

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

**ACCESO: LIBRE**

**CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:  
FEA NEUMOLOGÍA - PRUEBA APLAZADA**

**ADVERTENCIAS:**

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- 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.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. **PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.**
- 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 teórica 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 y sumarían un máximo de 50 puntos.
- 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 práctica 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 y sumarían un máximo de 50 puntos.
- 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.

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

**ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.**

**CONTINÚA EN LA CONTRAPORTADA**



- 
- 1 La Constitución Española señala que los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad, en su artículo:**
- A) 50.
  - B) 51.
  - C) 52.
  - D) 53.
- 2 La Junta de Andalucía es la institución en que se organiza políticamente el autogobierno de la Comunidad Autónoma, y está integrada por el Parlamento de Andalucía, la Presidencia de la Junta y el Consejo de Gobierno. Además, el Estatuto de Autonomía de nuestra Comunidad (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo) establece que otras instituciones y órganos regulados en el mismo texto legal forman parte también de la organización de la Junta de Andalucía, y entre estos se encuentra:**
- A) Defensor del Pueblo Andaluz.
  - B) Consejo de Transparencia.
  - C) Cámara de Comercio de Andalucía.
  - D) Consejo de Radiotelevisión Pública de Andalucía.
- 3 Los pinchazos accidentales constituyen un importante problema de salud laboral por su relativa alta frecuencia (son el accidente con riesgo biológico más corriente) y por las consecuencias que pueden comportar desde el punto de vista de contagio. Todas las siguientes son recomendaciones básicas que deben seguirse para evitar accidentes de este tipo, EXCEPTO:**
- A) Desechar las pipetas de vidrio con el borde roto.
  - B) No manipular residuos en el interior de los contenedores, ya que estos pueden contener en su interior agujas y material punzante o cortante.
  - C) No volver a encapsular las agujas ya usadas.
  - D) Usar guantes desechables para cualquier manipulación de material sanitario.
- 4 El Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003), señala en su artículo 10, como principal instrumento de configuración y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), y que conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre los criterios para la coordinación de la política de recursos humanos del SNS:**
- A) A la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
  - B) Al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
  - C) Al Ministerio de Sanidad.
  - D) Al Foro Marco para el Diálogo Social.

- 5 Referido a la obtención por primera vez de la Tarjeta Sanitaria de Andalucía, todas las siguientes afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:**
- A) Supone el registro del solicitante en la Base de Datos de personas usuarias (BDU).
  - B) Al solicitar la tarjeta es imprescindible que el/la ciudadano/a señale el centro de atención primaria y profesional de medicina de familia o pediatría que desea.
  - C) Requiere la acreditación de la residencia en Andalucía mediante certificado de empadronamiento.
  - D) Es necesario presentar el modelo de solicitud, cumplimentado, en un centro de atención primaria.
- 6 Los profesionales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) están asegurados mediante un contrato de seguro de responsabilidad que garantiza las consecuencias económicas a las que vendría obligado a indemnizar por haber causado daños y perjuicios a un tercero en la actividad prestada para el SAS. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre esta cobertura es cierta?**
- A) Si un profesional del SAS es considerado responsable por cualquier actuación amparada por el contrato de seguro de responsabilidad, que no sea causada por una intención de producir voluntariamente un daño a un tercero, no tendrá que abonar cantidad alguna.
  - B) Los profesionales del SAS están siempre asegurados, ya que ante cualquier situación, tanto la responsabilidad civil profesional como la responsabilidad patrimonial está cubierta por la empresa de seguros que tenga contratada el Organismo.
  - C) En caso de recibir una reclamación, hay que comunicar la misma directamente al Servicio de Gerencia de Riesgos del SAS.
  - D) Todos los profesionales del SAS cuentan con la defensa de los letrados del Servicio Andaluz de Salud, por lo que no está previsto que el profesional elija a su propio abogado.
- 7 Referido a los indicadores de salud, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Un indicador puede ser algo tan simple como un número absoluto de eventos, o un cálculo complejo, como la esperanza de vida al nacer o la tasa de fecundidad.
  - B) Los indicadores de salud deben ser mediciones relativas, que están compuestos por un numerador y un denominador que, por lo general, se refieren al mismo período y el mismo lugar.
  - C) Son mediciones absolutas: la razón, la proporción, la tasa y los llamados odds.
  - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 8 La tasa de fecundidad es un buen indicador de la conducta reproductiva de la población, que además no se ve afectado por la estructura etaria. ¿Cómo se calcula?**
- A) Numero de nacidos vivos en un año / número de mujeres a mitad de ese año.
  - B) Número de embarazos en un año / número de mujeres entre 15 y 49 años a mitad de ese año.
  - C) Número de nacidos vivos en un año / número de mujeres entre 15 y 49 años a mitad de ese año.
  - D) Promedio de hijos que cada mujer dejaría al cumplir los 50 años.

- 9 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la desviación estándar es correcta?**
- A) La desviación estándar es la medida de dispersión más común, que indica cuán dispersos están los datos con respecto a la media.
  - B) En una muestra de valores, mientras mayor sea la desviación estándar de una variable, menor será la dispersión de los datos de dicha variable.
  - C) El símbolo  $\sigma$  (sigma) se utiliza frecuentemente para representar la desviación estándar de una muestra.
  - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 10 ¿Qué prueba de las siguientes emplearía para evaluar una posible asociación o relación entre dos variables cuantitativas?**
- A) T de Student.
  - B) Chi cuadrado.
  - C) Regresión lineal simple.
  - D) ANOVA.
- 11 Usted está llevando a cabo un análisis de la casuística de su unidad en el último año, con los datos que le han proporcionado desde el Servicio de Información y Calidad, y quiere comprobar si la mortalidad hospitalaria está relacionada con los días de la semana. En concreto, teniendo datos de los pacientes hospitalizados y de los éxitus habidos durante el ingreso hospitalario, así como de la fecha y hora de fallecimiento en cada caso, se plantea responder a la siguiente pregunta operativa: ¿es diferente la proporción de mortalidad (razón de N° de pacientes fallecidos/N° de pacientes ingresados) si se comparan fines de semana (desde las 00 horas del sábado hasta las 8 horas del lunes) con resto de los días de la semana (desde las 8.01 horas del lunes a las 23.59 horas del viernes)?. Para llevar a cabo esta comparación entre las dos variables así definidas, recurrirá a ¿qué test de contraste de hipótesis?**
- A) Test T de Student.
  - B) Test Chi cuadrado.
  - C) Regresión lineal simple.
  - D) Regresión logística multivariante.

**12 Plantea hacer un estudio de investigación sobre una de las patologías que con más frecuencia se atiende en las consultas generales de su unidad clínica, partiendo de la premisa de que "seguro que dispondrá de una muestra grande en la que podrá hacer múltiples análisis y comparaciones". Al final, después de un trabajo recopilatorio que le ha supuesto un gran esfuerzo a usted y a sus residentes, ha conseguido identificar a 364 pacientes que cumplirían con el diagnóstico de la patología concreta que pretenden analizar, y ahora se disponen a recoger múltiples variables demográficas, clínicas y evolutivas (en total 74 variables) en una Hoja de Recogida de Datos que ha diseñado para ello. Sobre este estudio de investigación y su diseño, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

- A) Es un estudio que, aunque no demasiado bien planificado, tiene un diseño de cohorte retrospectiva, y se podrán hacer análisis de factores etiológicos y pronósticos de la enfermedad en cuestión.
- B) Como se conoce qué pacientes de la muestra han fallecido, se hará un diseño de casos y controles para evaluar los factores relacionados con la mortalidad en esta enfermedad.
- C) En principio es un diseño de tipo descriptivo, y cualquier comparación entre variables recogidas en esta serie de pacientes debe, además de minimizarse, tener sentido a la luz de los conocimientos actualizados en dicha enfermedad y someterse a la máxima prudencia a la hora de sacar conclusiones.
- D) Por la cantidad de variables recogidas, seguro que habrá de recurrirse a los análisis multivariantes al hacer comparaciones estadísticas.

**13 Está evaluando un brote epidémico con 60 afectados (vómitos y diarreas), y tiene datos de las 300 personas que estuvieron a riesgo, pues fue una celebración a puerta cerrada en un restaurante. De 70 personas que recuerdan haber tomado unas tartaletas con ensaladilla, 50 tienen síntomas de gastroenteritis aguda (GEA); mientras que en los restantes 230 invitados, que no tomaron dichos canapés (o no lo recuerdan bien) hay 10 con GEA. Con estos datos se pueden calcular diferentes indicadores; pero, ¿cuál de los siguientes es la odds ratio de GEA asociada al consumo de tartaletas de ensaladilla?**

- A)  $OR = (50 \times 220) / (10 \times 20) = 55$ .
- B)  $OR = 50 / 10 = 5$ .
- C)  $OR = (50 / 70) / (10 / 230) = 16.4$ .
- D) Ninguno de los anteriores.

**14 En la metodología de diseño de los PAIs (Procesos Asistenciales Integrados), ¿qué es cierto referido al "límite final"?**

- A) La salida del proceso puede producirse en cualquiera de los niveles asistenciales.
- B) En los procesos crónicos, el límite final es siempre el fallecimiento del paciente.
- C) En los procesos agudos, suele ser difícil establecer con precisión el límite final.
- D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

- 15 La precisión de las pruebas diagnósticas se define en relación con un "método ideal" (o gold estándar) aceptado, que define el presunto estado real del paciente, y la exactitud de la nueva prueba para distinguir entre la enfermedad y la salud se determina en relación con los resultados del estándar de referencia y se resume en cuatro estimaciones. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre estas estimaciones, es INCORRECTA?**
- A) La sensibilidad -o tasa de resultados positivos verdaderos de una nueva prueba- es la proporción de pacientes con la enfermedad (definida por el gold estándar) que tienen un resultado positivo en la nueva prueba.
  - B) La proporción de pacientes con enfermedad que tienen una prueba negativa, es la tasa de resultados negativos falsos, que se calcula como  $(1 - \text{especificidad})$ .
  - C) Entre los pacientes sin enfermedad, la proporción de casos con pruebas negativas corresponde a la especificidad, o tasa de resultados negativos verdaderos.
  - D) La especificidad, o tasa de negativos verdaderos, refleja qué tan bien la prueba nueva identifica en forma correcta a los pacientes sin la enfermedad.
- 16 En relación al desarrollo del sistema respiratorio, ¿cuál de las respuestas NO es correcta?**
- A) El primer esbozo del aparato respiratorio nace de la pared ventral del intestino anterior.
  - B) El epitelio de la laringe, la tráquea, los bronquios y los alveolos pulmonares tienen origen mesodérmico.
  - C) Alrededor del séptimo mes de vida intrauterina aparecen los alveolos.
  - D) Las arterias bronquiales comienzan a apreciarse en embriones de 8-12 semanas.
- 17 En relación con las propiedades mecánicas estáticas del sistema respiratorio, son correctas las siguientes afirmaciones, EXCEPTO:**
- A) El pulmón es un órgano elástico, cuya tendencia natural es a estar retraído.
  - B) La fuerza de retracción elástica pulmonar es la tendencia que tienen el pulmón a recuperar su volumen de reposo después de haber sido distendido.
  - C) La presión transpulmonar es igual a la presión alveolar más la presión pleural (Ppl).
  - D) La presión alveolar equivale a la presión en la boca cuando no hay flujo aéreo y la glotis está abierta.
- 18 En la metodología de las pruebas de esfuerzo cardiopulmonar, NO es correcto:**
- A) La mayor desventaja del tapiz rodante es la dificultad de controlar la intensidad del trabajo.
  - B) El cicloergómetro produce más artefactos en el registro del ECG y en la medición de la presión arterial sistémica.
  - C) El consumo pico de oxígeno suele ser 5-10% más alto en el tapiz en comparación con el obtenido en un cicloergómetro.
  - D) En el cicloergómetro la carga de trabajo puede ser regulada, ya sea de forma automática o manual.

