 2 cm con empiema concomitante es de elección la colocación de un tubo torácico de drenaje fino menor de 14 French.
 - C Si está indicado el drenaje del neumotórax en general es preferible la colocación de un catéter de drenaje fino menor de 14 French.
 - D En los pacientes con neumotórax e insuficiencia respiratoria se aumentará progresivamente la fracción inspiratoria de oxígeno independientemente de que presenten o no hipercapnia.

124 .- Respecto al drenaje torácico, ¿qué respuesta es CIERTA?:

- A La complicación más frecuente tras la colocación de un drenaje torácico es la muerte.
- B Previamente a la colocación de un drenaje torácico fino o grueso debe administrarse antibioterapia como profilaxis de una posible complicación infecciosa.
- C Se recomienda drenar rápidamente los derrames pleurales masivos, si es posible completamente en menos de 1 h, para aliviar lo antes posible los síntomas, dado que el riesgo de edema secundario a reexpansión pulmonar es mínimo.
- D En pacientes con alta sospecha de neumotórax a tensión y hemodinámicamente inestables debería realizarse aspiración con aguja y posteriormente, de forma inmediata, debe colocarse un drenaje torácico.

125 .- ¿En cuál de las siguientes situaciones NO incluirías a un paciente con Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) en lista de espera de trasplante pulmonar?

- A Disminución de la Capacidad Vital Forzada (FVC) de 15% a lo largo de 6 meses de seguimiento
- B Disminución de la Difusión de Monóxido de Carbono (DLCO) de 10 % a lo largo de 6 meses de seguimiento
- C Disminución de 60 metros en la distancia recorrida en la prueba de la marcha de 6 minutos a lo largo de un periodo de 6 meses
- D Presión de arteria pulmonar media de 35 mm Hg en el cateterismo cardiaco derecho o la ecocardiografía bidimensional

126 .- En relación al tratamiento inmunosupresor tras el trasplante pulmonar, señale los fármacos NO usados en la fase inicial del trasplante:

- A Anticalcineurínicos
- B Basiliximab
- C Inhibidores de síntesis de purinas
- D Inhibidores m-TOR (Mammalian Target of Rapamycin)

127 .- El factor de riesgo más importante en las complicaciones de la vía aérea en el paciente trasplantado pulmonar es:

- A la técnica quirúrgica
- B el tiempo de ventilación mecánica
- C el rechazo agudo celular
- D la isquemia bronquial

128 .- ¿Cual de los siguientes inmunosupresores es un antiCD-25?

- A Tacrolimus
- B Basiliximab
- C Rituximab
- D Acido micofenólico

129 .- Con respecto a la disfunción crónica del injerto en el trasplante pulmonar, señale la respuesta CORRECTA:

- A Es la principal causa de muerte a lo largo del primer año postrasplante.
- B El antecedente de episodios de rechazo celular agudo supone un factor de riesgo para el desarrollo de disfunción crónica del injerto.
- C La bronquiolitis obliterante no es la forma más reconocida de disfunción crónica del injerto.
- D En los casos de bronquiolitis obliterante refractarios al tratamiento no se debe considerar la opción de re-trasplante pulmonar.

130 .- En cuanto a los fenotipos de la disfunción crónica del injerto (DCI) NO es cierto que:

- A La disfunción del injerto neutrofílica reversible está caracterizada por la presencia de neutrofilia en la vía aérea (>15% neutrófilos en lavado broncoalveolar) y mejoría funcional ($\geq 10\%$) tras al menos 3-6 meses de tratamiento con Azitromicina.
- B El síndrome del injerto restrictivo (RAS del inglés "Restrictive Allograft Syndrome"): se define como DCI con una irreversible caída en la capacidad vital forzada (CVF) $\leq 80\%$ con respecto al valor basal, acompañado en la radiología de un patrón de fibrosis de predominio subpleural, que afecta de forma homogénea a todo el pulmón.
- C El síndrome de bronquiolitis obliterante (SBO) se caracteriza por una obliteración de las pequeñas vías aéreas, que típicamente se acompaña de un empeoramiento espirométrico en forma de síndrome ventilatorio obstructivo.
- D El RAS representa el 25-35% de las formas de DCI, progresa de forma más rápida y tiene peor pronóstico que el SBO.

