

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: PROMOCIÓN INTERNA

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:
FACULTATIVO ESPECIALISTA NEUMOLOGÍA

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- El **tiempo de duración de las dos pruebas** es de **tres horas**.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del Organismo.

-
- 1 La vacunación de la población adulta frente al SARS-Cov-2 para reducir el contagio y la mortalidad por COVID-19 es una medida de:**
- A) Prevención oportunista
 - B) Prevención secundaria
 - C) Prevención primaria
 - D) Prevención terciaria
- 2 La esperanza de vida al nacer ha aumentado de manera importante en los países desarrollados en la primera mitad del siglo XX, con aumentos más discretos en los análisis de este indicador después de 1950. ¿A qué se debe este aumento rápido y sostenido en el periodo de 1900 a 1950?**
- A) Al impacto sobre la población de las Guerras Mundiales
 - B) Al desarrollo de los servicios asistenciales y universalización de la asistencia sanitaria en este periodo
 - C) A la disminución de la mortalidad en los lactantes y de la mortalidad por las enfermedades de la infancia
 - D) A todas las razones expuestas anteriormente
- 3 En los llamados estudios de coste-utilidad, la unidad de medida que integra la duración de la vida y la calidad de esta, se denomina:**
- A) Análisis de la Varianza Poblacional
 - B) Año de vida ajustado por comorbilidad
 - C) Año de vida ajustado por calidad
 - D) Ninguno de los anteriores.
- 4 ¿Cuál es la principal causa de mortalidad actualmente en los países industrializados, representando más de la mitad de las muertes?**
- A) Cardiopatías, cáncer y enfermedades crónicas del sistema respiratorio inferior
 - B) Demencia y otras enfermedades neurológicas degenerativas
 - C) Infección por el VIH-SIDA
 - D) Infecciones emergentes como la tuberculosis y la COVID-19
- 5 Dos posibles enfoques de la prevención, según la población diana, son el enfoque sobre la población y el enfoque sobre la población de alto riesgo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre las medidas de prevención dirigidas a una población de alto riesgo?**
- A) Deben ser relativamente poco costosas y no invasivas
 - B) Pueden considerarse medidas de salud pública
 - C) Requieren a menudo una acción clínica
 - D) Todas son correctas

- 6 Se sabe que la edad es una variable que sigue una distribución normal en una población que se desea estudiar. Para ello se extrae una muestra aleatoria de cien ($n = 100$) individuos de esa población y se analiza la variable edad, obteniéndose los siguientes estadísticos: media (\bar{x}) 50 años, desviación típica (s) 10 años. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la inferencia estadística, tomando este ejemplo para los cálculos, no es correcta?**
- A) "50 años" es una estimación puntual de la media poblacional (μ) de la variable edad
 - B) [48.04 - 51.96] años es una estimación por intervalo de la media poblacional, un rango de valores que tiene una probabilidad del 95% de contener el verdadero valor de la media de edad en la población
 - C) "10 años" es una estimación puntual de la desviación típica (σ) de la variable edad en la población
 - D) Sin contrastar que la muestra analizada siga una distribución normal, podemos afirmar que aproximadamente las dos terceras partes (68%) de los individuos analizados tendrán una edad entre 30 y 70 años
- 7 El diagrama de cajas (box-plot) es una forma de representación gráfica bastante usada, sobre todo cuando se quieren comparar dos o más mediciones de una misma variable, por ejemplo en varios grupos de sujetos o en los mismos sujetos en distintos momentos del tiempo. Todas las afirmaciones siguientes sobre este modelo son ciertas, excepto:**
- A) La caja está determinada por los percentiles 25 y 75, por lo que su amplitud es el rango intercuartílico
 - B) La mediana es un valor que caerá siempre dentro de la caja
 - C) Los "bigotes" o líneas que salen desde la caja en direcciones opuestas, se extienden hasta los valores máximo y mínimo de la serie (valores ordenados de la variable)
 - D) En la caja se encuentran la mitad de las observaciones o valores
- 8 Un ensayo clínico da como resultado un valor de Hazard Ratio (HR). Este indicador se obtiene ¿de qué prueba estadística?**
- A) De una regresión de Cox
 - B) De un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier
 - C) De una regresión logística binaria
 - D) De una ANOVA multivariante
- 9 Todas las siguientes son formas de expresar el pronóstico de una enfermedad, excepto:**
- A) Tasa de mortalidad
 - B) Supervivencia a los 5 años
 - C) Supervivencia relativa
 - D) Tasa de letalidad

- 10 En un estudio de cohortes clásico (prospectivo), la variable dependiente se mediría:**
- A) Como una densidad de incidencia en cada cohorte
 - B) Como un riesgo relativo (RR)
 - C) Mediante un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier
 - D) Todas las anteriores
- 11 Cuando se habla del “Impact Factor” de una revista científica, habitualmente nos referimos a la siguiente fuente:**
- A) PubMed
 - B) Biomed Central
 - C) Journal Citation Report
 - D) Scopus Impact Factor Index
- 12 Todos los Sistemas de Información Sanitaria que se enumeran están actualmente vigentes a nivel estatal (en todo el territorio nacional español), excepto:**
- A) EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria)
 - B) Encuesta de morbilidad hospitalaria
 - C) Registro Nacional de SIDA
 - D) COAN-HyD (Contabilidad Analítica de Hospitales y Distritos)
- 13 La Base Poblacional de Salud (BPS) es un Sistema de Información Sanitaria (SIS) de base poblacional que recoge datos clínicos y del uso de los recursos sanitarios de cada uno de los individuos que forman parte de una población. En Andalucía fue creada por una Resolución de la Dirección Gerencia del SAS (la 0068/18) y, en mayo de 2020, la BPS ha sido incluida en el Repositorio de Prácticas Innovadoras en Envejecimiento Activo y Saludable (EIP on AHA) de la Comisión Europea. Todas las aseveraciones siguientes sobre la BPS son correctas, EXCEPTO:**
- A) La información sobre diagnósticos, de utilización de los recursos sanitarios y de los proveedores de los mismos, se obtiene de datos clínico-administrativos recogidos en la Historia Clínica Digital (Diraya) y los CMBD hospitalarios, entre otras fuentes
 - B) El uso de recursos, medido en distintas unidades y valorado en euros, incluye las consultas de atención primaria y atención especializada, las urgencias, los distintos procesos de atención hospitalaria, el consumo de farmacia y las sesiones de diálisis.
 - C) Es un sistema abierto al ciudadano y consultable por cada individuo que se identifique con un certificado digital
 - D) Es un sistema de información basado en el usuario y, por ello, en Andalucía obtiene esta información directamente de la BDU (Base de Datos de Usuarios) del SSPA, que tiene datos actualizados de identificación y demográficos de cada ciudadano usuario de los servicios asistenciales
- 14 El grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso en las condiciones reales de la práctica habitual, se conoce como:**
- A) Eficacia
 - B) Efectividad
 - C) Evidencia
 - D) Eficiencia

- 15 El sistema de prescripción electrónica en receta en Andalucía, e incluido en DIRAYA, se conoce como:**
- A) Programa Pharma
 - B) Programa Receta XXI
 - C) Programa PIRASOA
 - D) Programa ATHOS
- 15 El grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso en las condiciones reales de la práctica habitual, se conoce como:**
- A) Eficacia
 - B) Efectividad
 - C) Evidencia
 - D) Eficiencia
- 16 Con relación a los síndromes paraneoplásicos, indique lo correcto:**
- A) La hiponatremia la produce el carcinoma anaplásico de células grandes
 - B) El 20% de los síndromes de Cushing ectópico se corresponden a tumores pulmonares neuroendocrinos
 - C) La osteoartropatía hipertrófica predomina en el CPCP
 - D) El SIADH se ha descrito en un 7-16% de pacientes con CPCP y se asocia a un peor pronóstico
- 17 En la octava edición de la clasificación TNM para el cáncer de pulmón, ¿a qué estadio de los siguientes que se detallan, se corresponde con T3, N0, M0?**
- A) IIIA
 - B) IIB
 - C) IIA
 - D) IIIB
- 18 En el estudio del nódulo pulmonar solitario (NPS), señale la respuesta correcta:**
- A) La presencia de calcificación densa difusa en su interior orienta hacia su malignidad
 - B) EL 70% de los NPS se localizan en lóbulos inferiores, especialmente del pulmón izquierdo
 - C) La presencia de un NPS mayor de 20 mm y bordes espiculados orienta a malignidad
 - D) Solo se cavitan los NPS de carácter maligno
- 19 Los tumores neuroendocrinos de pulmón se caracterizan por:**
- A) Estadificarse utilizando la misma clasificación TNM, establecida para el cáncer de pulmón
 - B) Los tumores neuroendocrinos de pulmón más frecuentes son los de bajo grado (típicos)
 - C) En raras ocasiones, los pacientes presentan síntomas relacionados con la producción de hormonas por parte del tumor
 - D) Todas son ciertas