- 19 Se ha establecido una relación entre la polución atmosférica y una serie de problemas de salud, que NO incluyen:**
- A) Muerte prematura en sujetos con neumopatía y cardiopatía previa.
  - B) Empeoramiento del asma.
  - C) Los niños son particularmente resistentes a los efectos de la contaminación ambiental.
  - D) Disminución de la función pulmonar.
- 20 En la valoración clínica del enfermo con síntomas respiratorios, NO es cierto:**
- A) Durante la palpación torácica están aumentadas las vibraciones en caso de condensación, y disminuidas en el derrame pleural.
  - B) El ruido normal de la fase espiratoria se origina en los bronquios lobares y segmentarios, mientras que el componente inspiratorio tiene su origen en zonas más proximales, de mayor tamaño.
  - C) El sonido percutorio torácico normal es de tono bajo, semejante a un tambor (sonido claro pulmonar).
  - D) El sonido que se percibe en el cuello y sobre la zona esternal y paraesternal alta es de tono alto, se ausculta durante la inspiración y espiración, pero esta dura más que la inspiración (sonido bronquial).
- 21 En relación con la ecografía torácica, son correctas las siguientes afirmaciones, EXCEPTO:**
- A) La ecogenicidad podrá ser muy baja, denominándose anecoica, como es el caso de los líquidos.
  - B) En el caso del pulmón normal, se produce una línea hiperecogénica que corresponde a la pleura visceral.
  - C) Cuanto menor es la frecuencia de ultrasonidos, mejor será la definición de la imagen pero menor será la profundidad de los ecos en los tejidos que queremos estudiar.
  - D) Las frecuencias más altas se utilizan en el tórax para visualizar la pared torácica, y las frecuencias bajas o medias para el estudio de derrames pleurales y patología en el parénquima pulmonar.
- 22 Las siguientes afirmaciones sobre las pruebas funcionales respiratorias son correctas, EXCEPTO:**
- A) El percentil 5% de Límite Inferior de Normalidad corresponde a un Z-score de  $-1.64$ .
  - B) Un cociente CI/TLC aumentado, relacionado con el atrapamiento aéreo, ha demostrado ser predictor de mortalidad en pacientes EPOC.
  - C) En pacientes con EPOC, los valores de la capacidad vital en una maniobra forzada y rápida pueden ser menores que los de una maniobra lenta y suave.
  - D) Se considera criterio de asma bien controlado, un pico espiratorio de flujo superior al 80% del mejor valor personal.

- 23 En la evaluación de la capacidad de difusión, una de las siguientes afirmaciones NO es correcta:**
- A) El monóxido de carbono es un gas que difunde de forma similar al oxígeno por la membrana, pero con una afinidad por la hemoglobina 200 veces menor que la del oxígeno.
  - B) La técnica de la respiración única es la más utilizada.
  - C) La prueba de difusión de monóxido de carbono puede estar aumentada en el asma.
  - D) La prueba de difusión de monóxido de carbono puede estar disminuida en las hemoglobinopatías primarias o adquiridas.
- 24 En relación a las pruebas de esfuerzo en Neumología, NO es correcto que:**
- A) La distancia recorrida en la prueba de marcha de 6 minutos es un predictor de supervivencia.
  - B) La prueba de la marcha incremental de lanzadera (*Shuttle Walking Test*) tiene sensibilidad para detectar cambios pre y post tratamientos.
  - C) La prueba de las escaleras puede ser útil en la evaluación preoperatoria de los pacientes con cáncer de pulmón.
  - D) La prueba de ejercicio en cicloergómetro consigue un 5-10% más alto de consumo pico de oxígeno en comparación con el obtenido en un tapiz rodante.
- 25 En relación con la prueba de la marcha incremental de lanzadera (*Shuttle Walking Test*), NO es cierto:**
- A) El objetivo de esta prueba es alcanzar la mayor distancia recorrida y el nivel de velocidad más alto posible.
  - B) La prueba se detiene cuando el paciente no puede mantener el ritmo marcado por las señales acústicas.
  - C) No habrá ningún incentivo verbal, salvo el recordatorio de que debe aumentar el ritmo en cada cambio de nivel.
  - D) Se trata de una prueba poco estandarizada y con poca sensibilidad para detectar cambios pre y post tratamientos.
- 26 De las siguientes afirmaciones en relación con la genética, NO es correcto:**
- A) Se define fenotipo a las características, signos o propiedades observables de una persona, fruto de la interacción entre su genotipo y el ambiente en que este está.
  - B) Se denomina penetrancia a la variabilidad con la cual se modifican los posibles fenotipos expresados por un mismo genotipo.
  - C) El concepto de penetrancia es un concepto poblacional y no individual.
  - D) El riesgo de recurrencia es la probabilidad de que un nuevo descendiente de una familia o pareja con un rasgo dado sufra ese mismo trastorno.
- 27 ¿Qué método de medición de la concentración de alfa-1-antitripsina se recomienda para muestras de gotas de sangre seca?**
- A) Densitometría del proteinograma en la fracción alfa1.
  - B) Turbidimetría.
  - C) Nefelometría.
  - D) Inmunodifusión radial.

- 28 En relación a la nebulización de antibióticos, NO es correcto:**
- A) El Levofloxacino tiene una formulación específica para la nebulización.
  - B) Tanto Tobramicina como Aztreonam lisina se administran en ciclos on-off de 28 días.
  - C) La interfase más recomendada en el adulto es la mascarilla naso-bucal.
  - D) Los nebulizadores tipo jet dosimétricos se regulan según el flujo respiratorio del paciente.
- 29 En relación al tratamiento antiinflamatorio en la EPOC estable, NO es correcto:**
- A) El tratamiento regular con corticoides inhalados incrementa el riesgo de neumonía, especialmente en pacientes con enfermedad grave.
  - B) El tratamiento a largo tiempo con Azitromicina reduce las exacerbaciones, pero está asociado a un incremento de la resistencia bacteriana.
  - C) Los inhibidores de la PDE4 reducen las tasas de exacerbaciones en el paciente bronquítico crónico, pero no mejora la función pulmonar.
  - D) Los corticoides orales a largo plazo tiene numerosos efectos secundarios, y no hay evidencias de su beneficio.
- 30 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación al entrenamiento de los músculos es correcta?**
- A) La actividad física se asocia con una más lenta disminución de la función pulmonar.
  - B) En estudios poblacionales, la actividad física regular no ha demostrado disminuir la posibilidad de sufrir EPOC.
  - C) Los pacientes con actividad física más elevada pueden ver aumentados los ingresos hospitalarios.
  - D) El entrenamiento muscular periférico siempre debe ir acompañado de entrenamiento muscular inspiratorio.
- 31 En relación a los efectos del entrenamiento al ejercicio, ¿cuál de los siguientes enunciados es FALSO?**
- A) Provoca claras mejorías en el grado de obstrucción funcional.
  - B) En la aplicación del ejercicio como medida terapéutica es muy importante proporcionar y ajustar el tipo y la cantidad de “sobrecarga”.
  - C) El ejercicio físico ha demostrado ser un predictor de mortalidad en población general, y sus efectos van a depender de su cuantía.
  - D) Los programas de rehabilitación respiratoria no siempre impactan positivamente en la actividad física.
- 32 NO es un rasgo distintivo del tabaquismo en pacientes diagnosticados de EPOC:**
- A) Mayor adicción a la nicotina.
  - B) Patrón de fumar específico, con caladas más superficiales.
  - C) Más dificultad para dejar de fumar.
  - D) Mayor dependencia tabáquica.

- 33 En relación a las indicaciones de la ventilación no invasiva en fase aguda, una de las siguientes afirmaciones NO es cierta:**
- A) En la agudización de la EPOC no se ha demostrado beneficio en aquellos pacientes hipercápnicos pero sin acidosis respiratoria.
  - B) Es eficaz en el edema agudo de pulmón cardiogénico, especialmente en situación de hipotensión severa o shock cardiogénico.
  - C) La VMNI puede ser útil para la prevención de fracaso de extubación en los pacientes de riesgo de fracaso del procedimiento.
  - D) En pacientes con fracturas costales e insuficiencia respiratoria, el uso de tratamiento no invasivo con presión positiva disminuye la necesidad de intubación y la morbimortalidad,
- 34 Entre los objetivos de la ventilación mecánica NO se encuentra uno de los siguientes:**
- A) Mejorar la relación ventilación-perfusión.
  - B) Revertir la acidosis respiratoria.
  - C) Fortalecer la musculatura inspiratoria.
  - D) Disminuir el consumo de oxígeno.
- 35 ¿Cuál es la medida extra-terapéutica que más importancia tiene sobre la supervivencia de un paciente que ha presentado un episodio de parada cardiorrespiratoria (PCR)?**
- A) La edad del paciente, ya que los pacientes ancianos sobreviven más que los pacientes jóvenes.
  - B) El tiempo en PCR.
  - C) La temperatura ambiente del lugar donde se ha producido la PCR.
  - D) La comunidad autónoma donde se produzca la PCR.
- 36 ¿Cuál es el primer paso a realizar (una vez comprobada la seguridad para el reanimador y el paciente) en una persona que va andando delante de usted y ve cómo se cae desplomado al suelo?**
- A) Iniciar directamente el masaje cardíaco, ya que es la actuación que ha demostrado producir una mayor reducción de la mortalidad en el paciente en situación de parada cardiorrespiratoria.
  - B) Activar el sistema de emergencias.
  - C) Proceder a la apertura de la vía aérea y, a continuación, a la realización del masaje cardíaco.
  - D) Comprobar la conciencia del paciente mediante la maniobra de “gritar y sacudir”, con la mayor distancia posible a la vía aérea del paciente.
- 37 ¿En cuál de las siguientes patologías el BAL tiene valor diagnóstico (no sólo orientativo)?**
- A) La fibrosis pulmonar idiopática.
  - B) La neumonía intersticial descamativa.
  - C) La sarcoidosis alveolar.
  - D) La proteinosis alveolar.

- 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 ¿Cuáles son los criterios para el diagnóstico de Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) de la Academia Americana de Medicina del Sueño?**
- A) Índice de Apnea Hipopnea  $\geq 15$ , independientemente de la sintomatología.
  - B) Índice de Apnea Hipopnea  $\geq 20$ , independientemente de la sintomatología.
  - C) Índice de Apnea Hipopnea  $\geq 5$ , independientemente de la sintomatología.
  - D) Índice de Apnea Hipopnea  $\geq 10$ , independientemente de la sintomatología.
- 40 En la valoración preoperatoria y actuaciones a recomendar previa a la cirugía torácica, son ciertas las siguientes afirmaciones, EXCEPTO:**
- A) El RCRI Thoracic es una herramienta que indica la necesidad de una valoración cardiológica previa a la cirugía pulmonar.
  - B) Haber padecido infarto de miocardio en los últimos 30 días se considera una contraindicación para la resección pulmonar.
  - C) Antes de la cirugía pulmonar es preciso suspender los antiagregantes plaquetarios y  $\beta$ -bloqueantes.
  - D) La revascularización coronaria preventiva no reduce el riesgo perioperatorio en pacientes que no presenten lesiones angiográficamente complejas y significativas.
- 41 En relación al Trasplante Pulmonar, las siguientes afirmaciones son correctas, EXCEPTO:**
- A) Es una contraindicación absoluta la enfermedad coronaria severa no revascularizable.
  - B) La supervivencia media del trasplante pulmonar unilateral es superior al bipulmonar.
  - C) Es una contraindicación relativa la cirugía torácica previa extensa con resección pulmonar.
  - D) El estatus funcional severamente limitado, con escaso potencial de rehabilitación, es una contraindicación absoluta.
- 42 Señale la respuesta correcta, con respecto a la Hipertensión Arterial Pulmonar Hereditaria (HAPh):**
- A) La HAPh se transmite de forma autosómica dominante con penetrancia incompleta y expresión variable.
  - B) El riesgo de desarrollar HAPh a lo largo de la vida parece ser aproximadamente del 27% para los portadores y varía en función de sexo (42% en mujeres frente a un 14% en hombres).
  - C) Alrededor del 75% de las familias con múltiples casos de HAP implican mutaciones del gen que codifica el receptor tipo 2 de las proteínas morfogénicas del hueso (BMP2).
  - D) Todas las afirmaciones son correctas.

