CONVOCATORIA

CONCURSO-OPOSICIÓN

F.E.A. NEUMOLOGÍA

(Resolución 1109/2020, de 30 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CUESTIONARIO PREGUNTAS

9 de octubre de 2021

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

1. En el diagnóstico de la enfermedad del cilio inmóvil, se utiliza la Prueba de Sacarosa. Para ello, se coloca una fracción de sacarosa a 1 cm del cornete inferior y se cuantifica el tiempo en percibir el sabor dulce. ¿A partir de qué tiempo se considera patológica la prueba?

    a. 20 minutos.
    b. 40 minutos.
    c. 60 minutos.
    d. 80 minutos.

2. 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. 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.

3. En los síndromes paraneoplásicos asociados a tumores pulmonares, pueden encontrase anticuerpos específicos. Señale la relación **CORRECTA**:

    a. Anti-Receptor de ácido 3-hidroxi-5-metil-4-isoxazolepropionico (AMPAR) - Degeneración cerebelosa – Adenocarcinoma de pulmón.
    b. AntiHu, anticuerpo antinuclear neuronal tipo 1 (ANNA 1) – encefalitis límbica – carcinoma microcítico de pulmón.
    c. AntiYo - carcinoma epidermoide hipercalcemia.
    d. Anfifisina – neuropatía óptica- carcinoma escamoso de pulmón.

4. De los siguientes criterios diagnósticos de adenocarcinoma de pulmón, ¿cuál descartaría un adenocarcinoma in situ?:

    a. Tumor < de 3 cm.
    b. Atipia nuclear ausente.
    c. Invasión estromal sin invasión vascular ni pleural.
    d. Adenocarcinoma solitario.

5. ¿Cuál de los siguientes patrones radiológicos ecográficos descarta la presencia de neumotórax?:

    a. Punto pulmón o lung point.
    b. Líneas *"A".*
    c. Ausencia de Líneas "B".
    d. Lung Sliding.

6. El índice GAP utilizado para evaluar el pronóstico de la FPI (Fibrosis Pulmonar Idiopática) en el momento del diagnóstico **NO** incluye uno de los siguientes parámetros:

a. Edad.
b. DLCO.
c. Sexo.
d. Insuficiencia respiratoria.

7. Un deportista de élite tiene una competición importante el próximo mes. Acude a su consulta por un cuadro respiratorio, con tos, expectoración verdosa y fiebre. ¿Qué antibiótico de los siguientes le pautaría?:

a. Cefditoreno 400 mg/12 horas.
b. Levofloxacino 500 mg/ 24 horas.
c. Ciprofloxacino 500 mg/12 horas.
d. Linezolid 600 mg/24 horas.

8. El síndrome de Birt-Hoog-Dubé. Señale la respuesta **CORRECTA**:

a. Herencia autosómica recesiva.
b. No aumenta predisposición a cáncer.
c. Afecta sólo a mujeres
d. Es una causa de transmisión hereditaria de neumotórax.

9. De los siguientes fármacos de deshabituación tabáquica, ¿cuál actúa sobre los receptores nicotínicos específicos (α4β2) como agonista parcial?:

a. Nicotina.
b. Bupropion.
c. Vareniclina.
d. Amitriptilina.

10. ¿Cuál de las siguientes pruebas **NO** mide la mecánica respiratoria?:

a. Espirometría y curva flujo-volumen.
b. Test de difusión.
c. Medida de la resistencia de la vía aérea por oscilometría de impulsos.
d. Valoración de la pequeña vía aérea por lavado de gases inertes.

11. Señale de las siguientes, la contraindicación absoluta de trasplante pulmonar:

a. Obesidad clase II y III (IMC > 35 kg/m^2).
b. Hepatocarcinoma tratado hace 5 años.
c. Tuberculosis tratada hace 2 años.
d. Ex drogadicto por vía parenteral.

12. El índice de severidad PESI, es un índice pronóstico en la enfermedad tromboembólica. ¿Cuál de los siguientes parámetros sería de riesgo?:

a. Presión arterial sistólica de 120 mmHg con frecuencia cardiaca de 75 lpm.
b. Frecuencia respiratoria de 20 y temperatura de 36.2ºC.
c. Mujer con saturación de oxígeno basal del 92%.
d. Varón desorientado.

13. ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo de enfermedad tromboembólica?:

a. Acortamiento del tiempo de tromboplastina parcial activada.
b. Hipohomocisteinemia.
c. Alargamiento del tiempo de protrombina.
d. Elevación del factor VIII.

14. Señale la forma de inicio más frecuente de la sarcoidosis:

a. Síndrome de Löfgren.
b. Lesiones cutáneas específicas.
c. Hipercalcemia.
d. Eritema nodoso

15. Ante una mujer de 35 años, con diagnóstico de LES (Lupus eritematoso sistémico) que presenta disnea con hipoxemia y áreas bilaterales de consolidación e infiltrados alveolares radiológicos de nueva aparición, debería sospechar:

a. Tromboembolismo pulmonar.
b. Neumonía neumocócica
c. Hemorragia alveolar difusa.
d. Hipertensión pulmonar.

16. De entre los siguientes fármacos antituberculosos, ¿cuál considera que tiene mayor actividad bactericida?:

a. Etionamida.
b. Pirazinamida.
c. Bedaquilina.
d. Meropenem.

17. Respecto a la prueba de marcha de seis minutos, señale la respuesta **CORRECTA:**

a. Para la realización de un test de marcha de seis minutos basta disponer de un pasillo llano, sin importar la longitud del mismo.
b. Una alternativa a la realización en pasillo del test de marcha de seis minutos es el tapiz rodante.
c. En pacientes con EPOC, una distancia superior a 350 metros es un predictor de supervivencia independiente de otras variables e incluso sin correlación con los cambios espirométricos.
d. La prueba debe detenerse si se detecta una saturación por debajo de 90%.

18. ¿Cuál de las siguientes es una vasculitis de pequeño calibre?

a. Poliarteritis nodosa.
b. Arteritis de Takayasu.
c. Granulomatosis con poliangeitis.
d. Enfermedad de Kawasaki.

19. En las enfermedades neuromusculares es **CIERTO** que:

a. La PIM (presión inspiratoria máxima) siempre se altera después de hacerlo la FVC (capacidad vital forzada).
b. Una PIM de menos del 25% suele asociarse a hipercapnia.
c. La PIM refleja la función de los músculos abdominales e intercostales.
d. No existe correlación entre la FVC y la PIM.

20. En el síndrome de agudización de la EPOC (SAE) el diagnóstico diferencial debe hacerse con todas las siguientes entidades, **EXCEPTO**:

a. Embolia de pulmón.
b. Insuficiencia cardiaca.
c. Neumotórax.
d. Neumonía.

21. Respecto al tratamiento de un paciente con EPOC estable, señale la respuesta **CORRECTA**:

a. En pacientes con EPOC con fenotipo agudizador, con al menos dos agudizaciones previas a pesar del tratamiento adecuado, se sugiere el tratamiento con macrólidos a largo plazo.
b. En pacientes con agudizaciones a pesar del tratamiento con LABA/LAMA se recomienda el tratamiento con LABA/LAMA/CI.
c. El tratamiento en monoterapia de elección es un LABA.
d. El tratamiento inicial en un paciente agudizador no eosinofílico es la combinación LABA/CI.

22. Respecto al tratamiento biológico en el asma bronquial, señale la respuesta **CORRECTA:**

a. El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido a la cadena alfa del receptor de la IL5.
b. El omalizumab es el tratamiento de primera elección en el asma eosinofílica no alérgica.
c. Benralizumab es un anticuerpo monoclonal anti IL5.
d. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la cadena alfa del receptor de la IL4.

23. De entre las siguientes variables, ¿cuál caracteriza a la beriliosis?:

a. Comienzo de la enfermedad generalmente agudo.
b. Eritema nodoso.
c. Afectación esplénica frecuente.
d. Test linfoproliferativo a berilio anormal.

24. En la escala para la neumonía adquirida en la comunidad PSI (*Pneumonia Severity Index*), ¿cuál de entre las siguientes variables tiene mayor puntuación?:

a. Enfermedad hepática.
b. Estado mental alterado.
c. Enfermedad neoplásica.
d. Frecuencia respiratoria ≥30/min

25. De entre las siguientes bacterias, ¿cuál es la más frecuente como causa de neumonía en pacientes sometidos a ventilación mecánica?:

a. S. aureus.
b. P.aeruginosa.
c. H. influenzae
d. S. pneumoniae.

26. En relación con la Aspergilosis broncopulmonar alérgica, ¿cuál de los siguientes criterios de Rosenberg-Patterson se considera mayor?:

a. Expectoración de moldes mucosos marronáceos.
b. Reacción cutánea tardía contra Aspergillus fumigatus.
c. Bronquiectasias centrales.
d. Cultivo de esputo positivo para Aspergillus fumigatus.

27. ¿Cuál es la supervivencia a 4 años esperada en un paciente con EPOC y una puntuación BODE de 5?:

a. 67%.
b. 57%.
c. 47%.
d. 37%.

28. En relación con el tratamiento inmunosupresor tras el trasplante pulmonar, es **CIERTO**:

a. Los niveles de tacrolimus a partir del primer año en general deben situarse entre 15 y 20 ng/ml
b. Los niveles de ciclosporina a partir del primer año en general deben situarse entre 300 y 400 ng/ml
c. La ciclosporina es más potente que el tacrolimús
d. El tacrolimus es menos nefrotóxico que la ciclosporina.

29. De entre las siguientes neumonitis por hipersensibilidad, ¿cuál es la que tiene como antígeno causante el Aspergillus?:

a. Pulmón de los lavadores de queso.
b. Enfermedad de los trabajadores de la pulpa de madera.
c. Enfermedad de los procesadores de tabaco.
d. Pulmón de los peleteros.

30. Para indicar tratamiento con AAT (alfa-1-antitripsina) intravenosa en pacientes con enfisema pulmonar con déficit de AAT (fenotipo piZZ), ¿cuál de los siguientes criterios es **CORRECTO**?:

a. Ser mayor de 60 años.
b. Tener un FEV1<50% del predicho.
c. Concentraciones de AAT < 80 mg/dl en dos determinaciones.
d. Enfisema pulmonar demostrado por pruebas de función pulmonar y/o TCAR de tórax.

31. El síndrome de "*disfunción reactiva de la vía aérea"* tiene como uno de sus criterios:

a. Antecedentes documentados de síntomas respiratorios.
b. El debut de los síntomas ocurre después de una única exposición incidental o accidentalmente.
c. Test de metacolina negativo.
d. Los test de función pulmonar no muestran obstrucción al flujo aéreo.

32. ¿Cuál de estos factores forma parte del índice de riesgo cardíaco revisado para cirugía torácica de cáncer de pulmón?:

a. Creatinina superior a 1.2.
b. Necesidad de tratamiento con insulina en el preoperatorio.
c. Cardiopatía isquémica revascularizada.
d. Fibrilación auricular.

33. ¿En cuál de entre las siguientes entidades causantes de *síndrome pulmón-riñón* es más frecuente la hemorragia pulmonar?:

a. Lupus eritematoso sistémico.
b. Granulomatosis con poliangeítis.
c. Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis.
d. Enfermedad por anticuerpos antimembrana basal.