- 20 Respecto a la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), no es cierto:**
- A) Es más frecuente en mujeres y en personas con enfermedades concomitantes
 - B) Los pacientes inmunodeprimidos no deben incluirse en este grupo
 - C) Se debe realizar un estudio etiológico completo a los pacientes que requieren hospitalización, pacientes con NAC grave, cuando no responden al tratamiento y en los que se sospecha microorganismos multirresistentes
 - D) En pacientes inmunocompetentes se consideran factores de riesgo, entre otros: el tabaquismo, el Índice de masa corporal, el contacto frecuente con niños
- 21 De las siguientes asociaciones entre antecedentes y etiología de neumonía adquirida en la comunidad, indique la incorrecta:**
- A) Antecedentes de uso de drogas por vía parenteral, microorganismos frecuentemente asociados: C. psittaci, C. burnetti, Aspergillus
 - B) Antecedentes de alcoholismo, microorganismos frecuentemente asociados: S. pneumoniae, K. pneumoniae, anaerobios, M. tuberculosis, Acinetobacter spp., flora mixta
 - C) Antecedentes de diabetes, microorganismos frecuentemente asociados S. pneumoniae, S. aureus, S. agalactiae
 - D) Antecedentes de tabaquismo, microorganismos frecuentemente asociados: Legionella spp., S. pneumoniae, C. burnetti, flora mixta
- 22 En relación al tratamiento ambulatorio antibiótico de la Neumonía Adquirida en la Comunidad, indique la respuesta incorrecta:**
- A) En pacientes con enfermedad respiratoria crónica de base (EPOC o asma), la amoxicilina-clavulánico es el betalactámico recomendado
 - B) El tratamiento empírico ambulatorio recomendado es la combinación de un macrólido y un betalactámico, o una quinolona en monoterapia
 - C) La procalcitonina no ha demostrado utilidad para la disminución del tratamiento antibiótico
 - D) Sólo se debe iniciar cobertura antibiótica empírica de anaerobios si existe sospecha de absceso pulmonar o empiema
- 23 Entre las directrices generales que se recogen en la Normativa SEPAR (actualización de 2020) para la neumonía intrahospitalaria, señale la respuesta falsa:**
- A) Los agentes etiológicos causantes de neumonía intrahospitalaria (NIH) suelen ser distintos de los agentes causantes de neumonía asociada a ventilador (NAV)
 - B) El tratamiento empírico se debe basar en la presencia de factores de riesgo para NIH y NAV, aislamientos previos, severidad y resistencia de cada unidad
 - C) Los biomarcadores séricos no son de utilidad para el diagnóstico de NIH o NAV, ni para decidir el inicio del tratamiento antibiótico
 - D) En pacientes con buena respuesta clínica el tratamiento no debe exceder los 7 días

- 24 Respecto al tratamiento antibiótico empírico para la neumonía intrahospitalaria, indique la respuesta incorrecta:**
- A) La selección del tratamiento debe basarse en los factores de riesgo del paciente para patógenos multirresistentes, los patrones de resistencia local y la gravedad de la enfermedad
 - B) Si existe bajo riesgo para patógenos multirresistentes y mortalidad, se aconseja emplear antibióticos en monoterapia
 - C) El uso inicial de antibióticos de amplio espectro debe ser reevaluado a las 48-72 horas
 - D) El desescalado se recomienda entre el quinto y séptimo día de tratamiento
- 25 Señale la opción correcta sobre la neumonía intrahospitalaria (NIH) o neumonía nosocomial:**
- A) Se desarrolla en pacientes ingresados en el hospital durante más de 48 horas
 - B) Los patógenos causales más frecuentes incluyen: Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Enterobacteriaceae y Staphylococcus aureus
 - C) La neumonía asociada a ventilador se desarrolla en pacientes que han sido ventilados mecánicamente de forma invasiva durante al menos 48 horas
 - D) Todas son ciertas
- 26 Respecto al tratamiento empírico inicial de la neumonía en un paciente inmunodeprimido, con neutropenia febril, señale la respuesta correcta:**
- A) Iniciar con un betalactámico de amplio espectro con actividad antipseudomonas o carbapenemes + aminoglucósido
 - B) Si no hubiese respuesta añadir vancomicina o linezolid o teicoplanina
 - C) Si presentase infiltrados parcheados/difusos añadir amfotericina B o voriconazol o caspofungina
 - D) Todas son correctas
- 27 En relación con las infecciones pulmonares en pacientes inmunodeprimidos, no es cierto:**
- A) La aspergilosis pulmonar es más frecuente en pacientes neutropénicos o con trasplante de médula ósea
 - B) Strongyloides sp. con frecuencia causa infección pulmonar en pacientes inmunodeprimidos
 - C) Mucor es un hongo que afecta sobre todo a pacientes diabéticos, pacientes con neutropenia prolongada o con infecciones crónicas de senos paranasales
 - D) El riesgo de neumonía por Pneumocystis jirovecii es mayor en los primeros 6 meses postrasplante
- 28 Señale la opción incorrecta acerca del absceso pulmonar:**
- A) Consiste en una cavidad única, superior a 3 cm de diámetro
 - B) El mecanismo patogénico principal es la aspiración de material de procedencia orofaríngea
 - C) Es frecuente la infección por Bacteroides fragilis
 - D) Si no se instaura un tratamiento antibiótico eficaz, en 7-14 días evoluciona hacia necrosis parenquimatosa

- 29 En relación al tratamiento antimicrobiano en pacientes con bronquiectasias, ¿cuál es correcta?**
- A) En la primoinfección ningún protocolo de erradicación ha demostrado superioridad sobre otro
 - B) Entre los antibióticos inhalados para la primoinfección se encuentran el aztreonam lisina, colistimetato de sodio o la tobramicina
 - C) En el tratamiento de la infección crónica la pauta inhalada se debe mantener mientras el beneficio/riesgo sean favorables
 - D) Todas las respuestas son correctas
- 30 En la fibrosis quística, ¿qué clase de mutación es la que se produce por defecto de procesamiento?**
- A) Clase I
 - B) Clase II
 - C) Clase III
 - D) Clase IV
- 31 Sobre la infección bronquial en los pacientes con fibrosis quística, es falso:**
- A) En las fases iniciales es característica la presencia de Haemophilus influenzae y de Staphylococcus aureus sensible a meticilina
 - B) El lavado broncoalveolar es la técnica de elección para el estudio microbiológico
 - C) En la infección crónica, el cultivo debe realizarse siempre que se produzcan exacerbaciones y, al menos, una vez cada 3 meses
 - D) Se recomienda realizar un control anual para detección de micobacterias no tuberculosas a todos los pacientes con FQ y siempre que haya un deterioro clínico no explicado
- 32 Entre los principios básicos del tratamiento de la tuberculosis no se encuentra uno de los siguientes:**
- A) La utilización de más de un fármaco al que el microorganismo sea sensible
 - B) La estrategia de inducción con un número elevado de fármacos durante dos meses, seguida de un tratamiento simplificado de duración prolongada
 - C) En la actualidad el tratamiento de inicio recomendado está compuesto por isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida
 - D) En casos de fracaso terapéutico se recomienda monitorizar los niveles plasmáticos de los fármacos
- 33 ¿Cuál de las afirmaciones no es cierta respecto a los métodos moleculares empleados en el diagnóstico de la enfermedad tuberculosa?**
- A) La mayoría se han aplicado a la tuberculosis pulmonar y utilizan la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la IS6110 como diana genética
 - B) La técnica GeneXpert aporta el diagnóstico de certeza de tuberculosis y de resistencia a rifampicina en menos de 2 horas
 - C) La sensibilidad global de esta prueba es del 98% y la especificidad global del 99%, en comparación con el patrón oro del cultivo
 - D) Los métodos moleculares mediante técnicas de amplificación genética, detectan mutaciones en los genes que codifican la resistencia a fármacos anti-tuberculosos

- 34 Respecto al tratamiento de la enfermedad debida a Micobacterias no tuberculosas, es falso:**
- A) El diagnóstico de enfermedad por Micobacterias no tuberculosas no implica la instauración inmediata de tratamiento
 - B) El esquema terapéutico debe incluir siempre tres fármacos útiles
 - C) La duración del tratamiento es de 18 meses tras la negativización de los cultivos
 - D) Se recomienda realizar TCAR al inicio del tratamiento y una vez finalizado el mismo
- 35 Señale la respuesta incorrecta respecto a la aspergilosis pulmonar crónica:**
- A) Está compuesta por varias entidades con cuadros clínicos superiores a 3 meses y afectan principalmente a pacientes inmunocompetentes con enfermedades respiratorias previas
 - B) Las formas cavitarias o fibrosantes progresan lentamente durante meses o años
 - C) La aspergilosis pulmonar invasiva subaguda afecta a pacientes inmunodeprimidos con cuadros infecciosos progresivos de duración superior a 3 meses
 - D) Los nódulos de Aspergillus se caracterizan por la presencia de uno o más nódulos, habitualmente no cavitados e inferiores a 3 cm
- 36 Un paciente con neoplasia pulmonar y en tratamiento con quimioterapia, es diagnosticado de tromboembolismo pulmonar. ¿Qué opción de tratamiento anticoagulante recomendaría?**
- A) Heparina de bajo peso molecular
 - B) Acenocumarol
 - C) Apixabán
 - D) A y C son correctas
- 37 Señale cuál no es una contraindicación absoluta para realizar trombolisis en caso de un paciente con tromboembolismo pulmonar de alto riesgo:**
- A) Diátesis hemorrágica
 - B) TAS >180mmHg
 - C) Hemorragia intracraneal establecida
 - D) Ictus isquémico en los últimos 3 meses
- 38 En la hipertensión pulmonar primaria, no esperaríamos encontrar:**
- A) Disnea
 - B) Hemoptisis
 - C) Aumento de la presión de enclavamiento
 - D) Gammagrafía de perfusión normal o de baja probabilidad para TEP
- 39 El diagnóstico de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) se establece por la presencia de fenómenos de trombosis pulmonar e hipertensión pulmonar precapilar, tras más de:**
- A) 3 meses de tratamiento anticoagulante correcto
 - B) 6 meses de tratamiento anticoagulante correcto
 - C) 12 meses de tratamiento anticoagulante correcto
 - D) Ninguna de las anteriores son ciertas