**43 ¿Qué entiende por Epigenética?**

- A) Cambios en la transcripción y expresión genética que se manifiestan en el fenotipo pero no afectan al genotipo.
- B) Cambios en la transcripción genética que se producen por influjo del medio ambiente y que afectan tanto al fenotipo como al genotipo.
- C) Cambios inducidos en el genotipo por influjo del ambiente y que no son heredables.
- D) Cambios que afectan exclusivamente a la expresión fenotípica, mediados por el ambiente, y que no son heredables.

**44 ¿Cuál es el mecanismo por el que se produce el Enfisema Lobar Congénito?**

- A) Estrechamiento bronquial, bien intrínseco o extrínseco, que provoca un mecanismo valvular permitiendo la entrada de aire a través de dicho bronquio pero dificultando su salida y condicionando el atrapamiento aéreo.
- B) Estrechamiento bronquial por hipoplasia bronquial que produce da lugar una dilatación distal por falta de desarrollo del parénquima pulmonar distal.
- C) Dilatación de uno o más lóbulos pulmonares por falta de maduración pulmonar.
- D) Hiperinsuflación, sobreexpansión o distensión de un lóbulo pulmonar por falta de maduración del surfactante pulmonar en ese territorio.

**45 En un paciente con Hemoptisis, ¿cuál de los siguientes es el origen más frecuente del sangrado?**

- A) Arterias bronquiales.
- B) Arterias sistémicas no bronquiales.
- C) Arterias pulmonares.
- D) Microcirculación pulmonar.

**46 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.

**47 En relación con la hipoxemia de la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), NO es correcto:**

- A) La diferencia alveolo-arterial de O<sub>2</sub> permanecerá dentro de límites normales cuando la causa de la IRA es secundaria a un fallo de bomba.
- B) El aporte de O<sub>2</sub> no revierte la hipoxemia cuando el efecto shunt es total (como en una malformación arteriovenosa).
- C) La hipoventilación es el único mecanismo básico de hipercapnia en la IRA.
- D) La alteración de la difusión se hace evidente en patologías intersticiales pulmonares.

- 48 ¿Cuál es el origen del Síndrome de Ondina o Síndrome de Hipoventilación Central de origen congénito?**
- A) Una mutación en el gen PHOX2B.
  - B) Una enfermedad neuromuscular.
  - C) El síndrome de hipogonadismo hipogonadotrófico - S. de Prader Willi.
  - D) La hiperprolactinemia.
- 49 ¿Cuál es la prevalencia de Apnea Obstructiva del Sueño (AOS), atendiendo al criterio diagnóstico basado exclusivamente en un IAH  $\geq 15$ , independientemente de la sintomatología?**
- A) 10-50% en varones y 6-23% en mujeres.
  - B) 2-15% en varones y 1-12% en mujeres.
  - C) 20-60% en varones y 16-53% en mujeres.
  - D) 30-70% en varones y 26-43% en mujeres.
- 50 Señale, de entre las siguientes respuestas, la afirmación correcta con respecto de la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS):**
- A) La posición en decúbito supino, por efecto de la gravedad, predispone a que los tejidos blandos de la vía aérea superior favorezcan el colapso de la misma.
  - B) Estudios indican que el IAH se duplica en posición supina respecto a posición lateral en más del 60% de los pacientes.
  - C) Hasta un 30-40% de pacientes podrían tener una AOS exclusivamente postural.
  - D) Todas las afirmaciones son correctas.
- 51 Paciente de 72 años, que consulta por disnea, fiebre, tos persistente y malestar general. A la auscultación se aprecian crepitantes y roce pleural. En la analítica se aprecia una cifra de leucocitos de  $7.000/\text{mm}^3$ , leve aumento de VSG, PCR y LDH. Pro-BNP en rango de normalidad. Estudio de coagulación normal. En los antecedentes personales destaca que ha sido tratada por Cáncer de Mama ductal infiltrante, y que ha requerido 23 sesiones de radioterapia tras la cirugía de resección. En la Rx de tórax se aprecia borrosidad vascular pulmonar y tenues infiltrados alveolares. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha?**
- A) Neumonitis por radioterapia.
  - B) Infección oportunista.
  - C) Embolismo pulmonar.
  - D) Neumonitis química.
- 52 ¿Qué factores de los mencionados a continuación tienen relación con la toxicidad pulmonar por Amiodarona?**
- A) Diabetes e hipoalbuminemia.
  - B) EPOC y Asma son dos circunstancias clínicas que aumentan la toxicidad por Amiodarona.
  - C) La toxicidad pulmonar por Amiodarona depende exclusivamente de la dosis acumulada.
  - D) La interacción más importante, en cuanto a toxicidad por Amiodarona, se produce cuando se asocia a Bleomicina.

- 53 En un paciente que ha estado en tratamiento con Minociclina y que desarrolla una neumonitis, ¿cuál sería el mecanismo fisiopatológico de esta neumonitis?**
- A) Una reacción inmunitaria, mediada por linfocitos T con citotoxicidad contra el complejo minociclina-macrófago.
  - B) Un efecto citotóxico directo, mediante la formación de radicales libres de oxígeno y acumulación de fosfolípidos en los tejidos.
  - C) Un efecto tóxico, derivado de la acumulación de metabolitos reactivos de la Minociclina.
  - D) Una alteración de la capacidad fagocítica de los macrófagos, que propicia el acúmulo de metabolitos tóxicos.
- 54 ¿Qué se entiende por Silicosis?**
- A) La aparición de cambios estructurales en el parénquima pulmonar, causados por el depósito de sílice inhalada.
  - B) La aparición de cambios estructurales en el parénquima pulmonar y/o el mediastino, causados por el depósito de sílice inhalada.
  - C) La aparición de cambios estructurales en el parénquima pulmonar y/o el mediastino y/o adenopatías hiliares, causados por el depósito de sílice inhalada.
  - D) La aparición de cambios estructurales en el parénquima pulmonar, mediastino, adenopatías hiliares y lesiones extratorácicas, causadas por el depósito de sílice inhalada.
- 55 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 (cerca al 97%) para el diagnóstico de AO, con un alto nivel de evidencia (Evidencia A).
- 56 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.

57 Paciente de 67 años, jubilado, trabajador en la industria del automóvil durante más de 30 años. Consulta por tos seca persistente y disnea de esfuerzo. En la Rx y TC de tórax se aprecia la siguiente imagen, que se informa como “atelectasia redonda”. ¿Qué signos o hallazgos característicos espera encontrar en las exploraciones de imagen?

- A) Captación del radiotrazador en PET y RMN normal.
- B) Ausencia de captación del radiotrazador en PET e imagen de pleura visceral invaginada en el interior de la lesión.
- C) Masa redondeada o lenticular en contacto con la pleura, con ángulo agudo entre la masa y la pleura.
- D) Las respuestas B) y C) son correctas.



58 ¿Qué patrón inflamatorio es propio de la exacerbación de la EPOC, cuando ésta muestra un predominio de *Proteobacteria*?

- A) Inflamación eosinofílica.
- B) Aumento de nivel en mediadores inflamatorios Th2.
- C) Aumento en el nivel IL-1 $\beta$ .
- D) Aumento de nivel de mediadores del tipo Th1.

59 La prevalencia global de EPOC en España, con los datos actuales, se sitúa alrededor del:

- A) 20,2%.
- B) 25,7%.
- C) 11,8%.
- D) 5,8%.

60 Los pacientes con Enfisema:

- A) Presentan alteraciones en la respuesta inmune adaptativa (como las células B).
- B) No presentan una transcriptómica diferente.
- C) No presentan alteraciones en las células inmunes.
- D) No se ha reportado que puedan presentar autoanticuerpos.

61 Según la GOLD 2023, en relación a las exacerbaciones de la EPOC, NO es correcto:

- A) Una exacerbación de EPOC se define como un evento caracterizado por un aumento de disnea y/o tos y esputo que empeora en menos de 21 días.
- B) Los beta2-agonistas de acción corta, con o sin anticolinérgicos de acción corta, son recomendados como broncodilatadores iniciales para tratar una exacerbación.
- C) La utilización de corticoides sistémicos no debería ser más de 5 días.
- D) La duración de la terapia con antibióticos debería ser de 5 días, sobre todo en pacientes ambulatorios.

- 62 ¿Cuál es principal objetivo con el tratamiento a largo plazo con Azitromicina en la EPOC?**
- A) Mejorar el FEV1.
  - B) Reducir el atrapamiento aéreo.
  - C) Reducir las exacerbaciones.
  - D) Reducir la disnea.
- 63 En el Asma inducido por ejercicio, la prueba diagnóstica es:**
- A) Los síntomas autodefinidos de tos, pitos en el pecho, disnea u opresión torácica durante el ejercicio físico intenso, con un periodo refractario de 2 o 3 horas tras su aparición.
  - B) La caída del FEV1 superior al 10% respecto al valor previo al ejercicio, medido a los 30 minutos después de realizarlo. Para la evaluación de la prueba de esfuerzo mediante carrera libre, especialmente en niños, es tan válida la medida del Peak-Flow como del FEV1, siempre que se realice en condiciones ambientales y de esfuerzo similares.
  - C) La reducción de la ingesta de sodio, y el consumo de suplementos de ácido ascórbico o aceite de pescado, podrían disminuir la intensidad de las crisis.
  - D) Las respuestas B) y C) son ciertas
- 64 Respecto al Asma en embarazadas, ¿cuál de los siguientes supuestos es correcto?**
- A) Las embarazadas con asma pueden padecer complicaciones materno-fetales.
  - B) Casi todos los fármacos empleados en el asma atraviesan la placenta.
  - C) Los glucocorticoides orales pueden ocasionar efectos teratógenos.
  - D) Todas son correctas
- 65 Entre los criterios diagnósticos de ISHAM (2021) de la Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica (ABPA) se encuentran todos los enumerados, EXCEPTO:**
- A) IgE específica a aspergillus > 0.35 kUA/L.
  - B) Eosinófilos en sangre > 500 células /mL.
  - C) IgE total en suero > 1.500 UI/mL.
  - D) Bronquiectasias en TAC de tórax.
- 66 Según los nuevos criterios de clasificación para la GEPA (Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeitis) de la ACR/EULAR, se encuentran todos los siguientes EXCEPTO:**
- A) Pólipos nasales.
  - B) IgE a aspergillus > 0.35 kUA/L.
  - C) Enfermedad obstructiva de la vía aérea.
  - D) Eosinófilos en sangre >  $1 \times 10^9/L$ .
- 67 Según la Guía Española del manejo del Asma (GEMA) 5.3, el escalón terapéutico de mantenimiento de elección del asma persistente leve del adulto es:**
- A) Glucocorticoides inhalados a dosis bajas.
  - B) Glucocorticoides inhalados + Formoterol.
  - C) Glucocorticoides inhalados a dosis medias.
  - D) Glucocorticoides inhalados + Salbutamol.