131 .- En cuanto al rechazo humoral en el trasplante pulmonar mediado por anticuerpos, NO se utiliza en su tratamiento:

- A Plasmaféresis
- B Bortezomib
- C Rituximab
- D Basiliximab

132 .- ¿Cuál de las siguientes respuestas es CIERTA respecto al derrame pleural asociado a cirrosis hepática?

- A El derrame pleural aparece en más del 25% de los pacientes con cirrosis.
- B El derrame pleural en pacientes cirróticos es muy frecuente como hallazgo incidental en la radiografía de tórax.
- C El tratamiento inicial del derrame pleural en pacientes con cirrosis se basa en la restricción de sodio en la dieta y el uso de furosemida y espironolactona.
- D El empiema espontáneo es una complicación frecuente que ocurre en más del 80% de los derrames pleurales en relación con cirrosis hepática.

133 .- En relación con las complicaciones pulmonares relacionadas con la enfermedad inflamatoria intestinal podemos afirmar que:

- A La afectación pulmonar en la enfermedad inflamatoria intestinal precede en el 80-85% de los casos al inicio de dicha enfermedad inflamatoria intestinal.
- B La neumonía intersticial no específica es una de las formas de manifestación de afectación pulmonar en la colitis ulcerosa.
- C Las complicaciones parenquimatosas pulmonares en la enfermedad inflamatoria intestinal son más frecuentes en el varón, en relación 2:1 respecto a la mujer.
- D En la enfermedad de Crohn son frecuentes las fístulas esófagobronquiales que se manifiestan con disfagia, fiebre y neumonía.

134 .- En cuanto a las enfermedades pulmonares relacionadas con asbesto podemos AFIRMAR que:

- A Los síntomas de asbestosis aparecen generalmente en los primeros 5 años del inicio de la exposición a asbesto.
- B Las pruebas funcionales respiratorias de los pacientes con asbestosis característicamente demuestran un descenso en la difusión de monóxido de carbono y un patrón espirométrico obstructivo, incluso en no fumadores.
- C El asbesto es el único factor de riesgo conocido para el mesotelioma maligno.
- D En personas con antecedentes de exposición a asbesto es muy frecuente el hallazgo incidental de placas pleurales en los vértices en la radiografías de tórax.

135 .- ¿Cuál de las siguientes respuestas en relación a la toxicidad pulmonar por metotrexate es FALSA?:

- A La complicación no infecciosa más frecuente en los pacientes en tratamiento con metotrexate es la neumonitis intersticial aguda o subaguda.
- B Las complicaciones pulmonares por metotrexate pueden aparecer incluso con dosis relativamente bajas, menores de 20 mg/semana.
- C Los pacientes con afectación pulmonar por metotrexate presentan típicamente tos no productiva y disnea y a veces fiebre y dolor torácico.
- D En el diagnóstico diferencial de la afectación pulmonar por metotrexate no es preciso descartar las infecciones.

136 .- Respecto a la neumonitis por radiación, ¿cuál de las siguientes respuestas es CIERTA?:

- A La aparición de neumonitis por radiación es idiosincrática y no depende del volumen pulmonar total irradiado, ni de la dosis de irradiación total.
- B Los síntomas de neumonitis por irradiación aparecen a los 6 meses o más de la irradiación pulmonar.
- C En pacientes con neumonitis por radiación y síntomas moderados o severos se recomienda iniciar esteroides (prednisona 60 mg./día), durante 2 a 4 semanas y continuarlos en pauta descendente durante otras 3 a 12 semanas.
- D Para establecer el diagnóstico de neumonitis por radiación es necesario realizar biopsia pulmonar.