40 Señale la afirmación correcta acerca de las vasculitis:

- A) La afectación cardiaca es más frecuente en la vasculitis granulomatosa con poliangeítis
- B) Las lesiones de la vía aérea superior en el S. de Churg-Strauss son destructivas
- C) La afectación renal en la vasculitis granulomatosa con poliangeítis llega al 90%
- D) Los síntomas constitucionales son infrecuentes en las vasculitis

41 Con respecto al síndrome de hipoventilación obesidad (SHO), señale cuál de los siguientes no es un criterio diagnóstico:

- A) La polisomnografía es un criterio diagnóstico y un estudio indispensable para el diagnóstico
- B) Presencia de hipoventilación durante la vigilia ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$) medida por gasometría o como alternativa mediante dióxido de carbono exhalado (EtCO_2) o dióxido de carbono transcutáneo (TnCO_2)
- C) Presencia de obesidad en los adultos con índice de masa corporal mayor de 30 kg/m^2
- D) La hipoventilación no es primariamente debida a enfermedades del parénquima, vía aérea pulmonar o vasculatura pulmonar, alteraciones de la pared del tórax, medicamentos o sustancias, enfermedades neurológicas, debilidad muscular o síndrome de hipoventilación central idiopática o congénita

42 Con respecto al Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) es falso que:

- A) La obesidad es el factor de riesgo modificable más importante para el SAHS, estando presente en el 60-90% de estos pacientes
- B) La menopausia es un factor de riesgo para el SAHS, estimándose una probabilidad 3,5 superior de padecer SAHS moderado-severo en mujeres posmenopáusicas respecto a premenopáusicas
- C) Los pacientes fumadores tienen 2,5 veces más riesgo de padecer un SAHS que los no fumadores o ex fumadores
- D) Por su estructura craneofacial, los asiáticos y africanos tienen una menor predisposición a presentar SAHS

43 Indique la respuesta incorrecta sobre el empleo de dispositivos de avance mandibular (DAM) en el tratamiento del S. de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS):

- A) Son tan eficaces como la CPAP para mejorar la calidad de vida y el riesgo cardiovascular.
- B) Están indicados en pacientes con SAOS de cualquier gravedad subsidiarios de tratamiento con CPAP pero con imposibilidad de adaptación a la misma.
- C) Son la principal alternativa terapéutica a la CPAP
- D) La eficacia del DAM debe ser objetivada mediante poligrafía respiratoria o PSG

44 Con respecto a las características, ventajas e inconvenientes de los diferentes modelos de interfases de los sistemas de CPAP/BiPAP, es cierto que:

- A) La mascarilla nasal tiene menor riesgo de fuga por la boca
- B) La mascarilla oronasal, al incluir la boca, es muy útil en pacientes con fuga persistente o intolerancia por obstrucción nasal
- C) La mascarilla oronasal suele ser más fácil de ajustar al disponer de mayor superficie de contacto
- D) Las olivas nasales, según los estudios, son más confortables que la mascarilla nasal

- 45 Entre las enfermedades relacionadas con el amianto, no está:**
- A) La fibrosis pleural localizada (placas pleurales) o difusa (paquipleuritis)
 - B) El neumotórax
 - C) El derrame pleural
 - D) La atelectasia redonda
- 46 Ante una historia clínica sospechosa de asma ocupacional, todas las afirmaciones siguientes son correctas, salvo que:**
- A) Se requiere confirmar el diagnóstico de asma bronquial y demostrar su relación con el medio laboral
 - B) La prueba de metacolina tiene alta especificidad (87-95%), especialmente si el paciente ha tenido exposición reciente
 - C) Una metacolina negativa a los 3 meses de una exposición aguda a niveles tóxicos de un agente irritante en individuos previamente sanos, descarta asma ocupacional
 - D) La demostración de obstrucción bronquial provocada por el agente específico es la prueba de confirmación más aceptada
- 47 Según la guía GesEPOC 2021, ¿cuál de los siguientes no se considera un rasgo tratable del síndrome de agudización de EPOC (SAE)?**
- A) Infección bacteriana
 - B) Acidosis respiratoria
 - C) Neoplasia pulmonar
 - D) Problemática social
- 48 Son criterios para iniciar un tratamiento sustitutivo con alfa1antitripsina, según la SEPAR, todos los siguientes, excepto:**
- A) Déficit AAT grave demostrado por concentraciones séricas $\leq 11 \mu\text{M}$ (60 mg/dL)
 - B) EPOC con FEV1 < 80% del predicho, que reciben tratamiento farmacológico y no farmacológico óptimo
 - C) Enfisema pulmonar demostrado por pruebas de función pulmonar y/o TCAR de tórax
 - D) Pacientes que no presenten hepatopatía
- 49 Identifique la respuesta incorrecta con respecto al tratamiento del EPOC en fase estable, según la GOLD:**
- A) En los pacientes del grupo D se recomienda iniciar con triple terapia (LAMA/LABA/CI)
 - B) En los pacientes del grupo B se recomienda iniciar con un broncodilatador de acción larga
 - C) En los pacientes del grupo C se recomienda iniciar con un anticolinérgico de acción larga
 - D) En los pacientes del grupo C se recomienda escalar a dos broncodilatadores de acción larga si persiste la disnea

- 50 Respecto a la Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica (ABPA), una de las siguientes afirmaciones es correcta:**
- A) La ABPA es una enfermedad respiratoria producida por la colonización bronquial por *Aspergillus Niger*
 - B) Un valor de Ig E total sérica > 1.000 UI/ml es un criterio obligatorio para su diagnóstico
 - C) El tratamiento más utilizado es la prednisona durante 5 o 10 meses
 - D) Una eosinofilia > 300/mcL en pacientes no tratados con glucocorticoides es un criterio menor para su diagnóstico
- 51 Con respecto al asma, es falso que:**
- A) El asma “no-T2” o “T2-baja” se define por una escasa presencia de eosinófilos (< 2%) en el recuento celular del esputo inducido
 - B) El concepto asma “no-T2” es similar al de asma neutrofílica
 - C) El asma neutrofílica se caracteriza anatomopatológicamente por ausencia de remodelado, en contra de lo que ocurre en el asma eosinofílica
 - D) Siendo estrictos, un paciente fumador solo podría ser diagnosticado de asma neutrofílica si no tuviese una obstrucción fija al flujo aéreo
- 52 En la evaluación de una crisis asmática grave, señale el parámetro incorrecto:**
- A) Frecuencia respiratoria > 25 rpm
 - B) PaO₂ < 80 mmHg
 - C) PaCO₂ < 40 mmHg
 - D) Uso de musculatura accesoria
- 53 Según la GEMA 5.1, ¿cuál de los siguientes no se clasifica como fenotipo de asma grave?**
- A) Alérgica
 - B) Eosinofílica
 - C) Asma asociada a obesidad
 - D) No-T2
- 54 Señale la respuesta verdadera en relación al carcinoma adenoide quístico de tráquea:**
- A) Forma parte de los tumores primarios de tráquea
 - B) Es una neoplasia bien diferenciada de crecimiento lento
 - C) Es posible la recurrencia tardía del tumor primario después de 10 o 15 años
 - D) Todas son ciertas
- 55 Señale cuál de los siguientes no es un patrón histopatológico inconsistente con NIU (Neumonía Intersticial Usual):**
- A) Membranas hialinas
 - B) Presencia de focos fibroblásticos
 - C) Neumonía organizativa
 - D) Presencia de granulomas

- 56 Uno de los siguientes no es un factor de riesgo para desarrollar una Fibrosis Pulmonar Idiopática:**
- A) Tabaco
 - B) Agregación familiar
 - C) Reflujo gastroesofágico
 - D) Infecciones bacterianas
- 57 La Neumonía Organizada Criptogénica se caracteriza por:**
- A) Se manifiesta de forma aguda en personas jóvenes
 - B) Los broncodilatadores pueden dar por resultado mejoría clínica considerable en muchos pacientes, pero es necesario continuarlos durante al menos 6 meses
 - C) Las tasas de recaída son bajas y excepcionales
 - D) Los datos más comunes en los estudios de imágenes son opacidades por consolidación, subpleurales, en placas, a veces migratorias, a menudo con opacidades en vidrio esmerilado asociada
- 58 En una LBA, un recuento de linfocitos >25% descarta:**
- A) NINE (Neumonía Intersticial No Específica)
 - B) Sarcoidosis
 - C) Neumonía intersticial aguda
 - D) Neumonitis por hipersensibilidad
- 59 Señale cuál de los siguientes agentes no ocasiona neumonitis por hipersensibilidad:**
- A) Agentes microbiológicos
 - B) Crisotilo
 - C) Proteínas aviares
 - D) Agentes químicos
- 60 En la afectación respiratoria en las enfermedades neuromusculares (ENM):**
- A) La afectación pulmonar es la principal causa de mortalidad en las ENM
 - B) La afectación respiratoria en la miastenia gravis y el botulismo puede ser reversible
 - C) La afectación respiratoria en el síndrome postpolio suele mostrar un curso clínico con una evolución con una progresión muy lenta
 - D) Todas son ciertas
- 61 ¿Cuál es la causa más frecuente de eosinofilia pulmonar?:**
- A) Enfermedad de Churg-Strauss
 - B) Neumonía eosinófila crónica
 - C) Aspergilosis broncopulmonar alérgica
 - D) Fármacos
- 62 El derrame pleural que se produce en la Artritis Reumatoide:**
- A) Tiene valores de LDH normales en el líquido pleural
 - B) Tiene valores de glucosa bajos en el líquido pleural
 - C) Se diagnostica fácilmente por la biopsia pleural cerrada
 - D) Evoluciona casi siempre a calcificación pleural