**68 Para la GEPA grave, el tratamiento de inducción aconsejado es:**

- A) Glucocorticoides orales a dosis altas + Ciclofosfamida.
- B) Glucocorticoides orales + Mepolizumab.
- C) Rituximab.
- D) Mepolizumab.

**69 En el estudio de Daniel et al., que publica los resultados del programa de auditoría de la Sociedad Torácica Británica (BTS), se evalúa el impacto de la mortalidad por Neumonía Adquirida en la Comunidad. ¿Cuáles son los resultados más relevantes en este estudio?**

- A) El estudio determinó una disminución significativa del 14% en la mortalidad a 30 días.
- B) No se observaron cambios en la gravedad de la NAC al ingreso y a pesar del aumento en la edad media de los pacientes.
- C) Estos resultados se atribuyeron a la administración temprana de antibióticos, y al diagnóstico precoz por la radiografía de tórax.
- D) Todas las afirmaciones son correctas

**70 En lo que se refiere a la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), ¿qué afirmación es correcta?**

- A) Los pacientes con un índice de Masa Corporal  $< 18.5 \text{ Kg/m}^2$  tienen un mayor riesgo de padecer NAC.
- B) Las personas con sobrepeso tienen un 11% menos de riesgo de desarrollar NAC que las personas con peso normal.
- C) Los niveles plasmáticos de leptina se correlacionan positivamente con el riesgo anual de infecciones respiratorias, independiente del IMC.
- D) Todas las afirmaciones son correctas.

**71 ¿Cuál de los siguientes es un mecanismo de acceso de los microorganismos a la vía respiratoria inferior, para producir Neumonía Nosocomial?**

- A) Aspiración de secreciones de una orofaringe previamente colonizada por gérmenes potencialmente patógenos
- B) Inhalación de partículas infectadas (p. ej., *Legionella*, tuberculosis, hongos, virus y bacterias atípicas).
- C) Vía hematógena a partir de focos de infección distantes, como endocarditis derecha, infecciones graves o abscesos abdominopélvicos, o de la propia flora intestinal por el fenómeno de la translocación bacteriana.
- D) Todos o cualquiera de los anteriores.

**72 ¿A qué grupos pertenecen habitualmente los gérmenes que producen neumonías nosocomiales?**

- A) Enterobacterias, bacilos Gram negativos no fermentadores y *Staphylococcus aureus*.
- B) Anaerobios, *Streptococcus* y Enterobacterias.
- C) Anaerobios, *Staphylococcus epidermidis* y Enterobacterias.
- D) Virus respiratorio sincitial, enterovirus y especies de *Haemophilus*.

- 73 En un paciente inmunodeprimido VIH (+), con infecciones sucesivas por criptococos, citomegalovirus y virus herpes simple, ¿qué nivel de inmunidad celular cree que debe tener? (Señale el valor de recuento de CD4 más compatible)**
- A) CD4 < 100 células /mm<sup>3</sup>.
  - B) CD4 > 500 células /mm<sup>3</sup>.
  - C) CD4 entre 100-200 células /mm<sup>3</sup>.
  - D) CD4 entre 200-500 células /mm<sup>3</sup>.
- 74 ¿Cuál es el mecanismo por el que se producen la gran mayoría de los Abscesos Pulmonares?**
- A) Aspiración de secreciones orofaríngeas u otro contenido proveniente de la cavidad oral.
  - B) Obstrucción bronquial con infección retrógrada.
  - C) La diseminación hematógena.
  - D) La sobreinfección de una lesión subyacente (infarto pulmonar, malformación congénita, contusión pulmonar).
- 75 Señale cuál 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.
- 76 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) La visión del bronquio dilatado a más de 1 cm de la pleura parietal.
  - 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.
- 77 ¿Cuál de los siguientes hallazgos es MENOS frecuente encontrar en la tomografía computarizada de un paciente con neumonía COVID-19?**
- A) Consolidaciones y opacidades en vidrio deslustrado con consolidaciones.
  - B) Engrosamiento pleural.
  - C) Engrosamiento de septos interlobulares.
  - D) Derrame pleural.

- 78 En caso de Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica, está indicado el tratamiento vasodilatador en pacientes desestimados para tromboendarterectomía pulmonar (TEA) y en aquellos pacientes en los que persiste la hipertensión pulmonar tras cirugía, en monoterapia con:**
- A) Bosentán.
  - B) Ambrisentán.
  - C) Selexipag.
  - D) Riociguat.
- 79 ¿Cuál de los siguientes 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 Venoclusiva.
- 80 ¿Cuál de los siguientes fármacos usados en Hipertensión Pulmonar NO actúa por la vía del óxido nítrico?**
- A) Sildenafil.
  - B) Tadalafilo.
  - C) Riociguat.
  - D) Selexipag.
- 81 De las siguientes situaciones, ¿cuándo 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 prostanoides.
  - B) Prueba de caminar 6 minutos de 450 m.
  - C) Índice cardiaco de 1.8 L/min/m<sup>2</sup>.
  - D) Desarrollo de hemoptisis significativa.
- 82 Referido a la Granulomatosis con Poliangeítis (GPA), es cierto que:**
- A) Es la vasculitis que más frecuentemente afecta al pulmón.
  - B) La forma clínica de presentación más frecuente es mediante SHAD (Síndrome de Hemorragia Alveolar Difusa).
  - C) Se asocia a glomerulonefritis en el 50% de los casos.
  - D) Todas las afirmaciones son correctas.
- 83 En relación a la presencia de mutaciones en EGFR en pacientes con Cáncer de Pulmón No Microcítico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**
- A) Son especialmente frecuentes en pacientes de raza caucásica, y excepcionales en población asiática.
  - B) Se localizan mayoritariamente en los exones 19 y 21 del gen.
  - C) Son más frecuente en adenocarcinomas, en no fumadores y en el sexo femenino.
  - D) En estadios avanzados, el empleo de inhibidores de la tirosina kinasa en monoterapia se ha mostrado superior a quimioterapia estándar.

- 84 Un paciente con metástasis pulmonares en un lóbulo ipsilateral distinto al tumor primario, se clasifica como:**
- A) T3.
  - B) T4.
  - C) N3.
  - D) M1a.
- 85 ¿Qué tipo histológico de cáncer de pulmón es el más frecuente?**
- A) Carcinoma escamoso.
  - B) Carcinoma microcítico de pulmón.
  - C) Carcinoma de células grandes.
  - D) Adenocarcinoma.
- 86 ¿Qué mutaciones se consideran imprescindibles analizar su presencia en pacientes con Adenocarcinoma de pulmón avanzado?**
- A) EFGR y ROS-1.
  - B) ALK y K-ras.
  - C) EGFR y ALK.
  - D) EGFR y BRAF.
- 87 ¿Qué inmunotinción es más frecuente en adenocarcinomas versus carcinomas escamosos?**
- A) p63.
  - B) p40.
  - C) CK-7.
  - D) TTF-1.
- 88 Según la última edición de la clasificación TNM publicada por la IASLC (*International Association for the Study of Lung Cancer*), el estadio IIIA se corresponde con el siguiente TNM:**
- A) T1a N3 M0.
  - B) T1a N1 M0.
  - C) T3 N1 M0.
  - D) T2b N1 M0.
- 89 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 (*Epidermal Growth Factor Receptor* / Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico) y Gefitinib.
  - C) EGFR T790M y Osimertinib.
  - D) ALK (*Anaplastic Lymphoma Kinase* / Kinasa del Linfoma Anaplásico) y Nivolumab.

**90 Respecto de los Carcinoides Pulmonares Típicos, una de las siguientes proposiciones es FALSA:**

- A) Histológicamente se caracterizan por presencia de necrosis y mayor número de mitosis con respecto a los atípicos.
- B) Dan afectación de ganglios linfáticos regionales en un 10% de los casos.
- C) La determinación de Ki-67 puede ayudar a distinguir los tumores carcinoides de los carcinomas neuroendocrinos.
- D) Suelen tener más frecuentemente una presentación central que los carcinoides atípicos.

**91 ¿Cuál de los siguientes tumores benignos pulmonares NO es de origen epitelial?**

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

**92 De los enunciados siguientes, señale la respuesta FALSA:**

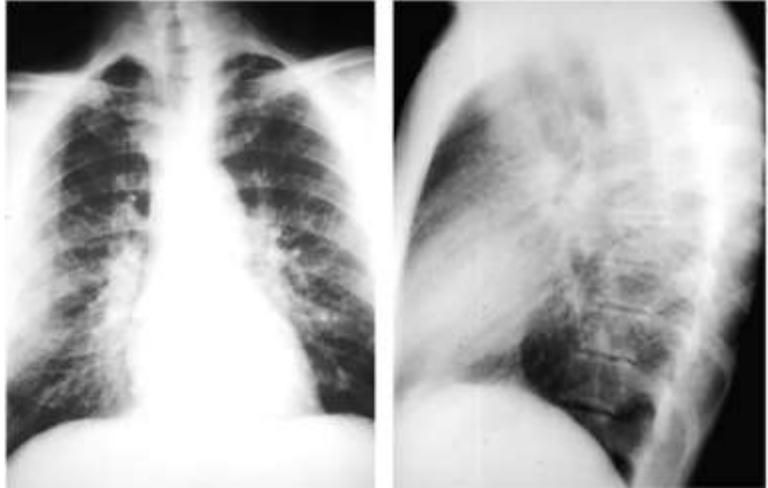
- A) Los tumores primarios de la tráquea son relativamente raros y representan menos del 0,1% de las neoplasias. A menudo, su diagnóstico se realiza con dificultad y retraso.
- B) La invasión secundaria de la tráquea por extensión directa se presenta con mayor frecuencia en carcinomas tiroideos, esofágicos 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, riñón, melanoma) que afectan a tráquea o carina principal.

**93 Señale la afirmación correcta, con respecto a la Fibrosis Pulmonar:**

- A) Se observa agregación familiar hasta en el 20% de los casos.
- B) Son factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, las mutaciones del gen de los diferentes componentes de la enzima telomerasa, principalmente hTERT y hTR.
- C) Las mutaciones del gen de la proteína C del surfactante (SP-C) se encuentran, especialmente, en aquellas familias con debut de la enfermedad en adulto joven.
- D) Todas las afirmaciones son correctas.

**94 En un paciente con la siguiente Rx de tórax, diagnosticado de Neumonitis por Hipersensibilidad (NH), ¿qué hallazgos espera encontrar en la exploración funcional?**

- A) Patrón restrictivo, disminución de la DLCO e hipoxemia durante el esfuerzo.
- B) Patrón obstructivo, aumento de la DLCO e hipoxemia durante el esfuerzo.
- C) Patrón mixto, aumento de la DLCO e hipoxemia durante el esfuerzo.
- D) Patrón restrictivo, aumento de la DLCO e hipoxemia durante el esfuerzo.



**95 ¿Cuál es la forma de presentación característica de la Neumonía Eosinófila Aguda Idiopática (IAEP)?**

- A) Fiebre (100%), disnea (100%), tos (80-100%), dolor pleurítico (50-70%) y mialgias (30-50%).
- B) En ausencia de fiebre, cursa con disnea (100%), tos (80-100%), dolor pleurítico (50-70%) y mialgias (30-50%).
- C) No cursa con disnea, al menos en las primeras fases, y se presenta con fiebre (100%), tos (80-100%), dolor pleurítico (50-70%) y mialgias (30-50%).
- D) La IAEP es característicamente paucisintomática, salvo en los casos en los que desarrolla insuficiencia respiratoria.

**96 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre patologías intersticiales, NO es correcta?**

- A) Se describen diferencias geográficas en la presentación de la sarcoidosis, con mayores tasas en los países del norte que en el resto de Europa.
- B) El síndrome de Hans-Schüller-Christian combina lesiones hepatoesplénicas y de médula ósea.
- C) La microlitiasis alveolar pulmonar es una enfermedad hereditaria, autosómica recesiva de alta penetrancia.
- D) La linfangioleiomiomatosis puede tener una afectación extra-pulmonar en forma de angiomiolipomas.