137 .- La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se caracteriza por un deterioro progresivo evolutivo que puede llevar al fallecimiento del paciente. Con respecto a los pacientes con EPOC en situación terminal es CIERTO que:

- A El alivio de la disnea es difícil, ya que los opiáceos están contraindicados.
- B Los pacientes con EPOC pueden tener una carga de sufrimiento similar a la del cáncer, pero viven mucho más tiempo, lo que significa que los enfermos con EPOC tienen importantes síntomas durante años antes de morir.
- C Para el tratamiento de la ansiedad asociada son preferibles las benzodiazepinas de vida media larga.
- D Las técnicas de fisioterapia respiratoria, como la respiración con labios fruncidos o las vibraciones de la pared torácica, no tienen ninguna utilidad en el alivio de la disnea en estos pacientes.

- 138 .- Respecto a la etiología de la agudización de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) señale la respuesta FALSA:**
- A Los virus respiratorios (rinovirus, virus respiratorio sincitial, influenza-parainfluenza o coronavirus) pueden identificarse hasta en un 60% de las agudizaciones de EPOC, empleando técnicas moleculares.
 - B *Clamidia pneumoniae* es una causa poco frecuente de agudización infecciosa en la EPOC.
 - C Procalcitonina y PCR son determinaciones sencillas que tienen una gran sensibilidad y especificidad para diagnosticar la etiología bacteriana de la infección bronquial. La evidencia disponible es alta (A).
 - D Algunos gérmenes (como el *Streptococcus viridans*) pueden colonizar ocasionalmente la mucosa bronquial sin que se produzca una respuesta inflamatoria local, y ser inocuos, salvo que el paciente esté inmunodeprimido
- 139 .- De las distintas definiciones relacionadas con las agudizaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), señale la respuesta INCORRECTA:**
- A Fracaso terapéutico: se define como un empeoramiento de síntomas que sucede durante la propia agudización y que requiere un tratamiento adicional.
 - B Recaída: empeoramiento de síntomas entre la finalización del tratamiento de la agudización y las 4 semanas posteriores.
 - C Recurrencia: los síntomas reaparecen entre las 4 semanas y los tres meses posteriores a la agudización precedente, después de un período de relativo buen estado de salud.
 - D Recurrencia tardía es aquella que se inicia pasadas 8 semanas del episodio anterior.
- 140 .- El índice DECAF para pacientes hospitalizados por agudización de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es un buen predictor de mortalidad. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO está incluido en dicho índice?**
- A Disnea medida mediante la escala de la Medical Research Council extendida (eMRCd).
 - B Eosinopenia.
 - C Creatinina.
 - D Acidosis.
- 141 .- Señale la respuesta CORRECTA respecto a la agudización de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):**
- A El índice PEARL se ha desarrollado con la intención de estratificar el riesgo de readmisión o muerte a los 90 días tras hospitalización por agudización de EPOC.
 - B Menos del 10% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por una agudización de EPOC requieren ingreso hospitalario.
 - C La agudización de EPOC supone aproximadamente el 40% de todas las hospitalizaciones de causa médica.
 - D La tasa de readmisión tras una hospitalización por agudización de EPOC es menor del 5% a los tres meses.

142 .- Respecto al impacto de las exacerbaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es CIERTO que:

- A Las agudizaciones menos intensas, que sufre a menudo el paciente en su domicilio no tienen repercusión sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
- B A pesar de la existencia de inflamación sistémica tras una exacerbación, no se ha podido demostrar aumento del riesgo cardiovascular.
- C Las exacerbaciones se relacionan con una pérdida acelerada de FEV1, pero no se ha podido demostrar que influyan en otras dimensiones de la enfermedad, como la progresión del enfisema o el deterioro del índice BODE (Masa corporal, Grado de Obstrucción, Disnea y Ejercicio).
- D Las exacerbaciones graves pueden ser por sí mismas un factor de riesgo de mortalidad independiente de otras variables pronósticas.