- 63 ¿En la histopatología de qué enfermedad se pueden observar gránulos de Birbeck a la microscopia electrónica?**
- A) Histiocitosis de células de Langerhans
 - B) Linfangioleiomiomatosis
 - C) Silicosis
 - D) Asbestosis
- 64 En relación a las bronquiolitis, ¿cuál de las respuestas no es correcta?**
- A) Afecta primariamente a los bronquiolos y también a las vías aéreas más distales
 - B) La afectación primaria de la bronquiolitis determina un trastorno funcional de tipo obstructivo
 - C) El contraste entre los lobulillos normales y los afectados se traduce en una alteración radiológica característica en mosaico
 - D) No se ha demostrado una correlación entre el grado de afectación pulmonar de las vías periféricas y la extensión y gravedad de las lesiones anatómicas
- 65 Son datos de la presencia de un pulmón atrapado todas las siguientes, excepto:**
- A) Hidroneumotórax postoracocentesis
 - B) Presencia de un derrame pleural que no se puede drenar por aparición de dolor torácico intenso
 - C) Líquido pleural hemático
 - D) Presión pleural inicial negativa que desciende aún más a medida que se aspira líquido pleural
- 66 Ante un derrame pleural encapsulado en el contexto de un cuadro infeccioso agudo:**
- A) Solo debe drenarse si es francamente purulento
 - B) Puede ser necesario recurrir a técnicas de imagen para su localización
 - C) Se podrían utilizar antibióticos intrapleurales
 - D) No es necesario realizar toracocentesis porque se resuelve solo
- 67 Respecto a los tumores tímicos, señale la afirmación correcta:**
- A) Son considerados neoplasias muy frecuentes
 - B) El 30% de los timomas son asintomáticos.
 - C) El estudio comienza tras el hallazgo casual de una masa mediastínica en una prueba de imagen realizada por otra causa.
 - D) B y C son ciertas
- 68 Con respecto al pectus excavatum:**
- A) Es la segunda deformación congénita más frecuente de la pared torácica
 - B) Se presenta en igual proporción en hombres que en mujeres
 - C) La exploración clínica es uno de los instrumentos más valiosos a la hora de diagnosticar la extensión de la afectación y de plantear una intervención quirúrgica
 - D) No hay descritos casos de agregación familiar

69 ¿Cuántos segmentos tiene el lóbulo superior izquierdo?

- A) 5
- B) 3
- C) 6
- D) 4

70 En relación a los volúmenes pulmonares, marque la respuesta falsa:

- A) El volumen de reserva inspiratorio (IRV) representa el volumen adicional que puede introducirse en los pulmones al realizar una inspiración máxima desde volumen corriente
- B) El volumen de reserva espiratorio (ERV) es el volumen de gas adicional que puede exhalarse del pulmón tras espirar a volumen corriente
- C) El volumen corriente (VT) es el volumen de gas que entra y sale del pulmón durante un movimiento respiratorio máximo
- D) La capacidad funcional residual (FRC) es el volumen de gas pulmonar existente al final de una espiración tranquila

71 En relación a los patrones EEG de vigilia y fases de sueño en la polisomnografía, ¿cuál no es correcta?

- A) En el estadio N1 (NREM1) hay una caída de la actividad alfa, con movimientos oculares lentos y tono del mentón menor que en la vigilia
- B) En el estadio N2 (NREM2) hay actividad de ondas lentas (ondas deltas) y elevada amplitud que ocupa más del 20%
- C) En el estadio N3 (NREM3) no hay movimientos oculares y la actividad muscular es más baja que en el estadio N2
- D) En el estadio R (REM) hay actividad de frecuencia mixta y baja amplitud, con aparición de ondas en dientes de sierra

72 Respecto a la PET -TC, señale la respuesta correcta:

- A) Es una herramienta esencial en la estadificación ganglionar del cáncer de pulmón no microcítico
- B) Es útil para valorar la extensión de las vasculitis de grandes vasos
- C) No tiene valor en el cáncer de pulmón de célula pequeña
- D) A y B son ciertas

73 Respecto a la escala de somnolencia de Epworth, ¿cuál de las siguientes es falsa?

- A) Es un cuestionario autoadministrado, empleado como medida de la percepción del grado de somnolencia subjetiva general
- B) Se muestran ocho situaciones en las que el individuo debe responder ante cuáles de ellas se sentiría somnoliento
- C) Se considera somnolencia excesiva a partir de un valor igual o superior a 15
- D) El intervalo de puntuaciones oscila de 0 a 24

74 En la realización de un EBUS lineal, señale lo cierto:

- A) Si el paciente toma tratamiento antiagregante a dosis de 300 mg, no requiere retirarlo
- B) No se recomienda disponer de una broncoscopia flexible previa
- C) La estadificación del mediastino se debe realizar de N1 a N3
- D) Se pueden explorar y tomar muestras de las estaciones ganglionares 2 -4 -7- 10 -11

- 75 ¿Cuál de las siguientes no es una respuesta típica al ejercicio máximo en pacientes con enfermedades vasculares pulmonares?**
- A) VO₂ máximo y potencia máxima bajas
 - B) Frecuencia respiratoria alta
 - C) Frecuencia cardíaca alta
 - D) Pulso de oxígeno alto
- 76 En relación a los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud específicos para enfermedades respiratorias, ¿cuál no es correcta?**
- A) El *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) es un cuestionario adecuado tanto para la EPOC como para el asma bronquial
 - B) El *Chronic Respiratory Questionnaire* (CRQ) contiene 20 ítems y se distribuye en tres dimensiones de la salud: función emocional, fatiga y control de la enfermedad
 - C) El *Asthma Quality of Life Questionnaire de Marks* (AQLQ-Marks) contiene 20 ítems, en 4 dimensiones: disnea, estado de ánimo, restricción social y preocupación por el estado de salud
 - D) El *Asthma Quality of Life Questionnaire de Juniper* (AQLQ-Juniper) contiene 32 ítems, en 4 dimensiones: limitación de las actividades habituales, síntomas, función emocional y estímulos ambientales
- 77 Respecto a la alfa1-antitripsina, indique la respuesta correcta:**
- A) Es una glucoproteína circulante sintetizada fundamentalmente por los hepatocitos (80%)
 - B) Inhibe las proteasas séricas sintetizadas por los neutrófilos
 - C) El déficit de α 1-antitripsina se transmite de forma autosómica codominante
 - D) Todas son ciertas
- 78 ¿Cuál de los siguientes antimicrobianos no se utiliza por vía inhalatoria para el tratamiento de Pseudomonas en pacientes con fibrosis quística?**
- A) Colistina
 - B) Meropenem
 - C) Aztreonam
 - D) Tobramicina
- 79 De entre los siguientes, ¿cuál no es un broncodilatador de dosis única diaria?**
- A) Tiotropio
 - B) Vilanterol
 - C) Aclidinium
 - D) Olodaterol

80 En relación al tratamiento antiinflamatorio, ¿cuál es la correcta?

- A) En pacientes con EPOC la respuesta a los corticoides inhalados presenta una graduación de acuerdo con la concentración de eosinófilos en sangre
- B) Entre los pacientes EPOC de alto riesgo de inducir neumonía por la toma de corticoides inhalados se incluyen los fumadores activos y mayores de 55 años
- C) El tratamiento con corticoides inhalados se puede asociar a un incremento de riesgo de diabetes
- D) Todas las respuestas son correctas

81 Con respecto a la rehabilitación respiratoria una afirmación es falsa:

- A) Debe recomendarse a aquellos pacientes sintomáticos con un flujo espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1) < 50%
- B) El FEV1 no es el único criterio para la selección de pacientes
- C) La edad es una contraindicación pues en los ancianos no es esperable una mejoría
- D) Debe considerarse para aquellos con FEV1 > 50%, pero sintomáticos o con limitación al esfuerzo

82 En relación al entrenamiento de los músculos periféricos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- A) Para que una adaptación se lleva a cabo, se ha de aplicar una carga menor a la que un organismo o tejido está habituado
- B) El entrenamiento al ejercicio es el componente fundamental de los programas de rehabilitación respiratoria
- C) En la aplicación del ejercicio como medida terapéutica es muy importante proporcionar y ajustar el tipo y la cantidad de "sobrecarga"
- D) El ejercicio físico ha demostrado ser un predictor de mortalidad en población general

83 En las recomendaciones que se describen en la Normativa SEPAR sobre tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados, señale la respuesta correcta:

- A) Se puede utilizar la terapia sustitutiva con nicotina solo en parches
- B) El bupropión es un fármaco que puede ser utilizado
- C) Aún no hay evidencia suficiente sobre la utilización de vareniclina en el paciente ingresado
- D) Todas son falsas

84 Los efectos secundarios sistémicos más frecuentes y comunes a todas las presentaciones de tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN) son:

- A) Cefalea y mareo
- B) Sueños vívidos e insomnio
- C) Palpitaciones y parestesias
- D) Eritema y exantema