**97 En relación con las Bronquiolitis, ¿cuál de las siguientes NO es correcta?**

- A) La presencia de bronquiolitis en una biopsia de tejido pulmonar podría representar una condición primaria o asociada a otro proceso patológico.
- B) La bronquiolitis respiratoria o del fumador se caracteriza por la presencia de folículos linfoides hiperplásicos con centros germinales distribuidos a lo largo de los bronquiolos, que obstruyen u obliteran su luz.
- C) La bronquiolitis proliferativa se caracteriza por la presencia de tapones de tejido de granulación intraluminal de aspecto polipoideo, que estrecha en grado variable la luz de los bronquiolos hasta eventualmente obliterarlos, sin afectar la pared bronquiolar.
- D) La bronquiolitis constrictiva u obliterante se caracteriza por la existencia de inflamación y fibrosis en la pared y alrededor del bronquiolo, lo que ocasiona estrechamiento u obliteración del lumen por fenómenos cicatriciales.

**98 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.

**99 En la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) de pacientes crónicos, ¿cuál es la respuesta FALSA?**

- A) Con frecuencia en los sistemas de VMNI domiciliaria 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.

**100 Para el diagnóstico de Mesotelioma Maligno Difuso (MMD), señale la respuesta correcta:**

- A) La proteína relacionada con el BRCA-1, la metiltioadenosina fosforilasa y el inhibidor de la quinasa dependiente de la ciclina 2A (p16) mediante hibridación fluorescente in situ pueden alcanzar una sensibilidad cercana al 90%.
- B) En el estudio del líquido pleural, niveles altos de mesotelina tienen alta sensibilidad, pero baja especificidad.
- C) El estudio citológico del líquido pleural permite diferenciar siempre MMD de hiperplasia mesotelial benigna.
- D) En el diagnóstico diferencial, el adenocarcinoma pleural metastásico se puede diagnosticar correctamente mediante citología extraída del líquido pleural.

---

**CASO PRÁCTICO 1:**

Mujer de 23 años de edad que es traída a urgencias por el servicio de emergencias extrahospitalario tras accidente de tráfico con el resultado de 2 muertos y ella la única superviviente. A su llegada a nuestro centro la paciente está bajo intubación orotraqueal y hemodinámicamente estable. La exploración física nos revela lesiones contusas múltiples por todo el cuerpo, lesión sangrante en sábana sobre el cuero cabelludo, así como ligera hipofonesis generalizada bilateral. Auscultación cardíaca normal. Abdomen: blando y depresible sin signos de peritonismo. Resto de exploración física por aparatos normal. Se debe realizar bodyTC.

---

**101 ¿Qué hallazgo radiológico NO sería compatible con una rotura de aorta contenida?**

- A) Derrame pleural izquierdo.
- B) Enfisema mediastínico.
- C) Derrame pericárdico.
- D) Ensanchamiento mediastínico.

---

**CASO PRÁCTICO 2:**

En el estudio de un hombre fumador de 65 años, se aprecia una masa pulmonar de 8 cm de diámetro en el LSD con afectación ganglionar hilar ipsilateral. El paciente es diagnosticado finalmente de un adenocarcinoma pulmonar y, seguidamente, mediante estudio PET y EBUS, se determina inexistencia de metástasis y no afectación de adenopatías contralaterales ni subcarinales.

---

**102 En base a las características citadas, señale cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado:**

- A) Resección quirúrgica seguida de QT adyuvante.
- B) Cirugía más RT postoperatoria.
- C) QT neoadyuvante seguida de cirugía.
- D) Quimioradioterapia combinada seguida de cirugía.

---

**CASO PRÁCTICO 3:**

Paciente de 58 años, exfumador hasta hace dos años de 75 paquetes año. Hipertensión arterial bien controlada. Desde hace unos diez años presenta tos con expectoración matutina y disnea progresiva de esfuerzo. Diagnosticado de EPOC hace unos tres años, basándose en la clínica y en una obstrucción en la espirometría. En el último año ha

sufrido un deterioro de sus síntomas respiratorios con un aumento de su disnea, que actualmente es a mínimos esfuerzos (nivel III MRCm). Por ello ha precisado un ingreso hospitalario y, en varias ocasiones ha debido acudir al Servicio de Urgencias. Pruebas funcionales respiratorias: FVC de 2,3 L (63%); FEV1 de 0,89 L (34%); FRC de 7,2 L, RV de 4,3 L; PaO2 de 63 mm Hg y PaCO2 de 44 mm Hg; en el test de paseo de los 6 minutos alcanzó 190 metros. I.M.C. de 27 kg/m<sup>2</sup>.

---

**103 ¿Cómo clasificaría a este paciente, según la GOLD 2023?**

- A) Grado funcional 2, grupo de riesgo D.
- B) Grado funcional 3, grupo de riesgo E.
- C) Grado funcional 3, grupo de riesgo D.
- D) Grado funcional 2, grupo de riesgo E.

**104 ¿Cuál sería el índice BODE de este paciente?**

- A) 7.
- B) 8.
- C) 9.
- D) No se puede calcular.

**105 Respecto al tratamiento farmacológico en este caso, ¿cuál es la correcta?**

- A) Es imprescindible la utilización de corticoides inhalados.
  - B) Se puede intentar un único broncodilatador de acción prolongada.
  - C) Es necesario una doble broncodilatación de acción prolongada.
  - D) Es conveniente la triple terapia, más Roflumilast.
- 

#### **CASO PRÁCTICO 4:**

**Paciente de 50 años, exfumador de 40 p-a, sin antecedentes de neoplasia.**

**Asintomático. Presenta en TAC un nódulo subsólido de 9 mm con componente sólido 6 mm, resto en vidrio deslustrado.**

---

**106 ¿Qué recomendaría?**

- A) Control con TAC en un año y, si no se modifica, repetir a los dos años.
  - B) Control con TAC a los 6-12 meses, y anual hasta 36 meses.
  - C) No precisa seguimiento.
  - D) Nuevo TAC a los 3 meses para comprobar persistencia, y TAC anual (seguimiento hasta 5 años).
- 

#### **CASO PRÁCTICO 5:**

**Paciente de 43 años que acude por disnea y dolor torácico de inicio súbito, siendo diagnosticado de enfermedad tromboembólica venosa, con tromboembolismo pulmonar (TEP). En la exploración presenta frecuencia cardiaca de 85 lpm y tensión arterial sistólica de 72 mmHg.**

---

**107 Se trata de un paciente con:**

- A) TEP de bajo riesgo. Se puede dar alta precoz.
  - B) TEP de riesgo intermedio. Requiere tratamiento con Heparina y monitorización.
  - C) TEP de alto riesgo. Requiere tratamiento fibrinolítico.
  - D) TEP de alto riesgo. Requiere colocación de filtro de vena cava inferior.
- 

**CASO PRÁCTICO 6:**

**A un joven asintomático de 14 años, cuyo padre acaba de ser diagnosticado de TBC pulmonar bacilífera, se le realiza un Mantoux, con resultado negativo.**

---

**108 ¿Qué actitud es la adecuada?**

- A) Realizarle una radiografía de tórax.
  - B) Iniciar quimioprofilaxis, y repetir la prueba cutánea a los 2 meses.
  - C) Repetir la prueba cutánea al mes.
  - D) Habría que realizar el estudio de esputo antes de iniciar quimioprofilaxis con Isoniazida durante 1 año.
- 

**CASO PRÁCTICO 7:**

**En la ecografía que se realiza a un paciente con derrame pleural (DP) de origen infeccioso, se aprecian imágenes que indican que existen septos gruesos y profusos.**

---

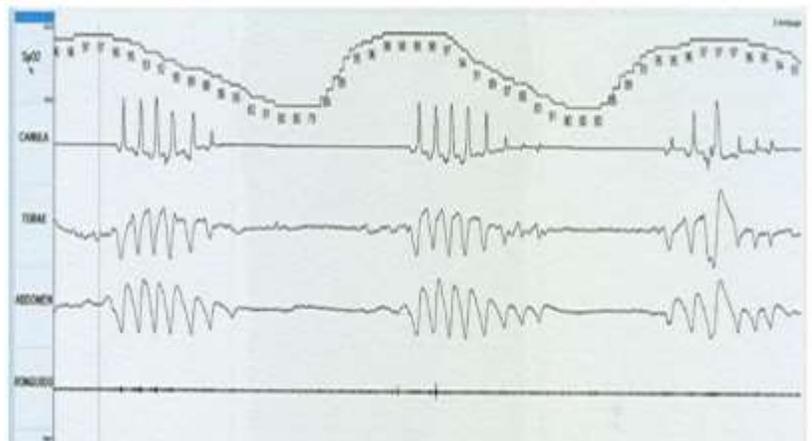
**109 ¿Qué valor tiene este hallazgo?**

- A) Los pacientes con DP infecciosos septados tienen mayor morbimortalidad.
  - B) Los pacientes con DP infecciosos septados tienen mejor pronóstico.
  - C) La aparición de septos en los DP infecciosos, indica la presencia de mesoteliomas.
  - D) La aparición de septos en los DP infecciosos, obliga a descartar la existencia de embolias pulmonares.
- 

**CASO PRÁCTICO 8:**

**Está hoy trabajando en la Unidad de Sueño, y tiene bastantes registros polisomnográficos que valorar.**

---



**110 ¿Qué representa el registro que se muestra en la siguiente figura?**

- A) Apnea central.
- B) Apnea obstructiva.
- C) Apnea mixta.
- D) Es un trazado normal.

---

**CASO PRÁCTICO 9:**

**Paciente de 72 años, en tratamiento con Amiodarona, que consulta por tos persistente, disnea y malestar general. En la Rx de tórax y TC se aprecian los siguientes hallazgos. Se descarta proceso infeccioso.**



---

**111 ¿Cuál sería su diagnóstico de sospecha?**

- A) Neumonía intersticial no específica secundaria a tratamiento con Amiodarona.
- B) Bronquiolitis obliterante relacionada con el tratamiento con Amiodarona.
- C) Neumonía organizada relacionada con el tratamiento con Amiodarona.
- D) Neumonía eosinófila relacionada con el tratamiento con Amiodarona.