143 .- En relación con la patología del diafragma y pared torácica, señale la respuesta CORRECTA:

- A En las enfermedades de la pared torácica las pruebas funcionales objetivan típicamente un patrón obstructivo con capacidad pulmonar total normal.
- B En la patología de la pared torácica se recomienda descartar hipercapnia cuando la capacidad vital desciende por debajo del 40%.
- C Tanto en las enfermedades de la pared torácica como en las enfermedades pulmonares intersticiales el volumen residual siempre está disminuido.
- D Generalmente en la patología de pared torácica se objetiva desaturación en el test de marcha de 6 minutos.

144 .- Respecto al pectus excavatum, ¿qué respuesta es CIERTA?

- A El pectus excavatum es la deformidad congénita de la pared anterior del tórax más frecuente (1/300 a 1/400 nacimientos).
- B Es más frecuente en niñas que en niños (3:1).
- C La difusión de monóxido de carbono está muy disminuida en los pacientes con pectus excavatum.
- D Generalmente la disnea intensa aparece desde la primera infancia, incluso en casos leves.

145 .- ¿Cuál de las siguientes respuestas es CIERTA en relación con la afectación diafragmática?

- A La parálisis frénica bilateral es más frecuente que la unilateral.
- B El hallazgo en la radiografía de tórax de elevación de un hemidiafragma es tan típico que es suficiente para el diagnóstico de parálisis frénica.
- C En la parálisis frénica unilateral se objetiva típicamente un descenso en la capacidad vital forzada en supino mayor del 15-25%.
- D Los pacientes con parálisis frénica unilateral presentan generalmente disnea intensa incluso en reposo.

146 .- En relación con la gripe en el embarazo, ¿cuál es la respuesta CORRECTA?

- A Toda mujer embarazada o que estará embarazada o que dará a luz en la estación de gripe, debe recibir la vacuna trivalente o tetravalente con virus inactivos de la gripe.
- B El diagnóstico de gripe en el embarazo implica la realización de las mismas pruebas diagnósticas que en la mujer no embarazada, exceptuando la realización de radiografía de tórax por el elevado riesgo de irradiación fetal.
- C En el tratamiento de la gripe en el embarazo es preferible el uso de peramivir endovenoso a oseltamivir oral.
- D La fiebre en la gripe en las mujeres embarazadas debe tratarse con ácido acetilsalicílico.

- 147 .- La oxigenoterapia es una modalidad terapéutica que consiste en la administración mediante inhalación de oxígeno (O₂), ¿Cuál de las respuestas siguientes es FALSA en relación con su finalidad, cuando se administra O₂ a un paciente?**
- A Aumentar el contenido arterial de O₂ (CaO₂)
 - B Incrementar su fracción inspirada (FiO₂)
 - C Mejorar la saturación arterial de O₂ (SatO₂)
 - D Disminuir la presión arterial de dióxido de carbono (PaCO₂)
- 148 .- El criterio más usado para clasificar los sistemas de oxigenoterapia es el flujo de la mezcla gaseosa que llega al paciente, de forma que se habla de sistemas de alto flujo y de bajo flujo, ¿cuál de las siguientes sistemas SI es de alto flujo?**
- A Gafas o cánulas nasales
 - B Las máscaras simples de O₂
 - C Las mascarillas simples con reservorio
 - D Las mascarillas de efecto Venturi
- 149 .- Respecto a los siguientes fármacos inhalados, ¿qué respuesta es CIERTA?**
- A La pentamidina inhalada precisa el uso de cámara espaciadora adaptada al cartucho presurizado para evitar la contaminación ambiental.
 - B La dornasa alfa inhalada se administra a pacientes con fibrosis quística mediante un inhalador en cartucho presurizado.
 - C El iloprost es un fármaco útil en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar y se usa nebulizado mediante dispositivo de polvo seco.
 - D El aztreonam nebulizado se administra en una dosis de 75 mg 3 veces al día, en pacientes con fibrosis quística.
- 150 .- En cuanto al gen de alfa-1 antitripsina (AAT), señala la respuesta INCORRECTA**
- A El gen A1-AT, localizado en el cromosoma 12, codifica para la enzima AAT, una antiproteasa inhibidora de la elastasa de los neutrófilos, que es sintetizada por el hígado a nivel de los hepatocitos y por los macrófagos a nivel pulmonar.
 - B En el gen AAT, se han identificado una serie de polimorfismos de único nucleótido (SNP, single nucleotide polymorphism), por el que se obtienen variantes alélicas de la misma enzima, que se diferencian por su estructura terciaria y cuaternaria (plegamiento proteico) y, por tanto, movilidad electroforética: F (fast), M (medium), S (slow) y Z (very slow).
 - C Cada variante alélica va a determinar la cantidad de AAT plasmático. Los valores normales se sitúan entre 120 y 220 mg/dl.
 - D Las deficiencias de AAT plasmática pueden ser más o menos graves dependiendo del genotipo del individuo, es decir, del tipo de variantes alélicas (F, M, Z o S).