- 85 Durante la ventilación mecánica no invasiva, la IPAP:**
- A) Mejora la ventilación alveolar, al aumentar el volumen corriente, y reduce la PaCO₂
 - B) Contrarresta la autoPEEP del paciente obstructivo
 - C) Es una presión positiva mantenida durante todo el ciclo respiratorio sobre la que el paciente respira espontáneamente
 - D) Las respuestas A y C son correctas
- 86 Durante la ventilación mecánica no invasiva, la utilización de PEEP tiene los siguientes efectos:**
- A) Aumenta el volumen corriente por ayudar la inspiración
 - B) En los sujetos sanos aumenta el gasto cardiaco
 - C) Produce apertura de alvéolos colapsados
 - D) Ninguna de las respuesta es cierta
- 87 Con respecto al sistema de ventilación mecánica invasiva presión de soporte/presión de control, una de las afirmaciones siguientes no es correcta:**
- A) El mecanismo establece un gradiente de presiones entre la presión administrada durante la inspiración y la administrada durante la espiración
 - B) Siempre garantiza la ventilación de un volumen constante al paciente
 - C) El ciclado puede dispararse tanto con un sistema de *trigger* de flujo como de presión
 - D) Estos dispositivos pueden programarse con una frecuencia respiratoria fija o controlada
- 88 ¿En qué situación durante una parada cardiaca se pueden dar 3 descargas consecutivas en ritmo desfibrilable?**
- A) Siempre
 - B) Depende del peso del paciente
 - C) En ninguna situación
 - D) Ante una parada presenciada y hay un desfibrilador al alcance
- 89 ¿Qué punto de corte del ADA pleural puede considerarse en España como valor para tener una sensibilidad mayor del 90% en el diagnóstico de TBC?**
- A) 25 U/L
 - B) 35 U/L
 - C) 45 U/L
 - D) Ninguno, porque el ADA en nuestro medio nunca llega a tener esa sensibilidad
- 90 Respecto a las prótesis endobronquiales, es falso que:**
- A) Su uso está indicado en el tratamiento de las estenosis benignas: postintubación orotraqueal, postraqueostomía, posttuberculosa
 - B) Se utilizan en la compresión extrínseca de la vía aérea por conglomerado adenopático peritraqueal y/o peribronquial
 - C) Es un tratamiento paliativo independientemente de la etiología subyacente, tanto benigna como maligna
 - D) Nunca migran ni forman granulomas

- 91 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta respecto a la poligrafía respiratoria?**
- A) Es el método más utilizado en el diagnóstico de SAHS
 - B) Permite el abordaje terapéutico del 75% de los pacientes con este problema del sueño
 - C) Consiste en el registro de diversas variables respiratorias durante el sueño y puede realizarse de forma vigilada en el laboratorio de sueño, pero lo más habitual es hacerlo de forma no vigilada en el domicilio del paciente
 - D) Sobrestima el índice de apneas/hipopneas por hora de sueño (IAH) y, por tanto, la gravedad del SAHS
- 92 En relación al secuestro broncopulmonar, señale la respuesta falsa:**
- A) Consiste en una masa no funcional de tejido pulmonar que carece de comunicación normal con el árbol traqueobronquial
 - B) Tanto el secuestro intralobar como el extralobar reciben su irrigación arterial de la circulación sistémica
 - C) El secuestro intralobar se caracteriza por tener su propia pleural visceral, dentro de un lóbulo normal
 - D) A veces se asocian a otras anomalías congénitas
- 93 La polisomnografía (PSG) está indicada en las siguientes situaciones, excepto:**
- A) Diagnóstico de SAHS en los pacientes con sospecha clínica y resultado negativo de la poligrafía respiratoria
 - B) Revalorar al paciente diagnosticado de SAHS y en tratamiento con CPAP desde hace 5 años
 - C) Pacientes con sospecha de SAHS y patología concomitante de tipo neumológico, neurológico, psiquiátrico o sospecha de otro trastorno del sueño asociado
 - D) Revalorar el diagnóstico y gravedad del SAHS posterior a la cirugía otorrinolaringológica y a la aplicación de un DAM en pacientes con SAHS moderado-grave
- 94 Respecto a la fisiopatología de la disnea:**
- A) No existe relación directa entre disnea e hipoxia en la mayoría de pacientes
 - B) La compresión o distorsión de vías aéreas que ocurren en pacientes con EPOC puede contribuir a la sensación de disnea
 - C) La disnea debida a un broncoespasmo es similar a la provocada por un esfuerzo respiratorio mediante una resistencia externa equivalente
 - D) Son ciertas las respuestas A y B
- 95 Hablando de la hemoptisis, señale la respuesta falsa de entre las siguientes afirmaciones:**
- A) Los indicadores de riesgo de hemoptisis amenazante incluyen inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria, cuantía > 100 ml y obstrucción de la vía aérea central
 - B) La causa más frecuente de hemorragia en los vasos de la red pulmonar es la ulceración de los mismos por proceso destructivo subyacente, por ejemplo una neoplasia
 - C) La embolización arterial es un método efectivo de tratamiento en el sangrado de los vasos de la red bronquial
 - D) Menos del 10% de las hemoptisis son de origen idiopático

96 Respecto a las tos crónica, es incorrecto:

- A) Es la que dura más de 4 semanas
- B) Habitualmente se debe a más de una causa y se deben tratar inicialmente todas ellas
- C) La tos por IECA suele aparecer tras 1 año del inicio del tratamiento y, si se sospecha, debemos retirar el fármaco durante al menos 4 semanas (puede mantenerse la tos meses tras su retirada). La desaparición de la tos tras la retirada del fármaco es la única forma de asegurar su diagnóstico
- D) Tiene una fisiopatología similar al dolor crónico

97 Respecto a las indicaciones del tratamiento con oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), señale la incorrecta:

- A) Se indica en pacientes con PaO₂ en reposo ≤ 55 mmHg
- B) Se indica en pacientes con PaO₂ de 56-59 mmHg en los que exista evidencia de arritmias, cor pulmonale, insuficiencia cardíaca derecha, poliglobulia o alteraciones en la función intelectual
- C) Está demostrada su utilidad en los pacientes que presentan exclusivamente desaturación nocturna
- D) Los pacientes que tienen desaturación al esfuerzo únicamente se beneficiarían de la OCD si con ello se constata una mejoría de la disnea o de la tolerancia al esfuerzo (entendiendo por mejoría un incremento de la distancia recorrida de 25-30 m en el test de la marcha de 6 minutos)

98 ¿Qué afirmación no es correcta en relación a la presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO₂)?

- A) Los valores normales de PaO₂ en el adulto varían ligeramente con la edad
- B) A través de diferentes ecuaciones podemos calcular los valores de referencia de la PaO₂
- C) Es el parámetro de oxigenación arterial que evalúa la función pulmonar
- D) Los valores normales de PaO₂ en el adulto no varían con el índice de masa corporal

99 ¿Qué tipo de hipoxemia, de las siguientes que se describen, no puede ser corregida con administración de O₂?

- A) Shunt o cortocircuito
- B) Desequilibrio ventilación/perfusión
- C) Limitación de la difusión
- D) Hipoventilación alveolar

100 En relación con las parasitosis pulmonares, no es cierto:

- A) En todas las parasitosis pulmonares es frecuente encontrar eosinofilia en sangre periférica
- B) Hidatidosis se suele presentar como masa pulmonar única o múltiple y la dirofilariosis como nódulos pulmonares
- C) La aparición de síntomas respiratorios e infiltrados alveolares en la radiografía de tórax es una manifestación frecuente de la infección pulmonar por helmintos
- D) El patrón miliar y la hipertensión pulmonar son característicos de la esquistosomiasis crónica

CASO PRACTICO 1:

Paciente de 55 años de edad, diagnosticado de carcinoma broncogénico indiferenciado de células pequeñas (tipo oat-cell) de 3 cm de diámetro en lóbulo superior izquierdo, con adenopatías mediastínicas y supraclaviculares tumorales homolaterales. El paciente no tiene ninguna contraindicación quirúrgica.

101 Señale cuál de los siguientes es el tratamiento inicial de elección:

- A) Quimioterapia y radioterapia concomitante
 - B) Quimioterapia y radioterapia secuencial
 - C) Cirugía seguida de quimioterapia adyuvante.
 - D) Quimioterapia
-

CASO PRACTICO 2:

Varón de 47 años de edad, fumador de 20 cigarrillos al día, que consulta por fiebre, expectoración purulenta y dolor pleurítico de dos días de evolución. La Rx de tórax muestra una condensación lobar derecha y en el hemocultivo se aísla un “coco grampositivo en cadena”. Se inicia tratamiento con ceftriaxona 2 g/24 g i.v. A las 72 h el paciente persiste febril a 39°C y con dolor pleurítico.

102 ¿Cuál es la causa más probable de la mala evolución?

- A) Dosis de ceftriaxona insuficiente
 - B) Bacteria responsable (probablemente *Streptococcus pneumoniae*) resistente al tratamiento
 - C) Coinfección por *Legionella* spp
 - D) Presencia de un empiema pleural
-

CASO PRACTICO 3:

Mujer de 65 años, con antecedentes de asma crónico y crisis frecuentes que precisan tratamiento con glucocorticoides por vía sistémica, la última hace 15 días. Una semana antes de ingresar en el hospital comienza con tos, expectoración amarillenta, en ocasiones con sangre, seguido de fiebre y aparición de disnea, que no mejora a pesar del tratamiento con amoxicilina-clavulánico. En la placa de tórax al ingreso en el hospital se observan múltiples nódulos pulmonares, mal definidos, alguno de ellos cavitado.