---

**CASO PRÁCTICO 10:**

**Paciente de 54 años, sin antecedentes patológicos de interés. No tiene hábitos tóxicos. Consulta por episodios recurrentes de disnea, malestar, aturdimiento, parestesias, dolor torácico, palpitaciones, diaforesis, miedo y sensación de muerte inminente, asociado a ansiedad. A la exploración física no se aprecian hallazgos destacables, salvo frecuencia respiratoria 25 rpm. Rx de tórax normal. ECG sin alteraciones. Espirometría en rango de normalidad. En las determinaciones analíticas no se aprecian alteraciones destacables, con dímero D, glucemia, electrolitos y estudio de tóxicos en rango de normalidad.**

---

**112 ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica inicial?**

- A) Síndrome de hiperventilación.
  - B) Neumopatía intersticial en fase inicial.
  - C) Embolismos pulmonares recurrentes.
  - D) Acidosis metabólica.
- 

**CASO PRÁCTICO 11:**

**Una paciente presenta derrame pleural recidivante que le produce disnea, secundario a una enfermedad neoplásica intratable de mama.**

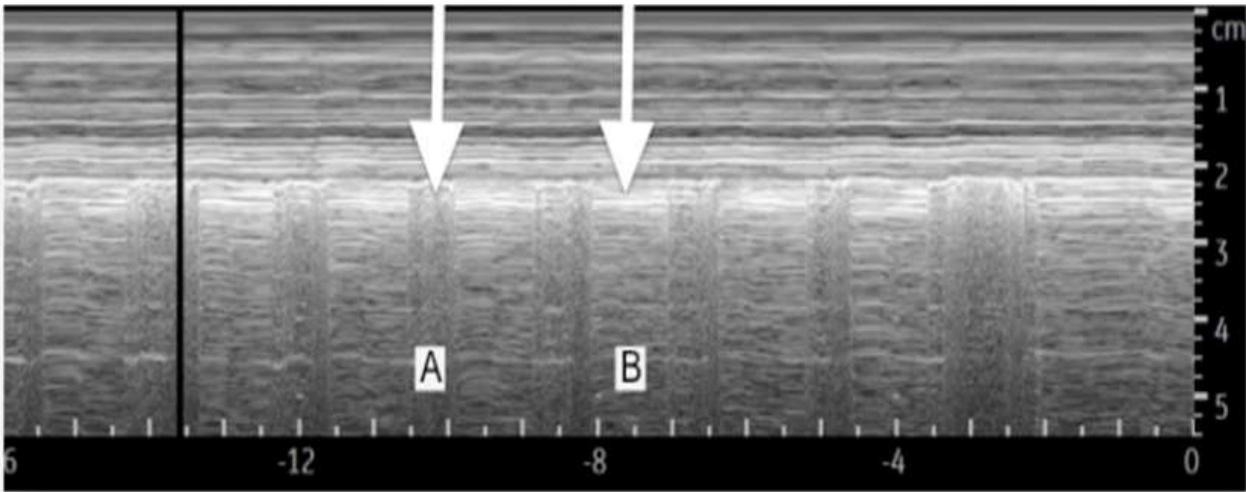
---

**113 De las siguientes actitudes, ¿cuál indicaría?**

- A) Quimioterapia.
  - B) Radioterapia.
  - C) Drenaje e inyección de agente esclerosante.
  - D) Pleurectomía.
- 

**CASO PRÁCTICO 12:**

**Tras una punción pleural se realiza una ecografía torácica, en la que se obtiene la siguiente imagen: en inspiración el pulmón contacta con la pared torácica y en espiración se aleja de la misma.**



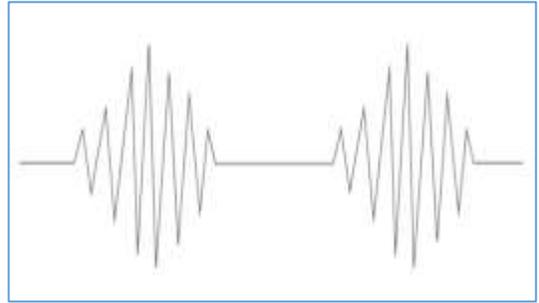
**114 ¿Cuál es su interpretación?**

- A) Se trata de un neumotórax no masivo.
  - B) Se trata de un neumotórax masivo.
  - C) Se trata de un derrame pleural trasudativo.
  - D) Se trata de un empiema pleural.
- 

**CASO PRÁCTICO 13:**

**Paciente en estudio por trastornos del sueño, en el que se aprecia un patrón ventilatorio como el que se representa en la siguiente figura.**

---



**115 ¿Cuál sería su diagnóstico?**

- A) Respiración de Cheyne-Stokes.
- B) Respiración de Biot o respiración atáxica.
- C) Respiración de Kussmaul.
- D) Alteración del patrón ventilatoria secundaria a intoxicación por fármacos.

---

**CASO PRÁCTICO 14:**

Paciente de 39 años de edad, enfermera de profesión, que en una radiografía de tórax preoperatoria presenta patrón intersticial retículonodular de predominio en vértices, junto con adenopatías hiliares bilaterales. Está asintomática. Se le realiza una biopsia transbronquial en la que aparecen granulomas no necrotizantes.

---

**116 ¿Cuál de las siguientes situaciones sería una indicación para iniciar tratamiento esteroideo?**

- A) ECA persistentemente elevada.
- B) Deterioro de función pulmonar.
- C) Hipercalciuria transitoria.
- D) Linfocitosis en el lavado broncoalveolar.

---

**CASO PRÁCTICO 15:**

Paciente de 52 años, ganadero de profesión, diabético, que acude a Urgencias por cuadro de 4 días de evolución de fiebre elevada, tos con expectoración herrumbrosa y dolor torácico que aumenta con la tos. En la radiografía de tórax se aprecia condensación alveolar en LII y obliteración del seno costofrénico, y en el hemograma leucocitosis con desviación izquierda. El paciente ingresa para iniciar tratamiento antibiótico intravenoso con Claritromicina y Ceftriaxona. Al 4º día, el paciente sigue febril y con mal estado general, en el hemograma persiste leucocitosis con desviación izquierda y una nueva radiografía de tórax demuestra la presencia de condensación con derrame pleural. Se realiza una toracocentesis diagnóstica, obteniendo un líquido turbio no purulento. La tinción de Gram del líquido no muestra ningún germen. El análisis del líquido es el siguiente: leucocitos 15.000 con 90% PMN. Cociente prot. L/prot. S: 0,70, glucosa 40 mg/dL y pH 6,95.

---

**117 La actitud más correcta en esta situación sería:**

- A) Dado que el paciente es diabético, hay que cambiar el régimen antibiótico por Vancomicina y Ciprofloxacino, para cubrir el estafilococo y los gérmenes gramnegativos.
  - B) La profesión del paciente, y el cuadro clínico, sugieren brucelosis. Debe sustituirse el régimen antibiótico por Doxiciclina más Estreptomicina.
  - C) El paciente tiene un derrame pleural metaneumónico complicado. Hay que colocar un tubo de drenaje torácico.
  - D) Se deben tomar nuevas muestras para hemocultivo y cultivo de líquido pleural, para iniciar un tratamiento antibiótico dirigido según antibiograma.
- 

**CASO PRÁCTICO 16:**

**Hombre de 63 años, fumador activo (actualmente 20 cig/d, en total 35 paq- año) con antecedentes personales de hipertensión arterial y ángor de esfuerzo, dislipemia. Acude a consulta tras presentar durante este año pasado 2 episodios de empeoramiento de sus síntomas respiratorios habituales, que han precisado del empleo de corticoides orales y antibióticos. En situación basal presenta disnea de grado funcional 2/4 del mMRC, y el esputo es de color mucoso. En la analítica presenta un hemograma normal, con 7.600 leucocitos (eosinófilos de 80 cel/mm<sup>3</sup>). IMC de 22. Espirometría: FEV1 de 1,22 l (46%), FVC de 2,44 l (82%) y FEV1/FVC de 0.60. Puntuación CAT de 19 puntos.**

---

**118 Según la guía GOLD 2024 para el diagnóstico de la EPOC, a este paciente lo podemos clasificar como:**

- A) Estadío 3B.
- B) Estadío 3D.
- C) Estadío 3E.
- D) Estadio 2E.

**119 La estratificación del riesgo de este paciente, según la GesEPOC 2021, sería:**

- A) Riesgo alto, fenotipo no agudizador.
- B) Riesgo alto, fenotipo agudizador no eosinofílico.
- C) Riesgo alto, fenotipo agudizador eosinofílico.
- D) Riesgo bajo.

**120 El tratamiento de inicio que recomienda la GOLD 2024 para este paciente es:**

- A) La combinación de un LABA más un LAMA.
- B) La combinación de un LABA, un LAMA y un corticoide inhalado.
- C) La combinación de un LABA, un LAMA y un corticoide inhalado, si no tiene antecedentes de neumonía.
- D) La combinación de un LABA, un LAMA, un corticoide inhalado y Roflumilast.

**121 El tratamiento de inicio que recomienda la GesEPOC 2021 para este paciente es:**

- A) La combinación de un LABA más un LAMA.
- B) La combinación de un LABA, un LAMA y un corticoide inhalado.
- C) La combinación de un LABA, un LAMA y un corticoide inhalado, si no tiene antecedentes de neumonía.
- D) La combinación de un LABA, un LAMA, un corticoide inhalado y Roflumilast.

**122 ¿Cuál sería la puntuación BODex de este paciente?**

- A) 5.
  - B) 4.
  - C) 6.
  - D) 7.
- 

**CASO PRÁCTICO 17:**

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 de corticoides inhalados y agonista betamimético de acción larga (LABA), Montelukast y LAMA (Tiotropio), 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 155/microlitro, IgE 600 UI/ml y FENO 55 ppb.

---

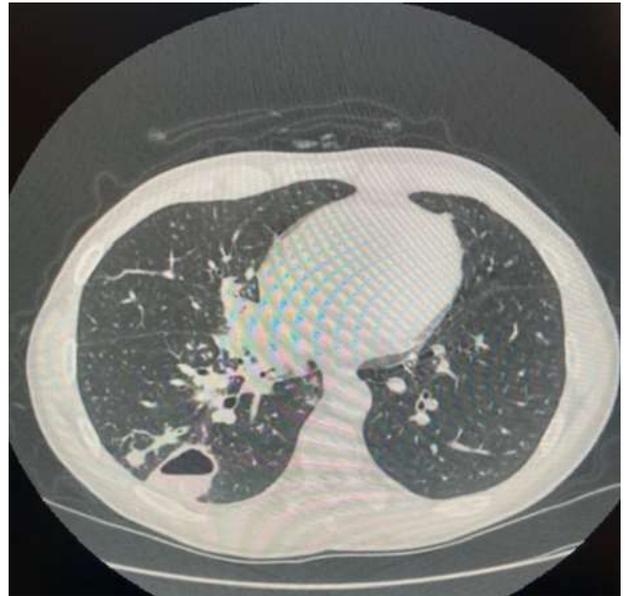
**123 ¿Cuál de los siguientes fármacos es el más indicado?**

- A) Mepolizumab.
  - B) Benralizumab.
  - C) Dupilumab.
  - D) Tocilizumab.
- 

**CASO PRÁCTICO 18:**

Paciente de 43 años de edad, fumador con antecedentes de TBC a los 20 años con tratamiento correcto. Acude a urgencias por hemoptisis de escasa cuantía y fiebre termometrada de 38,5°C en últimos dos días. Describe cuadro pseudogripal en últimos cuatro días. La Rx de tórax y TAC practicado se muestran a continuación. Se solicita cultivo de esputo, con tinción para BAAR negativa, y se realiza broncoscopia. Se detecta mediante PCR *M. Tuberculosis complex*.

---



**124 De las afirmaciones siguientes señale la que es correcta:**

- A) La técnica molecular denominada GenoType o LPA (por sus siglas en inglés de *Line Probe Assay*) permite detectar posible resistencia a Rifampicina detectando los genes de *M. tuberculosis* principalmente involucrados en la resistencia a R, el gen *katG* y el gen *inhA*.
- B) GeneXpert, que es una PCR en tiempo real, permite detectar resistencias a Rifampicina.
- C) Las pruebas moleculares genéticas para detectar sensibilidad a fármacos precisan micobacterias en fase de crecimiento activo en los medios de cultivo, por lo que los resultados se demoran un mínimo de 2-3 semanas.
- D) Las pruebas de sensibilidad genotípicas detectan mutaciones en los genes que condicionan la resistencia a los distintos fármacos: Isoniazida (*rpoB*), Rifampicina (*katG*, *inhA*), Etambutol (*embB*) y Fluoroquinolonas (*gyrA*, *gyrB*).

**125 En el caso anterior, Microbiología nos informa en horas del resultado de pruebas genéticas moleculares, y nos indica que no se detectan mutaciones de resistencia a Rifampicina mediante GeneXpert, pero si se detectan resistencias a Isoniacida. Con respecto a estas últimas, indique la respuesta FALSA:**

- A) La gran mayoría de los aislados de *M. tuberculosis* con resistencia a H por mutación en el gen *inhA* (10-20% del total), presentan resistencia de bajo nivel, o lo que es lo mismo, a bajas concentraciones de H.
- B) La resistencia a H está mediada por el gen *katG* se genera una resistencia de mayor nivel.
- C) Los aislamientos con resistencia a H por la mutación en el gen *katG* conllevan ningún tipo de resistencia cruzada con Etionamida/Protionamida.
- D) Es prácticamente seguro que, aumentando la dosis a 10-15 mg/Kg/día de Isoniacida, esta H va a ser muy eficaz, a pesar de su resistencia en el test de sensibilidad detectando mutación en el gen *inhA*.

**126 En el caso que nos ocupa teníamos duda entre dos regímenes terapéuticos. En cuanto a los regímenes terapéuticos a utilizar, indique la respuesta FALSA:**

- A) Si el resultado de resistencia a H se conoce antes de iniciarse el tratamiento, o incluso en las primeras 2-3 semanas de este, lo ideal sería construir un esquema de tratamiento sin esta H, y así se evitan todos los riesgos posibles.
  - B) Si el resultado de la resistencia a la H se conoce cuando ya se lleva más de un mes de tratamiento, sobre todo si el paciente sigue con baciloscopia positiva, es aconsejable cambiar la H por una fluoroquinolona, o añadir esta última al mismo esquema.
  - C) Se debería empezar con 6 Lfx-R-Z-E, en los casos en los que se conoce la resistencia a H antes de iniciar el tratamiento, o a lo largo de las 2-3 primeras semanas del mismo.
  - D) Se podría optar por 6-9 H-R-Z-E, con altas dosis de H, en los casos en los que el resultado de la resistencia a H se conoce después de las 2-3 semanas de iniciado el esquema inicial con H-R-Z-E.
- 

**CASO PRÁCTICO 19:**

**Usted sólo conoce de un paciente la siguiente gasometría arterial respirando aire ambiente: pH 7.29, paCO<sub>2</sub> 65 mmHg, PaO<sub>2</sub> 57 mmHg, HCO<sub>3</sub> 25 mmol/L, D(A-a)O<sub>2</sub> 15 mmHg.**

---

**127 Esta información es suficiente para decidir cuál de los siguientes sería, con más probabilidad, el tratamiento de elección para dicho paciente:**

- A) Anticolinérgicos inhalados.
  - B) Corticoides intravenosos.
  - C) Beta-2-agonistas de acción corta inhalados.
  - D) Naloxona intravenosa.
- 

**CASO PRÁCTICO 20:**

**Mujer de 59 años, fumadora en activo (actualmente 30 cig/d, en total 55 paq - año) con antecedentes personales de osteoporosis e hipercolesterolemia. Acude a consulta tras presentar durante este año un episodio de empeoramiento de sus síntomas respiratorios habituales que han precisado una pauta de antibióticos. En situación basal presenta disnea de grado funcional 1/4 del mMRC. Suele escucharse pitos en el pecho. En la analítica presenta un hemograma normal, con 8.600 leucocitos (eosinófilos de 320 cel/mm<sup>3</sup>). IMC de 26. Espirometría: FEV<sub>1</sub> de 2,12 L (53%), FVC de 2,95 L (86%) y FEV<sub>1</sub>/FVC de 0.62. Test de marcha de 390 m.**

---

**128 Según la guía GOLD 2024 para el diagnóstico de la EPOC, a esta paciente la podemos clasificar como:**

- A) Estadio 2A.
- B) Estadio 2B.
- C) Estadio 2E.
- D) Estadio 3B.

**129 La estratificación del riesgo de esta paciente, según la GesEPOC 2021, sería:**

- A) Riesgo alto, fenotipo no agudizador.
- B) Riesgo alto, fenotipo agudizador no eosinofílico.
- C) Riesgo alto, fenotipo agudizador eosinofílico.
- D) Riesgo bajo.

**130 El tratamiento de inicio que recomienda la GOLD 2024 para esta paciente es:**

- A) La combinación de un LABA más un LAMA.
- B) La combinación de un LABA, un LAMA y un corticoide inhalado.
- C) La combinación de un LABA, un LAMA y un corticoide inhalado, si no tiene antecedentes de neumonía.
- D) Un broncodilatador.

**131 El tratamiento que recomienda la GesEPOC 2021 de inicio para esta paciente es:**

- A) La combinación de un LABA más un LAMA.
- B) La combinación de un LABA, un LAMA y un corticoide inhalado.
- C) Un LAMA.
- D) Un LABA.

**132 ¿Cuál sería la puntuación BODE de esta paciente?**

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

---

**CASO PRÁCTICO 21:**

Varón de 72 años fumador activo, con antecedentes de EPOC moderado y tuberculosis pulmonar hace 10 años. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución con tos, expectoración mucopurulenta, malestar general, pérdida de peso y febrícula. En TC torácico realizado se observa: *“Signos de enfisema pulmonar paraseptal y centrolobulillar. Tractos pleuroparenquimatosos en LSI y LII con bronquiectasias por tracción en LSI y granulomas calcificados. Consolidación apical derecha de bordes irregulares, nódulo cavitado en segmento posterior del mismo lóbulo. Patrón de "árbol en brote" en LM. Nódulo de 6 mm en LM y nódulo de 5 mm en LII, inespecíficos”*.

---

**133 ¿Qué procedimiento microbiológico realizaría?**

- A) Estudio de micobacterias en 3 muestras de esputo en 3 días diferentes.
- B) Cultivo de broncoaspirado.
- C) Tinción de Giemsa en esputo.
- D) Detección de antígenos de *S. pneumoniae* y *Legionella pneumophila* en orina.

**134 En relación con el caso descrito, entre otras pruebas se realizaron cultivos de esputo seriados para micobacterias, y 1 cultivo fue positivo con crecimiento de *Mycobacterium avium complex* (MAC). Ante estos resultados, ¿cuál de las siguientes medidas adoptaría?**

- A) Indicar aislamiento respiratorio al paciente.
- B) Iniciar tratamiento lo antes posible.
- C) Repetir los cultivos de esputo.
- D) Ninguna de las anteriores.

**135 En el caso anterior, si se confirmara enfermedad por *Mycobacterium avium complex*, ¿qué pauta de tratamiento sería la indicada?**

- A) Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida durante 18 meses.
- B) Rifampicina, Etambutol y Claritromicina durante 12 meses tras presentar cultivos negativos.
- C) Isoniazida, Rifampicina y Etambutol durante 12 meses tras presentar cultivos negativos.
- D) Rifampicina, Etambutol y Claritromicina durante 18 meses.

---

**CASO PRÁCTICO 22:**

Paciente de 64 años, fumador activo (30 paquetes/año) y obeso (IMC 40), se encuentra en su situación clínica basal de los últimos dos años, con disnea grado III. Se le realiza una gasometría arterial basal a nivel del mar que muestra: PaO<sub>2</sub> 65 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 53 mmHg, pH 7.41, Sat O<sub>2</sub> 93% y HCO<sub>3</sub> 28 mEq/L. Rx tórax sin alteraciones reseñables y una espirometría sin respuesta al test broncodilador, con los siguientes valores: FVC 60%, FEV<sub>1</sub> 55%, FEV<sub>1</sub>/FVC 0.91, F. meso 62%.

---

**136 Con la información que dispone, ¿cuál es su primera sospecha diagnóstica?**

- A) EPOC.
- B) S. obesidad hipoventilación.
- C) Fibrosis pulmonar.
- D) Ninguna de las anteriores.

**137 Los valores gasométricos del paciente del caso anterior se corresponden a una situación de:**

- A) Alcalosis metabólica compensada.
- B) Acidosis respiratoria compensada.
- C) Alcalosis respiratoria compensada.
- D) Acidosis respiratoria descompensada.

**138 ¿Qué prueba de las siguientes que se describen, solicitaría ante sus sospechas clínicas?**

- A) Test de manitol.
- B) AngioTAC torácico.
- C) Estudio poligráfico nocturno.
- D) Broncoscopia.

**139 Además del abandono del tabaco y de la pérdida de peso, ¿qué terapia considera a priori que le puede beneficiar más?**

- A) Oxigenoterapia crónica domiciliaria.
  - B) Ventilación mecánica no invasiva.
  - C) Bajas dosis de benzodiazepinas.
  - D) Teofilina.
- 

**CASO PRÁCTICO 23:**

**Paciente de 67 años de edad, que acude a consulta por disnea de larga evolución. No fumador. Obesidad importante (IMC de 38 Kg/m<sup>2</sup>). En la gasometría arterial se aprecia una PaO<sub>2</sub> 52 mmHg, PCO<sub>2</sub> 48 mmHg, pH 7.39 y CO<sub>3</sub>H 31.**

---

**140 ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es correcta, en relación con el tratamiento de este paciente?**

- A) Debe recomendarse al paciente la pérdida de peso.
  - B) En las formas de presentación aguda, la ventilación mecánica no invasiva debe ser la primera opción.
  - C) La cirugía bariátrica para tratar la obesidad mórbida debe plantearse como una de las primeras opciones terapéuticas.
  - D) Si el paciente presentara una apnea obstructiva grave asociada, se debe recomendar tratamiento con CPAP.
- 

**CASO PRÁCTICO 24:**

**Un paciente sometido a neumectomía desarrolla un quilotorax durante el postoperatorio inmediato.**

---

**141 ¿Cuál sería su recomendación terapéutica?**

- A) Control dietético sin colocación de tubo pleural, salvo que el volumen del derrame provoque desplazamiento del mediastino.
- B) Control dietético y colocación de tubo pleural.
- C) Colocación de tubo pleural inmediata. No son necesarias más medidas.
- D) Colocación de tubo pleural y restricción de líquidos.

---

### CASO PRÁCTICO 25:

Un paciente de 42 años, no fumador, consulta por disnea con ortopnea importante. La radiografía de tórax muestra una elevación de ambos hemidiafragmas, y en la radioscopia se comprueba la existencia de una parálisis diafragmática.

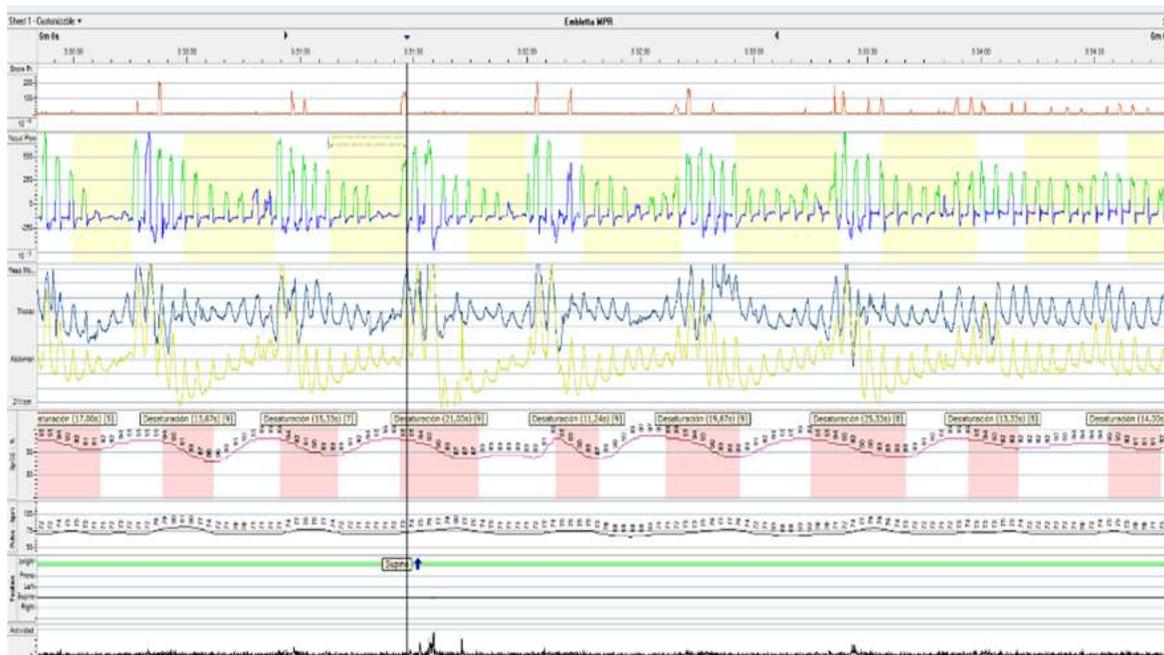
---

142 Señale, entre las siguientes afirmaciones sobre este caso, la respuesta FALSA:

- A) La FVC disminuye de forma significativa en decúbito supino comparado con la FVC en sedestación.
  - B) La relación FEV1/FVC estará disminuida.
  - C) El VR estará conservado o ligeramente disminuido.
  - D) Si el cuadro se acompaña de hipoventilación alveolar, está indicada la ventilación no invasiva nocturna.
- 

### CASO PRÁCTICO 26:

La imagen corresponde a 5 minutos de estudio de una poligrafía respiratoria en un varón de 62 años.