34. En la ecografía torácica, ¿cuál de entre las siguientes características se aprecia en la neumopatía intersticial?:

a. Líneas B de forma difusa bilaterales de predominio en campos anteriores.
b. Líneas B múltiples dispersas bilateralmente.
c. Líneas B con distribución heterogénea de predominio en bases pulmonares.
d. Morfología de la superficie pleural lisa y regular.

35. ¿En cuál de las siguientes enfermedades el derrame pleural suele ser un trasudado?:

a. Hipertensión pulmonar.
b. Conectivopatías.
c. Uremia.
d. Embolia pulmonar.

36. En el algoritmo para el estudio molecular del cáncer de pulmón de célula no pequeña estadio IV recomendado por SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) es **CIERTO**:

a. En el carcinoma escamoso en pacientes fumadores debe analizarse la presencia de la mutación EGFR.
b. En el carcinoma no escamoso, se recomienda el estudio de EGFR, ALK y PDL1.
c. El estudio de ROS.1 en no fumadores se solicita si el EGFR ha sido positivo.
d. No se considera la rebiopsia en ningún caso.

37. En la atención al enfermo respiratorio al final de la vida es útil la escala analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud). ¿Cuál de entre los siguientes fármacos pertenecería al segundo escalón?:

a. Morfina.
b. Oxicodona.
c. Tramadol.
d. Buprenorfina.

38. ¿En el derrame pleural del *quilotórax* encontraremos?:

a. Predomino de neutrófilos.
b. Trigliceridos >60 y <110 mg/dl.
c. Colesterol LP/S < 1.
d. Cristales de colesterol con ausencia de quilomicrones.

39. Paciente de 50 años, exfumador de 40 p-a, sin antecedentes de neoplasia. Asintomático. Nódulo subsólido de 7 mm en vidrio deslustrado en TAC**. 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, 36 y 60 meses.
c. No precisa seguimiento.
d. TAC cada tres meses durante el primer año y cada 6 el segundo.

40. Constituye una diferencia del secuestro pulmonar extralobar respecto al intralobar:

a. Es más frecuente que el intralobar.
b. La irrigación sistémica en la mayoría de los casos procede de la aorta torácica o abdominal.
c. Posee pleura visceral propia.
d. El drenaje venoso en la mayoría de los casos es a la circulación sistémica.

41. Indicaría tratamiento con CPAP en:

a. Paciente con Epworth 8, IAH 16, hipertenso tratado con un fármaco, sin alteración de calidad de vida relacionada con el sueño.
b. Paciente con Epworth 13, IAH4, HTA en tratamiento dietético.
c. IAH 28, Epworth 4, no hipertenso, sin alteración de la calidad de vida.
d. IAH 19, Epworth 9, Hipertensión arterial refractaria, sin alteración de la calidad de vida relacionada con el sueño.

42. La nueva definición de hipertensión pulmonar precapilar establecida en el Simposio Mundial de Niza 2018, incluye los siguientes parámetros**, EXCEPTO:**

a. Presión media en arteria pulmonar >25 mmHg.
b. Presión de enclavamiento pulmonar ⩽15 mmHg.
c. Presión media en arteria pulmonar >20 mmHg.
d. Resistencias vasculares pulmonares ⩾3 unidades Wood.

43. ¿Cuál de los siguientes fármacos de la vía de las prostaciclinas utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar, se administra por vía oral?:

a. Iloprost.
b. Epoprostenol.
c. Selexipag.
d. Treprostinil.

44. ¿Cuáles de los siguientes genes **NO** está implicado en el desarrollo de hipertensión arterial pulmonar?:

a. EIF2AK4.
b. BMPR2.
c. SFTPA2.
d. ACVRL1.

45. Uno de los siguientes hallazgos en la TCAR **NO** se incluye en el patrón típico de la neumonitis por hipersensibilidad no fibrótica o inflamatoria:

a. Atenuación en mosaico.
b. Atrapamiento aéreo.
c. Vidrio deslustrado.
d. Patrón “en cabeza de jabalí” o de tres densidades.

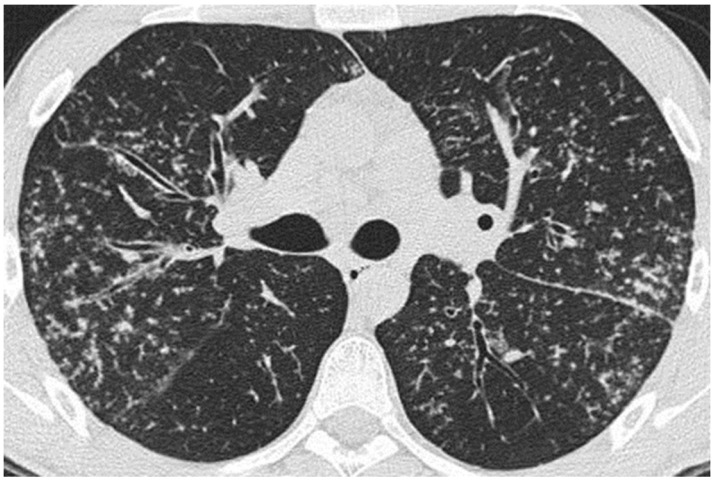
46. Paciente de 75 años, diagnosticado de FPI (Fibrosis Pulmonar Idiopática) en el que se indica tratamiento con pirfenidona. Señale la afirmación **CORRECTA**:

a. El efecto adverso más frecuente es la diarrea, por lo que debe pautarse además tratamiento con loperamida.
b. Los efectos adversos más relevantes son los gastrointestinales (fundamentalmente náuseas y dispepsia) por lo que debe pautarse además tratamiento con omeprazol.
c. La dosis total recomendada es de 2.403 mg/día, que se divide en tres tomas coincidentes con las comidas.
d. Las reacciones cutáneas en forma de fotosensibilidad aparecen generalmente a partir de las 4 horas de la toma del fármaco.

47. En un paciente con histiocitosis de células de Langerhans pulmonar, negativo para la mutación BRAF V600E y con progresión clínica, funcional y radiológica, ¿Qué tratamiento estaría más indicado con la evidencia actual?:

a. Quimioterapia con vemurafenib.
b. Quimioterapia con cladribina.
c. Inmunosupresión con metrotrexate.
d. Inmunosupresión con micofenolato.

48. Varón de 34 años, no fumador, con tos seca de varios meses de evolución. Se realiza RX de tórax y, ante las escasas alteraciones visibles, con dudoso patrón nodulillar en los campos superiores y medios, se realiza posteriormente TCAR



Dados los hallazgos en TCAR, con patrón nodulillar linfangítico sin fibrosis, ¿qué diagnóstico es el más probable?:

a. Sarcoidosis.
b. TBC miliar.
c. Linfoma.
d. Linfangitis carcinomatosa.

49. En un paciente diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV positivo para mutación ALK (quinasa del linfoma anaplásico), ¿cuál de los siguientes fármacos **NO** estaría indicado en el tratamiento?:

a. Crizotinib.
b. Alectinib.
c. Erlotinib.
d. Lorlatinib.

50. Según la 8.ª edición de la clasificación TNM publicada por la IASLC (International Association for the Study of Lung Cáncer), 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.

51. ¿Cuál de las siguientes **NO** es una indicación de la crioterapia con broncoscopia?:

a. Tratamiento de tumores endobronquiales infiltrativos.
b. Tratamiento de la traqueobroncomalacia.
c. Extracción de coágulos organizados de sangre.
d. Tratamiento del carcinoma "in situ".

52. ¿Cuál de las siguientes estaciones ganglionares **NO** es accesible por las dos técnicas de estadificación mediastínica; EBUS (endobronchial ultrasound) y EUS (endoscopic ultrasound)? :

a. 2R.
b. 10L.
c. 4L.
d. 7.

53. Señale la afirmación **CORRECTA** respecto al drenaje pleural permanente con catéter pleural tunelizado:

a. Puede utilizarse para instilar fármacos como fibrinolíticos o quimioterapia, pero no para realizar pleurodesis.
b. Debe retirarse siempre si aparece como complicación la infección del líquido pleural.
c. Debe retirarse siempre si aparece como complicación la diseminación tumoral o presencia de metástasis en el trayecto del catéter.
d. Produce una pleurodesis espontánea en cerca de la mitad de los casos.

54. Una de las siguientes afirmaciones respecto a la prueba de esfuerzo cardiopulmonar es **INCORRECTA**:

a. Si se utiliza un protocolo incremental solo puede realizarse en cicloergómetro.
b. El valor del pulso de oxígeno refleja la cantidad de oxígeno extraída por los tejidos en cada latido cardíaco.
c. Un valor de VO2 (consumo de oxígeno) menor de 10 ml/kg/min contraindica la cirugía de resección pulmonar.
d. En los pacientes con hipertensión pulmonar el EqCO2 se encuentra aumentado.

55. Respecto a la difusión alveolocapilar de oxígeno, señale la respuesta **INCORRECTA**:

a. Está regulada por la ecuación de Fick.
b. La cantidad de gas que se difunde es inversamente proporcional a la diferencia de presiones entre el alveolo y el capilar.
c. La cantidad de gas que se difunde es directamente proporcional a la solubilidad del gas.
d. Si se reduce la pO2 alveolar (p. ej., al respirar una mezcla pobre en O2 o en grandes alturas), el O2 difunde con mayor lentitud.

56. En el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda, los sistemas de oxigenoterapia de alto flujo y humidificación activa proporcionan los siguientes beneficios, **EXCEPTO**:

a. Efecto lavado del espacio muerto nasofaríngeo.
b. Efecto presión positiva al final de la espiración (PEEP) independiente del flujo y la mecánica ventilatoria del paciente.
c. Mejoría del aclaramiento mucociliar.
d. Asegurar una FiO2 estable.

57. En un paciente diagnosticado de asma bronquial, en tratamiento con beta-2-adrenérgico, glucocorticoide inhalado a dosis media y tiotropio, con síntomas diurnos un día a la semana, y despertares nocturnos < 2 días al mes que precisan medicación de rescate, sin limitación de la actividad habitual, con FEV 1 del 80 % del valor teórico y con una exacerbación que precisó atención en urgencias hospitalarias hace 6 meses, ¿cuál sería el grado actual de control del asma?:

a. Parcialmente controlada.
b. Bien controlada.
c. Mal controlada.
d. No se puede establecer el control porque no se conoce la adhesión terapéutica.

58. En relación con el asma grave no controlada (AGNC) indique la afirmación **CORRECTA**:

a. Es aquella enfermedad asmática que persiste mal controlada pese a recibir tratamiento con una combinación de CI/LABA, a dosis elevadas o bien glucocorticoides orales en el último año.
b. Uno de los criterios de falta de control es una puntuación en el test de control del asma (ACT) > 20.
c. Se considera que el AGNC es insensible a glucocorticoides cuando cursa con un FEV1 ≤ 75 % que no mejora significativamente (≤ 15 %) tras tratamiento con prednisona vía oral, 40 mg/día durante dos semanas.
d. En el momento actual la clasificación en fenotipos no permite identificar al paciente específico candidato a recibir un tratamiento concreto.