103 De los diagnósticos siguientes, ¿cuál es el más probable?

- A) Neumonía viral
 - B) Infección por *Aspergillus fumigatus*
 - C) Infección por *Legionella pneumophyla*
 - D) Neumonía por *Candida albicans*
-

CASO PRACTICO 4:

Un paciente de 56 años, exfumador de 10 paquetes/año, empleado de banca, consulta por disnea de esfuerzo y tos seca desde hace 8 meses. En la exploración física se aprecian crepitantes secos en las bases pulmonares y acropaquias. Se realiza una radiografía de tórax en la que aparece un patrón intersticial reticular de predominio en bases, sin otros hallazgos. Una gasometría arterial en reposo muestra una pO₂ de 69 mmHg y pCO₂ de 36 mmHg, y durante el ejercicio la pO₂ es de 50 mmHg y la pCO₂ de 32 mmHg.

104 Todos los hallazgos siguientes apoyarían el diagnóstico de sospecha, excepto uno:

- A) Disminución de TLC, FVC y DLCO con cociente FEV₁/ FVC de 88%
 - B) Engrosamiento septal de predominio subpleural y bibasal
 - C) Bronquiectasias de tracción
 - D) Imágenes extensas “en vidrio deslustrado” en bases pulmonares
-

CASO PRACTICO 5:

Mujer asmática de 45 años, que consulta por tos, disnea, malestar, artralgias y pérdida de peso de pocas semanas de evolución. En la analítica se aprecia alteración de las enzimas hepáticas. Se ingresa por posible neumonía y se pone tratamiento antibiótico con amoxicilina y azitromicina. Se da de alta y en la revisión al mes refiere fiebre vespertina, cansancio, astenia y escasa tos. La Rx de tórax se muestra en la figura adjunta.

105 ¿Cuál es su diagnóstico más probable?

- A) Histiocitosis X
 - B) Sarcoidosis
 - C) Linfangioleiomiomatosis
 - D) Neumonía Eosinófila Crónica
-

CASO PRACTICO 6:

Un paciente de 19 años ingresa por presentar un neumotórax derecho pequeño, sin repercusión respiratoria. Hace 3 años, tuvo un neumotórax izquierdo que precisó drenaje.

106 Señale cuál sería el tratamiento más adecuado:

- A) Drenaje torácico
- B) Pleurodesis química con talco
- C) Observación y cirugía posteriormente
- D) Profilaxis antibiótica, para evitar la infección de la cavidad pleural

CASO PRACTICO 7:

Varón de 76 años, exfumador desde hace 8 años con un índice paq./año de 50. Acude por cuadro de 2 días de duración con febrícula y tos con expectoración mucopurulenta. Habitualmente refiere disnea que le obliga a parar a los pocos minutos de andar en llano; tos con expectoración mucosa habitual; sibilantes ocasionales. Suele presentar 2 cuadros de descompensación bronquial al año que precisan la toma de antibióticos. IMC 25,3 kg/m². IgE: 9 UI/mL. AAT: 180 mg/dL. Eosinofilia de 210 células/mm³. Espirometría con una obstrucción con FEV1 del 46%, sin reversibilidad significativa. Gasometría arterial con PaO₂ de 56 mmHg y PaCO₂ de 45 mmHg. Test de marcha de 6 minutos con una distancia recorrida de 234 m.

107 ¿Cuál es el nivel de disnea según la escala MRCm?

- A) Grado 1
- B) Grado 2
- C) Grado 3
- D) Grado 4

108 ¿Cómo clasificarías a este paciente EPOC según la clasificación GOLD 2021?

- A) Grupo funcional 3, grado de riesgo D
- B) Grupo funcional 2, grado de riesgo D
- C) Grupo funcional 3, grado de riesgo C
- D) Grupo funcional 2, grado de riesgo C

109 ¿Cómo clasificarías el fenotipo de este paciente según GesEPOC 2021?

- A) Fenotipo agudizador eosinofílico
- B) Fenotipo agudizador no eosinofílico
- C) Fenotipo ACO (mixto EPOC-Asma)
- D) No es posible definir fenotipo al ser de bajo riesgo

110 ¿Cuál sería el valor del índice BODE del paciente?

- A) 1
- B) 2
- C) 4
- D) 6

111 ¿Cuál sería el valor del índice BODEx del paciente?

- A) 1
 - B) 3
 - C) 5
 - D) 7
-

CASO PRACTICO 8:

Mujer de 41 años con asma grave, poliposis nasal y alergia a aspirina. Antecedentes familiares: tío materno con asma bronquial. Antecedentes personales: Nunca fumadora, no bebedora. Monitora de colegio. Dislipemia en tratamiento con simvastatina. Operada

de mastitis y de ovario hace más de 30 años. Trastornos psiquiátricos mayores. Asma bronquial desde los 22 años con preferencia en época invernal y en los días con cambios bruscos de temperatura. Diagnosticada de asma intrínseca y corticodependiente. Poliposis nasal e intolerancia AAS y derivados. A veces síntomas nasales: estornudos, taponamiento, prurito... Se afecta con olores irritantes, ambientes de polvo, humedad. Tratamiento: Montelukast, Triancinolona nasal, LABA+LAMA, corticoides orales a dosis bajas (deflazacort 6 mgrs/día). Un ingreso hace 5 años y una visita a Urgencias en el último año. Salvo su dosis basal, no ha recibido dosis extra de corticoides orales en los últimos dos años. Situación basal habitual en las revisiones con Asthma Control Test (ACT) de 20. Acude a Urgencias por crisis asmática moderada. Exploración: Sibilancias espiratorias diseminadas. Cuestionario ACT: 10. Pruebas complementarias: Hemograma: normal con 250 eosinófilos/mcL. Bioquímica: todos los parámetros de rutina dentro de límites normales, excepto calcio 10.7mg/dL. IgE total 171 U/mL. Alfa-1-antitripsina 140 mg/dL (VN 100 - 220 mg/dL). EFR de septiembre de 2019: Patrón obstructivo grave con FVC 65%, FEV1 45% que se mejora tras beta-2 un 13%. Peak-Flow: máximo de 250 y mínimo 180 con variabilidad > 20%. Rx de tórax: hiperdistensión de campos pulmonares con aplanamiento de diafragmas. Rx de senos: opacidad difusa de seno maxilar derecho y nivel hidroaéreo en seno maxilar izquierdo.

112 ¿Cuál cree que podría ser la causa del mal control del asma en esta paciente?

- A) Tratamiento no optimizado del asma que padece
- B) Comorbilidad no controlada
- C) La paciente no tiene asma
- D) Son correctas las opciones A y B

113 ¿Qué actitud plantearía a continuación en este caso?

- A) Optimizar tratamiento, comprobar adherencia y pedir interconsulta a ORL y a Psiquiatría si no se controla el asma tras tratamiento específico
- B) Iniciaría tratamiento con Omalizumab
- C) Iniciaría tratamiento con Benralizumab
- D) Las respuestas A y C son correctas

114 Con la información aportada, diríamos que la paciente tiene un asma:

- A) Moderado persistente no controlado
 - B) Grave persistente no controlado
 - C) Susceptible de plantear tratamiento biológico con anti IL5
 - D) Ninguna de las anteriores es correcta
-

CASO PRACTICO 9:

Mujer de 39 años que acude por fiebre a Urgencias. Entre sus antecedentes personales destaca consumo de tabaco de 10 paquetes/año, no consumidora de alcohol ni otras drogas. En el último mes ha presentado ocasionales dolores articulares, astenia, molestias oculares, con picor de ojos y una lesión dolorosa violácea en región pretibial. A la exploración destacan pequeñas adenopatías cervicales. En radiografía de tórax presenta adenopatías hilares y paratraqueales. EL hemograma y la bioquímica

elemental son normales.

115 Las siguientes actuaciones serían adecuadas, excepto:

- A) Solicitar TAC de tórax
- B) Ampliar analítica con test inmunológicos y ECA
- C) Solicitar baciloscopia de esputo
- D) Solicitar TAC de senos

116 En el TAC de tórax se aprecia un infiltrado algo nodular peribroncovascular bilateral en ambos lóbulos inferiores. ¿Cuál sería una prueba adecuada para llegar al diagnóstico de su enfermedad?

- A) Baciloscopia de esputo seriada y cultivo de micobacterias
- B) Fibrobroncoscopia con biopsia trasbronquial y BAL
- C) Hemocultivos seriados
- D) Serología para gérmenes atípicos

117 ¿Qué esperaríamos encontrar en el BAL?

- A) Eosinofilia mayor del 20%
- B) CD4/CD8 mayor de 4
- C) Material PAS positivo
- D) Material birrefringente

118 ¿Cuál sería el tratamiento adecuado?

- A) Corticoides vía oral
- B) Inmunosupresores por vía oral
- C) Amoxi-clavulánico intravenoso
- D) Macrólido intravenoso

119 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) El pronóstico es bueno para la mayoría de los casos
 - B) No hay que descartar afectación a nivel de otros órganos
 - C) No es necesario modificar la pauta de corticoides
 - D) Hay que ponerla en aislamiento respiratoria durante 3 semanas
-

CASO PRACTICO 10:

En la imagen que se muestra, puede usted observar un corte de la TC torácica realizada a un paciente por sospecha clínica de cáncer de pulmón.

120 Indique los hallazgos que mejor se ajustan a la imagen:

- A) Se observa una masa pulmonar derecha y adenopatías paratraqueales derechas
- B) Se observa una masa pulmonar derecha, una adenopatía hilar derecha y una adenopatía subcarinal
- C) Se observa una masa pulmonar derecha y múltiples adenopatías mediastínicas
- D) Se observa una masa pulmonar derecha, sin adenopatías mediastínicas

121 ¿Qué técnica puede dar el diagnóstico y la estadificación?