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

- 151 .- Respecto al desarrollo del aparato respiratorio ¿cuál de los siguientes enunciados es FALSO?**

- A La cavidad pleural se produce a partir de las cavidades celómicas primitivas
- B La división bronquial se ha completado previo al nacimiento
- C En la vida intrauterina se completa también la formación de los alveolos
- D El septum transversum da lugar al tendón del diafragma del adulto

152 .- En cuanto a la terapia antifibrótica en FPI (Fibrosis Pulmonar Idiopática), señale la CORRECTA:

- A Pirfenidona es un fármaco pleiotrópico, con propiedades antifibróticas y antiinflamatorias, que inhibe factores de crecimiento profibrogénicos, como el transformador de crecimiento β y el plaquetario, así como la proliferación de fibroblastos y la formación de colágeno.
- B La dosis final de Pirfenidona recomendada es de 801 mg/día dividida en tres tomas coincidentes con las comidas.
- C Omeprazol no interacciona con pirfenidona, por lo que su utilización conjunta es segura.
- D Nintedanib es un inhibidor de receptores de calcineurina, que presenta actividad antifactor de crecimiento derivado de las plaquetas, antifactor de crecimiento de los fibroblastos y antifactor de crecimiento vascular endotelial, todos ellos relacionados con los mecanismos patogénicos que conducen a la fibrosis.

153 .- ¿Cuándo de las siguientes situaciones NO sería criterio de inclusión de un paciente con Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) en lista de espera de trasplante pulmonar?

- A Clase III a pesar de un tratamiento de al menos tres meses de terapia de combinación, que incluya prostanoïdes.
- B Prueba de caminar 6 minutos de 400 m.
- C Índice cardiaco de 1.8 L/min/m².
- D Desarrollo de hemoptisis significativa.

154 .- En cuanto a la selección de candidatos a trasplante pulmonar propuesta por la Sociedad Internacional de Trasplante Cardíaco y Pulmonar (ISHLT) en 2014, señale la opción CORRECTA:

- A La osteoporosis sintomática se considera una contraindicación absoluta.
- B La obesidad con un IMC ≥ 35 se considera una contraindicación absoluta.
- C Los pacientes infectados con hepatitis C que hayan recibido tratamiento adecuado y se consideren "curados", con cargas virales indetectables, incluso en ausencia de hepatopatía, no se deben considerar candidatos a trasplante pulmonar por el alto riesgo de recidivas tras el trasplante por efecto de los inmunosupresores.
- D La edad > 65 años se considera una contraindicación absoluta, incluso considerando las comorbilidades que este grupo de pacientes pueden asociar.

155 .- A lo largo del tiempo se han evaluado, aceptado y estandarizado pruebas de ejercicio que se caracterizan por ser de bajo coste, accesibilidad y gran simplicidad y, de todas ellas, una de las más conocidas es la Prueba de Marcha de los 6 minutos (PM6M o P6M). ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA respecto a la P6M?

- A Se correlaciona mal con el consumo pico de oxígeno (VO₂) en pacientes con enfermedades pulmonares avanzadas
- B El recorrido recto debe ser de 30-100 m de longitud en una superficie plana y cómoda
- C La escala de disnea de Borg y fatiga muscular debe hacerse al principio y al final de la prueba
- D Se puede usar oxígeno si es necesario

156 .- La disnea es el principal síntoma en los pacientes con enfermedad respiratoria crónica. Esta se correlaciona mejor con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y los factores psicoemocionales del paciente que con la función pulmonar. ¿Cuál de las siguientes escalas para la medición de la disnea NO se utiliza para valoración de las actividades de la vida diaria?

- A La Escala del Medical Research Council (MRC)
- B La Escala basal/transicional de Malher
- C El área de disnea del cuestionario de CVRS, The Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)
- D La Escala de Borg

157 .- En cuanto a la Mucormicosis, señale el enunciado FALSO:

- A Es producida por un hongo filamentosos de distribución universal que se desarrolla bien en ambientes con temperaturas 30-40 °C.
- B Los géneros más implicados son: Rhizopus, Mucor, Rhizomucor. Todos ellos son de distribución mundial y el reservorio principal es el ser humano.
- C El hongo penetra en el organismo principalmente por inhalación o a través de soluciones de continuidad en piel y mucosas.
- D La mucormicosis pulmonar tiene una presentación radiológica muy variada, presentándose preferentemente como lesiones cavitadas y consolidación multifocal.

158 .- En cuanto a la detección del antígeno galactomanano en la Aspergilosis Pulmonar Invasiva (API), señale el enunciado FALSO:

- A La detección del antígeno galactomanano se basa en la técnica ELISA (enzyme-linked immunosorbent assays) de doble sándwich, que utiliza anticuerpos monoclonales de rata.
- B La especificidad del galactomanano es muy variable, pero su sensibilidad es alta.
- C El antígeno galactomanano también puede ser medido en una muestra de BAL, ya que está compuesto por carbohidratos hidrosolubles.
- D Existen factores que pueden dar falsos positivos como la administración endovenosa de Piperacilina-Tazobactam

159 .- Señale la respuesta CORRECTA en relación con el tratamiento del Cáncer de Pulmón (CP):

- A La Quimioterapia es el tratamiento de elección del síndrome de compresión medular metastásico por CP. La Radioterapia está contraindicada porque suele agravar los síntomas.
- B La SBRT (stereotactic body radiation therapy/radioterapia estereotáctica corporal) se considera una técnica estándar en el tratamiento de pacientes inoperables con CP no microcítico periférico y estadio precoz (T menor de 5 cm N0 M0).
- C En los estadios avanzados del CP no Microcítico se ha ensayado varios regímenes de Quimioterapia de mantenimiento tras la finalización del régimen de Quimioterapia inicial, pero ninguno de ellos ha demostrado beneficios.
- D El tratamiento con Quimioterapia y Radioterapia consigue una supervivencia a 5 años mayor del 40% en pacientes con Cáncer Microcítico Pulmonar y enfermedad extensa.

160 .- En relación con la afectación pulmonar por consumo de cocaína es FALSO que:

- A El consumo de cocaína fumada conlleva riesgo de neumotórax y neumomediastino.
- B El consumo crónico de cocaína puede provocar enfisema buloso, hemorragia pulmonar y bronquiectasias entre otras patologías.
- C No se han descrito casos de hipertensión pulmonar ni enfermedad tromboembólica pulmonar en relación con el abuso de cocaína.
- D Los síntomas de afectación pulmonar por consumo de cocaína incluyen fiebre, dolor torácico, disnea, tos y hemoptisis.