143 ¿Qué tipo de evento respiratorio se aprecia en la misma?

- A) Esfuerzo respiratorio asociado a microdespertar (ERAM).
  - B) Apnea mixta.
  - C) Hipopnea.
  - D) Apnea obstructiva.
- 

### CASO PRÁCTICO 27:

Paciente de 68 años, con antecedentes de diabetes tipo 2, dislipemia, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica (estable tras revascularización percutánea de dos vasos y stent, dos años antes), acude a Urgencias en Enero/2023 por fiebre de

hasta 39°C, tos con expectoración mucopurulenta y dolor de costado izquierdo desde hace tres días. Refiere estar vacunado de la gripe en Octubre/22, y no recuerda haber recibido otras vacunas recientemente. No refiere alergia a fármacos. Está en tratamiento con Atorvastatina 80 mg 1 comp al día, Metformina 1 g cada 12 h, Atenolol 50 mg al día y ácido Acetil salicílico 100 mg al día. Es independiente para las ABVD y vive en su casa con su esposa, a la que cuida por una demencia leve-moderada. A la exploración tiene aspecto febril, herpes labial, bien perfundido e hidratado, con pulso rítmico a 112 spm, Temp<sup>a</sup> 38,2°C y TA 145/90 mmHg. SatO<sub>2</sub> respirando a/a 92%. AC sin soplos ni extratotonos. AP con algún roncus aislado y estertores crepitantes en tercio medio y base del hemitórax derecho. Abdomen sin megalias ni puntos dolorosos. Extremidades inferiores sin edemas.

---

**144 Con esta información clínica, ¿cuál sería el proceder más correcto a continuación, en Urgencias?**

- A) Dar al paciente de alta a domicilio, prescribiéndole en receta electrónica Paracetamol 1 g (para tomar 1 comp cada 8 h) y Levofloxacino 750 mg (para tomar 1 comp cada 12 horas).
- B) Realizar una analítica básica y una radiografía de tórax.
- C) Solicitar un estudio de esputo urgente, con tinción de Gram y búsqueda de BAAR.
- D) Ingresar al paciente para tratamiento intravenoso con Cefotaxima 2 g/24 h más Linezolid 600 mg/12 horas.

**145 Con los datos de que dispone hasta ahora, ¿cuál sería la etiología más frecuente de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) de este paciente?**

- A) Virus respiratorio sincitial.
- B) SARS-CoV-2.
- C) *Mycoplasma pneumoniae*.
- D) *Streptococcus pneumoniae*.

**146 Si además de los datos que usted ya conoce sobre este paciente, le decimos que tiene una frecuencia respiratoria basal de 22 respiraciones por minuto, y que en la analítica muestra un nitrógeno ureico (BUN) de 38 mg/dL, ¿podría decir qué grado de severidad tendría esta NAC, según la Escala CURB-65?**

- A) Riesgo Bajo.
- B) Riesgo Moderado.
- C) Riesgo Alto.
- D) Riesgo Severo.

**147 Aunque el médico residente opina que este caso podría ser tratado**

**ambulatoriamente, sin necesidad de hacer más pruebas, el paciente insiste en que se le hagan análisis de COVID y pruebas radiológicas antes de ser dado de alta. Se realiza analítica de sangre y orina, y se envía a la Unidad de Radiodiagnóstico para que le practiquen una RX de tórax (que se muestra la proyección PA), todo ello desde Urgencias. Los principales resultados analíticos son: Hb 15.8 g/dL, leucocitos**



**16.870/mL con 93% de neutrófilos y 2% de cayados. Glucemia 280 mg/dL (teóricamente el paciente está en ayunas de más de 3 horas), BUN 38 mg/dL, Na 141 mEq/L, K 3'9 mEq/L. Gasometría arterial: pH 7'40, pCO<sub>2</sub> 39 mmHg, pO<sub>2</sub> 78 mmHg, sat O<sub>2</sub> 92%. Detección test rápido de SARS-CoV-2 en secreciones nasofaríngeas: negativo. Según el score "*Pneumonia Severity Index*" (PSI), tiene una puntuación de 99. Tras esta valoración clínica, radiológica, analítica y pronóstica (ya conoce las puntuaciones en los dos índices PSI y CURB-65), ¿cuál sería el proceder más correcto a continuación?**

- A) Dar de alta a domicilio con tratamiento antibiótico oral (Amoxicilina 1 g/8 horas) durante 5 días, sin más recomendaciones, y seguimiento por su médico de familia.
- B) Proponer ingreso hospitalario y avisar a UCI para valoración por el/la intensivista de guardia, por si fuera candidato a ventilación mecánica y soporte circulatorio, dados la edad y los antecedentes del paciente.
- C) Solicitar desde Urgencias un TAC de tórax para descartar neoplasia pulmonar.
- D) Valorar ingreso hospitalario para vigilancia y tratamiento antibiótico intravenoso con Ceftriaxona 2 g/24 h y Azitromicina oral 500 mg/día.

**148 Un compañero de la Unidad de Urgencias le indica que, cuando exista la posibilidad de infección por microorganismos multirresistentes en una NAC, es aconsejable calcular la puntuación en el índice de resistencia antibiótica PES, basada en los tres patógenos multirresistentes más frecuentes en la NAC (*Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacteriaceae* productora de betalactamasa de espectro extendido y SARM). En este paciente el resultado del índice PES es 2 puntos. Ante este dato, la actitud más correcta sería:**

- A) Recoger muestras respiratorias para cultivo, incluyendo técnicas de diagnóstico molecular si es posible.
- B) Iniciar cobertura antibiótica empírica con Meropenem + Levofloxacino + Ceftarolina o Linezolid.
- C) Mantener la cobertura antibiótica empírica ya prescrita.
- D) Tomar una tanda de hemocultivos y esperar los resultados microbiológicos para cambiar o no la pauta antibiótica empírica instaurada.

**149 Respecto al tiempo de tratamiento antibiótico en este paciente con NAC, ¿cuál sería la pauta más adecuada, según las guías clínicas recientes (Normativa de la SEPAR actualización 2020 y GPC de la ATS/IDSA 2019)?**

- A) Un mínimo de 10 días, que debería ampliarse a 14 días si hay complicaciones (empiema, absceso, sepsis, etc.).
- B) Un mínimo de 5 días y, valorando siempre la estabilidad clínica, podría suspenderse tras 48 horas sin fiebre.
- C) Un mínimo de 14 días, pasando a la vía oral tras 48 horas sin fiebre.
- D) Salvo en casos de neumonía necrosante, absceso pulmonar, derrame pleural complicado, infecciones extrapulmonares o sospecha de gérmenes no comunes, el tratamiento antibiótico debe suspenderse tras una semana de quedarse el paciente afebril y alcanzarse la estabilidad clínica.

**150 Por las características personales y comorbilidades que presenta, una vez resuelto el proceso neumónico, usted se plantea que este paciente debería vacunarse frente al neumococo. Siguiendo el protocolo de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de Andalucía, establecidas en el "Programa de Vacunación frente a neumococo en Andalucía 2023 (Instrucción DGSPyOF-6/2023, de 12 abril 2023)", ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

- A) Tras haber sufrido un proceso infeccioso como el descrito en el caso, este paciente cumpliría criterios para ser considerado de Riesgo Alto de enfermedad neumocócica invasiva (Grupo 1).
- B) Por su edad, este paciente estaría en la cohorte de vacunación sistemática frente a neumococo, y si no hubiese recibido dosis previas de vacuna neumocócica conjugada (VNC13 o VNC20), debería haber recibido dosis única de la vacuna conjugada 20-valente (VNC20) (Apexxnar®).
- C) Si este paciente hubiera sido previamente vacunado con una dosis de VNC13, ahora debería recibir una dosis única de VNC20, siempre que hayan transcurrido seis meses desde la vacunación previa.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

---

**151 Cuando utilizamos antibioterapia en el abordaje terapéutico de la Infección Bronquial Crónica, son correctas las siguientes afirmaciones, EXCEPTO:**

- A) En el tratamiento de la infección bronquial crónica, debido a que con la administración por vía inhalada se alcanzan elevadas concentraciones del antibiótico en la vía aérea, la elección del antibiótico se realizará según el tipo de microorganismo que cause la infección, pero no según las sensibilidades antibióticas de los mismos.
- B) Para la inflamación bronquial, los macrólidos se recomiendan en los pacientes con bronquiectasias no debidas a fibrosis quística en fase de estabilidad clínica pero con, al menos, 2 agudizaciones anuales a pesar del tratamiento de base correcto.
- C) En el tratamiento de la infección bronquial crónica, la rotación o alternancia de antibióticos no ha mostrado utilidad para minimizar el desarrollo de resistencias.
- D) Los protocolos de tratamiento de la infección bronquial crónica son muy variados, y ninguno ha demostrado superioridad frente a los demás.

**152 El principal factor de riesgo para el desarrollo de Silicosis es la exposición acumulada a polvo respirable de sílice. ¿Cómo se calcula la exposición acumulada?**

- A) Dosis acumulada de sílice = fracción de polvo respirable x porcentaje de sílice libre en  $\text{mg}/\text{m}^3$  x número de años de exposición
- B) Dosis acumulada de sílice = fracción de polvo respirable x porcentaje de sílice libre en  $\text{mg}/\text{m}^3$ .
- C) Dosis acumulada de sílice = (fracción de polvo respirable x porcentaje de sílice libre en  $\text{mg}/\text{m}^3$ ) / años de exposición.
- D) Dosis acumulada de sílice = porcentaje de sílice libre en  $\text{mg}/\text{m}^3$  x número de años de exposición.

**153 Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a la estrategia terapéutica AIR (*Anti-inflammatory reliever*) que se describe en la Estrategia Global para el Manejo del Asma (GINA) 2023:**

- A) AIR es una estrategia terapéutica de rescate que puede realizarse con GCI (glucocorticoide inhalado) a dosis baja y un broncodilatador de acción rápida.
- B) AIR es una estrategia terapéutica de rescate que puede incluir GCI y combinaciones de Budesonida-Formoterol.
- C) AIR es una estrategia terapéutica de rescate que puede incluir GCI y combinaciones de Beclometasona-Formoterol.
- D) AIR sustituye a la terapia MART (*Maintenance And Reliever Therapy*) como estrategia de medicación de mantenimiento y rescate en la guía GINA.



## **INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS Opositoras:**

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

**EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

### **SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:**

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

### **SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:**

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS Opositoras Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

### **SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:**

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DIAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

**NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.**

**ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.**