- A) Broncoscopia con biopsia transbronquial
- B) Punción transtorácica con ecografía
- C) Punción transtorácica guiada con TAC
- D) Ecobroncoscopia con punción de la adenopatía subcarinal

122 Si en el paciente anterior la masa pulmonar mide 4 cm de diámetro, indique cuál sería la estadificación clínico-radiológica de este caso:

- A) T2a N2
 - B) T2a N1
 - C) T1b N0
 - D) T2b N2
-

CASO PRACTICO 11:

Paciente de 72 años, exfumador desde hace 3 años, hipertensión arterial y ángor estable desde hace 5 años. Diagnosticado de adenocarcinoma pulmonar en estadio IIa. Se plantea tratamiento quimioterápico neoadyuvante y posterior cirugía de resección.

123 En relación a la evaluación preoperatoria ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

- A) En los pacientes de edad avanzada con cáncer de pulmón que son potenciales candidatos para la resección quirúrgica curativa se recomienda que sean completamente evaluados independientemente de la edad
- B) En los pacientes con cáncer de pulmón considerados para la cirugía, se recomienda calcular el FEV1 y DLCO en todos los pacientes y debe de calcularse las predicciones postoperatorias de ambos parámetros
- C) En los pacientes con cáncer de pulmón considerados para cirugía, si el ppoFEV1 (estimado postoperatorio del FEV1) y el ppoDLCO (estimado postoperatorio de la DLCO) están > 60%, se recomienda realizar una prueba de esfuerzo
- D) En los pacientes con cáncer de pulmón considerados para la cirugía que reciben terapia neoadyuvante se deben repetir los test de función pulmonar con DLCO tras completar la terapia

124 Al paciente se le realizó distintas pruebas complementarias: ppoFEV1 del 58%, ppoDLCO del 50%, Shuttle walk de 350 m y VO2max de 14 ml/Kg/min. ¿Cuál de estas respuestas es correcta?

- A) En los pacientes con cáncer de pulmón considerados para la cirugía, si el ppoFEV1 o el ppoDLCO están < 60% y ambos están > 30%, se recomienda realizar test de ejercicio de baja tecnología (shuttle walk test)
- B) En los pacientes con cáncer de pulmón considerados para cirugía, si andan < 400 m en el SWT (25 shuttles), hay que realizar una prueba de esfuerzo con medida del VO2max
- C) Según los resultados del VO2max debemos considerar al paciente como de riesgo moderado
- D) Todas las respuestas son correctas

CASO PRACTICO 12:

Paciente de 62 años, fumador con historia tabáquica de 50 paquetes años, con un IMC de 24. Se le realizan pruebas funcionales respiratorias con los siguientes resultados: FVC del 81%, FEV1 del 58%, FEV1/FVC del 65%; FRC del 110% y TLC del 135%. La prueba de 6 minutos es de 280 metros.

125 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) La capacidad vital forzada (FVC) corresponde a la mayor cantidad de aire que puede ser exhalado con un esfuerzo espiratorio lento máximo, al término de un esfuerzo inspiratorio máximo
- B) La interacción tóraxpulmonar es un determinante clave de los volúmenes pulmonares
- C) La capacidad funcional residual (FRC) es el volumen de gas pulmonar existente al final de una espiración tranquila
- D) Todas son correctas

126 Este paciente presenta un patrón obstructivo y, por lo tanto, no es posible encontrar:

- A) Un descenso en el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1)
- B) En los casos graves podemos encontrar un descenso de la FVC
- C) El aumento de la TLC es mayor que el aumento del RV (RV/TLC disminuida)
- D) El aumento de la FRC tiene como desventaja que disminuye la capacidad inspiratoria (IC)

127 En relación con la medición de los volúmenes pulmonares de este paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- A) El aumento del tiempo espiratorio durante el ejercicio provoca hiperinsuflación dinámica
- B) En pacientes con limitación al flujo aéreo los resultados obtenidos con la técnica de dilución de gases inertes tienden a infravalorar el volumen de gas intratorácico
- C) Las enfermedades pulmonares obstructivas mantienen elevadas su FRC para facilitar el flujo espiratorio mediante un descenso de la retracción elástica
- D) Durante la espiración, la obstrucción de las vías aéreas disminuye la resistencia (Raw), haciéndose que se cierren a volúmenes pulmonares bajos

128 ¿Qué valor tendría el índice BODE del paciente?

- A) 2
 - B) 3
 - C) 4
 - D) No es posible calcularlo con estos datos
-

CASO PRACTICO 13:

Paciente de 67 años, varón, fumador de 67 paquetes/año de consumo acumulado, con comorbilidades de HTA, DM tipo 2, cardiopatía isquémica tipo IAM hace 6 años, e hipertrofia benigna de próstata, correctamente tratadas. Acude al centro de salud por tos, expectoración purulenta de una semana de duración, sin fiebre, y disnea mMRC1, que no presentaba anteriormente. No refiere tratamientos previos con antibióticos ni

corticoides orales el año previo, ni siquiera visitas al médico de atención primaria. Su médico lo deriva al especialista, dado que, debido a la pandemia de COVID 19, no puede completar estudio diagnóstico, tras realizarle analítica y radiología, siendo la primera normal, sin desviación de la fórmula leucocitaria a la izquierda y con eosinófilos menor de 100 células/mm³, y la Rx de tórax PA y L con pobreza vascular y atrapamiento aéreo retrocardíaco y retroesternal sin otros hallazgos.

129 ¿Qué prueba diagnóstica debería ser nuestra primera aproximación?

- A) Un electrocardiograma
- B) Un TAC de tórax de alta resolución
- C) Una espirometría con broncodilatación
- D) Gasometría venosa

130 Una vez realizadas las pruebas, confirmamos que estamos ante una EPOC grupo A de GOLD. ¿Qué tratamiento propondría de inicio?

- A) Corticoides inhalados (CI)
- B) Asociación LAMA más LABA
- C) CI más SABA de rescate
- D) Un broncodilatador de larga duración, preferiblemente LAMA

131 Nuestro paciente acude a los 6 meses a revisión. No ha presentado exacerbaciones, pero se queja de que su disnea no ha mejorado, incluso diría que ha aumentado, siendo ahora mMRC 2. La expectoración es abundante, pero no purulenta y se mantiene afebril. Se comprueba técnica inhalatoria del fármaco tipo Respimat® que se le prescribió, que es correcta. No ha dejado de fumar actualmente, si bien ha disminuido su consumo considerablemente. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- A) El paciente ha modificado su grupo de clasificación, siendo actualmente grupo B de GOLD
- B) Debemos insistir en que abandone el tabaco
- C) Debemos ajustar tratamiento farmacológico, preferiblemente añadiendo un CI, ante la persistencia de la disnea
- D) Las recomendaciones del ajuste farmacológico de seguimiento no dependen de la clasificación GOLD en el momento del diagnóstico

132 Un vez ajustado el tratamiento, se comprueba el estado del paciente, el manejo de inhaladores y observamos estabilidad en este; en la siguiente revisión deberemos hacer todo lo que se enumera, excepto:

- A) Comprobar el hábito tabaco e insistir en su abandono
 - B) Mantener tratamiento broncodilatador
 - C) Prescribir oxígeno domicilio concentrador durante el ejercicio
 - D) Valorar exacerbaciones y visitas a urgencias en cada revisión
-

CASO PRACTICO 14:

Varón de 72 años, nunca fumador, que realiza tratamiento para hipertrofia benigna de próstata y tiene un IMC de 24 (normopeso). Pintor industrial jubilado. Desde entonces (7

años), se dedica a su hobby: criar y cuidar, en un patio cerrado, canarios y gallinas (unos 40 animales en total). Consulta por un cuadro de 2 meses con tos y aparición de disnea progresivas hasta moderados esfuerzos. En la auscultación respiratoria tiene crepitantes secos bibasales. No tiene acropaquias. La gasometría basal muestra pO₂: 68, pCO₂: 38, pH: 7.45, SaO₂: 94%. La radiografía de tórax simple muestra un refuerzo del intersticio en ambas bases pulmonares.

133 Entre las exploraciones a solicitar de inicio, no estaría:

- A) Una tomografía torácica de alta resolución (TCAR)
- B) Una exploración funcional respiratoria completa (EFRc)
- C) Una biopsia transbronquial
- D) Determinación de precipitinas frente a aves e inmunología

134 La TCAR muestra una reticulación subpleural bibasal y periférica, panalización y bronquiectasias por tracción, así como algún tenue foco de vidrio deslustrado. La EFRc presenta restricción (FVC: 55%, FEV1: 67%; IT: 93%; TLC: 58%) y una difusión corregida baja (KCO: 71%). Ante estos hallazgos:

- A) El paciente debe tomar 600 mg de acetilcisteína cada 8 horas
- B) Debe evitar la exposición o contacto con las aves
- C) Parece orientarse a una neumonitis por hipersensibilidad crónica ya evolucionada a patrón de NIU típico
- D) B y C son ciertas

135 El estudio de autoinmunidad es negativo y las precipitinas frente aves positivas. En el test de la marcha de 6 minutos recorre 350 metros con SpO₂ de inicial del 98% y SpO₂ final del 86%, sin taquicardia y sí con sensación disneica el último minuto y medio. Ante todo lo referido hasta ahora:

- A) Hay que realizar una biopsia pulmonar quirúrgica
- B) No requiere de oxígeno para el ejercicio, actividad física o deambulación
- C) Hay que tratar con dosis elevadas de corticoides (1 mg/kg/día)
- D) Todas son falsas

136 Dado que el patrón radiológico es típico de NIU (Neumonía Intersticial Usual), junto al contexto clínico referido, la ausencia de comorbilidades, la edad del paciente y los datos funcionales, ¿qué actitud tomaría en este momento?