59. En un paciente hospitalizado por neumonía adquirida en la comunidad, tratado con levofloxacino durante 5 días, con 48 horas de ausencia de fiebre (temperatura actual 37.5◦C) y con presión arterial sistólica > 90 mmHg, frecuencia cardiaca >100 latidos/min, frecuencia respiratoria < 24/min y saturación O_2 >90% aire ambiente:

a. Puede suspenderse el tratamiento antibiótico si no hay sospecha de gérmenes no comunes.
b. Siempre se debe esperar a completar como mínimo 7 días de tratamiento.
c. Debe mantenerse el tratamiento antibiótico hasta que no haya ningún signo de inestabilidad clínica.
d. Debe añadirse un betalactámico, ya que no está indicado el tratamiento con una quinolona en monoterapia.

60. Paciente de 74 años, con bronquiectasias en língula, lóbulo medio y lóbulos inferiores, un ingreso hospitalario por agudización hace 3 meses, colonización crónica por P. aeruginosa, disnea grado 2 mMRC y FEV del 60% del predicho; ¿con qué gravedad de E-FACED se corresponde? (E-FACED: Acrónimo inglés; Exacerbación; Edad, Colonización bronquial crónica por Pseudomona Aeruginosa; Extensión radiológica y Disnea):

a. Bronquiectasias leves.
b. Bronquiectasias moderadas.
c. Bronquiectasias graves.
d. Bronquiectasias muy graves.

61. Señale la afirmación **CORRECTA**; según la actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC), en el tratamiento del paciente EPOC de bajo riesgo:

a. No está indicado ningún tipo de tratamiento antiinflamatorio.
b. El tratamiento farmacológico consiste en la prescripción de broncodilatadores de larga duración (BDLD), sugiriéndose en pacientes que precisan un broncodilatador de larga duración en monoterapia el tratamiento con un LABA.
c. En ningún caso está indicada la administración de broncodilatadores de corta duración (BDCD) a demanda.
d. En el primer escalón de tratamiento se pueden asociar dos BDLD para optimizar el efecto broncodilatador.

62. Uno de los siguientes fenotipos **NO** se considera en el paciente EPOC en la actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC):

a. No agudizador.
b. Agudizador eosinofílico.
c. Agudizador no eosinofílico.
d. Agudizador con enfisema.

63. ¿Cuál de los siguientes fármacos ha demostrado, en ensayos clínicos prospectivos randomizados, mejorar la supervivencia en pacientes con neumonía COVID-19 grave?:

a. Remdesivir.
b. Hidroxicloroquina.
c. Dexametasona.
d. Bamlanivimab.

64. Respecto al tratamiento de los pacientes con TEP aguda sintomática con anticoagulantes orales de acción directa (ACODs), señale la respuesta **INCORRECTA**:

a. En la actualidad se recomienda la utilización de los anticoagulantes orales de acción directa (ACODs) en lugar de antagonistas de la vitamina K (AVK), para el tratamiento anticoagulante de la mayoría de los pacientes con TEP aguda sintomática.
b. Se recomienda no emplear ACODs para el tratamiento anticoagulante de los pacientes con diagnóstico conocido de síndrome antifosfolípido triple positivo.
c. Se recomienda no emplear ACODs para el tratamiento anticoagulante de pacientes embarazadas.
d. Se recomienda no emplear ACODs para el tratamiento anticoagulante de los pacientes con anticoagulante lúpico positivo.

65. Paciente de 65 años, hipertenso, sin otros antecedentes. Diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV (metástasis pulmonares) en tratamiento con pembrolizumab, con 70 x 10^{9}/L plaquetas, que acude a Urgencias por dolor torácico, diagnosticándose de TEP aguda. ¿Qué afirmación es **CORRECTA** respecto al tratamiento anticoagulante?:

a. Dado que está en tratamiento con inmunoterapia, el fármaco de elección es un antagonista de la vitamina K.
b. Si se pauta un anticoagulante oral de acción directa (ACOD), el de elección es el dabigatrán.
c. Puede pautarse tratamiento con heparina de bajo peso molecular o ACODs, según las preferencias del paciente.
d. Si se pauta tratamiento con heparina de bajo peso molecular debe ser a dosis reducida.

66. Señale la respuesta **INCORRECTA** en relación con el rechazo crónico en los pacientes con trasplante pulmonar:

a. La probabilidad de desarrollar rechazo crónico aumenta con el tiempo de supervivencia postrasplante.
b. El síndrome restrictivo del injerto (RAS) se caracteriza por lesiones fibróticas en la periferia del pulmón (pleura visceral, intersticio alveolar, septos interlobulares).
c. La bronquiolitis obliterante (BO) se caracteriza por lesiones fibróticas que aparecen principalmente en los bronquiolos.
d. La gravedad de la bronquiolitis obliterante (BO) se determina en función de la inflamación linfocítica de la vía aérea.

67. Respecto a las manifestaciones pleurales de la exposición a asbesto, solo una de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**:

a. Las placas pleurales suelen respetar los senos costofrénicos y los vértices**.**
b. La fibrosis pleural difusa afecta sobre todo a la pleura posterior a nivel de las bases, respetando los senos costofrénicos.
c. La atelectasia redonda se localiza generalmente en los lóbulos superiores.
d. La afectación pleural simultánea en forma de placas pleurales y mesotelioma es excepcional.

68. Paciente de 60 años, exfumador de 30 paquetes/año, EPOC (FEV1 del 60 % del predicho), con enfisema pulmonar en TCAR, concentración sérica de alfa-1-antitripsina (AAT) de 55 mg/dl y fenotipo PiSZ y adherencia terapéutica irregular al tratamiento broncodilatador. Señale la respuesta **CORRECTA**:

a. No tiene indicación de tratamiento sustitutivo con AAT intravenosa, ya que no se trata de un fenotipo PiZZ, o una variante deficitaria rara.
b. Es necesario descartar un déficit de IgA antes de iniciar el tratamiento con AAT.
c. Al tratarse de un fenotipo PiSZ la pauta de administración de la AAT puede ser trimestral.
d. Tiene indicación de tratamiento sustitutivo con AAT intravenosa independientemente del tratamiento farmacológico que realice.

69. En relación con la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en fase aguda es **CORRECTO**:

a. El nivel de presión de soporte empleado debería ser mínimo entre 6-8 cm H2O.
b. La estrategia de iniciar con niveles altos de presión inspiratoria e ir disminuyendo ha demostrado ser la más eficaz.
c. En relación con los parámetros secundarios se aconseja el uso de rampas rápidas.
d. Para el control se recomienda una gasometría a los 10-15 minutos de haberse iniciado la VMNI.

70. NO supone una contraindicación para la VMNI:

a. Hipoxemia refractaria.
b. Disminución de nivel de conciencia asociada a encefalopatía hipercápnica.
c. Cirugía de vía digestiva alta.
d. Ansiedad extrema.

71. Señale la afirmación **CORRECTA** respecto a la VMNI (ventilación mecánica no invasiva):

a. En el edema pulmonar cardiogénico el modo de VMNI de elección es el bilevel.
b. En las enfermedades toracógenas con insuficiencia ventilatoria crónica, la VMNI está indicada sólo si la pCO2 es superior a 50 mmHg.
c. En la agudización de la EPOC en la guía ERS/ATS sobre ventilación no invasiva en fallo agudo respiratorio publicada en 2017, se recomienda la instauración de VMNI en modalidad presión de soporte ("bilevel") en aquellos pacientes con PaCO2 > 45 mmHg, pH < 7,35 y FR > 20-24 respiraciones por minuto.
d. La VMNI debería emplearse rutinariamente en la extubación de aquellos pacientes sin criterios de fracaso a priori.

72. Un programa de rehabilitación respiratoria convencional **NO** incluye de forma sistemática:

a. Programa de educación.
b. Entrenamiento de la musculatura respiratoria.
c. Entrenamiento muscular general.
d. Soporte psicosocial.

73. Los principales mecanismos que se manifiestan como consecuencias de la apnea obstructiva del sueño y que predisponen al paciente al desarrollo de arteriosclerosis y enfermedad cardiovascular son:

a. Estrés oxidativo, disminución generalizada de la contractilidad muscular, inflamación, disfunción endotelial y desregulación metabólica.
b. Incremento de la actividad simpática, inflamación, hipercoagulabilidad, disfunción endotelial, desregulación metabólica y estrés oxidativo.
c. Apoptosis, incremento de la actividad simpática, inflamación, hipercoagulabilidad, disfunción endotelial y desregulación metabólica.
d. Disminución de la actividad simpática, inflamación local, hipercoagulabilidad, disfunción endotelial y desregulación metabólica.

74. Con respecto a la apnea obstructiva del sueño y el embarazo, señale la respuesta **CORRECTA:**

a. Las consecuencias sobre la gestante y el feto podrían variar en los casos en los que la apnea obstructiva del sueño se desarrolla durante el embarazo, y aquel que ya existía previamente al embarazo.
b. Es frecuente que el IAH (Índice Apnea Hipopnea) disminuya a medida que avanza el embarazo.
c. Existe abundante evidencia sobre los efectos positivos del tratamiento con CPAP en embarazadas.
d. La prevalencia de la apnea obstructiva del sueño en embarazadas está en torno al 50%.

75. ¿Qué efectos puede producir la desnutrición sobre el aparato respiratorio?:

a. Alteración del surfactante.
b. Alteración de la capacidad de difusión del CO.
c. Descenso del peso del pulmón.
d. Todas las respuestas anteriores son correctas.

PREGUNTAS DE RESERVA

1. Omalizumab está indicado para el tratamiento de:

    a. Asma alérgica grave persistente en adultos, adolescentes y niño (6 a 12 años).
    b. Rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) como tratamiento sustitutivo a corticosteroides intranasales para el tratamiento de pacientes adultos (mayores de 18 años) con RSCcPN grave para quienes la terapia con corticosteroides intranasales no proporciona un control adecuado de la enfermedad.
    c. Como tratamiento adicional, para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea (UCE) en pacientes adultos y adolescentes (a partir de 12 años) con respuesta adecuada al tratamiento con antihistamínicos H1.
    d. EPOC severo fenotipo A.

2. Mientras está realizando una Toracocentesis, el paciente presenta cuadro de mareo con palidez que mejora tras administración de suero salino y posición de Trendelemburg. ¿Cuál de los siguientes fármacos administraría para realizar a continuación la Toracocentesis?:

    a. No realizaría la toracocentesis.
    b. Adrenalina subcutánea.
    c. Propranolol oral.
    d. Atropina subcutánea.

3. Paciente de 42 años cuidador de palomas que acude a su consulta por fiebre y malestar general. Ante la sospecha de una infección por *Chlamydia psittacci*, ¿qué antibiótico elegiría como primera elección?:

    a. Moxifloxacino.
    b. Amoxicilina-clavulámico.
    c. Azitromicina.
    d. Doxiciclina.

4. En la clasificación TNM del cáncer de pulmón (8ª edición) clasificaríamos como T3:

    a. Tumor de 6 cm con invasión de diafragma.
    b. Tumor de 6 cm con invasión de nervio laríngeo.
    c. Tumor de 6 cm con invasión de mediastino.
    d. Tumor de 6 cm con invasión de pleura parietal.

5. Las indicaciones actuales de los corticoesteroides en el tratamiento de la tuberculosis (TB) son las siguientes, **EXCEPTO**:

    a. TB meníngea, para impedir el desarrollo de hidrocefalia.
    b. TB miliar, en pacientes graves, para aliviar la sintomatología.
    c. TB pericárdica, para disminuir el riesgo de pericarditis constrictiva.
    d. TB pleural, para acortar el tiempo de sintomatología y de resolución del derrame.

6. ¿En cuál de las siguientes vasculitis de pequeños vasos es **MENOS** frecuente la afectación pulmonar?:

    a. Poliangeítis microscópica
    b. Granulomatosis con poliangeítis
    c. Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis
    d. Enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular.

7. Con respecto a las cánulas de alto flujo, señale cuál de los siguientes **NO** es un efecto obtenido:

    a. Proporcionar descanso a los músculos respiratorios.
    b. Disminuir las resistencias de la vía aérea.
    c. Favorecer el reclutamiento alveolar.
    d. Disminuir el espacio muerto anatómico.

Convocatoria para la provisión, mediante concurso-oposición, de 7 plazas del puesto de trabajo de Facultativo Especialista de Área de NEUMOLOGÍA del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Ejercicio/Prueba nº 1 de la oposición, realizado en fecha: 9 DE OCTUBRE DE 2021

Plantilla de respuestas válidas

PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA	PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA
1	c)	39	b)
2	c)	40	c)
3	b)	41	d)
4	c)	42	a)
5	d)	43	c)
6	d)	44	c)
7	a)	45	d)
8	d)	46	c)
9	c)	47	b)
10	b)	48	a)
11	a)	49	c)
12	d)	50	c)
13	d)	51	b)
14	a)	52	b)
15	c)	53	d)
16	c)	54	a)
17	c)	55	b)
18	c)	56	b)
19	b)	57	c)
20	d)	58	c)
21	b)	59	a)
22	d)	60	b)
23	d)	61	a)
24	c)	62	d)
25	a)	63	c)
26	c)	64	d)
27	b)	65	c)
28	d)	66	d)
29	c)	67	a)
30	d)	68	b)
31	b)	69	c)
32	b)	70	b)
33	d)	71	c)
34	c)	72	b)
35	a)	73	b)
36	b)	74	a)
37	c)	75	d)
38	c)		
PREGUNTAS RESERVA			
1	a)	5	d)
2	d)	6	d)
3	d)	7	a)
4	d)		

CONVOCATORIA

CONCURSO-OPOSICIÓN

F.E.A. NEUMOLOGÍA

(Resolución 1109/2020, de 30 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA 2º: CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

9 de octubre de 2021

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

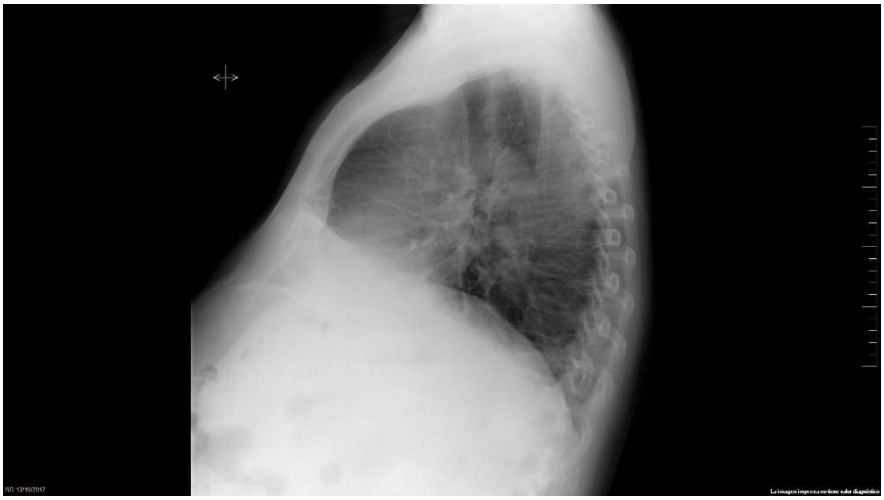
<u>CASO CLÍNICO 1</u> (11 puntos)

Paciente no fumador, trabajador de la construcción, sin antecedentes respiratorios. Cardiopatía isquémica con colocación de Stent cuatro meses antes de acudir a consulta. En el momento de ésta, refiere haber realizado un sobre esfuerzo durante la evaluación previa a la entrada en programa de rehabilitación respiratoria, presentando dos días más tarde dolor pleurítico derecho que no se acompañó de fiebre ni tos. Se hizo radiografía que se repitió, a pesar de leve mejoría clínica, el día de la consulta y TAC posterior (se muestran ambos). Tratamiento habitual clopidogrel, bisoprolol, atorvastatina y pantoprazol.

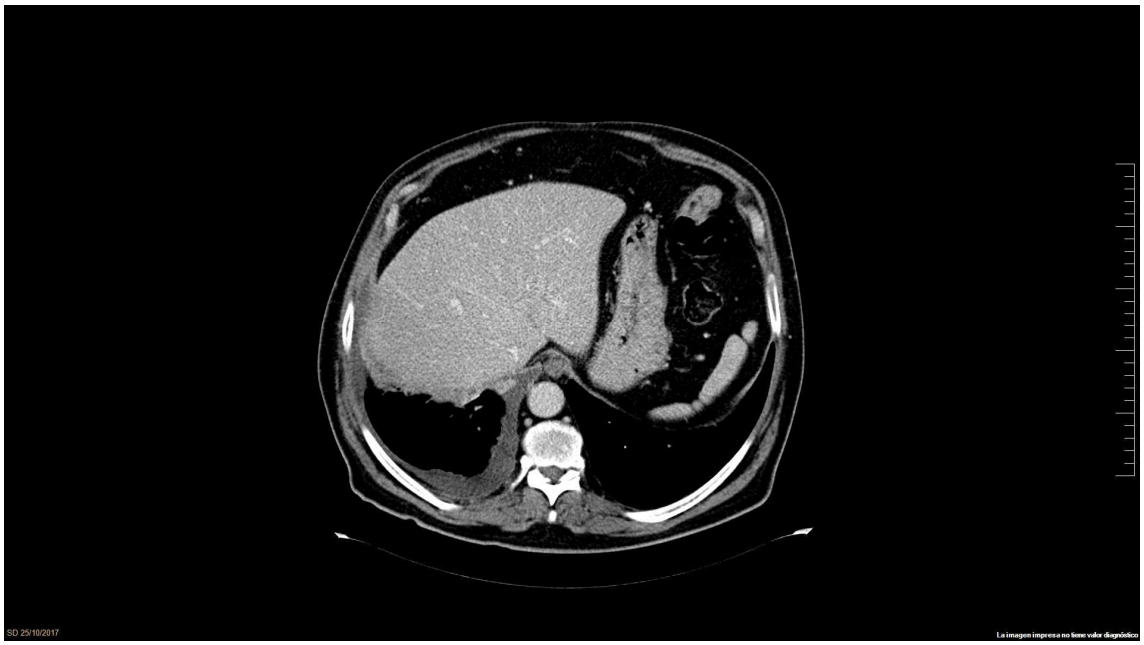
Exploración física: Saturación basal de O_2 97%. Auscultación pulmonar: Mínima hipofonesis basal derecha. No acropaquías, No adenopatías latero-cervicales, supraclaviculares o axilares. Resto anodino.

Imágenes:

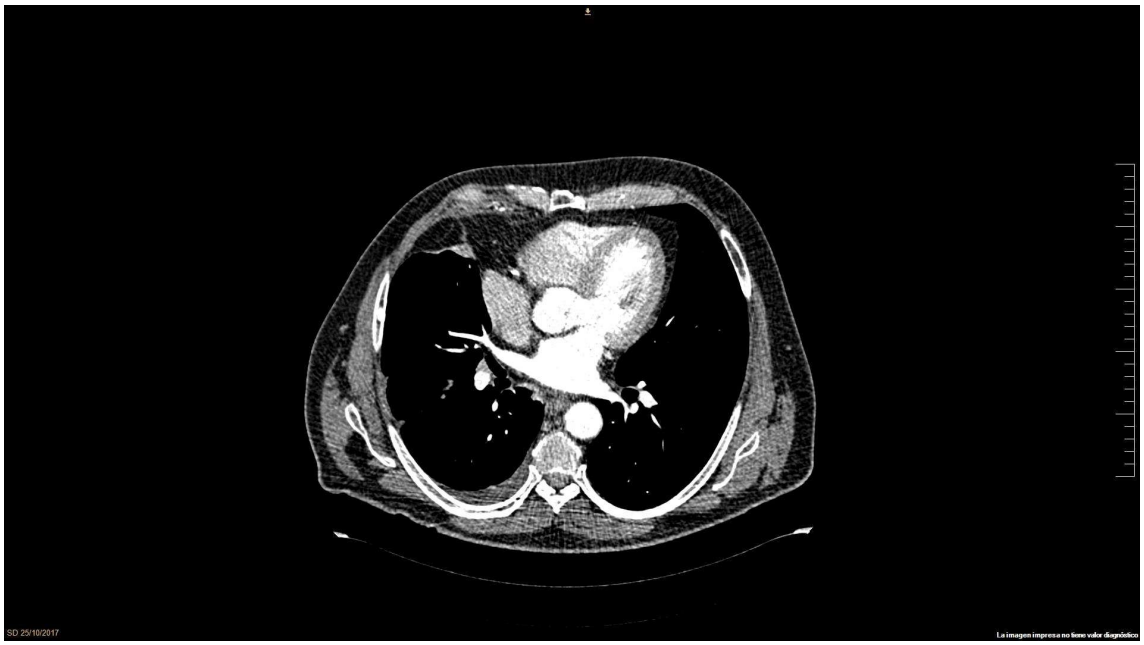
Rx simple de tórax:



TAC torácico


SD 25/10/2017
La imagen impresa no tiene valor diagnóstico

PENA IBANEZ, ENRIQUE
115672
BD 12/03/1949 (68y)
SD 25/10/2017
SeiT 15:39:31
AcqT 15:37:51
Img 161 | 371
Ser 4 | 9
A
Hospital Virgen Del Camino... 72D870...
Sensation 64
Zoom: 2.09
Thorax 1.5 B20f
R
GT 0
71 mAs
100 KV
CONTRASTE
TP -880.5
ST 1.5
SD 1 mm
WINDOW1 (40,350)



PREGUNTAS:

1-Descripición de la radiografía simple y del TAC; Diagnóstico diferencial con los datos clínicos y los hallazgos radiológicos y diagnóstico más probable.

2-EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS que a su juicio serían necesarias para llegar a un diagnóstico y justificación.

3-Señale su opción terapéutica.

CASO CLÍNICO 2 (11 puntos)

Mujer de 60 años, sanitaria de profesión y fumadora hasta hace 24 años de un IPA=35, que refiere tos leve no productiva y astenia vespertina de semanas de evolución, con febrícula intermitente.

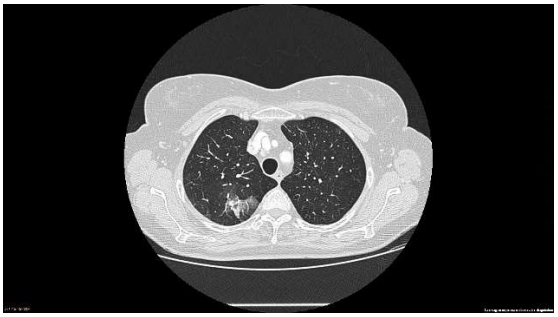
Exploración física: Buen estado general. No adenopatías palpables a ningún nivel ni acropaquías. Auscultación cardíaca: rítmica; Auscultación pulmonar: normal. Saturación de O_2 basal=94%.

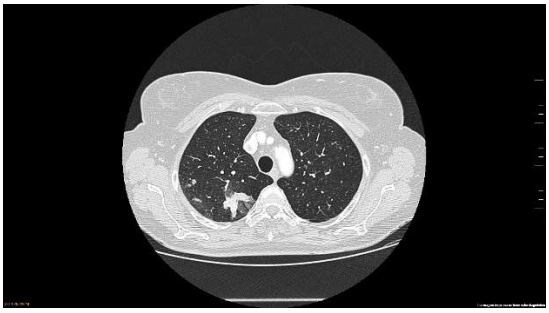
Acude con radiología. Dos semanas más tarde se realiza TAC; se presenta control evolutivo de esta última exploración con el realizado tres meses más tarde después de haber recibido tanda de antibiótico.

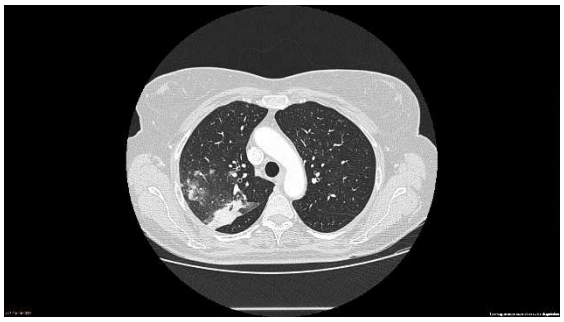
Radiografía simple de tórax.

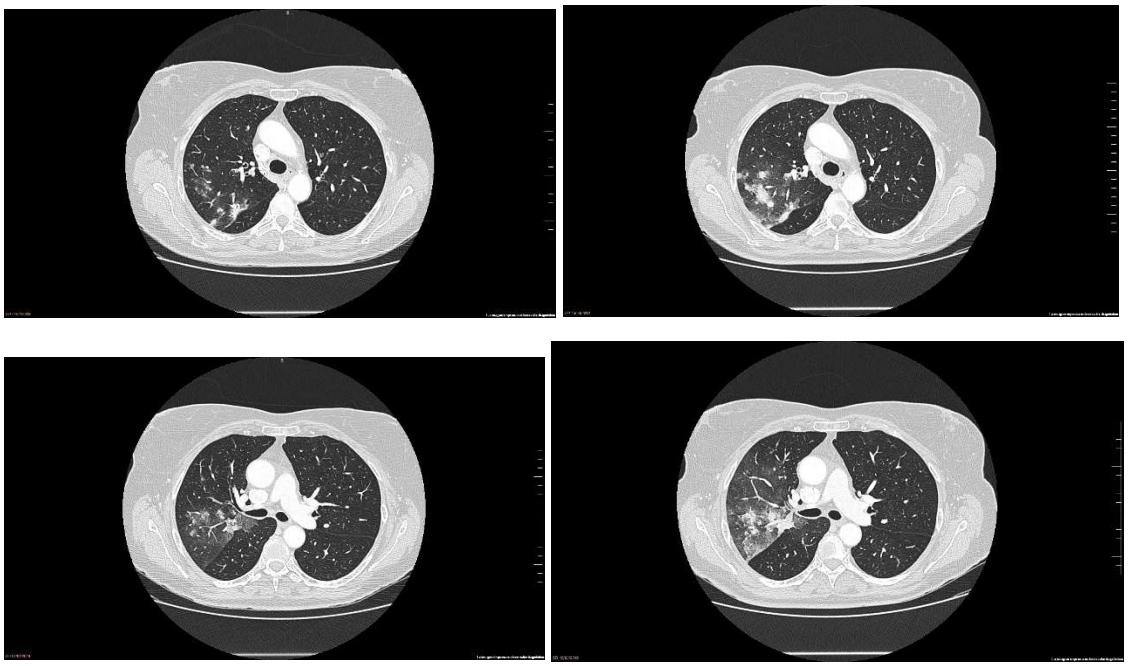
Primer TAC

TAC tres meses más tarde









PREGUNTAS:

1-Descripición de la radiografía simple y de ambas TAC; Diagnóstico diferencial con los datos clínico-radiológicos y diagnóstico más probable.

2-EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS que a su juicio serían necesarias para llegar a un diagnóstico y justificación.

3-Señale su opción terapéutica.

CASO CLÍNICO 3 (11 puntos)

Mujer de 74 años:

ANTECEDENTES PERSONALES:

No alergias conocidas. Ama de casa. Independiente para ABVD. Vida sedentaria. No hábitos tóxicos. No contacto con animales. No exposición a almohada ni edredón de plumas. No contacto con almacén de paja/hierba ni humedades en domicilio. No frecuenta saunas, balnearios ni jacuzzi. Probable TBC (pleuritis que precisó drenaje) en la infancia (TC en 2012 con atelectasia subsegmentaria de LM y engrosamiento pleural derecho). HTA. Cardiopatía hipertensiva diagnosticada en 2012 en Cardiología (ecocardiograma con ligera hipertrofia de VI y dilatación ligera de AI). DM tipo 2. Dislipemia. Hiperuricemia. Hernia de hiato. Osteoporosis. Bocio nodular hipotiroideo. Insuficiencia venosa crónica en MMII con secuela posflebítica (utiliza media elástica en MID por edema ocasional). Enfermedad renal crónica estadio 3B (32) A2(38.7) probablemente secundaria a nefropatía diabética/NAE/obesidad. Fractura distal de radio izquierdo en 2015. Ingreso en Neumología en septiembre 2019 por ETEV (TEP agudo unilateral en LSD + TVP poplítea izquierda) con insuficiencia respiratoria parcial aguda resuelta al alta y arritmia sinusal. ANGIOTC: defecto de repleción en arteria lobar y en ramas segmentarias del lóbulo superior derecho. No identifican otros defectos de repleción. Aumento de densidad con "patrón en empedrado" de morfología triangular con base pleural en LSD, que puede corresponder a área de infarto pulmonar. Cono de la arteria pulmonar aumentado de tamaño (3,7 cm.) Atelectasia subsegmentaria del LM, ya visualizada en TC previo del 2012. No se identifica reflujo de contraste a venas suprahepáticas. Pequeña hernia de hiato. CONCLUSIÓN: TEP en LSD.

IQ: histerectomía abdominal total con doble anexectomía por cistoadenoma papilar seroso de ovario izquierdo en 1994. Fractura-luxación de tobillo izquierdo con fractura de maléolo interno y osteosíntesis en junio/2005, con úlcera cutánea en región externa de tobillo en postoperatorio, persistente. Retirada de material de osteosíntesis en diciembre/2005. Artroscopia de rodilla derecha con meniscectomía en 2012.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin antecedentes familiares de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) ni Enfermedad del Tejido Conectivo. Hijo con síndrome antifosfolipido.

Tratamiento: Sintrom 4 mg, Alopurinol 100 0-1-0, Aldoleo (clortalidona/espironolactona) 1-0-0, Eutirox 75 1-0-0, Trajenta 5 g 1-0-0, Natecal 1-0-1, Rosuvastatina 20 mg 0-0-1, Condrosan 400 1-0-0, Natecal D, Daflon 0-0-1.

ENFERMEDAD COVID-19:

-Fecha de inicio de los síntomas: 23.03.2020

-Síntomas principales: astenia

-Fecha de diagnóstico: 24.03.2020

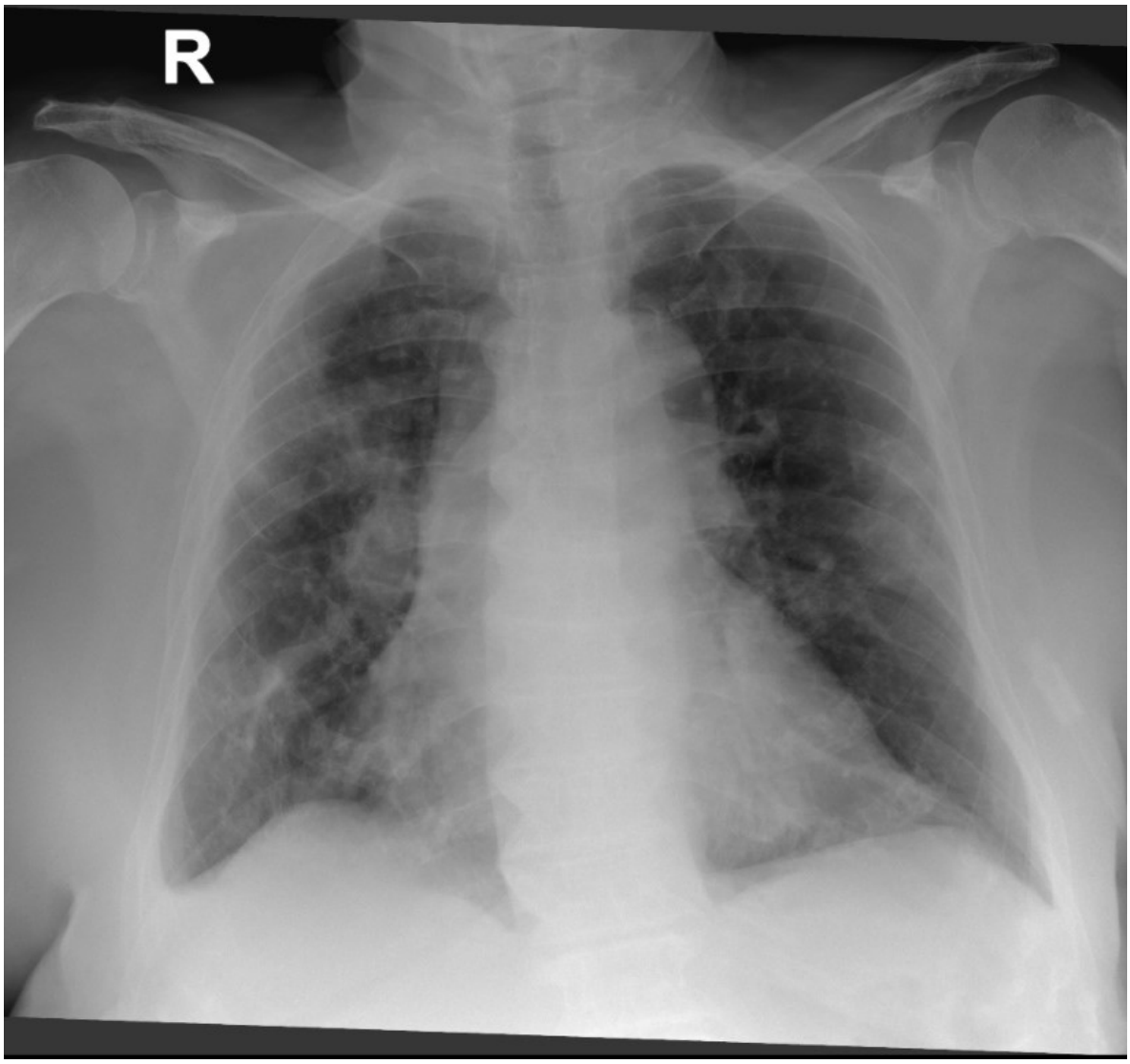
-Ingreso en planta de hospitalización: 24.03.2020

-Fecha de alta: 13.04.2020

PCR: positiva 24.03.20; negativa 01.04.20, 24.11.20, 30.01.21

-Rx tórax al ingreso (24.03.2020): Tenues consolidaciones, de morfología redondeada y contornos mal definidos, con broncograma asociado, en localización periférica de los segmentos apicales de ambos lóbulos inferiores y tenue opacidad basal derecha. Resto de hallazgos (pinzamiento de seno costodiafragmático derecho, cardiomegalia, hilios pulmonares y cono de la pulmonar aumentados de calibre) sin cambios significativos respecto a radiografías de 2019.

Tratamiento recibido: ceftriaxona, azitromicina, lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina



ENFERMEDAD ACTUAL:

Disnea grado 1-2 mMRC de dos años de evolución, que ha aumentado levemente tras la enfermedad COVID-19. No tos o expectoración. No fiebre ni astenia. No dolor torácico. No edemas en miembros inferiores, ortopnea ni disnea paroxística nocturna. No mareos ni síncope. Vida sedentaria, camina con bastón.

EXPLORACIÓN FISICA:

Saturación O_2 95%: FC: 78. Auscultación cardíaca: Rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. No acropaquias. No edemas. Trastornos tróficos en miembros inferiores.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

BIOQUÍMICA: urea 89, creatinina 1.32, PCR 5.2, ac. úrico 5.85; función hepática, glucosa, iones, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, LDH, CPK, proteinograma, hormonas tiroideas; normales. Pro-BNP 1263. AUTOINMUNIDAD: FR; Anti-CCP; ANAS; ANCAS; anti-DNA nativo; ENAS (Ro, La, Sm, RNP, centrómero, Scl-70, Jo-1), Acs anticardiolipina G y M, Anti beta-2-glicoproteína IgG, e IgM; negativos. Anticoagulante lúpico positivo débil. Acs anti PL-7 positivos, resto de Acs antisintetasa negativos. HEMOGRAMA: normal. COAGULACIÓN: normal.

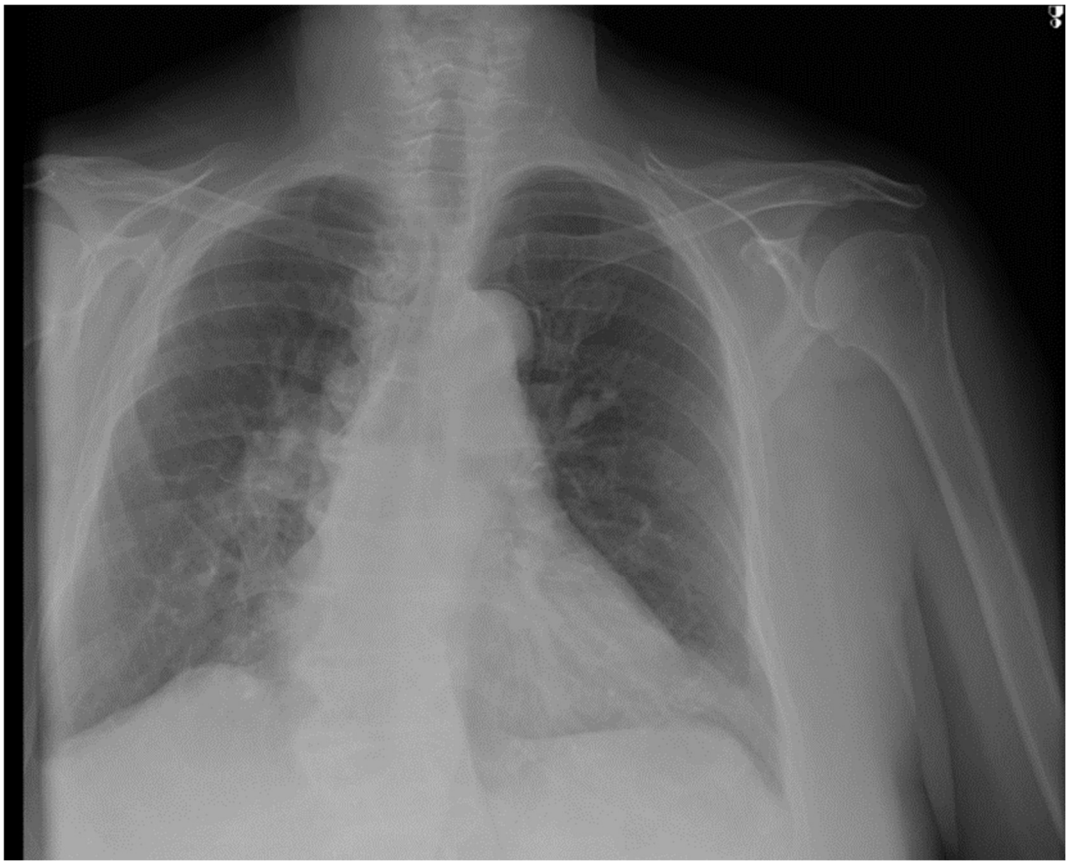
ECG: bradicardia sinusal a 55 lpm. PR normal. QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización. Extrasístoles ventriculares frecuentes.

ESPIROMETRÍA: FVC 2.220 (91%), FEV1 1730 (86%), FEV1/FVC 78% (normal)

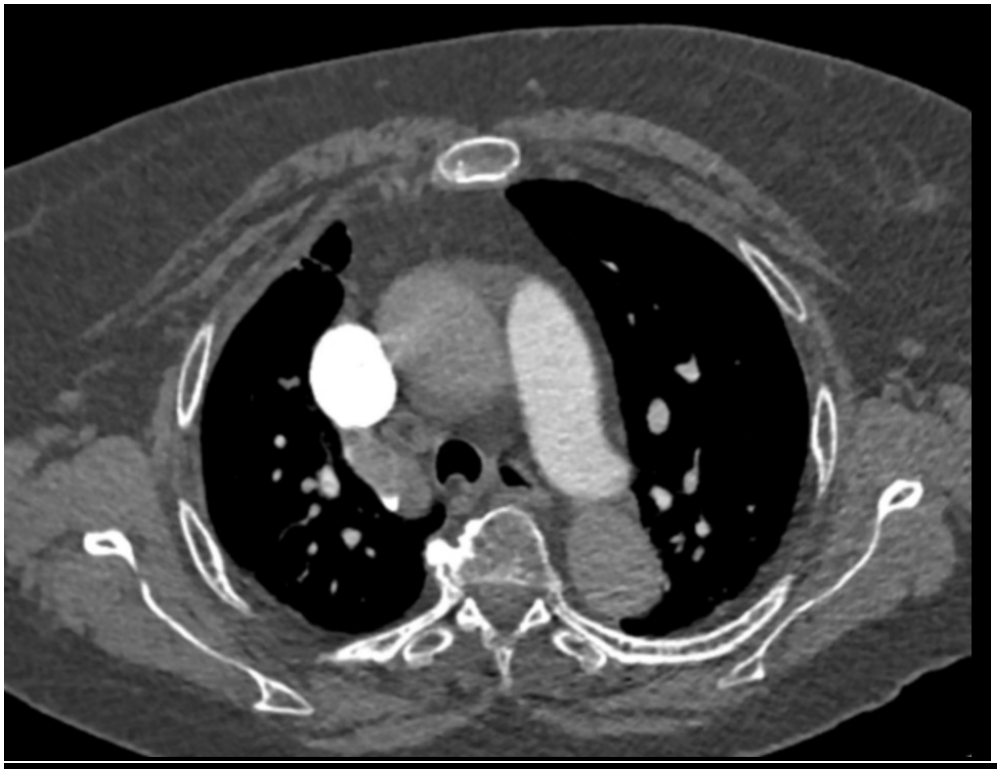
DIFUSIÓN: TLC 3620 (73%), DLCO 62%, KCO 87% (restricción leve, descenso leve de la DLCO)

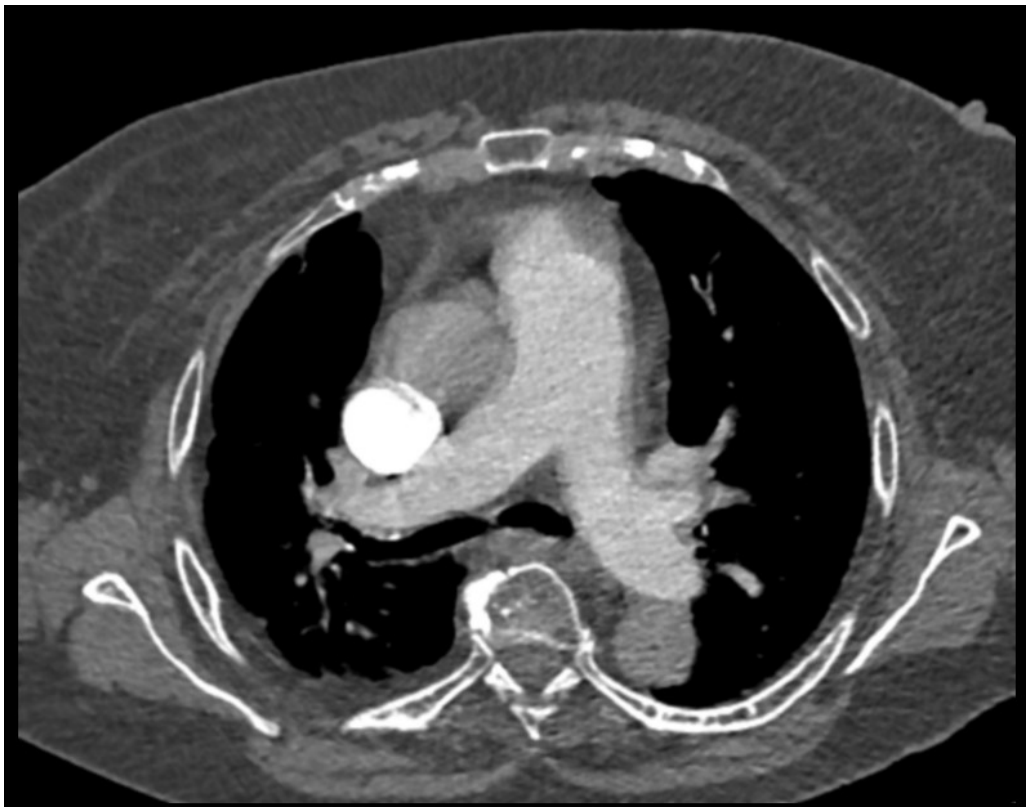
PM6M: Distancia recorrida 200 metros (50% de su teórico). Saturación inicial O2 99%, final 94%, FC inicial 73, final 74. Grado de disnea (escala de Borg) 6/10. Poco valorable la distancia caminada por problemas de movilidad

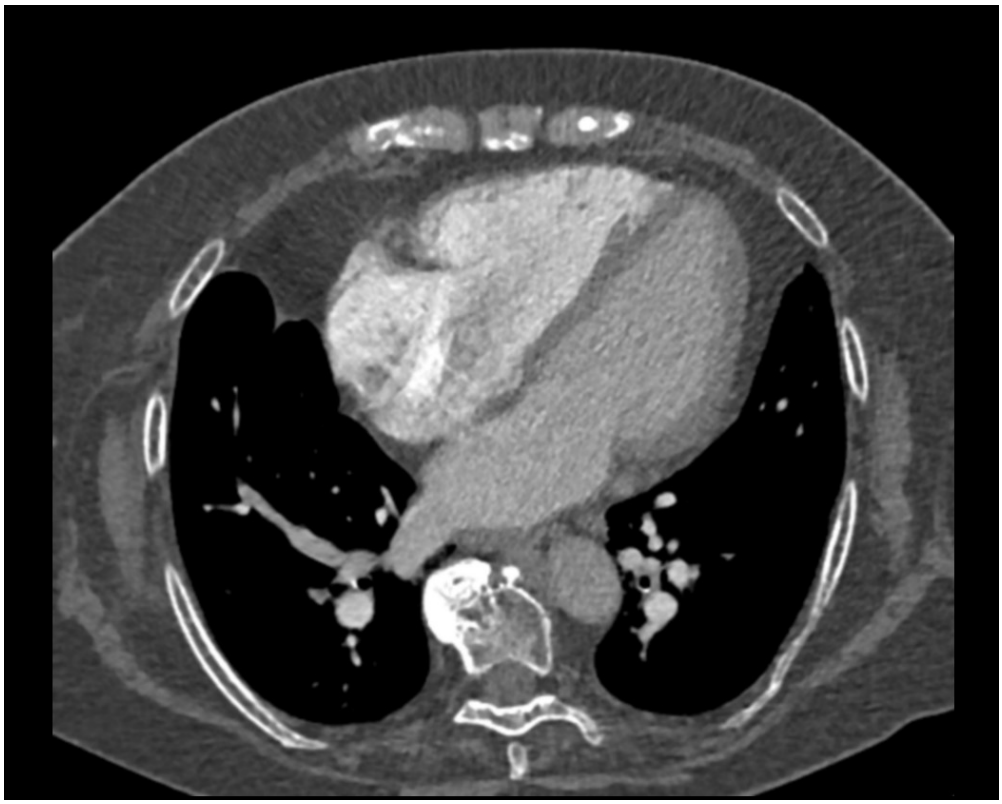
RX TÓRAX CONTROL (12/06/20)

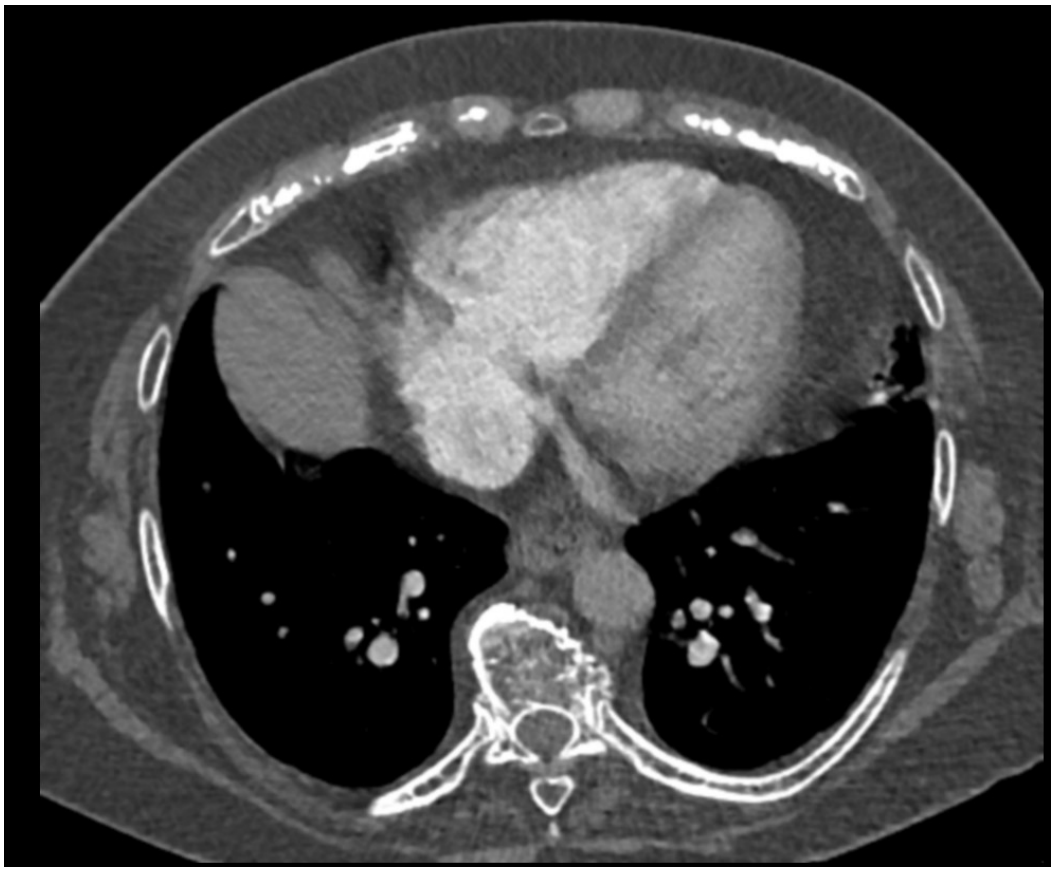


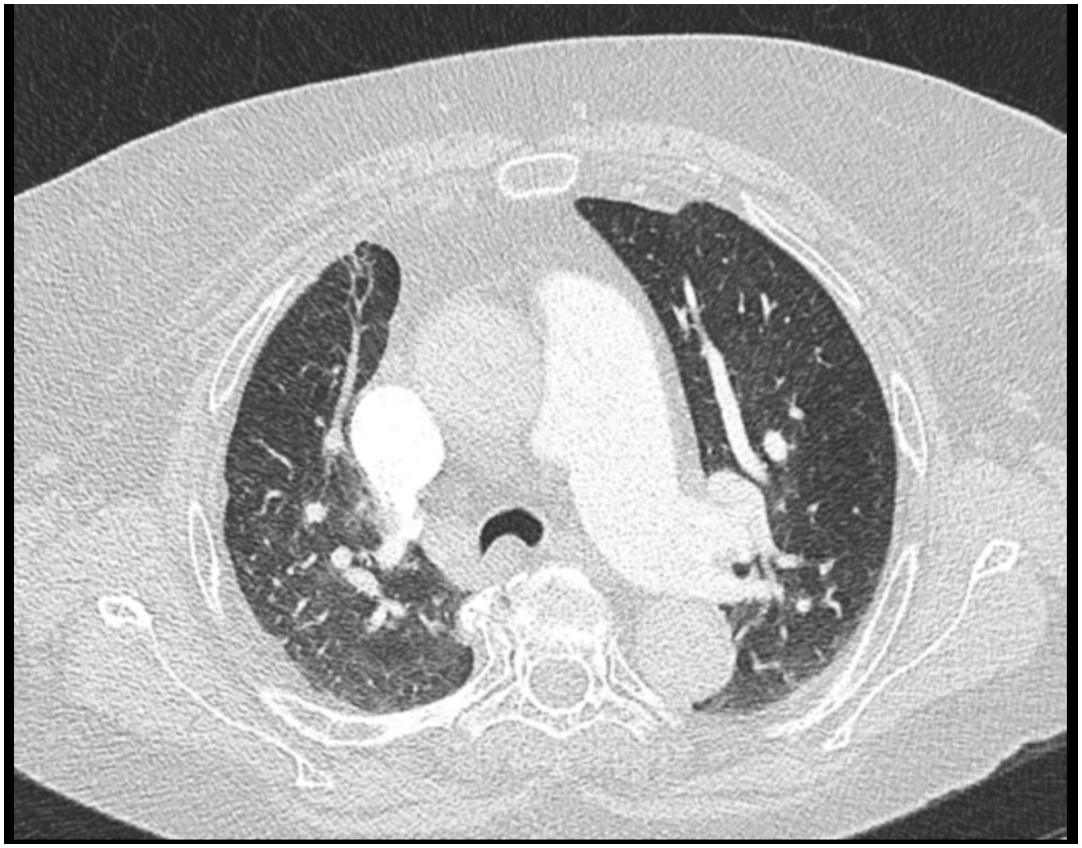
TC TORÁCICO:

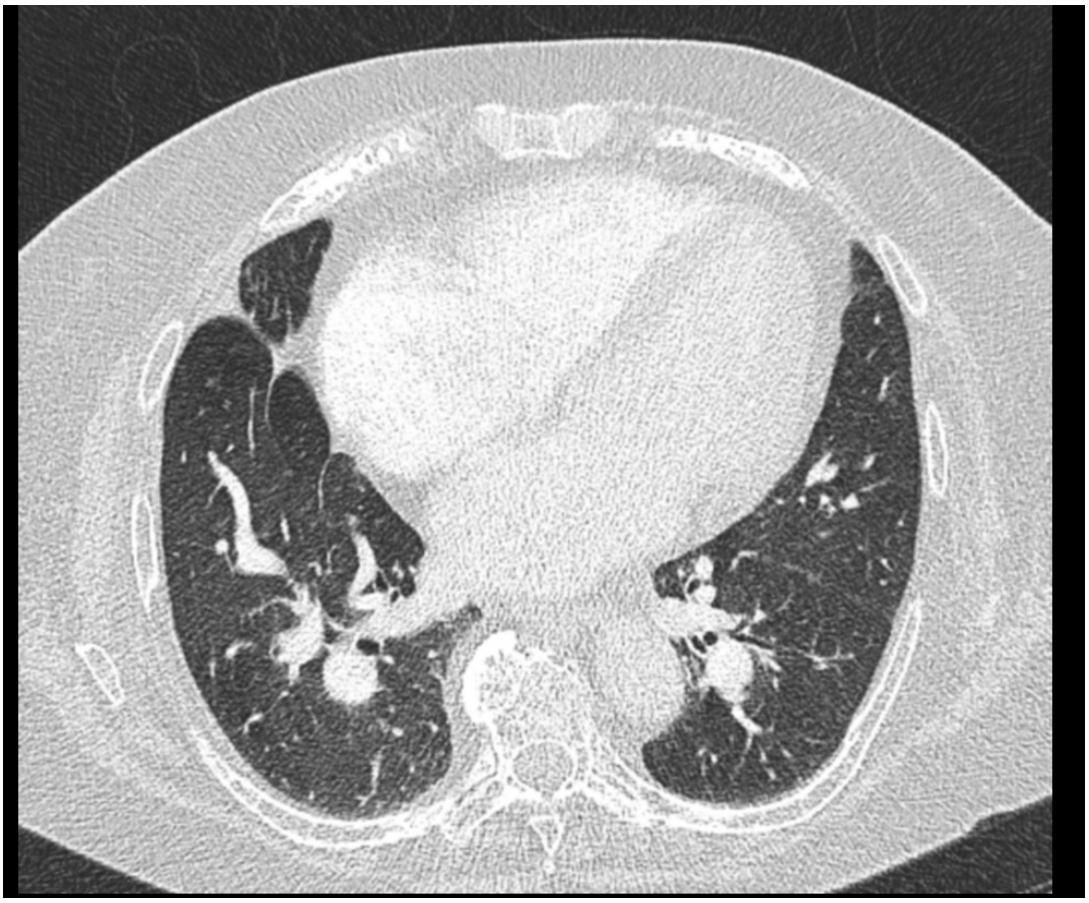


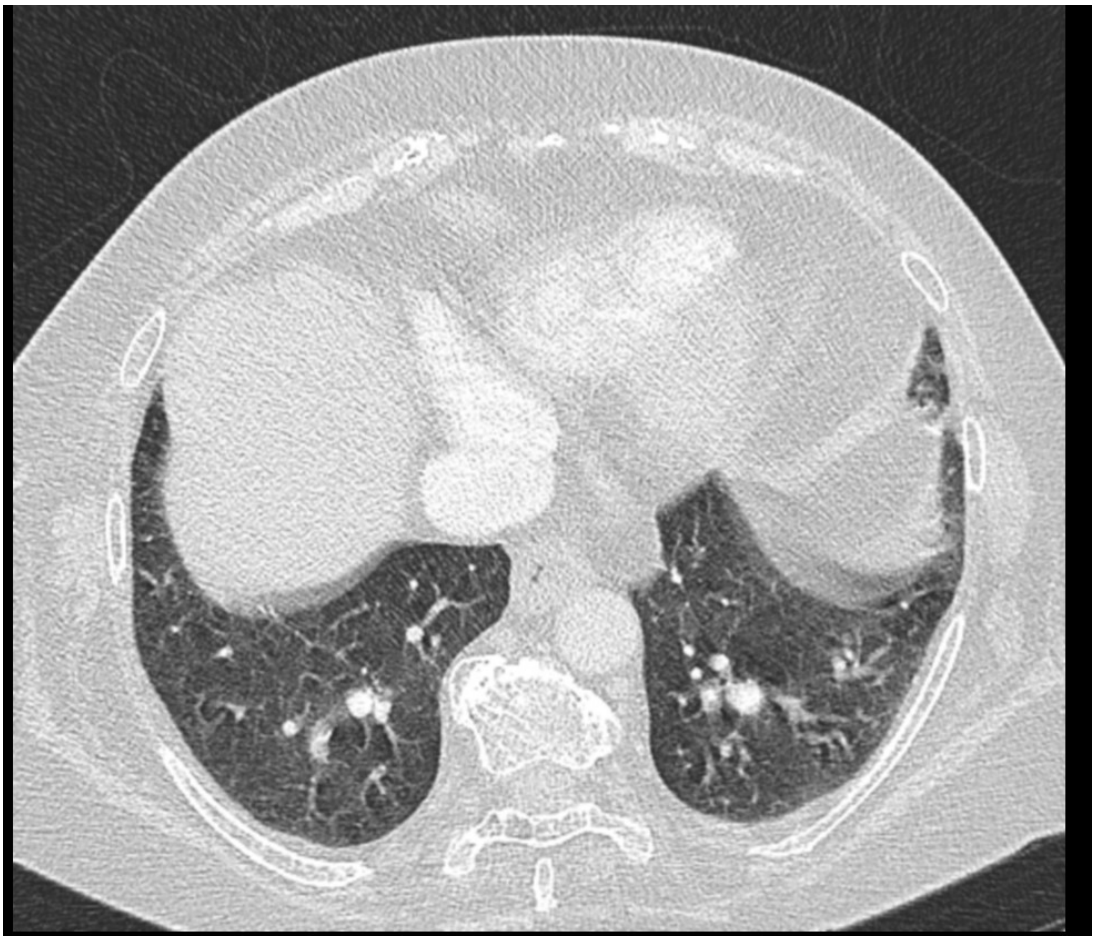




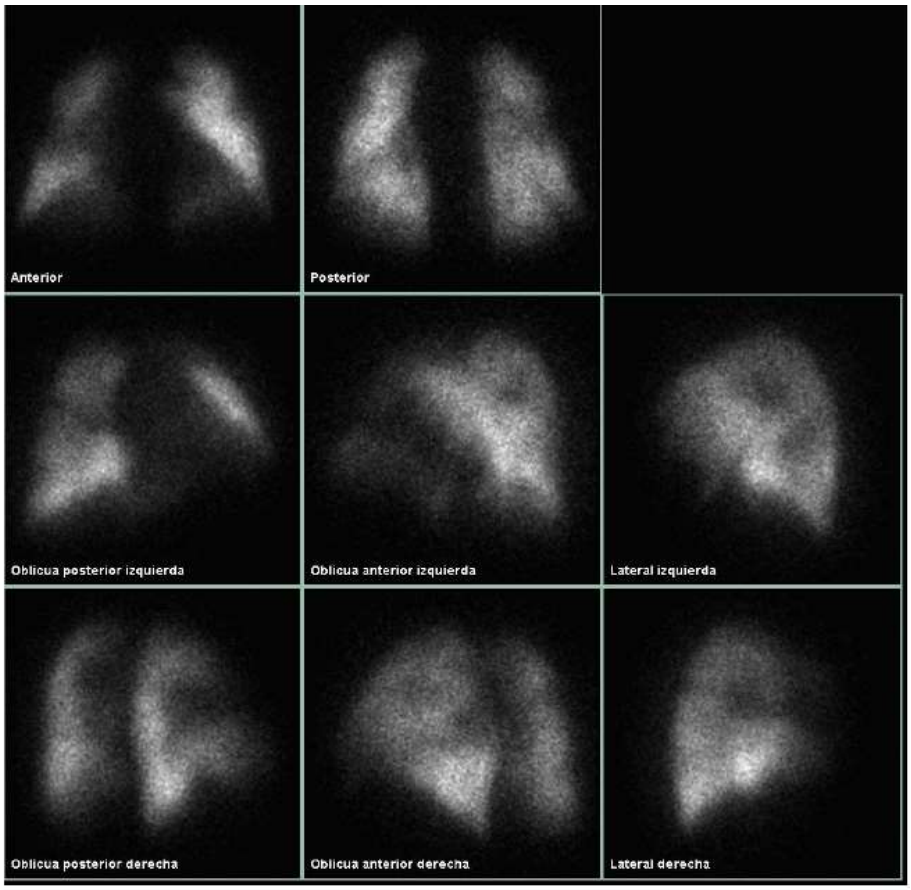


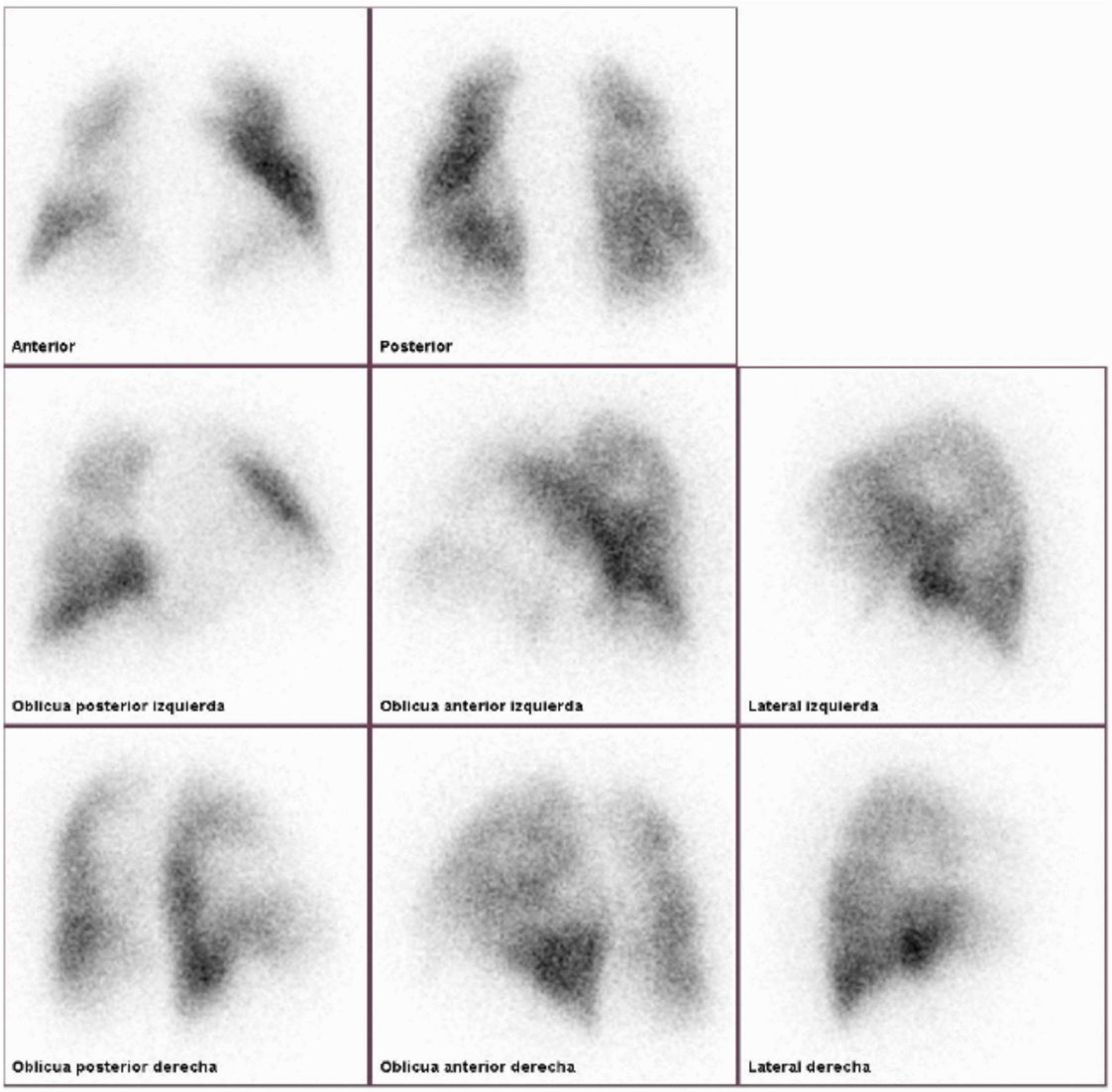






GAMMAGRAFÍA DE VENTILACIÓN-PERFUSIÓN PULMONAR:





PREGUNTAS:

1- Describa los hallazgos radiológicos y gammagráficos.

2- Diagnóstico diferencial.

3- Pruebas a solicitar.

4- Tratamiento.