- A) No es preciso realizar una toma de biopsia pulmonar (quirúrgica, biopsia transbronquial, criobiopsia) para asumir el diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática
 - B) Sí precisaría de realizar un lavado broncoalveolar
 - C) Tiene criterios para iniciar tratamiento con nintedanib
 - D) A y C son ciertas
-

CASO PRACTICO 15:

Hombre de 43 años, fumador intenso y con bajo nivel social, que refiere tos y expectoración verdosa de 1 mes de evolución, astenia, anorexia y pérdida de unos 4 kg de peso en el último mes. También refiere sensación febril no termometrada, discreta disnea y sudoración vespertina. A la exploración: paciente caquético y con discreta

sensación disneica. Boca séptica. Corazón a 100 lpm y a la auscultación pulmonar abundantes roncus, sibilancias y crepitantes dispersos por ambos campos pulmonares. La Rx de tórax se muestra en la imagen asociada a esta pregunta.

137 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Absceso pulmonar por aspiración
- B) Tuberculosis pulmonar (TBC)
- C) Cáncer de pulmón
- D) Bronquiectasias difusas sobreinfectadas

138 Ante este caso ¿cuál de las siguientes opciones plantea como la más adecuada?

- A) Realizar baciloscopia urgente
- B) Realizar hemocultivo
- C) Poner tratamiento con Rifampicina, Isoniacida y Etambutol
- D) Poner tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol

139 Imaginemos que, tras una baciloscopia positiva, se pone tratamiento con RHZM. El paciente acude de nuevo a Urgencias a los 20 días por fiebre alta, aumento de su disnea, esputos verdosos y algunos hemoptoicos. Se aprecia en la Rx de tórax una progresión de los infiltrados. ¿Cuál es la actitud más correcta en esta situación?

- A) Poner además del tratamiento anti-TBC un antibiótico de amplio espectro por la posibilidad de coinfección bacteriana y derivar a consultas
- B) Solicitar cultivo de Lowenstein de la muestra previa, con estudio de sensibilidad a fármacos, insistir en la toma de los medicamentos y derivar a consultas
- C) Ingresar al paciente
- D) Ninguna de ellas

140 Imaginemos que se decide el ingreso y se observa que, a pesar de la cumplimentación del tratamiento anti-TBC, se mantiene la fiebre, progresa el infiltrado y no mejora el paciente. ¿Cuál es la actitud más correcta?

- A) Insistir en el tratamiento anti-TBC tras comprobar sensibilidad
- B) Solicitar hemocultivos por la posibilidad de coinfección bacteriana
- C) Poner tratamiento con corticoides sistémicos, por supuesto además de mantener el tratamiento anti-TBC, por la posibilidad de una reacción paradójica al tratamiento tuberculostático
- D) Todas son correctas

141 Si el paciente mantiene fiebre y los esputos claramente positivos (baciloscopias +++) tras 15 días ingresado y confirmando de nuevo la sensibilidad a los 4 fármacos, ¿cuál es la actitud más correcta?

- A) No hay que hacer nada, pues es frecuente que la baciloscopia positiva se mantenga durante meses
 - B) Se debe quitar el tratamiento anti TBC, por la posibilidad de fiebre por fármacos anti-TBC durante un mes, y ver evolución con reintroducción posterior progresiva
 - C) Descartar que no se toma los fármacos y realizar la toma de fármacos de forma presencial (personal sanitario) por la posibilidad de no adherencia (además de valorar alteraciones analíticas que sugieran cumplimentación del tratamiento).
 - D) Ninguna de ellas
-

CASO PRACTICO 16:

Mujer de 35 años no fumadora, con IMC de 20, que ingresa con un cuadro de tos, disnea y algún esputo hemoptoico. No tiene fiebre ni ha perdido peso. En la radiografía de tórax se evidencia un pequeño derrame pleural derecho, sin otras alteraciones aparentes. Como antecedente cuenta tuvo dos episodios de neumotórax incompletos, que no precisaron drenaje, a los 18 y 30 años. Mediante control ecográfico se puede realizar una toracocentesis diagnóstica, obteniéndose un líquido blanquecino.

142 Para establecer un diagnóstico de quilotórax, el líquido pleural extraído debe tener:

- A) Igual o más de 110 mg/dL de triglicéridos
- B) Presencia de quilomicrones
- C) Colesterol superior a 250 mg/dL
- D) A y B son ciertas

143 Entre las causas de quilotórax, no está:

- A) Traumatismo
- B) Neoplasias
- C) Proteinosis alveolar
- D) Linfangioleiomiomatosis

144 Con los datos de este caso, ¿qué diagnóstico de presunción podría hacerse?

- A) Neoplasia
- B) Tuberculosis
- C) Histiocitosis pulmonar
- D) Linfangioleiomiomatosis

145 En el tratamiento de esta paciente debería incluirse:

- A) Dieta exenta de grasas
 - B) Triglicéridos de cadena media
 - C) Anticonceptivos orales
 - D) A y B son ciertas
-

CASO PRACTICO 17:

Hombre de 55 años, normopeso, sin hábitos tóxicos ni patología conocida. Acude a urgencias por cuadro de 2 días con dolor costal derecho, tos y sensación disneica. La radiografía de tórax muestra un infiltrado alveolar en lóbulo inferior derecho con derrame pleural. La gasometría arterial muestra hipocapnia y una hipoxemia leve; y el electrocardiograma un bloqueo completo de rama derecha y patrón S1Q3T3. Está normotenso, sin taquicardia ni taquipnea ni fiebre. La angio-TC confirma la existencia de un tromboembolismo pulmonar bilateral submasivo, con infarto pulmonar extenso en lóbulo inferior derecho, derrame pleural loculado y signos de hipertensión pulmonar.

146 En el manejo clínico de este paciente:

- A) Hay que recoger en su historia clínica la posibilidad de un viaje prolongado reciente
- B) No sería preciso realizar estudio de trombofilia para decidir la duración de la anticoagulación
- C) Podría ser dado de alta a domicilio para realizar tratamiento ambulatorio
- D) A y B son ciertas

147 Al paciente se le realiza un ecocardiograma que confirma los signos sugeridos en angio –TC: tiene una hipertensión pulmonar moderada con una dilatación de cavidades derechas y función sistólica de ventrículo derecho conservada.

Entonces:

- A) Dada la inestabilidad hemodinámica del paciente, hay que realizar una trombectomía percutánea
- B) Está indicada la fibrinólisis sistémica
- C) No estaría recomendada la realización, una vez pasado el evento agudo actual, de un nuevo ecocardiograma
- D) Todas son falsas

148 El derrame pleural asociado al infarto pulmonar que presenta:

- A) No precisa de control
- B) Nunca precisan drenaje
- C) Precisa de evaluación y seguimiento mediante auscultación, controles ecográficos y/o radiológicos simples, sintomatología, etc., por si precisara actuar sobre el mismo
- D) A y B son ciertas

149 Al paciente se le realiza una ecografía doppler de miembros inferiores que muestra una trombosis venosa crónica en femoral derecha y una trombosis venosa subaguda en femoral y poplítea izquierdas. Esto implica:

- A) Hay que poner un filtro de cava
- B) En un caso como este, siempre hay que realizar cribado extendido de cáncer oculto
- C) Los hallazgos de la ecografía doppler, apoyan un tratamiento anticoagulante durante seis meses
- D) Todas son falsas

150 Este paciente, sin antecedentes de interés, que no presenta ningún factor de riesgo transitorio ni permanente para la enfermedad tromboembólica sufrida, considerándose, por tanto, idiopática, ¿cuál sería la opción correcta de tratamiento?

- A) Se recomienda suspender la anticoagulación a los tres meses
- B) Se recomienda el tratamiento anticoagulante indefinido
- C) La duración del tratamiento anticoagulante es de seis meses
- D) Para decidir la duración del tratamiento anticoagulante debemos apoyarnos en la determinación de dímero D y el estudio de trombofilia

151 ¿Cuál de estas aseveraciones respecto al cáncer de pulmón es falsa?

- A) Es el tipo histológico más prevalente en la actualidad es el adenocarcinoma y supone aproximadamente el 50% de los nuevos casos
- B) La causa del aumento de la incidencia del adenocarcinoma es desconocida, aunque se plantea que podría estar relacionada con la introducción de los cigarrillos bajos en nicotina a partir de la década de 1960
- C) El adenocarcinoma se localiza preferentemente en la periferia y tiene menor capacidad de metastatizar a distancia que el carcinoma escamoso
- D) El adenocarcinoma es más frecuente en mujeres no fumadoras

152 En una paciente con sospecha de FPI (Fibrosis Pulmonar Idiopática) con patrón claro en TAC de una NIU (Neumonía Intersticial Usual), señalar la respuesta falsa:

- A) El diagnóstico de FPI se demora usualmente casi dos años
- B) El tratamiento debe iniciarse lo más precozmente posible para evitar la progresión y facilitar la curación
- C) El diagnóstico requiere equipos multidisciplinares y hay que ser metódico y sistemático en el proceso
- D) La FPI es la neumopatía intersticial idiopática más frecuente

153 El patrón radiológico NIU (Neumonía Intersticial Usual) comprende todos los hallazgos siguientes, excepto:

- A) Patrón reticular de predominio subpleural y basal
- B) Gradiente ápico-basal (mayor afectación de bases que de ápices)
- C) Panalización y bronquiectasias de tracción
- D) Extensas áreas en vidrio deslustrado



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias