Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A NEUMOLOGÍA

PREGUNTAS

1.- La presencia en el lavado broncoalveolar de > 5% de células CD1+ y proteína S-100 orienta a:

a) Afectación pulmonar por colagenosis.
b) Histiocitosis de células de Langerhans.
c) Proteinosis alveolar.
d) Neumonitis por hipersensibilidad.

2.- En el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática los efectos secundarios más frecuentes son:

a) Pirfenidona: anorexia.
b) Nintedanib: diarrea.
c) Pirfenidona: hipernatremia.
d) Nintedanib: fotosensibilidad.

3.- En pacientes en tratamiento con pirfenidona el uso de procinéticos o inhibidores de la bomba de protones (IBP) puede ayudar al control de los síntomas gastrointestinales. Uno de estos estaría DESACONSEJADO:

a) Omeprazol.
b) Pantoprazol.
c) Esomeprazol.
d) a), b) y c) son correctas.

4.- El lavado broncoalveolar en la sarcoidosis muestra:

a) Un cociente CD4/CD8 > 3.5-4.
b) Un cociente CD8/CD4 > 3.5-4.
c) Aumento de neutrófilos.
d) Linfocitosis con cociente CD4/CD8 <1.

5.- Los hallazgos funcionales más frecuentes en la linfangioleiomiomatosis son:

a) Patrón obstructivo con DLCO normal.
b) Patrón restrictivo con DLCO normal.
c) Patrón restrictivo con DLCO descendida.
d) Patrón obstructivo con DLCO descendida.



6.- El factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF-D) en las mujeres con linfangioleiomiomatosis (LAM):

a) Cifras de > 800 pg/ml en una paciente con enfermedad quística pulmonar es considerado diagnóstico de LAM por muchos expertos.
b) Cifras de > 600 pg/ml en una paciente con enfermedad quística pulmonar es considerado diagnóstico de LAM por muchos expertos.
c) Es un parámetro que, independientemente de sus niveles, presenta una baja especificidad.
d) Los niveles de VEGF-D no son útiles para diferenciar la LAM de otras enfermedades quísticas.

7.- En pacientes con linfangioleiomiomatosis moderada/severa el tratamiento de elección es:

a) Everolimus.
b) Inhibidores de la metaloproteasa de matriz.
c) Sirolimus.
d) Resveratrol.

8.- La neumonía eosinofílica aguda cursa con:

a) Imágenes periféricas sin eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.
b) Imágenes centrales sin eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.
c) Imágenes centrales con eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.
d) Imágenes periféricas con eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.

9.- El lavado broncoalveolar en una neumonitis por hipersensiblidad mostrará:

a) Linfocitosis con cociente CD4/CD8 > 1.
b) Escasa presencia de CD3+/CD8+/CD56+/CD57+/CD10+.
c) Linfocitosis con cociente CD4/CD8 < 1.
d) Eosinofilia habitualmente > 10%.

10.- La principal causa de mortalidad del trasplante pulmonar después del primer año es:

a) Síndrome restrictivo del injerto.
b) Síndrome de bronquiolitis obliterante.
c) Neumonía neumocócica.
d) Complicaciones en la anastomosis.

11.- La atelectasia redonda se relaciona con:

a) La existencia de tumores no sólidos.
b) La existencia de fibrosis pleurales relacionadas con procesos infecciosos.
c) La existencia de fibrosis pleurales relacionadas con exposición al amianto.

d) Alteraciones parenquimatosas asociadas a obstrucciones distales.

12.- La variedad de amianto más peligrosa es:

a) Tremolita.
b) Amosita.
c) Crisotilo.
d) Crocidolita.

13.- De los siguientes fármacos, ¿cuál es el que con mayor frecuencia induce lupus?

a) Infliximab.
b) Procainamida.
c) Lovastatina.
d) Nitrofurantoina.

14.- Los síntomas de la neumonitis por radioterapia se producen aproximadamente en el plazo de:

a) 1-4 semanas.
b) 4-12 semanas.
c) 6 meses.
d) 9 meses.

15.- El derrame pleural con predominio de eosinófilos:

a) Descarta malignidad si > 10%.
b) Descarta malignidad si > 5%.
c) No descarta malignidad.
d) Se debe correlacionar con las cifras sanguíneas.

16.- Señale cual es, entre los siguientes, el microorganismo más habitual en el empiema:

a) Staphylococcus aureus.
b) Staphylococcus coagulasa negativo.
c) Pseudomonas.
d) Klebsiella.

17.- Señale INCORRECTA. Los factores asociados a neumotórax en la fibrosis quística son:

a) Hemoptisis leve.
b) Antecedentes de aspergilosis broncopulmonar.
c) Infección por Burkholderia cepacia.
d) FEV1 < 40% del predicho.

18.- Los tumores que más frecuentemente metastatizan a nivel de pleura son:

a) Pulmón, colon, mama.
b) Pulmón, mama, linfoma.
c) Pulmón, colon, melanoma.
d) Pulmón, colon, sarcoma.

19.- En la anatomía patológica del mesotelioma maligno difuso:

a) La gran mayoría son pancitoqueratina negativos.
b) La variante sarcomatosa es la más frecuente.
c) El criterio histológico más importante en el diagnóstico diferencial del MMD de la hiperplasia mesotelial reactiva y de la pleuritis fibrosa es el hallazgo de invasión del estroma.
d) En el subtipo epitelioide apoyan el diagnóstico negatividad para calretinina, antígeno1 del tumor de Wilms, y podoplanina y positividad para Ver-EP4, CEA, MOC-31, BG8, TTF-1 y napsina.

20.- El tipo histológico de timoma más frecuentemente asociado a la miastenia gravis de los siguientes es:

a) B3 (linfocítico).
b) A (células en huso).
c) B1(linfocitos abundantes y cortical).
d) B2 (células poligonales).

21.- El linfoma mediastínico más común es:

a) Linfoma Hodgkin.
b) Linfoma no Hodgkin.
c) Linfoma primario mediastínico.
d) Linfoma Hodgkin y no Hodgkin presentan % similares.

22.- Los parámetros funcionales que orientarán a la existencia de parálisis diafragmática bilateral son:

a) Caída de la capacidad vital de un 20% entre supino y decúbito y una relación PEM/PIM> 2.
b) Caída de la capacidad vital de un 50% entre supino y decúbito, y una relación PEM/PIM> 2.
c) Caída de la capacidad vital de un 20% entre supino y decúbito, y una relación PEM/PIM< 2.
d) Caída de la capacidad vital de un 50% entre supino y decúbito, y una relación PEM/PIM< 2.

23.- Respecto a las presiones musculares máximas inspiratoria y espiratoria (PIM-PEM) en las enfermedades neuromusculares:

a) La FVC mide con mayor sensibilidad la alteración precoz que el PIM-PEM.
b) La PIM detecta alteraciones en los músculos intercostales y abdominales.
c) La PEM es una medida certera de la funcionalidad del diafragma.
d) En general, consideraremos que valores de PIM inferiores a -80 cmH2O o una PEM superior a +90 cmH2O excluyen debilidad muscular significativa.

24.- Los criterios diagnósticos de distress respiratorio serán:

a) Enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO2/FiO2 < 100mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de insuficiencia cardiaca.
b) NO enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO2/FiO2 < 200mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de insuficiencia cardiaca.
c) NO enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO2/FiO2 < 100 mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de insuficiencia cardiaca.
d) Enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO2/FiO2 < 200mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de insuficiencia cardiaca.

25.- Un programa de rehabilitación respiratoria deberá incluir obligatoriamente (evidencia 1A):

a) Entrenamiento de piernas y de los músculos respiratorios.
b) Entrenamiento de brazos y de los músculos respiratorios.
c) Entrenamiento de piernas y brazos.
d) Entrenamiento de piernas y de los músculos respiratorios y fisioterapia.

26.- Las guías internacionales y nacionales recomiendan una duración mínima de los programas rehabilitación de (evidencia 1A):

a) 4 semanas o 10 sesiones, con una frecuencia de 2 a 5 sesiones por semana.
b) 12 semanas o 30 sesiones, con una frecuencia de 3 sesiones por semana.
c) 18 semanas o 40 sesiones, con una frecuencia de 2 a 5 sesiones por semana.
d) 8 semanas o 20 sesiones, con una frecuencia de 2 a 5 sesiones por semana.

27.- La supervivencia en el trasplante pulmomar:

a) La supervivencia a corto, medio y largo plazo es mayor en pacientes con fibrosis quística y la peor supervivencia precoz es en el retrasplante y en la hipertensión pulmonar. Una vez superado el periodo postoperatorio inmediato, las diferencias aumentan.
b) Es mayor en los unipulmonares que en los bipulmonares.
c) La escala lung allocation score prioriza a los pacientes en función de la probabilidad de supervivencia a los 24 meses.
d) Los avances en el manejo perioperatorio y en la inmunosupresión han permitido mejorar la supervivencia precoz, pero han impactado de forma menos importante en la supervivencia a largo plazo.



28.- ¿Cuáles de los siguientes criterios justifican la inclusión en la lista de trasplante pulmonar (EPOC)?

a) BODE index 3-5, FEV1 < 15-20%, 3 o más exacerbaciones severas en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP.
b) BODE index ≥ 7, FEV1 < 15 –20%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP.
c) BODE index ≥ 5, FEV1 <15 –20%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP.
d) BODE index ≥ 7, FEV1 <20-30%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP.

29.- La eficacia de la ventilación mecánica no invasiva en la insuficiencia respiratoria hipoxémica:

a) Es similar a la eficacia en la insuficiencia respiratoria aguda hipercánica.
b) Es inferior a la eficacia en la insuficiencia respiratoria aguda hipercánica.
c) No es eficaz en ninguna situación clínica.
d) Existe acuerdo en los consensos sobre su utilidad en la insuficiencia aguda hipoxémica.

30.- Sobre la vareniclina:

a) Es una base débil, hidrofílica, con muy buena absorción oral y con un buen perfil de seguridad.
b) Existen presentaciones de 2,5 y 5 mg.
c) Es un agonista selectivo y un antagonista parcial del receptor nicotínico.
d) Se puede usar durante el embarazo.

31.- ¿Qué periodo de desarrollo pulmonar tiene lugar entre las semanas 16-17?

a) Canalicular.
b) Perinatal.
c) Pseudoglandular.
d) Postnatal.

32.- El volumen alveolar en el cual se produce el recambio gaseoso es, respecto de la CRF (capacidad residual funcional), de un:

a) 5%.
b) 25%.
c) 15%.
d) 30%.

33.- Señale la relación INCORRECTA:

a) Contacto con aves: C. psittaci.
b) Contacto con animales de granja: C. burnetti.
c) Viaje en crucero: Legionella spp.
d) Ahogados (agua salada): A. hydrophila.

34.- NO es un factor procoagulante:

a) Disminución de la producción de la proteína C.
b) Aumento de la producción de la proteína S.
c) Anticuerpo anticoagulante lúpico.
d) Anticuerpo anti beta2glucoproteína.

35.- De los scores para medir el riesgo en neumonías adquiridas en la comunidad entre el PSI y el CURB:

a) El PSI tiende a obtener scores más bajos (menor gravedad).
b) El CURB tiende a obtener scores más bajos.
c) Ambos scores presentan valores similares.
d) No son comparables por utilizarse en poblaciones diferentes.

36.- Una de estas es una de las fases del distress:

a) Fase exudativa o crónica.
b) Fase proliferativa o aguda.
c) Fase exudativa o aguda.
d) Fase fibrótica o subaguda.

37.- La existencia de reflujo gastroesofágico en la fibrosis pulmonar idiopática es:

a) Ocasional.
b) < 20%.
c) > 80%.
d) < 40%.

38.- Según la clasificación de Wilson y Hall, un traumatismo torácico grado III se define según la lesión mecánica que presenta, si existe:

a) Hemotórax y neumotórax bilateral.
b) Inestabilidad parietal, hemotórax y neumotórax.
c) Fracturas múltiples y hemotórax.
d) Fractura única.

39.- Según la clasificación de Vanderschueren para enfermedad bullosa, la categoría III se definirá por la existencia de:

a) Pacientes con adherencias pleurales.
b) Pacientes con múltiples burbujas en la pleura visceral.
c) Pacientes sin anomalías en la exploración toracoscópica.
d) Pacientes con lesiones bullosas/burbujas y adherencias.

40.- Dentro de las complicaciones poco frecuentes que se observan tras la realización de una videotoracoscopia, una de ellas es la muerte del paciente. Señale la respuesta correcta.

a) Esta aparece entre un 0,09-0,3 % de los casos.
b) Entre un 0,22-0,66 % de los casos.
c) Es aproximadamente de un 0,17 %, similar a la producida tras una broncoscopia.
d) Se produce una entre un millón de procedimientos toracoscópicos.

41.- ¿Cuál de las siguientes razones NO es una contraindicación absoluta para la realización de una broncoscopia?

a) Hipoxemia refractaria.
b) Equipo de la broncoscopia malfuncionante.
c) Consentimiento informado no firmado.
d) Hipertensión pulmonar.

42.- Una de las siguientes es una contraindicación absoluta para la cirugía de resección pulmonar:

a) DLCO predicho postoperatorio 35%.
b) FEV1 predicho postoperatorio 53%.
c) FEV1 preoperatorio 43%.
d) VO2max 8 ml/kg/min.

43.- La relación FEF50/FIF50:

a) Aumenta en la obstrucción fija de la vía aérea superior.
b) Aumenta en la obstrucción extratorácica variable.
c) Aumenta en la obstrucción intratorácica dinámica.
d) Es de aproximadamente 1 en la obstrucción intratorácica variable.

44.- Entre los agentes implicados en la EPOC ocupacional NO está:

a) Polvo de madera.
b) Cloro.
c) Fibra de yute.
d) Cadmio.

45.- Señale la INCORRECTA. La terapia que se emplea actualmente para prevenir y tratar el desarrollo de la broquiolitis obliterante en el paciente trasplantado pulmonar se basa en:

a) Valorar la introducción de azitromicina a dosis baja y durante largo tiempo.
b) Gammaglobulina y/o fotoaféresis intracorpórea.
c) Identificar y tratar el reflujo gastro-esofágico.
d) Minimizar riesgo de infección con antibioterapia nebulizada y tratamiento temprano de la infección por Pseudomonas.

46.- El tratamiento inmunosupresor de inducción postrasplante pulmonar puede incluir:

a) Alemtuzumab.
b) Tacrolimus.
c) Micofenolato.
d) Everolimus.

47.- Entre los hallazgos característicos de TCAR en la BR-EPID está:

a) Áreas parcheadas de vidrio esmerilado en lóbulos superiores.
b) Opacidades nodulillares centrolobulillares en lóbulos inferiores.
c) Ausencia de hallazgos en panal.
d) Afectación predominante en lóbulos inferiores.

48.- La sarcoidosis:

a) Es más frecuente en la raza blanca.
b) Es más frecuente en los países del sur de Europa.
c) La forma de presentación suele ser más aguda y grave en la raza negra.
d) Hay una clara evidencia de que la incidencia de sarcoidosis es mayor en mujeres.

49.- La agregación familiar en pacientes con enfermedad intersticial difusa se observa en varias entidades, cuál de los siguientes enunciados es FALSO:

a) En la sarcoidosis se ha relacionado principalmente con una alteración que se encuentra en las MHC en el brazo corto del cromosoma 7.
b) Se ha identificado un locus de riesgo para desarrollar fibrosis pulmonar idiopática en el cromosoma 11.
c) La variante MUC5B está presente en el 34 % de los pacientes con fibrosis pulmonar familiar, 38 % de los pacientes con FPI idiopática y 9 % de los controles.
d) En la neumonitis por hipersensibilidad se ha hallado una asociación con MUC5B rs35705950.

50.- ¿Cuál de las siguientes entidades no presenta linfocitosis en el lavado broncoalveolar?

a) Sarcoidosis.
b) NINE.
c) Neumonía intersticial aguda.
d) Neumonitis por amiodarona.

51.- Cuál de las siguientes enfermedades NO se incluye dentro de la clasificación de neumonitis intersticial idiopática:

a) Neumonitis intersticial linfoide.
b) Fibroelastosis pleuroparenquimatosa.
c) Neumonía intersticial usual.
d) Neumonía intersticial descamativa.

52.- En la exploración funcional de la linfangioleiomiomatosis pulmonar:

a) El 30 % de las pacientes tiene una obstrucción pulmonar reversible.
b) Se observa un descenso de la DLCO en el 80% de las pacientes.
c) La alteración funcional más frecuente es una insuficiencia ventilatoria restrictiva.
d) Se hallan espirometrías normales en menos del 30 % de las pacientes.

53.- En la linfangioleiomiomatosis pulmonar, ¿cuál de los siguientes síntomas es el MENOS frecuente?

a) Neumotórax.
b) Fatigabilidad.
c) Tos y expectoración.
d) Disnea progresiva.

54.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades respiratorias NO se considera una complicación asociada a la propia fibrosis pulmonar idiopática?

a) Hipertensión pulmonar.
b) Cáncer de pulmón.
c) Síndrome apnea del sueño.
d) Neumonía.

55.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades que pueden provocar afectación pulmonar NO suele presentar quistes pulmonares?

a) Metástasis de sarcomas.
b) Enfermedad por depósito de cadenas ligeras.
c) Síndrome de uñas amarillas.
d) Neurofibromatosis.

56.- En la granulomatosis con poliangeitis con anticuerpos PR3, el patrón radiológico observado con más frecuencia en la TACAR es el patrón de:

a) Neumonía intersticial no especifica.
b) Neumonía intersticial usual.
c) Neumonía intersticial inclasificable.
d) Neumonía intersticial linfoide.

57.- En el síndrome de Sjögren con afectación intersticial pulmonar se pueden observar todos estos patrones o alteraciones radiológicas pulmonares, EXCEPTO una:

a) Neumonía intersticial no específica.
b) Neumonía intersticial usual.
c) Neumonía intersticial idiopática.
d) Neumonía intersticial linfoide.

58.- Respecto a la neumonía intrahospitalaria y/o asociada al ventilador cuál de las siguientes es verdadera:

a) En los últimos años la incidencia de la neumonía intrahospitalaria está en aumento.
b) La neumonía asociada al ventilador tiene una menor mortalidad que la neumonía intrahospitalaria que requiere ventilación mecánica.
c) El ceftobiprole es una cefalosporina de quinta generación que está indicada en la neumonía intrahospitalaria no asociada a ventilación mecánica y neumonía asociada a ventilación mecánica.
d) Los biomarcadores de inflamación sistémica como la procalcitonina son de utilidad para el diagnóstico de neumonía asociada al ventilador.

59.- Todos los siguientes gérmenes son anaerobios gramnegativos causantes de absceso de pulmón, EXCEPTO:

a) Prevotella melaninogenica.
b) Bacteroides ureolyticus.
c) Propionibacterium propionicum.
d) Bacterioides fragilis.

60.- De las escalas de gravedad en la neumonía adquirida en la comunidad señalar la respuesta correcta:

a) La escala SCAP, PSI y CURB65 son escalas validadas para mortalidad a 30 días.
b) La escala SMART-COP incluye la hipoalbuminemia entre sus variables.
c) La hipotensión que requiere soporte de líquidos es un criterio menor de la escala IDSA/ATS.
d) La sensibilidad de SMART-COP se encuentra reducida en personas mayores de 50 años.

61.- Respecto a los antibióticos para la neumonía intrahospitalaria con gérmenes resistentes es FALSO:

a) Ceftolozano-tazobactam presenta elevada actividad frente P-aeruginosa multiresistentes o extremadamente resistente.
b) Ceftazidima-avibactam constituye una combinación con actividad frente a carbapenemasas, pero no frente a Acinetobacter.
c) Meropenem-vaborbactam puede ser útil contra las carbapenemasas de clase D como enzima tipo OXA48.
d) En el tratamiento con imipenem-cilastatina-relebactam, Relebactam es un inhibidor de betalactamasa de amplio espectro que inhibe las carbapenemasas de clase A, incluida las carbapenemasas de K. pneumoniae.

62.- En un paciente VIH sin adherencia al tratamiento ¿cuál de estos microorganismos asociarías a una neumonía con neumotórax secundario?

a) Pneumocystis jirovecii.
b) Streptococcus pneumoniae.
c) Haemophilus influenzae.
d) Varicela zoster.

63.- Señale la respuesta correcta respecto a los efectos secundarios de los fármacos antituberculosos:

a) Etambutol: neuritis óptica.
b) Levofloxacino: hipernatremia.
c) Linezolid: tendinitis.
d) Bedaquilina: hiperpigmentación.

64.- Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la toxoplasmosis pulmonar:

a) En cuadros severos puede provocar neumonía necrotizante.
b) Suele ser consecuencia de una reactivación de una infección latente.
c) Es excepcional en el adulto sano inmunocompetente
d) En trasplantes de órgano sólido esta localización es frecuente, principalmente en relación al tratamiento inmunosupresor.

65.- La principal causa parasitaria de hipertensión arterial pulmonar en el mundo es:

a) Schistosomas.
b) Filaria.
c) Echinococcus.
d) Ascaris.

66.- En la neumonía adquirida en la comunidad:

a) Los patógenos no cambian en relación a la gravedad de la neumonía.
b) El alcohol facilita la colonización bacteriana de la orofaringe por bacilos gram negativos, daña los reflejos de la tos, altera la deglución y el transporte mucolítico y daña las defensas celulares del pulmón.
c) Se caracteriza por la presencia de infiltración linfocitaria en los alveolos.
d) En la hepatización roja los hematíes comienzan a descomponerse y son reemplazados por una gran cantidad de glóbulos blancos (neutrófilos).

67.- Respecto al tratamiento ambulatorio de la neumonía:

a) La combinación de un macrólido y un betalactámico deberían formar parte de la pauta de tratamiento empírico ambulatorio en pacientes con NAC.
b) La administración de una quinolona en monoterapia podría ser una alternativa.
c) En la normativa ATS/IDSA, su recomendación incluye además monoterapia con macrólidos si la resistencia del neumococo en el área geográfica es < 25%.
d) a), b) y c) son correctas.

68.- Según las guías ERS/ESICM/ESCMID/ALAT sobre la neumonía severa adquirida en la comunidad:

a) El tratamiento con Oseltamivir no estaría indicado en ninguna circunstancia sin una confirmación de coinfección por Influenza.
b) Se recomienda añadir corticoides iv en las neumonías bilaterales.
c) Se recomienda la doble antibioterapia con levofloxacino como tratamiento inicial.
d) Se recomienda la doble antibioterapia con macrólidos como tratamiento inicial.

69.- Entre los factores de riesgo asociados a un absceso pulmonar NO están:

a) Mala higiene bucal.
b) Abuso de alcohol.
c) Trastornos esofágicos.
d) Sexo femenino.

70.- En las pleuritis infecciosas:

a) La pleuritis viral es relativamente frecuente y no siempre se acompaña de infiltrado pulmonar.
b) La neumonía por Mycoplasma pneumoniae cursa con derrame pleural en más del 50% de los casos.
c) En la neumonía fúngica el empiema es muy frecuente.
d) La pleuritis viral suele cursar con derrame pleural severo asintomático.



71.- Cual de estos tratamientos biológicos puede ser una opción en el tratamiento de la EPOC según la guía GOLD 2026:

a) Reslizumab.
b) Omalizumab.
c) Dupilumab (en pacientes con fenotipo enfisematoso).
d) Mepolizumab.

72.- Sobre la rehabilitación pulmonar en la EPOC:

a) Los programas de 12 semanas han demostrado más beneficios que los de 6-8 semanas.
b) Está indicada en los pacientes GOLD A y B.
c) Debe incluir ejercicio de fuerza de extremidades superiores e inferiores, así como entrenamiento de resistencia.
d) Los programas de rehabilitación son genéricos sin necesidad de individualización.

73.- Una de estas medidas NO ha demostrado evidencia en la reducción de mortalidad en la EPOC:

a) Cirugía de reducción de volumen.
b) VMNI.
c) Oxigenoterapia portátil.
d) Cese del hábito tabáquico.

74.- En un paciente con alta sospecha de asma y espirometría normal, uno de estos NO confirmaría el diagnóstico:

a) Variabilidad en el PEF > 20%.
b) Prick test positivo.
c) Test de metacolina positivo.
d) FENO > 40 ppb.

75.- Uno de estos es criterio de remisión completa en asma:

a) Espirometría con prueba boncodilatadora negativa mantenida durante los 36 últimos meses.
b) Una única exacerbación resuelta sin necesidad de corticoides sistémicos.
c) Eosinófilos en esputo 3%.
d) ACT 16.

76.- Señale la correcta respecto a las diferentes posibilidades del tratamiento en el asma grave:

a) Asma alérgica: dupilumab.
b) Asma alérgica: azitromicina.
c) Asma eosinofílica: omalizumab.
d) Asma no T2: reslizumab.

77.- El fenotipo predominante en el asma grave es:

a) Asma infantil.
b) Asma no T2.
c) Asma alérgica.
d) Asma eosinofílica.

78.- En un paciente con EPOC y pO2 59 mmHg en situación estable y gasometría arterial basal estaría indicada la prescripción de oxigenoterapia si asocia:

a) Hematocrito 53%.
b) Enfisema bulloso severo.
c) Hipertensión pulmonar.
d) DLCO < 30%.

79.- El periodo de incubación en la neumonía nosocomial es:

a) Inferior a 24 horas.
b) De al menos 48 horas.
c) De al menos 7 días.
d) De al menos 10 días.

80.- Uno de estos es un factor de riesgo asociado a patógenos multirresistentes (MDR) en la neumonía intrahospitalaria:

a) Uso de antibióticos intravenosos en los 12 meses previos.
b) Hospitalización de más de 3 días en los 6 meses previos.
c) Cuidado de heridas en domicilio en los 90 días previos.
d) Miembro familiar con patógeno MDR.

81.- Elija la INCORRECTA. Entre los gramnegativos más frecuentes en la neumonía intrahospitalaria están:

a) Acinetobacter baumannii.
b) Klebsiella pneumoniae.
c) Prevotella bivia.
d) Escherichia coli.

82.- Señale la INCORRECTA. En la neumonitis por hipersensibilidad producida por micobacterias no tuberculosas:

a) Se trata de una reacción de hipersensibilidad ante la exposición laboral o doméstica a los antígenos de MAC.
b) La infección pulmonar predomina sobre la inflamación.
c) El diagnóstico se basa más en criterios clínicos, radiológicos e inmunitarios que en parámetros microbiológicos.

d) El manejo de esta patología es controvertido, pero la terapia antibiótica suele ser sustituida por los esteroides y/o la evitación del contacto con los antígenos responsables.

83.- Señale la respuesta correcta respecto a las principales características de los fármacos con acción frente a M. tuberculosis:

a) Pirazinamida: bactericida.
b) Inyectables: esterilizantes.
c) Linezolid: bactericida.
d) Ethionamida: esterilizante.

84.- Sobre la tuberculosis extrapulmonar:

a) En la TBC urinaria se puede encontrar piuria alcalina estéril.
b) La afectación femoral es la más frecuente en la TBC ósea.
c) Las lesiones sólidas cerebrales son muy frecuentes en la TBC del sistema nervioso central.
d) La aparición y la progresión de los signos y los síntomas en la tuberculosis meníngea son más insidiosos que en otras formas de meningitis bacteriana. Los síntomas de inicio son inespecíficos y pueden durar varias semanas.

85.- Los patógenos más frecuentes en pacientes VIH clasificados según el grado de inmunodepresión. Señale la correcta

a) Pneumocystis jirovecii 100-200 CD4.
b) Citomegalovirus 100-200 CD4.
c) Neumonía por Varicela >500 CD4.
d) Hongos 200-500 CD4.

86.- En la fibrosis quística, la mutación más frecuente en nuestro medio es:

a) F508del.
b) G85E.
c) 1609delCA.
d) K710X.

87.- Cuál de estos NO es un signo directo radiológico en el diagnóstico de las bronquiectasias:

a) Rail en tranvía.
b) Anillo en sello.
c) Ristra de perlas.
d) Patrón en mosaico.

88.- En la apnea central del sueño debido a respiración periódica en las alturas:

a) Durante la ascensión se produce hipoxia hiperbárica.
b) Existe amplia evidencia científica en relación al tratamiento farmacológico.
c) La teofilina mejora el IAH pero no la saturación.
d) La administración de acetazolamida disminuye las apneas debido a una disminución de la reserva de CO2.

89.- Respecto a los dispositivos de avance mandibular en el AOS señale la INCORRECTA:

a) Son la principal alternativa terapéutica a la CPAP.
b) Actualmente existe suficiente evidencia para afirmar que los DAM mejoran el ronquido, la estructura del sueño, la ESD y el IAH cuando se comparan con placebo.
c) La CPAP es superior para corregir el IAH.
d) Desde el punto de vista del paciente, aquellos con mayor IMC y sexo masculino son los que tienen mayores probabilidades de éxito con este tratamiento.

90.- Los elementos para el control ventilatorio son:

a) Sensores.
b) Controladores centrales.
c) Efectores.
d) a), b) y c) son correcta.

91.- En una hemorragia alveolar difusa, ¿cuál de las siguientes situaciones puede hacer que el cuadro pase desapercibido si se exige hemoptisis para sospecharlo?

a) La hemoptisis puede faltar hasta en un tercio de los casos
b) La hemoptisis solo aparece cuando existe capilaritis neutrofílica
c) La hemoptisis desaparece únicamente si la causa es anti-MBG
d) La ausencia de hemoptisis excluye hemorragia alveolar si hay anemia

92.- ¿Qué combinación histológica diferencia mejor una capilaritis pulmonar de una hemorragia alveolar "blanda" por trastorno de coagulación o estenosis mitral?

a) Hemosiderófagos aislados sin inflamación septal
b) Neutrófilos septales, leucocitoclasia, necrosis fibrinoide focal y daño de pequeños vasos
c) Granulomas no caseificantes con distribución perilinfática
d) Material lipoproteináceo PAS positivo que rellena espacios alveolares

93.- ¿Cuál de las siguientes combinaciones mecanismo-enfermedad en hemorragia alveolar difusa es más correcta?

a) Anti-MBG — daño inmune por complejos circulantes
b) Lupus — anticuerpos directos contra membrana basal glomerular exclusivamente

c) GPA/MPA — autoanticuerpos dirigidos contra endotelio capilar o estructuras relacionadas
d) Estenosis mitral — capilaritis necrotizante pauciinmune

94.- En enfermedad intersticial asociada a conectivopatía, ¿qué opción recoge mejor la pareja patrón dominante–enfermedad?

a) Esclerosis sistémica–UIP; artritis reumatoide–NSIP
b) Esclerosis sistémica–NSIP; artritis reumatoide–UIP
c) Lupus–UIP; Sjögren–DAD
d) Polimiositis/dermatomiositis–LIP; enfermedad mixta–DIP

95.- En fibrosis pulmonar idiopática, ¿qué afirmación sería más difícil de defender con la evidencia?

a) La exacerbación aguda puede contribuir a la mortalidad
b) Pirfenidona y nintedanib enlentecen la progresión
c) Los corticoides sistémicos son beneficiosos como tratamiento antiinflamatorio de base
d) El patrón radiológico típico incluye predominio subpleural y basal con bronquiectasias de tracción y panalización

96.- ¿Qué asociación patrón histológico–contexto clínico es la más precisa?

a) UIP — solo FPI, sin otras asociaciones relevantes
b) UIP — FPI, conectivopatía, asbestosis, neumonitis por hipersensibilidad, aspiración crónica y neumonitis radioterápica crónica
c) UIP — exclusivamente toxicidad por nitrofurantoína y amiodarona
d) UIP — patrón típico de proteinosis alveolar

97.- ¿Cuál de las siguientes asociaciones es falsa? 7. ¿Cuál de las siguientes asociaciones es falsa?

a) DAD — radioterapia, oxígeno, gases tóxicos, cocaína, heroína, paraquat
b) OP — amiodarona, cocaína, infecciones, conectivopatías, neumonitis por hipersensibilidad
c) DIP/RB-ILD — tabaco, PLCH, asbestosis, neumoconiosis por metal duro/cobalto, nitrofurantoína, amiodarona
d) LIP — asbestosis, paraquat, oxígeno y radioterapia

98.- Un paciente con sospecha de sarcoidosis tiene opacidades pulmonares sin adenopatías hiliares. ¿Cuál es la clasificación radiográfica correcta?

a) Estadio 1
b) Estadio 2
c) Estadio 3
d) Estadio 4

99.- ¿Qué conjunto de datos contiene un elemento que debilita, y no apoya, el diagnóstico de sarcoidosis?

a) Adenopatías hiliares bilaterales + calcio sérico elevado + SACE >2 LSN
b) Enfermedad en haces broncovasculares en TCAR + leucopenia + elevación de fosfatasa alcalina
c) Exposición a berilio + exposición a bioaerosol orgánico + exposición a tuberculosis
d) Adenopatías hiliares bilaterales + distribución perilinfática + afectación ocular

100.- En granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, ¿cuál de estas asignaciones fenotipo–ANCA es más correcta?

a) ANCA positivo — miocarditis eosinofílica, fiebre y neumonía eosinofílica
b) ANCA negativo — glomerulonefritis, púrpura palpable y neuropatía periférica
c) ANCA positivo — fenotipo vasculítico con afectación renal, neuropatía y púrpura
d) ANCA negativo — enfermedad limitada al tracto respiratorio superior

101.- ¿Qué combinación analítica es más característica de granulomatosis eosinofílica con poliangeítis activa antes de corticoides?

a) Eosinófilos 500–1000/µL, IgE normal, BAL neutrofílico
b) Eosinófilos 5000–20.000/µL, BAL a veces >60% eosinófilos, IgE frecuentemente elevada pero inespecífica
c) Eosinofilia ausente, ANCA siempre positivo, BAL CD4/CD8 alto
d) ADA elevada, líquido pleural linfocitario y glucosa muy baja

102.- En una enfermedad quística pulmonar difusa compatible con LAM, ¿cuál de las siguientes combinaciones permite diagnóstico clínico fuerte sin biopsia?

a) TCAR compatible + VEGF-D >800 pg/mL
b) TCAR compatible + SACE >2 LSN
c) TCAR compatible + ADA pleural >40 U/L
d) TCAR compatible + ANCA-MPO positivo

103.- ¿Qué indicación terapéutica encaja mejor con LAM?

a) Doxiciclina sistemática por beneficio demostrado en FEV1, DLCO y calidad de vida
b) Sirolimus si hay función pulmonar anormal, declive rápido de FEV1/DLCO, enfermedad recurrente postrasplante o complicaciones quilosas sintomáticas
c) Corticoides sistémicos como base terapéutica para prevenir neumotórax
d) Antifibróticos tipo nintedanib como primera línea específica

104.- ¿Cuál es la trampa diagnóstica más importante del patrón de “crazy paving”?

a) Es patognomónico de proteinosis alveolar pulmonar
b) Excluye edema pulmonar y lesión pulmonar aguda

c) Puede verse en PAP, pero también en neumonitis por hipersensibilidad, Pneumocystis, adenocarcinoma lepidico, carcinomatosis linfangítica, edema cardiogénico, lesión pulmonar aguda y neumonía lipoidea
d) Es específico de sarcoidosis cuando respeta bases

105.- En neumonitis por hipersensibilidad, ¿qué afirmación sobre patrones histológicos asociados es más correcta?

a) Puede asociarse a NSIP, OP y también a UIP
b) Solo se asocia a granulomas no necrotizantes compactos idénticos a sarcoidosis
c) Solo se asocia a DAD
d) La presencia de UIP excluye neumonitis por hipersensibilidad

106.- En bronquiolitis infecciosa pediátrica, ¿qué mecanismo explica la atelectasia secundaria?

a) Destrucción directa del intersticio alveolar por fibrosis
b) Edema bronquiolar, descamación epitelial, disfunción ciliar y aumento de secreción mucosa con obstrucción de vía aérea pequeña
c) Vasculitis granulomatosa con necrosis de arteriolas
d) Rotura de blebs subpleurales por hiperpresión

107.- ¿Qué hallazgo en TC espiratoria apoya especialmente bronquiolitis constrictiva?

a) Aumento homogéneo de atenuación pulmonar
b) Atrapamiento aéreo en espiración, con áreas persistentes de baja atenuación
c) Adenopatías hiliares bilaterales simétricas
d) Derrame pleural loculado con engrosamiento pleural

108.- ¿Qué patrón de TC es más compatible con silicosis o neumoconiosis del trabajador del carbón dentro del diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares difusos?

a) Nódulos centrilobulillares bien definidos
b) Vidrio deslustrado en crazy paving exclusivamente basal
c) Consolidación lobar única con broncograma aéreo
d) Derrame pleural masivo unilateral sin afectación pulmonar

109.- ¿Qué opción contiene la asociación ocupacional más fina?

a) Asbestosis — UIP; metal duro/cobalto — DIP/RB-ILD
b) Asbestosis — LIP; cobalto — sarcoidosis estadio 1
c) Asbestosis — LAM; cobalto — PAP autoinmune
d) Asbestosis — DAD por oxígeno; cobalto — hemorragia alveolar anti-MBG



110.- ¿Cuál de las siguientes asociaciones fármaco–patrón es completamente correcta?

a) Amiodarona — OP y DIP/RB-ILD; nitrofurantoína — DIP/RB-ILD; cocaína — OP y DAD
b) Amiodarona — solo UIP; nitrofurantoína — solo LIP; cocaína — solo eosinofilia pleural
c) Paraquat — LIP; oxígeno — LAM; aspirina — sarcoidosis
d) Busulfano — neumotórax catamenial; bleomicina — quilotórax

111.- ¿Cuál de estas condiciones fortalece más el diagnóstico de derrame pleural inducido por fármacos?

a) Que sea derecho y pequeño
b) Que el líquido sea siempre trasudado
c) Exclusión de causas alternativas, resolución tras retirar el fármaco y recurrencia tras reexposición si es posible
d) ADA pleural elevada

112.- ¿Qué afirmación sobre toxicidad pleural por antineoplásicos es correcta?

a) El metotrexato a dosis altas puede producir dolor pleurítico a los 2–5 días y una proporción desarrolla derrame pleural
b) La ciclofosfamida produce siempre pleuritis aguda reversible con corticoides
c) Procarbazina no se asocia a eosinofilia ni infiltrados
d) Los anticoagulantes no pueden causar hemotórax espontáneo

113.- ¿Qué patrón radioterapia–histología es más correcto?

a) Radioterapia — DAD; neumonitis radioterápica crónica — asociación posible con UIP
b) Radioterapia — LAM; neumonitis radioterápica crónica — PAP
c) Radioterapia — sarcoidosis; neumonitis crónica — EGPA
d) Radioterapia — quilotórax exclusivamente, sin daño parenquimatoso

114.- En tórax inestable, ¿qué afirmación es más correcta?

a) La alteración respiratoria depende principalmente del movimiento paradójico de la pared torácica
b) La contusión pulmonar subyacente es un determinante central del deterioro respiratorio
c) La ventilación mecánica se indica siempre que haya tres costillas fracturadas
d) El tórax inestable rara vez se acompaña de contusión pulmonar

115.- En lesiones por explosión, ¿qué afirmación es correcta?

a) La rotura timpánica es un marcador fiable de gravedad global
b) Las lesiones primarias se producen por onda de sobrepresión en interfaces aire-tejido o agua-aire



c) Las lesiones secundarias son las causadas por la proyección del cuerpo contra una superficie
d) Las lesiones terciarias son las producidas por fragmentos penetrantes

116.- ¿Cuál de las siguientes combinaciones clasifica un líquido pleural como exudado?

a) Proteínas pleural/suero 0,48; LDH pleural/suero 0,55; LDH pleural <2/3 LSN
b) Proteínas pleural/suero 0,51; LDH pleural/suero 0,40; LDH pleural normal
c) Proteínas pleural/suero 0,40; LDH pleural/suero 0,50; LDH pleural baja
d) Proteínas pleural/suero 0,45; LDH pleural/suero 0,58; LDH pleural normal

117.- En un derrame por insuficiencia cardiaca tras diuréticos, ¿qué situación explica mejor una falsa clasificación como exudado?

a) Concentración del líquido pleural con aumento relativo de proteínas/LDH
b) Disminución del gradiente albúmina suero-pleura por debajo de 0,5 g/dL
c) Aparición obligatoria de ADA alta
d) Conversión del líquido en empiema estéril

118.- ¿Qué interpretación macroscópica del líquido pleural es más precisa?

a) Líquido serosanguinolento identifica malignidad con alta especificidad
b) Líquido lechoso limita el diferencial a quilotórax, derrame por colesterol, erosión de catéter venoso central con nutrición lipídica o error de tubo enteral
c) La ausencia de aspecto lechoso excluye quilotórax
d) Líquido purulento exige pH para poder diagnosticar empiema

119.- En derrame paraneumónico, ¿qué afirmación es más difícil pero correcta?

a) La mayoría de neumonías con derrame progresan a empiema
b) Las características clínicas predicen de forma fiable qué derrames requerirán drenaje
c) Una proporción importante de neumonías tiene derrame, pero solo una minoría progresa a infección pleural franca que requiere drenaje
d) La guía por imagen disminuye el rendimiento y aumenta complicaciones en derrames pequeños loculados

120.- En neumotórax, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es más correcta?

a) La aspiración simple tiene mayor tasa de fracaso en neumotórax espontáneo primario que en secundario
b) En neumotórax espontáneo secundario, la aspiración fracasa con más frecuencia y suele preferirse drenaje torácico, especialmente si el paciente es mayor, fumador o disneico
c) En neumotórax a tensión debe esperarse siempre radiografía antes de descompresión
d) En neumotórax catamenial, el tratamiento hormonal carece de papel tras cirugía torácica

121.- ¿Qué estructura de las que se enumeran a continuación se encuentra en el mediastino anterior?

a) Timo.
b) Esófago.
c) Pericardio.
d) Cadena simpática.

122.- Señala la respuesta FALSA con respecto a la anatomía pulmonar:

a) El pulmón derecho tiene tres lóbulos (superior, medio e inferior) y 10 segmentos.
b) El pulmón izquierdo tiene dos lóbulos (superior e inferior) y 6 segmentos.
c) La fisura oblicua en cada lado divide los lóbulos inferiores del resto del pulmón.
d) La fisura horizontal se encuentra solo en el pulmón derecho y divide los lóbulos superior y medio.

123.- ¿Cuál de las siguientes situaciones se esperaría encontrar en un paciente con neumopatía parenquimatosa difusa frente a un paciente sano?

a) Incremento de la PO2 alveolar.
b) Incremento de la capacidad de difusión del monóxido de carbono.
c) Diferencia entre la PO2 alveolar y capilar final durante el esfuerzo.
d) d) Incremento del índice de transferencia de oxígeno a través de la membrana alveolocapilar.

124.- Durante una hospitalización por lesiones sufridas en una colisión automovilística, una persona sana sufre una embolia pulmonar en la que la arteria pulmonar del lóbulo inferior izquierdo queda ocluida por un gran trombo. Si la ventilación alveolar se mantiene constante en todo el pulmón, ¿cuál de los cambios siguientes se esperaría observar en las unidades pulmonares irrigadas por esta arteria?

a) Vasoconstricción pulmonar por hipoxia.
b) Incremento de la PCO2 alveolar.
c) Incremento de la PO2 alveolar.
d) Incremento en la eliminación de CO2.

125.- Señala la respuesta correcta respecto al edema pulmonar de altura:

a) Es un edema cardiogénico.
b) Es la causa menos frecuente de muerte del mal grave de altura.
c) Se manifiesta de dos a cuatro días después de un ascenso rápido por encima de 2.500 m.
d) Las personas que han tenido edema pulmonar de altura tienen el mismo riesgo de recurrencia si ascienden a la misma altitud que la población general.



126.- Se miden las presiones inspiratoria y espiratoria máximas en un paciente que se somete a una valoración por disnea del ejercicio. Los resultados son los siguientes: PIM 115 cmH2O (96 %), PEM 45 cmH2O (41 %). ¿La debilidad de cuál de los grupos musculares siguientes puede contribuir al patrón de resultados observados durante esta prueba?

a) Diafragma.
b) Escaleno.
c) Esternocleidomastoideo.
d) Recto del abdomen.

127.- Una de las siguientes definiciones se corresponde con la capacidad vital:

a) La suma de la capacidad inspiratoria y el volumen de reserva espiratorio.
b) La suma del volumen corriente y el volumen de reserva inspiratorio.
c) La suma del volumen corriente y el volumen de reserva espiratorio.
d) La suma de la capacidad inspiratoria y el volumen residual.

128.- ¿Qué parámetro no se puede medir con una espirometría forzada?

a) La capacidad vital forzada.
b) El volumen residual.
c) El flujo mesoespiratorio.
d) El flujo espiratorio máximo.

129.- Una mujer de 66 años acude al médico con empeoramiento de la disnea de esfuerzo de 9 meses de evolución. La espirometría revela un FEV1 significativamente inferior al teórico basándose en su edad, estatura y sexo, con una FVC inferior a la teórica y un cociente FEV1/FVC disminuido. ¿Cuál de las siguientes opciones podría explicar estos resultados?

a) Disminución de la retracción elástica del pulmón.
b) Disminución del número de capilares pulmonares.
c) Alteraciones fibróticas en el espacio intersticial.
d) Engrosamiento de la membrana alveolocapilar.

130.- Señala la respuesta correcta respecto a la valoración del riesgo quirúrgico:

a) Pacientes con un FEV1 y DLCO preoperatorio ≥60 % se consideran de bajo riesgo.
b) Pacientes con un VO2máximo >15 ml / kg / minuto en ergometría se consideran de bajo riesgo.
c) Pacientes con FEV1 y DLCO predichos postoperatorios ≥40 % se consideran de bajo riesgo.
d) Pacientes con un VO2máximo <10 ml / kg / minuto consideran de alto riesgo

131.- Define la siguiente exploración funcional: FVC 2,080 (68 %), FEV1 1,60 (65 %), FEV1/FVC 57 %, RV 2,45 (156 %), TLC 5,76 (132 %):

a) Insuficiencia ventilatoria mixta con atrapamiento aéreo e hiperinsuflación.
b) Insuficiencia ventilatoria obstructiva con atrapamiento aéreo e hiperinsuflación.
c) Insuficiencia ventilatoria obstructiva con atrapamiento aéreo sin hiperinsuflación.
d) Insuficiencia ventilatoria obstructiva con hiperinsuflación sin atrapamiento aéreo.

132.- ¿En cuál de las siguientes afecciones pulmonares se puede encontrar una DLCO disminuida con una KCO aumentada?

a) Enfisema.
b) Enfermedad pulmonar intersticial.
c) Neumonectomía.
d) Enfermedad vascular pulmonar.

133.- Una paciente con tos nocturna, a la que se sospecha asma bronquial, realiza una espirometría basal con un FEV1 del 68 %. ¿Cuál es la siguiente prueba a realizar para establecer el diagnóstico?

a) Prueba de reversibilidad con corticoides inhalados a altas dosis.
b) Repetir la espirometría tras administración de un beta agonista de acción corta.
c) Prueba de provocación bronquial con histamina o metacolina.
d) Pruebas de alergia.

134.- Tezepelumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra:

a) La linfopoyetina estromal tímica.
b) La interleucina 5.
c) El receptor de la interleucina 5.
d) La interleucina 13.

135.- ¿Qué anticuerpo monoclonal NO está aprobado para el tratamiento del asma grave?

a) Reslizumab
b) Benralizumab
c) Tocilizumab
d) Omalizumab

136.- ¿Cuál de los siguientes agentes es un agente de bajo peso molecular capaz de producir asma ocupacional?

a) Harinas.
b) Isocianatos.
c) Látex.

d) Proteínas animales.

137.- Señala la opción correcta con respecto a la disfunción reactiva de vías aéreas:

a) Es frecuente que haya historia previa de atopia o de asma.
b) Presentan IgE específica elevada contra el agente causal.
c) El inicio de los síntomas se produce en las primeras 24 horas tras exposición a un agente irritante por vía inhalada a altas dosis.
d) La prueba de hiperrespuesta bronquial inespecífica es negativa.

138.- Una de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a la alveolitis alérgica extrínseca:

a) Los síntomas pueden presentarse de forma aguda (días a semanas), insidiosamente (meses a años) o como episodios recurrentes.
b) En la variante no fibrótica las pruebas de imagen pueden ser normales debido a la naturaleza fugaz de las opacidades radiográficas.
c) Una linfocitosis >20 % en el lavado broncoalveolar puede ser útil para apoyar el diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad.
d) Los anticuerpos específicos IgG frente al antígeno en suero indican enfermedad.

139.- Señala la respuesta INCORRECTA respecto a la bronquiolitis respiratoria:

a) Presenta un patrón histopatológico con unas yemas fibróticas intraluminales características, llamadas cuerpos de Masson, que se extienden más allá de los conductos alveolares a los alvéolos.
b) Es frecuente en fumadores.
c) Generalmente es asintomática.
d) Se resuelve con frecuencia al dejar de fumar.

140.- En cuanto al diagnóstico de neumotórax por ecografía torácica es FALSO:

a) La presencia de deslizamiento pulmonar excluye el diagnóstico de neumotórax.
b) La visualización de líneas B o consolidación pulmonar excluye el diagnóstico de neumotórax, independientemente de la presencia de deslizamiento pulmonar.
c) El enfisema subcutáneo limita la identificación del neumotórax por ecografía.
d) La ausencia de deslizamiento pulmonar confirma el diagnóstico de neumotórax.

141.- En cuanto al diagnóstico de fracturas costales por ecografía es FALSO:

a) Es efectivo para descartar complicaciones como el neumotórax.
b) No tiene utilidad si hay más de 3 fracturas costales.
c) La ecografía es más sensible que la radiografía de tórax en el diagnóstico de fracturas costales.
d) Los hallazgos ecográficos son el hematoma adyacente a la fractura y la discontinuidad de la cortical.

142.- Uno de estos NO es criterio diagnóstico de exudado pleural:

a) Gradiente Suero-Pleura de Albúmina <1,2 g/dl.
b) Cociente Pleura/Suero de proteínas > 0,5.
c) Niveles de LDH pleural > 2/3 del límite superior de LDH en suero.
d) Gradiente suero-Pleura de proteínas > 2,5 g/dl.

143.- Respecto al recuento celular en líquido pleural es FALSO:

a) La presencia de eosinofilia (>10 %) descarta la etiología maligna.
b) Eosinofilia >10 % disminuye la posibilidad de diagnóstico de TBC pleural, en ausencia de neumotórax o hemotórax reciente.
c) El tratamiento con sulfasalazina es causa de derrame pleural eosinófilo.
d) Un recuento de células mesoteliales >5 % en líquido pleural hace poco probable el diagnóstico de TBC pleural.

144.- Una de estas NO es causa de elevación de amilasa en líquido pleural:

a) Pancreatitis aguda.
b) Ruptura esofágica.
c) Pleuritis lúpica.
d) Pancreatitis crónica.

145.- En la exacerbación de la EPOC, la recogida de esputo para diagnóstico microbiológico está indicado en:

a) Pacientes con alta sospecha de infección bacteriana y falta de respuesta a tratamiento antibiótico empírico.
b) Sospecha de infección por Moraxella catarralis.
c) Infecciones víricas de repetición.
d) Pacientes con EPOC 2ª a déficit de alfa1 antitripsina.

146.- En cuanto a las exacerbaciones de la EPOC es cierto que:

a) La mayoría son debidas a inflamación eosinofílica, polución ambiental, o falta de adherencia al tratamiento de mantenimiento.
b) Los virus más frecuentemente asociados a exacerbación de EPOC son los rinovirus.
c) Los 3 síntomas cardinales que caracterizan una exacerbación son: aumento de disnea, aumento de purulencia de esputo y disminución de actividad física.
d) La guía GOLD 2026 recomienda la obtención de esputo para diagnóstico microbiológico en todos los pacientes.

147.- Uno de estos NO es factor de riesgo de infección por Pseudomona en la exacerbación de la EPOC:

a) Administración frecuente de antibióticos (> 4 tandas en el último año).
b) Aislamiento de pseudomona en exacerbaciones previas.

c) Hospitalizaciones recientes (ingresos > 2 días duración en los últimos 90 días).
d) FEV1 <50 %.

148.- Respecto al manejo del derrame pleural metaneumónico (DPMN) es cierto:

a) La colocación de tubos de drenaje de gran calibre (>20 fr) en el caso de DPMN complicado ha demostrado mejores resultados que los tubos de pequeño calibre (8- 10 fr).
b) La persistencia de fiebre en el derrame pleural metaneumónico no complicado es indicación de colocación de drenaje pleural.
c) El tratamiento con fibrinolíticos intrapleurales en el derrame complicado/empiema disminuye la necesidad de cirugía, pero no ha demostrado beneficios en la mortalidad.
d) Está indicado el drenaje del derrame metaneumónico no complicado en ausencia de disnea.

149.- En el manejo del derrame pleural maligno con catéter pleural tunelizado (CPT) es FALSO:

a) El derrame pleural maligno sintomático asociado a pulmón atrapado es una indicación de CPT.
b) La combinación de CPT y administración de talco slurry a través del CPT tiene mayor índice de éxito de la pleurodesis comparado con CPT solo.
c) Puede ser colocado de forma ambulatoria.
d) La colocación de CPT impide la futura realización de pleurodesis.

150.- Respecto al manejo del derrame pleural maligno (DPM) según las guías BTS 2023 es FALSO:

a) El tratamiento del tumor subyacente en algunos tipos de tumor (mama, ovario, próstata, linfoma) puede prevenir la recurrencia del derrame y evitar la realización de pleurodesis.
b) La toracocentesis evacuadora-terapéutica es el primer tratamiento en el DPM sintomático de cara a evaluar la respuesta sintomática, la reexpansión pulmonar y la velocidad de reacumulación.
c) El tratamiento con agentes intrapleurales (cisplatino, EGFR-TKI, docetaxel) está indicado en el tratamiento del DPM.
d) Un pH pleural 7.20-7.30, glucosa pleural < 60 mg/dl y LDH pleural > 600 UI disminuyen la probabilidad de éxito de la pleurodesis.

151.- Respecto al mesotelioma pleural es cierto:

a) Los niveles de biomarcadores en suero-L. pleural como osteopontina o fibulina 3 se usan de rutina en el diagnóstico de mesotelioma.
b) Una clínica compatible en contexto de engrosamiento pleural/ derrame pleural en la radiografía de tórax e historia de exposición a asbesto es diagnóstico definitivo de mesotelioma.
c) Los subtipos histológicos sarcomatoide y bifásico tiene peor pronóstico que el subtipo epitelioide.



d) El tabaquismo es factor de riesgo de desarrollo de mesotelioma.

152.- En el tratamiento preventivo de la recurrencia del neumotórax espontáneo con pleurodesis quirúrgica o médica es FALSO:

a) En el neumotórax espontáneo primario está indicado si existe fuga aérea persistente (5-7 días) tras colocación de drenaje pleural.
b) En el neumotórax espontáneo primario está indicado si hay historia previa de neumotórax.
c) No debe realizarse en el neumotórax espontáneo secundario, dada la baja tasa de recurrencia.
d) La pleurodesis médica tiene mayor tasa de recurrencia en el primer año respecto a la pleurodesis quirúrgica.

153.- En la manometría pleural es FALSO:

a) La medición de la elastancia pleural facilita la extracción de líquido pleural ya que es un indicador de expansión pulmonar.
b) No se debería extraer líquido pleural si la presión pleural media cae a -20 cmH2O o menos.
c) El pulmón atrapado y el pulmón en proceso de atrapamiento tiene curvas de presión pleural y elastancia iguales.
d) La elastancia pleural normal es < 14,5 cmH2O/L.

154.- En el uso de macrólidos de forma profiláctica en la EPOC es FALSO:

a) Está indicado en pacientes EPOC seleccionados con frecuentes exacerbaciones (>2 /año) a pesar de tratamiento médico optimizado.
b) El beneficio de los macrólidos se atribuye a su efecto inmunomodulador además de su efecto para prevenir infección.
c) La pérdida de audición 2ª a su uso generalmente se asocia a uso prolongado.
d) Puede producir acortamiento del intervalo QT.

155.- ¿Cuál de estos NO es un beneficio de la rehabilitación pulmonar en la EPOC?

a) Mejora la capacidad de ejercicio.
b) Mejora la recuperación tras una hospitalización por exacerbación.
c) Mejoría del FEV1.
d) Mejoría de la calidad de vida.

156.- Respecto a la rehabilitación pulmonar en la EPOC es cierto:

a) La duración recomendada es de 3 semanas.
b) Pacientes EPOC severos y pobre capacidad de ejercicio pueden someterse a entrenamiento de resistencia de EEII.
c) El entrenamiento de fuerza no aporta beneficio al entrenamiento de resistencia.

d) Los beneficios de la RHB se mantienen en todos los pacientes 12 meses tras el final del programa.

157.- ¿Según la Guía GOLD 2026, qué pacientes EPOC deben ser incluidos en programas de rehabilitación respiratoria?

a) Grupos B y E.
b) Pacientes con test de marcha de 6 minutos < 200 m y caída de la saturación < 88 %.
c) Pacientes post trasplante pulmonar.
d) Pacientes con caída anual del FEV1 > 15 ml/año.

158.- La ventilación mecánica no invasiva (VMNI), en pacientes EPOC estable es cierto:

a) Sólo está indicado en diagnóstico concomitante de EPOC y AOS.
b) Está indicada en pacientes con enfisema.
c) Está indicada en pacientes con hipercapnia diurna persistente (PaCO2 > 52 mmHg).
d) Se debe realizar con presiones inspiratorias bajas (IPAP<12 cmH2O).

159.- Con respecto al uso del dímero-D en la evaluación de un paciente con sospecha de embolia de pulmón (EP), señale la respuesta FALSA:

a) Su positividad es suficiente para realizar el diagnóstico de EP.
b) Es una técnica sensible pero muy poco especifica.
c) Se puede plantear su uso ajustado a la edad en pacientes mayores de 50 años.
d) En general, su determinación no estaría indicada en los pacientes con una sospecha clínica alta de EP.

160.- Con respecto al tratamiento de la embolia de pulmón (EP), señale la respuesta FALSA:

a) La fibrinólisis se reserva para los pacientes de riesgo alto con inestabilidad hemodinámica.
b) La anticoagulación con heparina de bajo peso molecular es el tratamiento de elección, en general, para los pacientes con una EP de riesgo intermedio alto.
c) En la fase aguda, el tratamiento de inicio con dicumarínicos puede sustituir al tratamiento con heparina.
d) Como norma general, la duración del tratamiento anticoagulante en los pacientes con una EP que ocurre en el postoperatorio de una cirugía de cadera debe ser de 3 meses.

161.- Ante una paciente que encuentra en el 7º mes de su embarazo y presenta una clínica sospechosa de presentar una embolia de pulmón, ¿cuál es la prueba de imagen que indicaría en primer lugar dentro de su estrategia diagnóstica?

a) Radiografía de tórax.
b) TAC angiográfico.
c) Gammagrafía Ventilación/Perfusión.
d) Angio-resonancia pulmonar.

162.- Señale la respuesta FALSA en relación con la afectación pleural y/o pulmonar por asbesto:

a) El periodo de latencia entre la exposición laboral y la presencia de un mesotelioma es habitualmente largo (superior a 25-30 años).
b) El engrosamiento pleural afecta a la pleura parietal.
c) Las calcificaciones pleurales son típicas de la exposición al amianto.
d) La presencia de crepitantes es frecuente en los pacientes con asbestosis pulmonar.

163.- Con respecto a la silicosis, señale la respuesta verdadera:

a) Se asocia a una mayor probabilidad de presentar una infección por micobacterias.
b) Las formas crónicas afectan con más frecuencia a los lóbulos pulmonares inferiores.
c) El diagnóstico requiere de la realización de una biopsia pulmonar.
d) La silicosis simple se encuadra dentro de las formas agudas de la enfermedad.

164.- Señale la respuesta FALSA con respecto a la pauta de tratamiento a utilizar en los pacientes con infección tuberculosa latente (noVIH):

a) Rifampicina diaria durante 4 meses.
b) Isoniazida + rifampicina diaria durante 3 meses.
c) Isoniazida diaria durante 4 meses.
d) Isoniazida + rifapentina semanal durante 3 meses.

165.- Paciente de 54 años, diagnosticado de EPOC, en el que se ve un descenso progresivode su función pulmonar a pesar de tratamiento optimizado, ultima espirometríaFEV1 45 %, fumador de 20 cigarrillos-día, durante la consulta se aconseja laabstención tabáquica. El paciente presenta Fageström 6, y antecedente de crisis depánico en dos ocasiones, expresa no cree que pueda dejar de fumar en las próximassemanas. Respecto al manejo de esta situación, cuál considera que es la opción máscorrecta:

a) Citar en 6 meses para ver si está más motivado y se puede plantear un tratamiento de deshabituación.
b) Acuerdo con el paciente una entrevista motivacional.
c) Enviar a Enfermería para iniciar terapia de grupo.
d) Iniciar tratamiento con parches de nicotina a dosis altas y chicles a demanda.

166.- Para que cualquier partícula extraña inhalada alcance la zona más distal delpulmón ha de superar diversas barreras a lo largo del sistema de conducciónbronquial. La efectividad dependerá de cuatro elementos básicos. Señale el falso.

a) Las propiedades fisicoquímicas de las partículas inhaladas.
b) El patrón ventilatorio y la morfología de las vías aéreas del sujeto que inspira dichas partículas.
c) El tipo de respiración oral o nasal.



d) La presión atmosférica en la zona que se encuentre el sujeto que inspira.

167.- La vía inhalatoria es de uso frecuente en el tratamiento de la patología de la víaaérea, y tiene algunas características con impacto en el cumplimiento:

a) La mala técnica de inhalación es una causa frecuente de mal cumplimiento no intencionado.
b) Diversos estudios demuestran que muchos pacientes cometen errores al inhalar con el cartucho presurizado.
c) La alta incidencia de errores con el cartucho presurizado llevo al desarrollo de dispositivos de polvo seco.
d) Los pacientes prefieren el uso de cartucho presurizados.

168.- Cuál de estos criterios es excluyente para incluir a un paciente con enfermedadrespiratoria en un programa de rehabilitación respiratoria:

a) Disnea.
b) Artrosis severa.
c) Motivación moderada.
d) Comorbilidad cardiaca.

169.- Dentro de la fisioterapia respiratoria las técnicas de reeducación respiratoria tienencomo objetivo aumentar la eficacia respiratoria:

a) Mejorando las relaciones ventilación/perfusión.
b) Mejorando la función de los músculos respiratorios.
c) A y B son ciertas.
d) Favoreciendo el aclaramiento mucociliar.

170.- En el asma ocupacional:

a) La exploración física y el estudio funcional pueden ser normales.
b) Algunos agentes causantes producen reacciones tardías 4-8 horas después de la
c) exposición.
d) a) y b) son verdaderas.

171.- En el tratamiento con corticoides inhalados, cuál de las siguientes moléculas presentaun mejor índice terapéutico:

a) Furoato de mometasona.
b) Furoato de fluticasona.
c) Propionato de fluticasona.
d) Dipropionato de beclometasona.

172.- En la biopsia pulmonar de una paciente con granulomatosis eosinofilica conpoliangeitis cabe encontrar:

a) Vasculitis de células gigantes, con eosinofilia que se observa alrededor de las arterias de pequeño calibre y vénulas, junto con granulomas necrotizantes.
b) Vasculitis de células gigantes, con eosinofilia que se observa alrededor de las arterias de pequeño calibre exclusivamente con granulomas no necrotizantes.
c) Vasculitis de células linfoides, con eosinofilia que se observa alrededor de las arterias de pequeño calibre y vénulas.
d) Vasculitis de células linfoides, con eosinofilia que se observa alrededor de las arterias de pequeño calibre y vénulas, junto con granulomas necrotizantes.

173.- ¿Cuál de los siguientes tipos de precursores de amiloide pueden causar enfermedadintersticial pulmonar?

a) Serum amiloide A.
b) Apolipoproteina AIII (AApoA III).
c) Apolipoproteina AIV (AApoAIV).
d) Transtiretina.

174.- La mayoría de las Sociedades científicas internacionales recomiendan en losaislamientos significativos de Myc Avium Complex realizar pruebas de sensibilidad alos siguientes fármacos:

a) Macrólidos y Amikacina.
b) Macrólidos y Rifampicina.
c) Macrólidos e Isoniacida.
d) Macrólidos y etambutol.

175.- En relación con los hallazgos citológicos en las infecciones respiratorias, señala laincorrecta:

a) Neumonía organizada-cuerpos de Masson.
b) Rhodococcus equi-cuerpos de Psamoma.
c) Virus herpes simple- cuerpos de inclusión Cowdry.
d) Neumonía sarampionosa-células gigantes multinucleadas con inclusiones eosinófilas.

176.- Según el consenso de sociedades científicas (SEPAR y otras) de 2021 sobreindicaciones de soporte respiratorio no invasivo, en un paciente con insuficienciarespiratoria aguda se aconseja iniciar VMNI en los siguientes casos, excepto:

a) Agudización de EPOC con acidosis respiratoria.
b) Neumonía con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica en paciente previamente sano.
c) Signos de insuficiencia respiratoria grave pendiente de diagnóstico causal.
d) Síndrome de hipoventilación obesidad con acidosis respiratoria.

177.- El "Lung Injury Prediction Score" (LIPS) es un metodo de cribado para valorar elriesgo de presentar síndrome de distrés respiratorio del adulto, según los criterios de Berlín para el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA). ¿Por debajo de quépunto de corte lo descarta (VPN 97 %)?

a) 4
b) 8
c) 12
d) 16

178.- Señale la respuesta incorrecta:

a) Se considera hipertensión pulmonar del grupo 1 a la asociada a enfermedad venooclusiva pulmonar.
b) Se considera hipertensión pulmonar del grupo 3 a la asociada a hipoxia sin enfermedad pulmonar.
c) Se considera hipertensión pulmonar del grupo 5 a la asociada a hipertensión portal.
d) Se considera hipertensión pulmonar del grupo 5 a la hipertensión pulmonar asociada a insuficiencia renal crónica sin hemodiálisis.

179.- Señale la incorrecta sobre la evaluación de PD-L1 en el cáncer de pulmón nomicrocítico CPNM

a) Es preferible su realización sobre muestras citológicas frente a muestras biópsicas.
b) Debe contarse con un número mínimo de células (50-100) para la evaluación de la inmuno histoquímica de PD-L1.
c) En el caso de muestras pequeñas, se recomienda la evaluación de PD-L1 en el momento del diagnóstico.
d) En el caso de contar únicamente con material citológico, hay que priorizar el uso del bloque celular frente a extendidos citológicos, frotis, aspirados..., ya que pueden dar problemas en la evaluación por la tridimensionalidad de la muestra.

180.- En el diagnóstico del neumotórax traumático cuál de las siguientes es VERDADERA:

a) En radiografia de torax portátil puede pasar desapercibido en 20-50 %.
b) La sensibilidad y especificidad del TAC para detectar esta lesión es del 80 %.
c) La sensibilidad y especificidad de la ecografía es menor al TAC.
d) Más de un 60 % de neumotórax detectados en el TAC habían pasado desapercibidos en la radiografía simple.



181.- Un varón de 66 años, exfumador desde hace 3 años (índice acumulado de 40 paquetes/año), con diagnóstico previo de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), acude a su consulta de control en Neumología. El paciente refiere disnea de moderados esfuerzos (grado 2 de la escala mMRC) y limitación progresiva en sus actividades cotidianas. En la anamnesis, destaca que ha requerido dos ciclos de corticoterapia oral y antibióticos en el último año debido a episodios de aumento de su disnea habitual y cambios en la expectoración, manejados de forma ambulatoria. Su analítica de sangre más reciente muestra un recuento de eosinófilos de 120 cél/µL. Se le realiza una espirometría forzada post-broncodilatación con los siguientes resultados: FVC 72%, FEV_1 45%, FEV_1/FVC 54%.¿Cuál es la estrategia terapéutica inicial más adecuada para este paciente según las recomendaciones vigentes del informe GOLD?

a) Monoterapia con un antagonista muscarínico de larga duración (LAMA).
b) Combinación de un agonista beta-2 adrenérgico de larga duración y un corticoide inhalado (LABA + ICS).
c) Doble combinación de broncodilatadores de larga duración (LABA + LAMA).
d) Triple terapia inhalada (LABA + LAMA + ICS).

182.- ¿Cuál de los fármacos empleados en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar ocasiona con más frecuencia hiperuricemia?

a) Isoniazida.
b) Etambutol.
c) Pirazinamida.
d) Rifampicina

183.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO es efectivo para el tratamiento de la enfermedad pulmonar por M. Kansasii?

a) Claritromicina.
b) Pirazinamida.
c) Etambutol.
d) Rifampicina.

184.- Señale la afirmación correcta respecto a la utilidad de la antigenuría para neumococo en el diagnóstico microbiológico de la neumonía:

a) Tiene una sensibilidad superior al 90 % para la detección de neumococo.
b) Se recomienda su realización sistemática en el ámbito extrahospitalario en todo paciente con diagnóstico de neumonía.
c) La vacunación (anti neumococo) reciente se asocia a la posibilidad de obtener un resultado falsamente positivo.
d) Es una técnica poco específica para el diagnóstico de neumonía por neumococo.

185.- Con respecto a la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) señale la respuesta verdadera:

a) En nuestro medio, la mayor parte de la neumonía en pacientes inmunocompetentes por Legionella son causadas por el serogrupo 2.
b) Los bacilos Gram negativos (BGN) son los gérmenes identificados con mayor frecuencia en los pacientes con NAC que requieren de ingreso en UCI.
c) La terapia concomitante con macrólidos en los pacientes con NAC neumocócica grave se fundamenta en su potencial efecto antiinflamatorio/inmunomodulador.
d) La NAC por neumococo serotipo 1 se asocia a gravedad.

186.- ¿Cuál de los siguientes antibióticos NO está disponible para su empleo por vía inhalada en pacientes con bronquiectasias?

a) Tobramicina.
b) Aztreonam.
c) Colistina.
d) Moxifloxacino.

187.- En relación con la fibrosis quística (FQ), señale cuál de las siguientes mutaciones del gen que codifica para la proteína CFTR se asocia a la aparición de una enfermedad menos grave y en general sin presencia insuficiencia pancreática exocrina:

a) Mutación clase I.
b) Mutación clase II.
c) Mutación clase V.
d) Mutación clase III.

188.- En relación con el tratamiento de la fibrosis quística (FQ) con elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor, señale la respuesta verdadera:

a) Su administración está indicada en niños menores de 2 años.
b) Su uso está indicado en pacientes con al menos una mutación del gen F508.
c) Elexacaftor/ tezacaftor actúan como potenciadores de los canales de cloro mientras que ivacaftor funciona como corrector de la proteína CFTR.
d) Su uso se asocia a una disminución en la excreción de cloro.

189.- Señale la respuesta FALSA en relación con el uso baricitinib en los pacientes con neumonía por SARS CoV-2:

a) Su uso está indicado en pacientes que presentan un empeoramiento clínico con aumento en las necesidades de soporte respiratorio (oxigenoterapia o VMNI) en las primeras 96 horas tras el ingreso hospitalario.
b) Se recomienda su administración en casos severos conjuntamente con Tocilizumab.
c) Este fármaco presenta, entre otros, potenciales efectos antivíricos.
d) Se recomienda su uso asociado a dexametasona.

190.- Señale la respuesta correcta con respecto al diagnóstico serológico de infección por virus SARS CoV-2 en el contexto de un paciente previamente vacunado frente a este virus:

a) Determinación de anticuerpos anti S (proteína espiga).
b) Determinación de anticuerpos anti N (proteína nucleocápside).
c) Determinación de anticuerpos anti E (proteína envelope o de envoltura).
d) Determinación de anticuerpos anti M (proteína membrana).

191.- Con respecto a la neumonía por CMV en un paciente trasplantado y en tratamiento con inmunosupresores, señale la respuesta FALSA:

a) El riesgo de neumonía depende del tipo de trasplante (mayor en el trasplante alogénico de medula ósea y pulmonar).
b) Es más frecuente como norma general a partir del 6 mes post trasplante.
c) El riesgo es mayor en donante con serología positiva y receptor con serología negativa para CMV.
d) El tratamiento profiláctico es eficaz en su prevención.

192.- Con respecto a la aspergilosis invasiva, señale la respuesta FALSA:

a) El diagnóstico de certeza se basa en la demostración de una invasión tisular por hifas del hongo.
b) La presencia de neutropenia prolongada y severa predispone a su desarrollo.
c) El signo radiológico del halo en el contexto clínico adecuado sugiere el cuadro.
d) La detección de precipitinas frente aspergillus tiene un alto valor predictivo positivo y debe incluirse en el despistaje de esta entidad.

193.- Con respecto a la neumonía por pneumocystis jirovecii en un paciente inmunodeprimido no-VIH, señale la respuesta que considera INCORRECTA:

a) Un nivel elevado de la enzima LDH (lactato deshidrogenasa) es específico como indicador clínico de neumonía por este germen en los pacientes con una neoplasia hematológica.
b) Es más frecuente en los primeros 6 meses tras la realización de un trasplante de órgano sólido.
c) El tratamiento de elección es trimetropim-sulfametoxazol.
d) No se recomienda el uso rutinario concomitante de corticoides en formas leves-moderadas.

194.- Tras realizar un estudio hemodinámico a un paciente de 60 años con disnea, obtenemos estos valores: presión arterial pulmonar media 35 mmHg, presión capilar pulmonar 25 mmHg y resistencia vascular pulmonar 1,5 UW. Con estos resultados se puede afirmar que:

a) El paciente no presenta hipertensión pulmonar.
b) El paciente presenta hipertensión pulmonar precapilar.
c) El paciente presenta hipertensión pulmonar postcapilar aislada.

d) El paciente presenta hipertensión pulmonar precapilar y postcapilar combinada.

195.- En algunos pacientes con hipertensión arterial pulmonar está indicado el test de vasorreactividad para identificar potenciales respondedores a calcioantagonistas. De estos subgrupos de pacientes con hipertensión arterial pulmonar, NO realizarías el test vasodilatador a:

a) Pacientes con hipertensión arterial pulmonar idiopática.
b) Pacientes con hipertensión arterial pulmonar heredable.
c) Pacientes con hipertensión arterial pulmonar asociada a drogas y toxinas.
d) Pacientes con hipertensión arterial pulmonar asociada a conectivopatías.

196.- Mujer de 70 años con diagnóstico reciente de hipertensión arterial pulmonar asociada a esclerodermia que la catalogamos de riesgo bajo según la estratificación del riesgo actual. ¿Qué fármacos hipotensores pulmonares utilizarías inicialmente?

a) Ambrisentan en monoterapia.
b) Sildelafilo o Tadalafilo en monoterapia.
c) Bosentan y sildelafilo.
d) Ambrisentan y tadalafilo.

197.- En un varón de 62 años con diagnóstico de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica:

a) Se inicia tratamiento con riociguat y se contacta con centro de referencia sólo si la enfermedad progresa.
b) Se inicia tratamiento con ambrisentan y tadalafilo y se contacta con centro de referencia si la enfermedad progresa.
c) Se contacta tras la sospecha diagnóstica con Centro de referencia para valoración del paciente y determinar actitud terapéutica.
d) Se contacta tras la sospecha diagnóstica con Centro de referencia para traslado del paciente pues precisa cirugía siempre.

198.- En un paciente con hipertensión arterial pulmonar ¿qué característica genética te daría el diagnóstico de enfermedad venooclusiva pulmonar?

a) Presencia de variante patogénica bialélica en el gen BMPR2.
b) Presencia de variante patogénica bialélica en el gen EIF2AK4.
c) Presencia de variante patogénica bialélica en el gen SMAD4.
d) Ninguna de las anteriores.

199.- En un paciente con malformaciónes arteriovenosas pulmonares que complicación NO te esperarías encontrar:

a) Hipoxemia.
b) Enfermedad pulmonar intersticial.

c) Hipertensión pulmonar.
d) Absceso cerebral.

200.- En el síndrome hepatopulmonar:

a) Está contraindicado el trasplante hepático.
b) Existe tratamiento médico específico eficaz.
c) Tiene una prevalencia entre el 15-25 % de los enfermos hepáticos severos crónicos.
d) Es una complicación específica de la cirrosis hepática alcohólica.

201.- Un patrón histológico de neumonía intersticial usual (NIU) puede darse en las siguientes situaciones EXCEPTO:

a) Neumonía organizada criptogenética.
b) Afectación pulmonar por artritis reumatoide.
c) Fibrosis pulmonar por asbesto.
d) Fibrosis pulmonar por fármacos.

202.- La afectación pleural es común en el lupus eritematoso sistémico. En series autopsicas se detecta en qué porcentaje:

a) 30 %.
b) 50 %.
c) 70 %.
d) > 90 %.

203.- Un varón de 60 años con enfermedad pulmonar intersticial, fenómeno de Raynaud, manos de mecánico y Ac anti Jo-1 te sugiere:

a) Fibrosis pulmonar idiopática.
b) Síndrome antisintetasa.
c) Enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerodermia.
d) Enfermedad pulmonar intersticial asociada a artritis reumatoide.

204.- En la neumonía organizada NO es cierto:

a) Inicialmente responde bien a corticoides.
b) Puede evolucionar bien de forma espontánea.
c) Se puede asociar con síndromes de inmunodeficiencia.
d) Es una enfermedad benigna que no presenta gravedad nunca.

205.- En el síndrome de Sjogren se desarrolla ocasionalmente enfermedad pulmonar intersticial. De estos patrones cuál es el más habitual:

a) Neumonía intersticial no específica.
b) Neumonía intersticial usual.

c) Neumonía organizada.
d) Neumonía intersticial linfoidea.

206.- Una mujer con una enfermedad quística pulmonar presenta un análisis en suero con un valor del factor D de crecimiento del endotelio vascular (VEFG-D) de1.000 pg/ml, ¿qué sospecharías?

a) Histiocitosis X de células de Langerhans.
b) Síndrome de Birt-Hogg-Dubé.
c) Neumonía intersticial linfoide.
d) Linfangioleiomiomatosis.

207.- ¿Cuál de las siguientes patologías que afectan al pulmón se considera vasculitis de pequeño vaso?

a) Vasculitis crioglobulinemica.
b) Arteritis de Takayasu.
c) Enfermedad de Kawasaki.
d) Poliarteritis nodosa.

208.- ¿Qué estadiaje radiológico presenta una mujer de 30 años con sarcoidosis que presenta adenopatía hiliares bilaterales y opacidades bilaterales retículo nodulares?

a) Estadio 1.
b) Estadio 2.
c) Estadio 3.
d) Estadio 4.

209.- En cuanto al tratamiento inicial de la sarcoidosis pulmonar:

a) La sarcoidosis asintomática y con función pulmonar normal se trata con prednisona a dosis bajas 5-10 mg/día.
b) La sarcoidosis pulmonar sintomática con afectación leve requiere prednisona a dosis medias 0,3-0,6 mg/kg/día.
c) La sarcoidosis pulmonar severa y progresiva precisa bolos ev de corticoides 7 días y luego prednisona a dosis medias 0,3-0,6 mg/kg/d al menos 6 meses.
d) Cuando se deba limitar el uso de glucocorticoides orales, se recomienda iniciar tratamiento con metotrexate.

210.- ¿Cuál es la forma más común de proteinosis alveolar pulmonar (PAP) en adultos?

a) Desordenes en la producción de surfactante.
b) PAP autoinmune. Anticuerpos contra el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF).
c) PAP secundaria a discrasias hematológicas.
d) PAP secundaria a inhalación de sílice.

211.- El metotrexato es un fármaco que puede producir toxicidad pulmonar. ¿Cuál es la lesión pulmonar más frecuente?

a) Neumonía organizada.
b) Neumonitis por hipersensibilidad.
c) Neumonía intersticial aguda.
d) Derrame pleural y pleuritis sintomática.

212.- En relación con el daño pulmonar producido por radiación:

a) Los síntomas en la fase exudativa aguda se producen generalmente entre la primera y segunda semana de la radiación.
b) Tras una mejoría inicial un 50 % de los pacientes desarrollan fibrosis en las zona de mayor afectación tras 6-12 meses.
c) Para los pacientes con síntomas moderados a graves o cambios en la función pulmonar entre las cuatro semanas y seis meses después del inicio de la radioterapia, se sugiere administrar prednisona.
d) Es habitual que los pacientes que han establecido fibrosis debido a irradiación se beneficien de la terapia con glucocorticoides.

213.- En cuanto a la bronquiolitis obliterante asociada a rechazo crónico en pacientes con trasplante pulmonar, señale la FALSA:

a) Cursa con disnea de esfuerzo y alteración obstructiva.
b) Se produce una inflamación linfocítica del epitelio y submucosa con posterior evolución a fibrosis estrechando la luz bronquiolar.
c) El tratamiento se centra en fármacos antifibróticos.
d) En el TAC se puede apreciar un patrón en mosaico.

214.- ¿Cuál de estos fármacos NO tiene utilidad en el trasplante de pulmón?

a) Glucocorticoides.
b) Azatioprina.
c) Tacrolimus.
d) Erlotinib.

215.- ¿Con cuál de los siguientes gérmenes NO es necesario hacer profilaxis en el periodo entre 1 a 6 meses postrasplante?

a) *Aspergillus spp.* .
b) *Mycobacterium tuberculosis.*
c) *CMV.*
d) *Pneumocystis jirovecii.*

216.- Los tumores primarios de la tráquea, señale la verdadera:

a) Son tumores poco frecuentes por lo que su diagnóstico se retrasa normalmente.
b) La radiografía de tórax y la espirometría son pruebas de ala sensibilidad para detectarlos.
c) En los adultos generalmente son tumores benignos en el 90% de los casos.
d) Siempre cursan con estridor inspiratorio independientemente del tamaño de la estenosis traqueal.

217.- En la evaluación de un nódulo pulmonar solitario, ¿cuál de los siguientes factores NO está asociado a mayor probabilidad de malignidad?

a) Localización en lóbulos superiores.
b) Tamaño del nódulo.
c) Presencia de áreas de densidad grasa.
d) Bordes irregulares.

218.- Mujer de 60 años presenta síndrome general y derrame pleural derecho de carácter exudativo y serohemorrágico sin objetivarse ninguna lesión neoplásica a nivel pulmonar. Dentro de la sospecha de malignidad, ¿cuál de los siguientes órganos es el menos probable de ser el origen de la neoplasia?

a) Mama.
b) Cerebro.
c) Colon.
d) Ovario.

219.- Con relación al cáncer de pulmón, ¿cuál es la afirmación INCORRECTA?

a) La 9º edición del sistema de estadificación TNM debe utilizarse para estadificar el cáncer de pulmón de células no pequeñas, de células pequeñas y también los tumores carcinoides.
b) En pacientes con carcinoma no microcítico estadio metastásico es recomendable realizar análisis moleculares de EGFR, ALK, ROS-1 y BRAF especialmente en jóvenes nunca fumadores.
c) Cuanto mayor es el tamaño tumoral, mayor probabilidad de tener metástasis ocultas N2. Por tanto, en tumores T2 (>3 cm) de localización central es recomendable completar la estadificación mediastínica con EBUS a pesar de tener un PET-TAC negativo.
d) En el cáncer de pulmón microcítico limitado al tórax con buena respuesta a la quimioterapia no es necesaria la radioterapia holocraneal profiláctica.

220.- En relación con la estadificación mediastínica en el cáncer de pulmón y las técnicas ecoendoscópicas, señale cuál de las siguientes estaciones NO se accede mediante ecobroncoscopia (EBUS):

a) Adenopatías prevasculares (3a).
b) Adenopatías paratraqueales superiores e inferiores (2R,2L, 4R y 4L).
c) Adenopatías retrotraqueales (3p).
d) Adenopatías interlobares (11L,11R).

221.- Hombre de 45 años en el que se objetiva una masa en mediastino anterior, ¿cuál es el diagnóstico menos probable?

a) Timoma.
b) Seminoma.
c) Linfoma.
d) Neuroblastoma.

222.- En cuanto al tratamiento con oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), señale la correcta:

a) La gran mayoría de las indicaciones de oxigenoterapia domiciliaria en enfermedades que cursan con insuficiencia respiratoria crónica se han establecido extrapolando los resultados de los ensayos clínicos que establecieron la indicación en EPOC (NHLBI y MRC).
b) En EPOC la OCD está indicada cuando la pO2 esté por debajo de 60 independientemente de sus comorbilidades.
c) El oxígeno nocturno se debe prescribir si la SATO2 media de Oxígeno es < 90 % y/o el porcentaje de tiempo con SATO2 < 90 % (CT90) es > 30 % sin necesidad de realizar estudio de sueño previo.
d) La oxigenoterapia en la deambulación ha demostrado impactar en la supervivencia de los pacientes con EPOC.

223.- Además del oxígeno de alto flujo (OAF), ¿cuál de los siguientes sistemas de administración de O2 es considerado también de alto flujo?

a) Reservorio.
b) Gafas nasales.
c) Mascarilla venturi o Ventimask.
d) Helmet.

224.- ¿Cuál de estos efectos NO es atribuido al oxígeno de alto flujo?

a) Humidificación del oxígeno con mejoría del aclaramiento mucociliar.
b) Control de la fracción FiO2 inspirada.
c) Generación de una presión positiva espiratoria y reclutamiento alveolar.
d) Aumento del espacio muerto anatómico.

225.- Varón de 45 años acude a urgencias por disnea de reposo. En los dos días previos había notado fiebre y artromialgias. La radiología de tórax muestra infiltrados pulmonares bilaterales. Ingresa en planta, pero al cabo de unas horas empeora precisando ingreso en UCI con IOT y conexión a ventilación mecánica. Tras 3 días de ventilación mecánica, su gasometría es de pH 7,32, pCO2 49 mmHg y paO2 de 53 mmHg. El paciente pesa 60 kg. Los parámetros del ventilador son modo asistido/controlado con Vt de 500 ml FR 15 rpm, PEEP de 8, FIO2 de 0,7. La P meseta es de 28. ¿Cuál es el cambio más apropiado en los parámetros ventilatorios en este caso?

a) Disminuir la PEEP a 6.
b) Disminuir el Vt a 360 ml (6ml/kg de peso teórico).
c) Aumentar la FIO2 a 1.
d) No es necesario hacer ningún cambio.

226.- Un paciente de 48 años camionero consulta por somnolencia. Ha iniciado antidepresivos y opioides por dolor lumbar y además ha ganado peso en los últimos 10 años. Su IMC es de 46 kg/m2. Se solicitan PFR que muestra una alteración restrictiva leve, la radiología de tórax es normal y en el test de sueño se objetiva un IAH de 21 con una SATO2 media de 83 % y un CT90 del 94 % con periodos de hipoventilación en la capnografía transcutánea. La gasometría muestra un pH de 7,36, pCO2 de 55 y pO2 de 62 con un bicarbonato de 38. ¿Cuál de estas opciones terapéuticas le parece la más correcta para el tratamiento inmediato de este paciente?

a) Medidas higiénico-dietéticas.
b) Iniciar CPAP.
c) Iniciar VMNI.
d) Iniciar CPAP + Oxigenoterapia.

227.- Varón de 57 años obeso con antecedentes de cardiopatía isquémica que ingresa en urgencias en edema agudo de pulmón. La TA es de 140/70 y SATO2 de 88 % a aire ambiente con trabajo respiratorio. La gasometría arterial muestra un pH 7,35, pCO2 de 47mmHG, pO2 59 mmHg, Bic 23, SATO2 89 %. Se inicia tratamiento médico y avisan para valorar soporte respiratorio no invasivo con CPAP o VMNI. ¿Cuál de las siguientes le parece correcto?

a) No está indicado el soporte respiratorio no invasivo, es suficiente iniciar oxigenoterapia con reservorio.
b) Ambas terapias (CPAP y VMNI) han demostrado un aumento de la supervivencia y disminución de la necesidad de IOT.
c) La CPAP reduce la disnea y es más eficaz en los pacientes hipercápnicos en comparación con la VMNI por su apoyo a los músculos respiratorios.
d) La cardiopatía isquémica es una contraindicación para el uso de soporte respiratorio no invasivo.



228.- Señale cuál de las siguientes terapias respiratorias no invasivas NO está indicada en los siguientes escenarios clínicos:

a) Servoventilador en paciente con apnea central de sueño y fracción de eyección del VI< 45 %.
b) CPAP en paciente HTA, con moderada somnolencia diurna y IAH de 14.
c) AutoCPAP en paciente con IAH de 44 con mala tolerancia a la CPAP.
d) VMNI en paciente con esclerosis lateral amiotrófica con IAH de 14, SATO2 media nocturna de 88 %y CT 90 de 34 %.

229.- ¿Cuál de estos NO es un factor de riesgo para padecer apnea obstructiva del sueño?

a) Obesidad.
b) Hipotiroidismo.
c) Mujeres en edad premenopáusica.
d) Edad.

230.- ¿Cuál de las siguientes herramientas carece de utilidad para evaluar la eficacia de la VMNI crónica domiciliaria?

a) Gasometría arterial.
b) Capnografía nocturna.
c) Built in software del ventilador.
d) Test de latencia múltiple de sueño.

231.- ¿En qué casos estaría indicado valorar un dispositivo de avance mandibular (DAM)?

a) Pacientes con apnea obstructiva de sueño de cualquier gravedad subsidiarios de tratamiento con CPAP que no se adaptan al equipo.
b) Pacientes con apnea central de sueño con somnolencia leve-moderada.
c) Paciente con apnea obstructiva de sueño y desaturación de oxígeno severa durante el sueño.
d) Ninguna de las anteriores.

232.- Señala la respuesta FALSA respecto a la hemoptisis:

a) El estudio inicial más importante, más allá de la historia y el examen físico, para todos los pacientes que presentan hemoptisis es un TAC de tórax.
b) Se considera hemoptisis amenazante cantidades superiores a 150 ml de sangre expectorada en un período de 24 horas.
c) Las causas más frecuentes de hemoptisis son las bronquiectasias y el carcinoma broncogénico.
d) La hemoptisis puede ser idiopática.

233.- ¿Qué característica diferencia a la rinitis no alérgica de la rinitis alérgica?

a) Inicio a una edad más tardía.
b) La congestión nasal y el drenaje postnasal son síntomas prominentes.
c) Los síntomas son perennes.
d) Todas son ciertas.

234.- Respecto al signo de punto de pulmón en el diagnóstico de neumotórax por ecografía torácica es FALSO:

a) Se observa cuando el neumotórax causa un colapso parcial del pulmón, permaneciendo áreas de aposición de pleura visceral y parietal.
b) Se observa en el límite entre el neumotórax (ausencia de contacto entre ambas pleuras) y el pulmón parcialmente colapsado donde todavía existe contacto entre las 2 pleuras.
c) La ausencia de signo de punto de pulmón descarta el diagnóstico de neumotórax.
d) La presencia del signo de punto de pulmón confirma el diagnóstico de neumotórax.

235.- En cuanto a los pacientes con EPOC, señala la respuesta FALSA:

a) Más del 30 % de EPOC severo presenta datos de malnutrición, que se asocia a incremento de la mortalidad.
b) Se pueden administrar opiáceos a dosis bajas en el manejo de la disnea en fase avanzada-paliativa.
c) Los fármacos autorizados para la HT pulmonar 1ª se recomiendan en pacientes con HTP 2ª a EPOC.
d) Está indicada la vacunación para tosferina y Covid-19 en los pacientes EPOC.

236.- Con respecto al tratamiento de un paciente con una neumonía adquirida en la comunidad que no presenta factores de riesgo para germen no habitual y que requiera de ingreso hospitalario en planta de hospitalización convencional, señale la respuesta FALSA:

a) Se debe plantear una terapia secuencial tan pronto como sea posible.
b) Tratamiento combinado con un betalactámico asociado a macrólido.
c) Monoterapia con una quinolona (levofloxacino/moxifloxacino).
d) Monoterapia con un macrólido.

237.- Señale cuál de los siguientes antibióticos NO considera adecuado con respecto al tratamiento antibiótico empírico de una neumonía intrahospitalaria (no asociada al ventilador) en un paciente sin factores de riesgo para germen multirresistente:

a) Levofloxacino.
b) Piperazilina-tazobactam.
c) Cefepime.
d) Linezolid.

238.- ¿Cuál de estas afirmaciones con respecto al Nintedanib es FALSA?

a) La anticoagulación crónica es una contraindicación relativa.
b) Produce frecuentemente diarreas.
c) Produce frecuentemente rash cutaneo y fotosensibilidad.
d) El nintedanib y la pirfenidona son fármacos antifibróticos de demostrada eficacia en el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática.

239.- De los siguientes hallazgos radiológicos ¿cuál NO es un hallazgo del patrón NIU?

a) Patrón en panal con o sin bronquiectasias de tracción.
b) Presencia de engrosamiento irregular de los tabiques interlobulares.
c) Patrón reticular con mínima afectación en vidrio deslustrado.
d) Atenuación de mosaico o signo de tres densidades.

240.- Mujer de 67 años con antecedentes de adenocarcinoma pulmonar con bilobectomía hace 10 años y libre de enfermedad neoplásica. Su última espirometría es FEV1/FVC 69 % FVC 1.750 ml (60 %) FEV1 1.800 ml (62 %). Tiene un IMC de 24 y disnea de mínimos esfuerzos. Niega ser roncadora ni tiene excesiva somnolencia diurna. En la gasometría arterial se objetiva un pH 7,37, pCO2 50, pO2 54, Bic 35, SATO2 88 %. Se realiza una pulsioximetría arterial nocturna que muestra una SATO2 media de 82 %, CT90 de 50 % y una SATO2 min de 61 % con un IDO de 25/h. ¿Qué actitud le parece la más adecuada entre las siguientes opciones?

a) Prescribir oxigenoterapia a 1,5 lpm nocturna.
b) Realizar una poligrafía respiratoria con capnografía nocturna.
c) Derivar a trasplante pulmonar.
d) Iniciar CPAP nocturna.

241.- Un paciente de 48 años fumador activo de 1 paquete diario durante 30 años que consulta por disnea de esfuerzo. Se realiza una gasometría arterial que muestra hipercapnia con un gradiente alveolo-arterial normal. La radiología de tórax es anodina. ¿Qué patología sería la MENOS probable como causa de su insuficiencia respiratoria?

a) EPOC severo.
b) Miopatía.
c) Abuso de fármacos sedantes.
d) Déficit de maltasa ácida.

242.- ¿Qué parámetro pulmonar está invariablemente disminuido en la cifoescoliosis severa?

a) Volumen residual.
b) Capacidad residual funcional.
c) Capacidad inspiratoria.
d) DLCO.

243.- ¿Cuál de los siguientes elementos NO forma parte de los criterios diagnósticos del síndrome de hipoventilación-obesidad?

a) IMC >30 kg/m².
b) $PaCO_2$ diurna >45 mmHg.
c) Trastorno respiratorio del sueño.
d) Hipertensión pulmonar confirmada.

244.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos debe alertar sobre hipoventilación nocturna en pacientes con cifoescoliosis?

a) Cefalea matutina.
b) Hemoptisis.
c) Hiperventilación persistente.
d) Hipertensión arterial sistémica aislada.

245.- ¿Qué prueba respiratoria mostró mayor sensibilidad para predecir mortalidad a 6 meses en ELA?

a) Capacidad pulmonar total (TLC).
b) Presión inspiratoria nasal durante maniobra de sniff (SNIP).
c) Capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO).
d) Gasometría arterial basal.

246.- ¿Cuál de los siguientes parámetros forma parte de la valoración del examinador en el índice de disfunción pulmonar para esclerosis múltiple?

a) Disnea de esfuerzo.
b) Calidad del sueño.
c) Fuerza de la tos voluntaria.
d) Saturación basal de oxígeno.

247.- ¿Qué cambio funcional es típico al pasar de posición erecta a decúbito en la parálisis diafragmática bilateral?

a) Incremento de la capacidad vital (CV).
b) Descenso adicional de la capacidad vital (CV) ≥25%.
c) Aumento de la capacidad pulmonar total (TLC/CPT).
d) Normalización de la compliance pulmonar.

248.- En pacientes con cifoescoliosis severa, la ventilación alveolar durante el sueño REM depende fundamentalmente de:

a) Músculos intercostales externos.
b) Músculos abdominales.
c) Diafragma.
d) Esternocleidomastoideos.



249.- ¿Cuál de las siguientes pruebas de imagen es más sensible para detectar neumomediastino?

a) Radiografía lateral cervical.
b) Ecografía torácica.
c) Tomografía computarizada torácica.
d) Resonancia magnética cardíaca.

250.- ¿Cuál es el microorganismo aerobio aislado con mayor frecuencia en la mediastinitis necrotizante descendente?

a) Pseudomonas aeruginosa.
b) Streptococcus spp.
c) Staphylococcus epidermidis.
d) Klebsiella pneumoniae.

251.- ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico más frecuente del neumomediastino espontáneo?

a) Rotura pleural visceral.
b) Rotura alveolar espontánea.
c) Obstrucción linfática mediastínica.
d) Fístula broncopleural.

252.- ¿Cuál de las siguientes neoplasias ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las causas de derrame pleural maligno?

a) Tumores gastrointestinales.
b) Neoplasias hematológicas
c) Tumores ginecológicos.
d) Cáncer de mama.

253.- ¿Cuál de las siguientes neoplasias se asocia clásicamente a quilotórax no traumático?

a) Mesotelioma pleural.
b) Linfoma.
c) Carcinoma microcítico de pulmón.
d) Timoma.

254.- En el manejo del derrame pleural maligno, la ausencia de mejoría de la disnea tras toracocentesis terapéutica obliga a:

a) Realizar pleurodesis inmediata.
b) Investigar otras causas de disnea.
c) Colocar drenaje pleural permanente.
d) Administrar fibrinolíticos intrapleurales.

255.- ¿Cuál de los siguientes ítems NO forma parte del test de Fagerström para dependencia nicotínica?

a) Tiempo hasta fumar el primer cigarrillo tras despertarse.
b) Número de cigarrillos consumidos al día.
c) Intentos previos de abandono tabáquico.
d) Dificultad para no fumar en lugares prohibidos.

256.- El cuadro clínico de EVALI (lesión pulmonar asociada al uso de cigarrillos electrónicos o productos de vapeo) se asemeja con mayor frecuencia a:

a) Fibrosis pulmonar idiopática.
b) Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).
c) Asma eosinofílica.
d) Tromboembolismo pulmonar crónico.

257.- ¿Cuál de los siguientes parámetros NO suele modificarse significativamente tras rehabilitación pulmonar?

a) Calidad de vida.
b) Tolerancia al ejercicio.
c) Función pulmonar.
d) Nivel de actividad física.

258.- ¿Cuál de los siguientes criterios es necesario para la inclusión en un programa de rehabilitación pulmonar?

a) FEV1 <30%.
b) Edad menor de 70 años.
c) Motivación para participar activamente en el cuidado de su salud.
d) Hipoxemia grave obligatoria.

259.- ¿Cuál de los siguientes elementos forma parte de la fase de evaluación inicial en un programa de rehabilitación pulmonar?

a) Educación sanitaria estructurada al paciente.
b) Entrenamiento muscular inspiratorio.
c) Establecimiento de objetivos terapéuticos individualizados.
d) Técnicas de higiene bronquial.

260.- ¿Cuál de las siguientes entidades se asocia clásicamente a hemotórax secundario a rotura de malformaciones arteriovenosas pleuropulmonares?

a) Síndrome de Marfan.
b) Enfermedad de Osler-Weber-Rendu.
c) Esclerosis tuberosa.
d) Síndrome antifosfolípido.

261.- ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio mayor de intubación en el síndrome de Guillain-Barré?

a) Hipoxemia.
b) Hipercapnia.
c) Atelectasia.
d) Capacidad vital reducida.

262.- ¿Qué síntoma clínico constituye indicación de ventilación no invasiva en ELA?

a) Ortopnea.
b) Hemoptisis.
c) Dolor pleurítico.
d) Sibilancias.

263.- ¿En cuál de los siguientes pacientes está absolutamente contraindicado el trasplante pulmonar?

a) Paciente con infección por VIH en tratamiento antirretroviral, carga viral de 18 copias/mL y CD4 de 610 células/mm^3.
b) Paciente con enfermedad renal crónica y filtrado glomerular de 50 mL/min/1,73 m^2.
c) Paciente con antecedente de tuberculosis pulmonar tratada hace 8 años, baciloscopias negativas y sin hallazgos sugestivos de actividad en controles recientes.
d) Paciente con EPOC grave que mantiene consumo ocasional de 2-3 cigarrillos diarios pese a seguimiento en consulta de deshabituación.

264.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación con el trasplante pulmonar?

a) La infección por VIH en tratamiento antirretroviral es una contraindicación absoluta para el trasplante pulmonar. .
b) El tabaquismo previo no influye en la supervivencia del injerto si el paciente ha abandonado el hábito al menos 3 meses antes del trasplante.
c) En pacientes con EPOC, el trasplante bipulmonar se asocia a mayor supervivencia que el unipulmonar en la mayoría de casos.
d) La hipertensión pulmonar grave es una contraindicación absoluta para el trasplante pulmonar.

265.- En un paciente con EPOC agudizado que requiere ventilación mecánica invasiva, ¿cuál de las siguientes estrategias ventilatorias es la más adecuada según principios fisiopatológicos?

a) Aumentar la frecuencia respiratoria para reducir la $PaCO_2$ lo más rápidamente posible.
b) Utilizar un tiempo espiratorio prolongado para evitar auto-PEEP (PEEP intrínseco).
c) Emplear volúmenes tidales elevados para mejorar la ventilación alveolar.
d) Mantener una PEEP cero para evitar hiperinflación dinámica.

266.- En un paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) grave, ¿cuál de las siguientes estrategias ventilatorias ha demostrado mejorar la supervivencia?

a) Volúmen tidal elevados (10–12 mL/kg) para mejorar la oxigenación.
b) Presión plateau mantenida por encima de 35 cmH_2O para reclutar alveolos.
c) Ventilación protectora con bajo volumen tidal ~6 mL/kg de peso ideal.
d) Eliminación completa de PEEP para evitar barotrauma.

267.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos es más característico del fracaso ventilatorio agudo hipercápnico (tipo II)?

a) Hipoxemia severa con $PaCO_2$ baja por hiperventilación compensadora.

b) $PaCO_2$ elevada asociada a acidosis respiratoria.
c) Hipoxemia con gradiente alveolo-arterial normal exclusivamente.
d) Alcalosis metabólica como hallazgo primario.

268.- En un paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) sometido a ventilación mecánica invasiva, ¿cuál es el principal objetivo de utilizar ventilación protectora con volumen corriente bajo?

a) Incrementar la eliminación de CO_2 mediante hiperventilación alveolar.
b) Disminuir el riesgo de lesión pulmonar inducida por ventilador evitando la sobredistensión alveolar.
c) Aumentar la presión intratorácica para mejorar el retorno venoso.
d) Evitar completamente la necesidad de utilizar PEEP.

269.- Un varón de 68 años con neumonía grave ingresa en UCI. Está intubado y en ventilación mecánica. Presenta los siguientes resultados: Gasometría arterial (FiO_2 0.60): pH: 7.31 $PaCO_2$: 52 mmHg ,PaO_2: 58 mmHg ,HCO_3^-: 25 mEq/L ,$SatO_2$: 88%. ¿Cuál es la interpretación más correcta del cuadro?

a) Acidosis metabólica con hipoxemia leve y adecuada oxigenación para la FiO_2 administrada.
b) Acidosis respiratoria con insuficiencia respiratoria hipoxémica significativa a pesar de FiO_2 elevada.
c) Alcalosis respiratoria con hipoxemia leve secundaria a hiperventilación.
d) Trastorno mixto alcalótico con hiperoxemia relativa por ventilación mecánica.

270.- Un paciente con EPOC agudizado ingresa en UCI. Está con ventilación no invasiva y presenta la siguiente gasometría: pH: 7.32 $PaCO_2$: 60 mmHg ,PaO_2: 55 mmHg ,FiO_2: 0.28 Se estima que el gradiente alveolo-arterial (A–a) de oxígeno está moderadamente elevado. ¿Cuál es la interpretación fisiopatológica más probable?

a) Hipoxemia por hipoventilación pura sin alteración del intercambio gaseoso.
b) Hipoxemia por shunt intrapulmonar absoluto con gradiente A–a normal.

c) Hipoxemia por alteración del cociente ventilación/perfusión (V/Q).
d) Hipoxemia por intoxicación por monóxido de carbono.

271.- Un paciente de 25 años con asma bronquial llega a urgencias con disnea intensa, uso de musculatura accesoria y sibilancias difusas. Se inicia ventilación mecánica invasiva por fatiga respiratoria. En las primeras horas presenta aumento progresivo de la presión intrínseca al final de la espiración (auto-PEEP) y dificultad para la espiración completa.¿Cuál es la estrategia ventilatoria más adecuada?

a) Aumentar la frecuencia respiratoria para mejorar la eliminación de CO_2.
b) Reducir el tiempo espiratorio para optimizar el ciclo ventilatorio.
c) Aumentar el tiempo espiratorio disminuyendo la frecuencia respiratoria.
d) Aumentar el volumen corriente para mejorar la ventilación alveolar.

272.- En relación a las infecciones fúngicas señala la correcta:

a) El rendimiento 1,3BD glucano para el diagnóstico de aspergilosis pulmonar invasiva es similar al galactomanano pero más específico.
b) Entre los hallazgos en el TAC de tórax en la mucormicosis se encuentran el signo del halo y el signo del halo invertido.
c) La detección del antígeno capsular en suero de Cryptococcus neoformans tiene una menor sensibilidad en pacientes VIH.
d) La sobrecarga de hierro es un factor de riesgo para la neumocistosis.

273.- En relación con las enfermedades que cursan con bronquiectasias señala la FALSA:

a) El síndrome de Young se describe a pacientes con bronquiectasias, sinusitis y azoospermia.
b) En la discinesia ciliar primaria, el situs inversus está presente en más del 70 % de los pacientes con cilios discinéticos.
c) La asociación de artritis reumatoide y bronquiectasias se acompaña de una mayor mortalidad que otras asociaciones de bronquiectasias excepto la EPOC.
d) Hasta el 7 % de los pacientes con fibrosis se diagnostican a los 18 años o más.

274.- ¿Qué tipo de técnica molecular es la reacción en cadena de polimerasa o PCR?

a) Inmunofluorescencia c o pulse aquí para escribir texto.
b) Hibridación.
c) Electroforesis.
d) Citometría de flujo.

275.- En cuanto a técnicas citológicas en procesos infecciosos, señala la relación INCORRECTA.

a) Nocardia- Método Kinyoun.
b) Actinomyces-Agar MacConkey.
c) Proteinosis alveolar-Tinción con ácido periódico de Schiff.
d) Crytococcus-Gotas de tinta china.

276.- Todas las siguientes son opciones de tratamiento para pacientes no hospitalizados con infección por SARSCoV2, EXCEPTO :.. ¿

a) Nimatrelvir-ritonavir.
b) Bebtelovimab.
c) Plasma de convaleciente de título alto.
d) Todas son correctas.

277.- El Mesotelioma maligno que ocurre tras la irradiación terapeútica (IT) parece ser algo diferente respecto al que acontece tras exposición al asbesto: Señalar la correcta.

a) Mesotelioma tras IT ocurre en gente más joven y tiene peor pronóstico que el de exposición a asbesto.
b) Mesotelioma tras IT ocurre en gente más joven y tiene mejor pronóstico que el de exposición a asbesto.
c) Mesotelioma tras IT ocurre en gente más mayor y tiene peor pronóstico que el de exposición a asbesto.
d) Mesotelioma tras IT ocurre en gente más mayor y tiene mejor pronóstico que el de exposición a asbesto.

278.- ¿Cuál de estos antibióticos está MENOS indicado en pacientes con empiema por bacilos gram negativos?

a) Cefepime.
b) Meropenem.
c) Aztreonam.
d) Amikacina.

279.- ¿Qué diagnosticamos ante una manometría pleural con Presión inicial de -1 cm de agua y tras evacuar los primeros 500 cc de líquido presenta Presión de – 12 cm de agua/ litro

a) Pulmón expandible.
b) Pulmón en vías de atrapamiento.
c) Pulmón atrapado.
d) Tabicacion pleural.



280.- La arteria pulmonar proviene de:

a) Sexto arco aórtico primitivo izquierdo.
b) Sexto arco aórtico primitivo derecho
c) Tercer arco aórtico primitivo izquierdo
d) Tercer arco aórtico primitivo derecho

281.- De las siguientes micobacterias no tuberculosas, una de ellas se relaciona con resultado FALSO POSITIVO en el test de Quantiferón- TB.

a) Myc Xenopi.
b) Myc Simiae.
c) Myc Celatum.
d) Myc Szulgai.

282.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO está incluido en el último escalón de la clasificación de fármacos antituberculosos de la OMS para esquema de tratamiento de TBMDR (multidrogoresistencia) con regímenes prolongados?

a) Etambutol.
b) Pirazinamida.
c) Cicloserina.
d) Delamanid.

283.- El régimen de tratamiento antituberculoso para TBC sensible de 4 meses a base de Rifapentina y Moxifloxacino avalado recientemente (2022) por la OMS y CDC puede usarse en pacientes con:

a) Antecedentes de bradiarritmias.
b) Embarazo.
c) Ausencia de afectación extrapulmonar.
d) Transaminasas basales > 3 limite superior de la normalidad.

284.- El valor normal de la capacidad de difusión del monóxido de carbono en reposo es de:

a) 25 ml/min/mmHg.
b) 20 ml/min/mmHg.
c) 15 ml/min/mmHg.
d) 10 ml/min/mmHg.

285.- Usando la ley de fick de difusión de los gases a través de una lámina tisular, si un gas "x" tiene una solubilidad y una densidad cuatro veces superiores a las de otro gas "y",¿cuál es el cociente entre las velocidades de difusión de "x" con respecto a "y"?

a) 0,5.
b) 4.
c) 2.
d) 8.

286.- Indique cuál de estas sustancias vasoactivas se inactiva parcial o totalmente durante su paso a través de los pulmones:

a) Adrenalina.
b) Serotonina.
c) Protaglandinas.
d) Vasopresina.

287.- La cantidad mínima de líquido pleural que puede detectarse por ecografía torácica es de:

a) 1 ml.
b) 5 ml.
c) 15 ml.
d) 25 ml.

288.- Cuál de los siguientes signos ecográficos NO se visualiza en un pulmón sano:

a) Signo de la orilla (seashore sign).
b) Signo del límite regular (quad sign).
c) Deslizamiento pulmonar (sliding sign).
d) Línea B o cola de cometa.

289.- En ecografía torácica, la última línea hiperecogénica en el signo de la bahía de la playa corresponde a:

a) Pleura.
b) Costilla.
c) Musculo intercostal.
d) Periostio.

290.- Acerca de los quimioreceptores periféricos, indique la respuesta correcta:

a) Responden a cambios de la PO2 arterial, pero no del Ph.
b) En condiciones de normoxia, la respuesta a los cambios de la PaO2 es muy escasa.
c) Son los receptores más importantes que producen un aumento de la ventilación en respuesta a un aumento de la PCO2.

d) La respuesta a cambios de la PCO2 es más lenta que la de los receptores centrales.

291.- Indique cuál de las siguientes comorbilidades NO suele estar asociada a la respiración de Cheyne-Stokes:

a) Cardiopatia.
b) Aclimatización a la altura.
c) Encefalitis.
d) Sedación.

292.- Indique la respuesta INCORRECTA con relación a la apnea del sueño central:

a) Puede aparecer en patologías que cursen con hipoventilación.
b) Es más habitual en fase REM que en fase NREM.
c) Aparece cuando la PaCO2 arterial disminuye por debajo del umbral apnéico.
d) Se pueden dar en personas sanas en las primeras fases del sueño.

293.- Según el estudio multicéntrico SERVE-HF, la terapia ASV está CONTRAINDICADA en pacientes con apnea central e insuficiencia cardiaca sintomática con fracción de eyección del ventrículo izquierdo por debajo de:

a) 30%.
b) 35%.
c) 40%.
d) 45%.

294.- Según la AASM (Sociedad Americana de Medicina del Sueño) un evento se codifica como hipopnea obstructiva si cumple alguno de los siguientes criterios en una polisomnografía, EXCEPTO:

a) Reducción del flujo aéreo del 50 % durante 20 segundos, con arousal en fase REM y ronquido.
b) Reducción del flujo aéreo del 30 % durante 30 segundos, con desaturación del 3 % respecto a nivel basal, sin movimiento paradójico toraco-abdominal.
c) Reducción del flujo aéreo del 80 % durante 15 segundos, con desaturación del 4 % respecto a nivel basal, con aplanamiento inspiratorio en la curva de flujo.
d) Reducción del flujo aéreo del 40 % durante 10 segundos, con arousal en fase NREM y movimiento paradójico toraco-abdominal.

295.- A partir de qué punto de corte en el cuestionario de cribado STOP-BANG se considera que hay un riesgo medio-alto de presentar apnea obstructiva del sueño:

a) 2.
b) 3.
c) 4.
d) 5.



296.- En referencia al tratamiento del síndrome de hipoventilación obesidad (SHO), las siguientes definiciones son correctas, EXCEPTO:

a) En la mayoría de los pacientes SHO se puede iniciar tratamiento con CPAP junto a un programa de reducción de peso.
b) La BPAP respecto a la CPAP mejora la acidosis respiratoria más rápido.
c) AVAPS (average volume-assured pressure support) es superior a CPAP o BPAP a medio plazo para controlar la PaCO2 en vigilia.
d) En pacientes SHO en situación de fallo respiratorio agudo hipercápnico se debe iniciar tratamiento con BPAP si el paciente está consciente y hemodinámicamente estable.

297.- En la parálisis unilateral diafragmática, indique la respuesta CORRECTA:

a) Más del 20 % de cirugías de bypass cardiaco pueden complicarse con parálisis del hemidiafragma izquierdo.
b) Más del 40 % de cirugías de bypass cardiaco pueden complicarse con parálisis del hemidiafragma derecho.
c) Más del 20 % de cirugías de bypass cardiaco pueden complicarse con parálisis del hemidiafragma derecho.
d) Más del 40 % de cirugías de bypass cardiaco pueden complicarse con parálisis del hemidiafragma izquierdo.

298.- En referencia a los criterios funcionales de debilidad muscular para iniciar ventilación mecánica no invasiva nocturna en pacientes con enfermedad neuromuscular, indique el criterio INCORRECTO:

a) FVC = 45 % (respecto a valor teórico).
b) PaCO2 vigilia = 47 mmHg.
c) PEM = 50 cmH2O.
d) PIM = -50 cmH2O.

299.- En un paciente con enfermedad neuromuscular se considera que la tos puede ser ineficaz si el pico flujo de tos es inferior a:

a) 120 l/min.
b) 160 l/min.
c) 200 l/min.
d) 270 l/min.

300.- Para tratar o eliminar la auto-PEEP en un paciente ventilado, podemos tomar las siguientes medidas. indique la respuesta INCORRECTA:

a) Aumentar la duración del tiempo espiratorio.
b) Reducir el volumen corriente.
c) Añadir PEEP extrínseca.
d) Aumentar la frecuencia respiratoria.



301.- Se considera Hipertensión pulmonar del grupo I a:

a) Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido.
b) Hipertensión pulmonar asociada a enfermedad cardiaca valvular.
c) Hipertensión pulmonar asociada a IC con fracción de eyección preservada.
d) Ninguna de las anteriores.

302.- Según la nueva normativa ERC/ESC de hipertensión pulmonar 2022, en cateterismo cardiaco es correcto:

a) Se define hipertensión pulmonar precapilar como PSAP m >20, Presión de enclavamiento arteria pulmonar < 15 mm Hg y resistencias vasculares pulmonares > 2 WU.
b) Se define hipertensión pulmonar precapilar como PSAP m >20, Presión de enclavamiento arteria pulmonar > 15 mm Hg y resistencias vasculares pulmonares < 2 WU.
c) Se define hipertensión pulmonar postcapilar como PSAP m >20, Presión de enclavamiento arteria pulmonar >15 mm Hg y resistencias vasculares pulmonares >2 WU.
d) Ninguna de las anteriores.

303.- En el cateterismo cardiaco, en el test de vasorreactividad, según la nueva normativa ERC/ESC de 2022 se recomiendan los siguientes fármacos SALVO el uso de:

a) Oxido nítrico inhalado.
b) Iloprost inhalado.
c) Adenosina.
d) Epoprostenol iv.

304.- En la evolución de la hipertensión pulmonar, la estratificación de riesgo simplificado en 4 estadios, según la nueva normativa ERC/ESC de hipertensión pulmonar 2022 es correcto:

a) Se considera riesgo intermedio -bajo a clase funcional III (WHO).
b) Se considera riesgo intermedio-bajo a una distancia recorrida en TM6M entre 165-319 metros.
c) Se considera riesgo intemedio- alto a unos valores de BNP entre 200-800 o NT-proBNP entre 650-1.100 ng/L.
d) Se considera riesgo intermedio alto a clase funcional IV (WHO).

305.- En la enfermedad de Rendu-Osler- Weber o telangiestasia hemorrágica hereditaria (HHT), según el 2º consenso internacional, no se considera criterio diagnóstico a:

a) Epistaxis espontánea y recurrente.
b) Telangiectasias múltiples en labios, cavidad oral, dedos y nariz.

c) Afectación visceral por telangiectasias gastro-intestinales, malformaciones arteriovenosas en pulmón, hígado, cerebrales.
d) Prueba genética compatible.

306.- Señale la correcta, en el tratamiento inicial combinado a pacientes con hipertensión pulmonar idiopática, hereditaria, o asociada a drogas sin comorbilidades cardiopulmonares:

a) Tratamiento combinado inicial con macicentan y selexipag.
b) Tratamiento combinado inicial con macitentan y tadalafilo.
c) Tratamiento combinado inicial con macicentan, tadalafilo y selexipag.
d) Todas las anteriores.

307.- Con respecto a las malformaciones arteriovenosas pulmonares señale cuál es la respuesta correcta:

a) Todas las malformaciones arteriovenosas requieren intervención.
b) Se sugiere tratamiento de embolización frente a actitud expectante a pacientes que tienen 1 o más malformaciones arteriovenosas con diámetro de arteria nutricia < 1 mm.
c) Se sugiere tratamiento de embolización frente a actitud expectante a pacientes con 1 malformación arteriovenosa con arteria nutricia <2 mm que se acompaña de hipoxemia sintomática.
d) Todas son correctas.

308.- Cuál de las siguientes no se considera complicación precoz de una embolización en malformación arteriovenosa:

a) Dolor torácico características pleuríticas.
b) Embolización aérea transitoria.
c) Aparición de hipertensión pulmonar.
d) Infarto pulmonar radiográfico.

309.- Con respecto a la Hipertensión pulmonar postembólica crónica (CTEPH) es FALSO:

a) Se recomienda tratamiento con Riociguat para pacientes sintomáticos con hipertensión pulmonar inoperable o hipertensión pulmonar persistente/recurrente tras endarterectomía pulmonar.
b) Indicación de anticoagulación indefinida en pacientes con CTEPH y síndrome antifosfolípido triple positivo con anticoagulantes de acción directa.
c) Se recomienda angioplastia con balón (BPA) a pacientes técnicamente inoperables o con lesiones residuales accesibles a BPA tras endarterectomía.
d) La angioplastia con balón puede ser considerada en pacientes técnicamente operables con numerosas lesiones distales y con alto riesgo para endarterectomía pulmonar.

310.- Señale la respuesta INCORRECTA en el manejo de la enfermedad por descompresión y embolismo gaseoso:

a) Se recomienda mantener al paciente hidratado.
b) Se recomienda colocar al paciente en posición de Trendelenburg.
c) Se recomienda aportar oxigeno normobárico al 100 %.
d) Se recomienda mantener al paciente caliente.

311.- En el edema pulmonar de altitud o de gran altitud (EPGA) es FALSO que:

a) Existen 2 tipos, el clásico y el de re-entrada.
b) No existe una prueba analítica específica para el diagnóstico de EPGA.
c) La hipernatremia asociada al ejercicio es el principal diagnóstico diferencial.
d) El ascenso gradual es un método de prevención.

312.- En el manejo del TEP, en la escala HERDOO2 es verdadero:

a) Se puntúa con 2 puntos a la presencia de una o más de: hiperpigmentación, edema y/o enrojecimiento de la pierna.
b) No se recomienda su uso en hombres.
c) Se puntúa con 1 punto a edad > a 55 años.
d) Todas son verdaderas.

313.- Señale la correcta sobre el uso del Dímero D en el algoritmo diagnóstico del TEP:

a) Se sugiere utilizar el dímero D con un punto de corte ajustado a la edad del paciente o a la clínica en pacientes con cáncer o insuficiencia renal.
b) La estrategia YEARS consiste en punto de corte de dímero D de 1000 ng/dl en pacientes sin ninguno de los siguientes criterios: 1) síntomas o signos de TVP, 2) hemoptisis, 3) TEP como diagnóstico más probable.
c) La estrategia YEARS consiste en punto de corte de dímero D de 500 ng/dl en pacientes sin ninguno de los siguientes criterios: 1) síntomas o signos de TVP, 2) hemoptisis, 3) TEP como diagnóstico más probable.
d) Todas son correctas.

314.- En los factores de riesgo para el TEP, es FALSO:

a) Encamamiento domiciliario de causa médica durante ≥ 3 días se considera factor de riesgo transitorio mayor.
b) Puerperio se considera factor de riesgo transitorio menor.
c) Enfermedad inflamatoria intestinal se considera factor de riesgo permanente menor.
d) Síndrome antifosfolípido se considera factor de riesgo permanente mayor.

315.- Con respecto a los nuevos anticoagulantes orales, es FALSO que están contraindicados en:

a) Síndrome antifosfolípido triple positivo.
b) Lactancia.
c) El apixabán se contraindica con Insuficiencia renal con creatinina < 30 mL/min.
d) Deben usarse con precaución si hay riesgo de interacciones medicamentosas.

316.- En el síndrome hepatopulmonar es FALSO:

a) Se define como severo cuando la PO2 aire ambiente está entre > 50 mm Hg y < 60 mmHg.
b) La prevalencia abarca un rango desde 4-47 % dependiendo de criterios diagnósticos y la población estudiada.
c) Se caracteriza por una anormal oxigenación arterial desde las dilataciones vasculares intrapulmonares en el contexto de enfermedad hepática, hipertensión portal o shunts portosistémicos congénitos.
d) La alteración en la oxigenación se observa en gasometría arterial por presentar un gradiente alveolo arterial < 15 mmHg.

317.- En la clasificación TNM de AJCC 8º edición del mesotelioma pleural maligno, es FALSO:

a) Se considera T1 al tumor que afecta a pleural parietal ipsilateral con afectación de pleura mediastínica.
b) Se considera T2 al tumor que afecta a pleural parietal ipsilateral con extensión del tumor desde pleura visceral al parénquima pulmonar subyacente.
c) Se considera T3 al tumor de afecta a pleura parietal ipsilateral con invasión transmural del pericardio.
d) Se considera T4 al tumor que afecta a pleura parietal ipsilateral con invasión difusa de pared torácica sin destrucción costal.

318.- Entre los síndromes paraneoplásicos asociados a las neoplasias tímicas es cierto que:

a) Se asocia a miastenia gravis.
b) Se asocia a anemia hemolítica.
c) Se asocia a alopecia areata.
d) Todas son verdaderas.

319.- Cuál es la etiología más común de las hernias de la pared torácica.

a) Post-traumáticas.
b) Por tos.
c) Congénitas.
d) Iatrogenia.

320.- Cuál de las siguientes características no se considera falta de control en el asma grave.

a) ACT < 22.
b) ≥ 2 visitas a urgencias por agudización en los últimos 12 meses.
c) FEV1 post-BD < 80 %.
d) ≥ 2 ciclos de corticoides orales en los últimos 12 meses.

321.- La inflamación T2 en el asma grave esta medida por diversas células y moléculas inflamatorias, señale la que NO está implicada:

a) Eosinófilos.
b) Neutrofilos.
c) Mastocitos.
d) IgE.

322.- En los traumatismos torácicos el incremento del riesgo de lesión de estructuras intratorácicas o intra-abdominales se asocia con:

a) Más de 3 fracturas costales.
b) Luxación esterno-clavicular posterior.
c) A y B son ciertas.
d) Todas son falsas.

323.- Respecto a la eficacia o beneficios de la rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC, según el grado de evidencia cuál de los siguientes es FALSO:

a) La mejoría en la supervivencia ha mostrado beneficio con un grado A de evidencia.
b) La mejoría de la disnea ha mostrado beneficio con un grado A de evidencia.
c) El entrenamiento de brazos ha mostrado beneficio con un grado B de evidencia.
d) El entrenamiento de piernas ha mostrado beneficio con un grado A de evidencia.

324.- Existen una amplia variedad de modos de entrenamiento en programas de rehabilitación, señale la respuesta FALSA.

a) El entrenamiento puede estar dirigido a mejorar la resistencia o la fuerza.
b) Con el entrenamiento continuo la tolerancia es mejor.
c) En el entrenamiento intermitente o a intervalos se puede alcanzar una mayor capacidad de esfuerzo.
d) El entrenamiento puede ser continuo o intermitente.

325.- En el EPOC avanzado el tratamiento paliativo de la disnea puede incluir:

a) Oxigenoterapia.
b) Optimizar aspectos nutricionales del paciente.
c) Terapia cognitivo-conductual.
d) Todas las anteriores.



326.- Entre las estrategias de afrontamiento del impulso de fumar, dentro del proceso de deshabituación tabáquica NO se encuentra:

a) Cambiar de actividad.
b) Premiarse con una bebida estimulante.
c) Tomar chicles de nicotina.
d) Realizar respiraciones profundas.

327.- En relación con el tratamiento sistémico con glucocorticoides orales en la agudización de EPOC que requiere ingreso hospitalario. Señale la FALSA.

a) Disminuye la mortalidad medida a 30 días o más.
b) Según algunos estudios previene el riesgo de recaída al mes.
c) Según varios metaanálisis y revisiones el uso de glucocorticoides sistémicos reduce el riesgo de fallo del tratamiento en más de un 50 % de casos.
d) La mejoría en el FEV1 tiene su pico de mejoría en el 3 día de tratamiento, después se mantiene estable.

328.- Se define alto riesgo quirúrgico en la cirugía de resección pulmonar por cáncer de pulmón 1 factor de riesgo absoluto o ≥2 factores de riesgo relativos, son factores de riesgo absolutos EXCEPTO:

a) CPET: VO2 PEAK < 12 ml/ kg/ min
b) ECOG ≥ 2
c) Diálisis, fallo hepático
d) Hipertensión pulmonar

329.- Se define un paciente con cancer de pulmón de alto riesgo para radioterapia, EXCEPTO :

a) DCO < 40%
b) Enfermedad pulmonar intersticial
c) Alto riesgo cardiovascular
d) DCO < 50%

330.- En las guías Europeas del 2025 se considera de riesgo intermedio para cirugía los valores en CPET :

a) VO2 12-15 ml/min/kg
b) VE/VCO entre 35-40
c) VO2 15-20 ml/min/kg y VE/VCO 40-50
d) A y B son ciertas

331.- En las guías Europeas del 2025 se recomienda en la práctica clínica a los pacientes con apnea de sueño central NO usar Servoventilador ni en centros de referencia SI:

a) Fracción de eyección es < 30%
b) Fracción de eyección es < 40%
c) Fracción de eyección es < 25%
d) Fracción de eyección es < 45%

332.- En el síndrome hepatopulmonar el grado de severidad es moderado cuando el gradiente alveolo-arterial es ≥15 mm Hg Y PO2 en sangre arterial es:

a) PO2 > 80
b) pO2 ≥ 60 y < 80 mm Hg
c) PO2 entre ≥ 50 y < 60 mmHg
d) PO2 < 50 mm Hg y ≥ 40 mmHg

333.- En la patogénesis del síndrome hepatopulmonar se han implicado ciertos mediadores como es el aumento de vasodilatadores circulantes; EXCEPTO :

a) Oxido nítrico
b) Endotelina 1
c) Factor Von Willebrand
d) Factor de necrosis tumoral

334.- Entre las posibles etiologías de las malformaciones arterio-venosas se incluyen:

a) Esquistosomiasis
b) Estenosis mitral
c) Síndrome de Fanconi
d) Todas son causas

335.- En el síndrome hepatopulmonar debe remitirse a radiología vascular para valorar potencial embolización en el caso de que en el TAC aparece:

a) si el TAC muesta > 3 fistulas > 10 mm
b) si el TAC muestra > 3 fistulas > 15 mm
c) si en el TAC se muestra 1 o más fistulas arterio-venosas ≥ 2 a 3 mm diámetro
d) si el TAC muestra fistulas múltiples < 2 mm de diámetro

336.- Son factores de riesgo moderado (OR 2-9) para TEP la presencia de :

a) Enfermedad autoinmune
b) DM
c) Reposo en cama > 3 dias
d) Embarazo

337.- Se define inestabilidad hemodinámica en un paciente que es diagnosticado de Tromboembolismo pulmonar SI:

a) Parada cardio-respiratoria
b) La presencia de Shock obstructivo
c) Hipotensión persistente
d) Todas las anteriores son correctas

338.- Guías 2019 TEP recomiendan iniciar anticoagulación ante sospecha de TEP sin inestabilidad hemodinámica cuando la probablilidad de EP es intermedia o alta mientras están en marcha las técnicas diagnósticas con un nivel de evidencia de:

a) I A
b) I B
c) I C
d) II A

339.- El índice de severidad de un paciente con TEP de clase III (86 -105 Puntos) el riesgo de mortalidad a los 30 días es del:

a) El riesgo de mortalidad a los 30 dias es del 1%
b) El riesgo de mortalidad a los 30 dias es del 2,5 %
c) El riesgo de mortalidad a los 30 dias es del 10.9 %
d) El riesgo de mortalidad a los 30 dias es del 48 %

340.- La mortalidad precoz del paciente con TEP en el hospital o a 30 días es alta en el caso de:

a) El paciente presenta inestabilidad hemodinamica
b) Existe elevación de troponinas
c) Presencia de disfunción del VD en ecocardiograma
d) Todas son ciertas

341.- Existe CONTRAINDICACION ABSOLUTA para fibrinólisis en el TEP agudo en el caso de:

a) Presencia de neoplasia en sistema nerviosos central
b) Anticoagulación oral previa
c) Endocarditis infecciosa
d) Ulcera péptica activa

342.- Qué otros factores pronósticos son importantes en el mesotelioma más allá del TNM.

a) Tipo celular; los tumores epiteloides mejor supervivencia
b) variable clínica; dolor, disnea, perdida de peso
c) variables analíticas: anemia, leucocitosis, trombocitosis

d) Todas son verdaderas

343.- El papel de la radioterapia en el mesotelioma según guías clínicas ESMO del 2021 se considera:

a) Para tratamiento paliativo del dolor
b) Uso profiláctico para prevenir metástasis pared costal
c) De forma rutinaria tras cirugía en estadios localizados
d) De forma concomitante con quimioterapia e inmunoterapia en estadios avanzado

344.- Son Biomarcadores esenciales en NSCLC (Carcinoma pulmón no célula pequeña), EXCEPTO :

a) EGFR
b) ALK
c) MSI
d) PDL1

345.- Todas afirmaciones sobre biomarcadores en el cáncer de pulmón NSCLC son ciertas, EXCEPTO:

a) ALK está presente en el 20% de Tumores NSCLC (X)
b) Mutación EGFR idenficada en 10-16% de tumores NSCLC
c) Mutación BRAF se observa en el 2% de tumores NSCLC
d) Alteración ROS se observa en el 1% de tumores NSCLC

346.- El papel de la biopsia líquida en el cáncer de pulmón se considera:

a) Biopsia liquida papel importante en el diagnóstico molecular sobre todo si la muestra del tejido es insuficiente
b) Papel prometedor en el seguimiento del tratamiento
c) Papel prometedor en el diagnostico precoz
d) Todas son verdaderas

347.- Las estimaciones actuales indican una prevalencia de la HP en la población general alrededor del:

a) 0,1%
b) 0,3 %
c) 1 %
d) 10 %



348.- El diagnóstico de síndrome de hipoventilación por obesidad se necesita un IMC > 30 kg/m2 e hipoventilación alveolar crónica diurna definida:

a) Como PaCO2 ≥ 45 mm Hg a nivel del mar en ausencia de otras causas conocidas de hipercapnia
b) Como PaCO2 ≥ 50 mm Hg a nivel del mar en ausencia de otras causas conocidas de hipercapnia
c) Como PaCO2 ≥ 45 mm Hg a nivel del mar
d) Como PaCO2 ≥ 50 mm Hg a nivel del mar

349.- En pacientes con apnea de sueño el impacto global de CPAP sobre la presión arterial es relativamente moderado con un promedio de 2-4 mm Hg. Hay más mejoría en :

a) Pacientes con IAH elevado
b) Pacientes con hipersomnolencia diurna
c) Pacientes con hipertensión resistente
d) Todas son verdaderas

350.- Sobre los dispositivos d avance mandibular. Que aseveración es FALSA:

a) Los DAM son más útiles en el tratamiento de apnea de sueño leve o que no toleran la CPAP
b) Los DAM reducen el IAH ≥ 50% en 2/ 3 de los pacientes
c) Los DAM son más útiles en el tratamiento de apnea de sueño grave que no toleran la CPAP
d) El cumplimento de los DAM suele ser mayor que la CPAP

351.- En la 9 Edicion del estadio TNM para cáncer de pulmón se define T3 Tumor en que situación de las siguientes :

a) Tumor de 4,5 cm.
b) Cualquier tumor que se acompaña de neumonitis obstructiva o atelectasia.
c) Cualquier tumor que Invade pleura parietal o pared torácica.
d) Afectación bronquio principal a ≥ 2 cm en sentido distal a la carina.

352.- En el SDRA se define por fallo respiratorio agudo con infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografia y ademas otros criterios, EXCEPTO:

a) Presión arteria pulmonar ≤ 18 mm Hg.
b) Hipoxemia PO2/FIO2 ≤ 300 mmHg
c) Hipoxemia PO2/FIO2 ≤ 200 mmHg¨
d) Descartar fallo cardiaco izquierdo

353.- Alteraciones congénitas asociados con disminución de la respuesta a la hipoxia o hipercapnia incluyen entidades como:

a) Hipoventilacion alveolar primaria (sindome de Ondine)
b) Sindrome dePrader – Willic
c) Syndrome de Arnold-Chiarid
d) Todas son verdaderas

354.- Se describen como posibles complicaciones de la cirugia de estenosis laringo-traqueales

a) Edema a nivel de sutura.
b) Formación de granulomas en la línea de sutura.
c) Dehiscencia de suturas.
d) Todas son verdaderas complicaciones.

355.- Se incluyen como fármacos eficaces en el tratamiento de la rinitis, EXCEPTO:

a) Antihistamínicos H1
b) Cromonas
c) Mucoliticos
d) Antileucotrienos

356.- La clasificación de vasculitis según el tamaño y el tipo de vaso afecto, las vasculitis de pequeño vaso son todas las siguientes, EXCEPTO:

a) Purpura de Schonlein-Henoch
b) Vasculitis crioglobulinémica
c) Enfermedad de Kawasaki
d) Enfermedad de Behcet

357.- Como hemorragia alveolar se pueden presentar vasculitis como:

a) Poliangeitis microscópica (PAM)
b) Crioglobulinemia
c) Asociadas a glomerulonefritis renal
d) Todas son verdaderas

358.- El tratamiento de hemoptisis puede incluir diferentes terapias como:

a) Trasfundir plasma fresco
b) Tratamiento inmunosupresor como bolos de corticoides
c) Inhibidores del sistema fibrinolitico como ácido tranexámico
d) Todas son verdaderas

359.- La entidad actual de la granulomatosis con poliangeitis(GPA) corresponde a:

a) Enfermedad deBehcet
b) Granulomatosis de Wegener
c) Churg Strauss
d) Poliarteritis nodosa

360.- La vascularización de la traquea es de tipo terminal y es muy sensible a la isquemia, a qué presión la insuflación del manguito determina isquemia de la pared:

a) > 10-15 mmHg
b) > 15-20 mmHg
c) > 20-25 mmHg
d) > 25-30 mmHg

361.- El tratamiento conservador de estenosis traqueales incluye:

a) Prótesis de Dumon
b) Prótesis metálicas fenestradas de Gianturco
c) Laser
d) Todas opciones son verdaderas

362.- Los valores de presión pleural varían en el pulmón entre el apex y las bases (gradiente hidrostático), ¿ en qué niveles?

a) -8 a -3 cm h_20.
b) -10 a 0 cm h_20.
c) El gradiente es despreciable, < 2 cm h20.
d) -15 a 0 cm h20.

363.- La relación entre la presión elástica pulmonar y el volumen corriente entre la crf (capacidad residual funcional) y el final de la inspiración en situaciones fisiológicas es:

a) Elíptica.
b) Lineal.
c) Exponencial.
d) Inversa.

364.- Un flujo se hará turbulento cuando el número reynolds sea superior a:

a) 1000.
b) 100.
c) 50.
d) 500.



365.- Se define como independiente del esfuerzo en la curva flujo/volumen presión a la parte a partir de:

a) 25% de la CV (capacidad vital) hasta el VR (volumen residual).
b) 50% de la CV (capacidad vital) hasta el VR (volumen residual).
c) 80% de la CV (capacidad vital) hasta el VR (volumen residual).
d) 50% del PF (pico flujo) hasta el VR (volumen residual).

366.- La diferencia entre el alvéolo y el punto de igual presión es igual:

a) A la resistencia de vías centrales
b) A la presión de retracción elástica.
c) A la resistencia de vías periféricas.
d) A la presión alveolar.

367.- la resistencia de las vías periféricas (r) se define como:

a) R = P Elástica / Flujo máximo.
b) R = Flujo máximo / P Elástica.
c) R = Punto igual presión / flujo máximo.
d) R = flujo máximo / Punto igual presión.

368.- La histéresis pulmonar:

a) Refleja la disipación energética del elemento viscoso.
b) Refleja la disipación energética del elemento elástico.
c) Se relaciona con la resistencia de vías aéreas.
d) Hace que para cada volumen pulmonar la presión inspiratoria y espiratoria sean similares.

369.- A 8.000 m de altura la pao2 (presión alveolar de oxígeno) será:

a) Inferior por una FI02 (Fraction of inspired oxygen) inferior.
b) Inferior por una Patm (Presión atmosférica) menor.
c) Inferior por un aumento del CO2.
d) Inferior pero el gradiente alveolo arterial será similar.

370.- La difusión del o2 será:

a) Similar al CO2 por presentar igual coeficiente de solubilidad.
b) Superior al CO2 por presentar menor coeficiente de solubilidad.
c) Inferior al CO2 por presentar menor coeficiente de solubilidad.
d) Superior al CO2 por presentar mayor coeficiente de solubilidad.



371.- La respuesta th1 esta fuertemente inducida por:

a) IL-5.
b) IL-4.
c) IL-12.
d) IL-13.

372.- En un metanálisis (2012) de 12 estudios con un total de 1658 pacientes en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (nsclc) demostraron una sensibilidad para el ebus de:

a) En torno al 80%.
b) En torno al 90%.
c) Menor del 70%.
d) 100%

373.- Ante el hallazgo de un nódulo pulmonar solitario, el tipo histológico más frecuente, si la lesión es maligna, sería:

a) Carcinoide.
b) Adenocarcinoma.
c) Epidermoide.
d) Células grandes.

374.- En la evaluación preoperatoria (cirugía de resección) un vo2 (consumo de o2) de 9 ml/kg/min indica:

a) No riesgo preoperatorio.
b) Riesgo moderado, completar evaluación con medición de la DCO.
c) Contraindicación preoperatoria.
d) Es un parámetro secundario.

375.- En pacientes con bronquiectasias colonizados por mpp (microorganismos potencialmente patógenos) el más frecuente es el:

a) *S. pneumoniae.*
b) *H. influenzae.*
c) *M. catarrahalis.*
d) *S. viridans.*

376.- En el diagnóstico de una neumonía en pacientes inestables, en los que no es posible obtener rxtorax de calidad, la utilizacion de ultrasonidos presenta una sensibilidad de:

a) 40-50%.
b) 50-60%.
c) 70-80%.



d) 80-90%.

377.- La incidencia de neumonia nosocomial en pacientes con ingreso hospitalario es:

a) 6-8 casos por 1000 ingresos.
b) 20-25 casos por 1000 ingresos.
c) 100-150 casos por 1000 ingresos.
d) 30-40 casos por 1000 ingresos.

378.- Neumonía asociada al ventilador (vap) es un tipo de neumonia que se desarrolla en un periodo de tiempo después de la intubación endotraqueal de:

a) 48-72 horas.
b) < 24 horas.
c) >72 horas.
d) 7 días.

379.- Dentro de las infecciones por mycobacterias ambientales, la existencia de cavitación es más frecuente en:

a) *M. chelonae*
b) *M. avium.*
c) *M. kansasii.*
d) *M. xenopi.*

380.- El porcentaje de cada 100 pacientes contagiados (tbc) que van a desarrollar la enfermedad se considera es de:

a) 20.
b) 10.
c) 40.
d) <5.

381.- Tras trasplante pulmón, en el periodo comprendido entre el 2º y 6º mes existe un incremento de infecciones mayoritariamente por:

a) Neumococo.
b) Citomegalovirus.
c) Aspergillus.
d) Listeria.

382.- Los hallazgos radiológicos más frecuentes en la neumonía por candida son:

a) Cavitación.
b) Nódulos múltiples.
c) Áreas de consolidación.



d) Derrame pleural.

383.- La respuesta ventilatoria al co2 refleja principalmente la actividad de los quimiorreceptores centrales, esta respuesta es:

a) Lineal con incrementos de 2.5 a 3 L/min por cada mm Hg de incremento de la PaCO2.
b) Curvilínea con incrementos de 0.5 a 3 L/min por cada mm Hg de incremento de la PaCO2.
c) Lineal con incrementos de 5 a 10 L/min por cada mm Hg de incremento de la PaCO2.
d) Curvilínea con incrementos de 2.5 a 3 L/min por cada mm Hg de incremento de la PaCO2.

384.- El sindrome de ondine se refiere a:

a) Hipoventilación alveolar debido a afectación del control autonómico de la ventilación
b) Hiperventilación alveolar debido a afectación del control autonómico de la ventilación.
c) Hipoventilación alveolar debido a afectación del control periférico de la ventilación.
d) Hiperventilación alveolar debido a afectación del control periférico de la ventilación.

385.- La prevalencia de sas (síndrome apneas sueño) en mujeres gestantes es:

a) Mayor que en la población normal con incrementos en el 1er trimestre.
b) Similar a la población normal.
c) Mayor que en la población normal con incrementos en el 3 ^{er} trimestre.
d) Inferior a la población normal.

386.- ¿El tratamiento cpap reduce el riesgo de eventos cardiovasculares (acv, infarto, muerte por causa vascular)?

a) No disminuye el riesgo.
b) Depende del grado de severidad (saos).
c) Depende del cumplimiento del tratamiento.
d) Sí disminuye el riesgo de manera global.

387.- ¿Cuantas horas de utilización de la cpap se necesitarían para alcanzar un nivel normal de alerta objetivo en la prueba de latencia múltiple de sueño?

a) 3 horas.
b) 4 horas.
c) 5 horas.
d) 6 horas.

388.- El sindrome de piernas inquietas se relaciona con:

a) Depósitos centrales descendidos de Fe.
b) Depósitos elevados centrales normales de Fe.

c) Niveles elevados de ferritina en el tálamo.
d) Niveles elevados de ferritina en el núcleo rojo.

389.- En el enfisema centrolobulillar las alteraciones a nivel de los bronquiolos terminales:

a) Preceden a las alteraciones alveolares.
b) Suceden de manera similar en el tiempo.
c) Dependen del tipo de enfisema.
d) No son habituales en el enfisema centro lobulillar.

390.- En el enfisema por déficit de alfa1 antitripsina ¿cual es el parámetro más eficaz para evaluar el tratamiento sustitutivo?

a) Evitar el descenso acelerado del FEV1.
b) Reducir el número de exacerbaciones.
c) Estabilizar la densidad pulmonar.
d) Disminuir la mortalidad.

391.- En un ensayo multicentro, glycopyrronium-indacaterol (50 microg/110 microg, una vez al día) se comparó con fluticasone-salmeterol (500 microg/50 microg, dos veces al día) en 3.362 pacientes con epoc moderada a severa (estudio flame) ¿cuál fue el resultado?

a) Los pacientes con antecedentes de dos o más exacerbaciones moderadas o una hospitalización en el año anterior tuvieron similares tasas de exacerbación en ambos brazos de tratamiento.
b) Los pacientes con antecedentes de dos o más exacerbaciones moderadas o una hospitalización en el año anterior tuvieron menores tasas de exacerbación en el brazo FLU/SAL.
c) La variable exacerbación no era una variable evaluada en el estudio.
d) Los pacientes con antecedentes de dos o más exacerbaciones moderadas o una hospitalización en el año anterior tuvieron menores tasas de exacerbación en el brazo GLY/IND.

392.- El mejor predictor para predecir exacerbación en el seguimiento (3 años) en pacientes epoc es:

a) Grado de disnea.
b) Medicación crónica.
c) Historia de exacerbaciones previas.
d) Severidad de la enfermedad.

393.- El reslizumab es un anticuerpo monoclonal:

a) Anti IL-5 en pacientes con asma alérgico.
b) Anti IL-5 receptor en pacientes con asma alérgico.



c) Anti IL-5 en pacientes con asma eosinofílico.
d) Anti IL-5 receptor en pacientes con asma eosinofílico.

394.- La variabilidad funcional en el asma se define como:

a) Variabilidad diaria o entre días en el Pico flujo > 20%.
b) Diferencia entre espirometría basal y tras broncodilatación.
c) Diferencia entre espirometría basal y en reagudización.
d) Variabilidad diaria o entre días en el Pico flujo > 15%.

395.- Asma fatal de inicio rápido.

a) En una minoría de pacientes con exacerbaciones fatales o casi fatales de asma, hasta un 20%, la muerte ocurre a menos de 2 a 6 horas después del comienzo de los síntomas, observándose predominio de neutrófilos en las vías aéreas.
b) En un número de pacientes con exacerbaciones fatales o casi fatales de asma, hasta un 60% de las exacerbaciones del asma en general, la muerte ocurre a menos de 2 a 6 horas después del comienzo de los síntomas, observándose predominio neutrófilos en las vías aéreas.
c) En una minoría de pacientes con exacerbaciones fatales o casi fatales de asma, hasta un 20%, la muerte ocurre a menos de 2 a 6 horas después del comienzo de los síntomas, observándose predominio eosinófilos en las vías aéreas.
d) En un número de pacientes con exacerbaciones fatales o casi fatales de asma, hasta un 60%, la muerte ocurre a menos de 2 a 6 horas después del comienzo de los síntomas observándose predominio eosinófilos en las vías aéreas

396.- Historia natural del asma.

a) 60% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.
b) < 10% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.
c) 10%-20% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.
d) 30% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.

397.- El fenotipo de asma atópico y de inicio en edad adulta es:

a) Más frecuente en asma severa y menos frecuente en moderada, no siendo frecuente la historia de rinitis en la infancia.
b) Igual de frecuente independientemente del grado de severidad, no siendo frecuente la historia de rinitis en la infancia.
c) Menos frecuente en asma severa y más frecuente en moderada no siendo frecuente la historia de rinitis en la infancia.
d) Menos frecuente en asma severa y más frecuente en moderada, existiendo historia de rinitis en la infancia.



398.- El granuloma nulomatosis eosinofílica con poliangeítis (gepa)se define como:

a) Existencia de granulomas no necrotizantes con inflamación de la submucosa, tapones mucosos en pequeña vía aérea. No eosinofilia periférica, la fracción de óxido nítrico exhalado (FENO) normal y atopia frecuente.
b) Existencia de granulomas necrotizantes con inflamación de la submucosa, tapones mucosos en pequeña vía aérea. Eosinofília periférica elevada, la fracción de óxido nítrico exhalado (FENO) elevada y atopia infrecuente.
c) Existencia de granulomas necrotizantes sin inflamación de la submucosa, tapones mucosos en pequeña vía aérea. Nuetrofilia periférica elevada, fracción de óxido nítrico exhalado (FENO) normal y atopia infrecuente.
d) Existencia de granulomas no necrotizantes con inflamación de la submucosa, tapones mucosos en pequeña vía aérea. Eosinofília periférica elevada, la fracción de óxido nítrico exhalado (FENO) elevada y atopia frecuente.

399.- En pacientes con asma, la dlco se encontrará:

a) Descendida y se relaciona con la severidad del asma.
b) Normal o aumentada.
c) Descendida por alteración de la ventilación / perfusión en bases.
d) Relacionada con la PaO2.(misma tendencia que el O2)

400.- En la aspergilosis broncopulmonar alérgica las bronquiectasias:

a) Serán de predominio central.
b) En esta enfermedad el asma NO es un factor independiente para la existencia de bronquiectasias.
c) Son un hallazgo infrecuente.
d) Serán de predominio periférico.

401.- El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón de un fumador actual de un paquete al día durante 40 años es aproximadamente:

a) 100 veces el de alguien que nunca ha fumado.
b) 20 veces el de alguien que nunca ha fumado.
c) 200 veces el de alguien que nunca ha fumado.
d) 5 veces el de alguien que nunca ha fumado.

402.- Las mutaciones respecto a los inhibidores de la tirosincinasa (egfr) se observan en:

a) La población asiática con adenocarcinoma pulmonar.
b) El 45% de los carcinomas epidermoides.
c) Son infrecuentes en población asiática con adenocarcinoma pulmonar.
d) Aproximadamente el 45 por ciento de los carcinomas de células pequeñas



403.- La mayoría de los casos de cáncer de pulmón de células no pequeñas (nsclc) presentan un tiempo de duplicación típico de:

a) 90 a 180 días
b) < 100 días.
c) < 50 días.
d) 300 días.

404.- Casi todos los pacientes egfr que responden inicialmente a los inhibidores tirosina cinasa (tki) desarrollan posteriormente progresión de la enfermedad debido a:

a) Mutaciones secundarias del *EGFR* (receptor de factor de crecimiento epidérmico)
b) Amplificación del receptor tyrosine kinase MET.
c) Ambos mecanismos.
d) Mecanismos desconocidos.

405.- El hamartoma presenta las siguientes carácterísticas:

a) Suele ser periférico de predominio en lóbulos superiores.
b) Suele ser central de predominio en lóbulos superiores.
c) Suele ser periférico de predominio en lóbulos inferiores.
d) Suele ser central de predominio en lóbulos inferiores.

406.- Los tumores carcinoides:

a) Se localizan habitualmente en bronquios principales lobares, sésiles y vascularizados.
b) Se localizan habitualmente en carina principal y tráquea, sésiles y vascularizados.
c) Se localizan habitualmente en bronquios principales intraluminares y poco vascularizados.
d) Se localizan habitualmente en bronquios principales lobares e intraluminales.

407.- El riesgo de recidivas tras un episodio de enfermedad tromboembólica es de un:

a) 10%.
b) 40%.
c) 80%.
d) <30%

408.- El porcentaje de pacientes con etv idiopática que desarrollarán cancer es de un:

a) 1%.
b) 10%.
c) >50%.
d) 25%.



409.- El diagnóstico de la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (cteph) requiere que se cumplan los siguientes criterios:

a) PAP≥25 mmHg en reposo con PCWP ≤15 mmHg y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.
b) PAP≥25 mmHg en reposo y en ausencia de PCWP ≤15 mmHg.
c) PAP≥35 mmHg en reposo en ausencia de PCWP ≤15 mmHg y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.
d) PAP≥25 mmHg en reposo y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.

410.- El test de reactividad vascular pulmonar (htp) se considerará positivo si:

a) Descenso de la PAP media > 20mm Hg y la PAP media sea de 40mm Hg con descenso en el gasto cardiaco.
b) Descenso de la PAP media > 20mm Hg y la PAP media sea de 40mm Hg sin descenso en el gasto cardiaco.
c) Descenso de la PAP media > 10mm Hg y la PAP media sea de 40mm Hg con descenso en el gasto cardiaco.
d) Descenso de la PAP media > 10mm Hg y la PAP media sea de 40mm Hg sin descenso en el gasto cardiaco.

411.- Los niveles de peptido natriurético plasmático (bnp), para ser considerados positivos de fallo cardiaco en pacientes con insuficiencia renal, serán:

a) < 100 pg/ml.
b) 100 pg/ml.
c) 200 pg/ml.
d) 150 pg/ml.

412.- El test de hiperoxia para el diagnóstico de posible shunt derecha/izquierda en el diagnóstico de fístulas arteriovenosas se considerará positivo si presenta cifras de shunt de:

a) 1%.
b) 3%.
c) 4%.
d) 5%.

413.- En pacientes con antecedentes de fallo cardíaco durante un test de ejercicio, el parámetro que mejor se correlaciona con una mayor mortalidad a 3 años de seguimiento es:

a) Un consumo de O2 (VO2) > 20 ml/kg/min.
b) Un equivalente de CO2 (Ve/VCO2) > 34.
c) Un equivalente de CO2 (Ve/VCO2) < 34.
d) Un consumo de O2 (VO2) < 20 ml/kg/min.

414.- El sindrome de churg strauss se define como la presencia de:

a) Asma grave, eosinofilia sanguínea, vasculitis sistémica.
b) Asma NO grave, eosinofilia sanguínea, vasculitis pulmonar.
c) Asma grave, eosinofilia sanguínea, vasculitis pulmonar
d) Asma grave, vasculitis sistémica.

415.- La frecuencia del sindrome hepato-pulmonar en pacientes con cirrosis hepática candidatos a trasplante hepático es de un:

a) < 5%.
b) 5%-10%
c) 10-30%.
d) 50%.

416.- En el sindrome hepato pulmonar la ortodexia se refiere a:

a) Una disminución en la tensión de oxígeno arterial (de más de 4 mmHg [0,5 kPa]) o desaturación de la oxihemoglobina arterial (en más del 5 por ciento) cuando el paciente se mueve de una posición supina a una posición vertical.
b) Un aumento en la disnea inducida al incorporarse en posición vertical y que cede al tumbarse.
c) Un aumento en la disnea inducida al tumbarse y que cede en posición vertical.
d) Una disminución en la tensión de oxígeno arterial (por más de 4 mmHg [0,5 kPa]) o desaturación de la oxihemoglobina arterial (en más del 5 por ciento) cuando el paciente se mueve de una posición vertical a supina.

417.- En el sindrome de crest la incidencia de hipertesión arterial pulmonar es:

a) De un 10%
b) De un 50%.
c) Similar al Lupus.
d) Similar al Sjogren.

418.- ¿Qué característica radiológica es considerada la más frecuente y sugerente de neumonía por COVID-19 en una tomografía computarizada (TC) de tórax?

a) Presencia de cavitaciones únicas en los lóbulos superiores.
b) Opacidades en vidrio esmerilado (GGO) de distribución bilateral y periférica.
c) Derrame pleural masivo asociado a linfadenopatías hiliares.
d) Consolidación lobar única con signo de la broncograma aérea en uno de los lóbulos inferiores.



419.- En un paciente con fibrosis intersticial difusa, ¿qué hallazgo esperaría encontrar típicamente en las pruebas de función pulmonar?

a) Una relación FEV1/FVC marcadamente reducida (< 70%).
b) Una curva de flujo-volumen con apariencia "socavada" en la parte espiratoria (scooped-out).
c) Flujos espiratorios normales o incluso elevados cuando se relacionan con el volumen pulmonar absoluto.
d) Un aumento de la capacidad pulmonar total (TLC) debido a la pérdida de retracción elástica.

420.- Durante la administración de altas concentraciones de oxígeno en pacientes críticos, ¿por qué pueden colapsarse las unidades pulmonares con relaciones V/Q bajas?

a) La captación de gas alveolar por la sangre supera lo que es repuesto con la ventilación.
b) Porque el oxígeno inactiva directamente el surfactante pulmonar.
c) Debido al aumento de la resistencia en las vías aéreas distales por edema intersticial.
d) Por una parálisis refleja del batido ciliar en los bronquiolos terminales.

421.- En la evaluación de la hipoxemia en enfermedades intersticiales, ¿en qué situación clínica se vuelve más evidente el componente de "deterioro de la difusión"?

a) Durante el reposo absoluto, debido a la bradipnea.
b) Durante el ejercicio, al reducirse el tiempo de tránsito del eritrocito en el capilar pulmonar.
c) Tras la administración de broncodilatadores de acción corta.
d) Durante el sueño REM, cuando el control vagal de la respiración es menor.

422.- En relación con el manejo de los derrames pleurales paraneumónicos no purulentos, ¿qué afirmación te parece más correcta?

a) El valor de pH pleural utilizado como criterio para considerar el drenaje torácico es de pH< 7,20.
b) El criterio más fiable para indicar el drenaje pleural es el nivel de glucosa, ya que difunde mejor entre las cámaras del derrame.
c) El valor de pH pleural utilizado como criterio para considerar el drenaje torácico es de pH< 7,35.
d) El valor de pH pleural utilizado como criterio para considerar el drenaje torácico es de pH< 7,45.

423.- ¿Cuál es el hallazgo más característico de la ineficiencia ventilatoria en un paciente con patología vascular pulmonar durante el ejercicio?

a) Una disminución marcada de la relación *VE*/*VCO*2.
b) Un espacio muerto (*VD*/*VT*) que permanece elevado o disminuye muy poco.
c) Un aumento significativo del volumen corriente (*VT*) basal.
d) Una *PETCO*2 (presión de *CO*2 al final de la espiración) anormalmente alta.

424.- ¿Cómo se calculan los valores funcionales postoperatorios predichos (PPO), como el FEV1 y la DLCO, fundamentales para decidir la necesidad de pruebas de esfuerzo adicionales?

a) Restando 500 mL al valor preoperatorio de forma estandarizada.
b) Sumando la capacidad vital forzada al volumen residual.
c) Dividiendo el valor preoperatorio por el número segmentos totales y multiplicando ese valor por los segmentos del pulmón no intervenido.
d) Multiplicando los valores medidos preoperatoriamente por la fracción de pulmón funcionante que permanecerá tras la resección.

425.- En la valoración preoperatoria de un paciente candidato a resección pulmonar por cáncer de pulmón, ¿cuál de los siguientes criterios define a un paciente como de "bajo riesgo" (mortalidad esperada < 1%) según el algoritmo de estratificación?

a) Un *VO2max* entre 10 y 15 mL/kg/min.
b) Un *VO2max* superior a 20 mL/kg/min o mayor al 75% del valor predicho.
c) Una FEV1 postoperatoria predicha (PPO) del 20% o superior.
d) La capacidad de subir un solo tramo de escaleras sin disnea.

426.- Antes de llegar a la CPET, ¿cómo pueden contribuir pruebas de "bajo costo" o de campo a valorar el riesgo operatorio si los valores de pruebas funcionales respiratorias son límites?

a) Si la Prueba de marcha de 6 minutos (6MWT) supera los 400 m se puede evitar la prueba de esfuerzo
b) Se recomienda una prueba gammagráfica para cuantificar la función postoperatoria como sustitución de la prueba de esfuerzo.
c) Si la Prueba de marcha *Shuttle* (6MWT) o de subir escaleras (*Stair climb*) superan los valores umbral se puede asumir un VO2 suficiente.
d) La máxima ventilación voluntaria tiene un valor similar a la prueba de esfuerzo cardiorrespiratoria.

427.- Un paciente ingresa por una sobredosis de opiáceos y se observa un a PO2 75 mm Hg, PCO2 80 y pH 7.2, Bicarbonato 26. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones te parece INCORRECTA?

a) El paciente ha debido recibir oxígenoterapia previamente a la extracción de gases arteriales.
b) El exceso de bases debe ser normal, a pesar de superar el bicarbonato en 4-5 mEq/L el valor teórico.
c) El cambio en el pH obliga a descartar una acidosis metabólica asociada.
d) La prioridad es restaurar una ventilación normal.

428.- En relación con la respuesta hemodinámica al esfuerzo en la hipertensión pulmonar, ¿qué se observa típicamente?

a) Un incremento leve de la presión arterial pulmonar que se observa solo ante cargas máximas.
b) Un pulso de oxígeno (*VO2*/*HR*) elevado que refleja un volumen sistólico eficiente.
c) Grandes incrementos de la presión arterial pulmonar incluso con aumentos leves del flujo sanguíneo.
d) Una mejora de la precarga del ventrículo izquierdo gracias a la resistencia vascular.

429.- En relación con la epidemiología y los factores de riesgo de la neumonía por el virus varicela-zóster (VZV), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La neumonía es una complicación más frecuente en niños que en adultos.
b) El tabaquismo es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de esta complicación.
c) La neumonía suele aparecer antes de que se manifieste el exantema cutáneo.
d) La mortalidad es uniforme y no depende del estado inmunológico del paciente.

430.- Un paciente adulto presenta neumonía por varicela. ¿Qué hallazgos son más característicos en la tomografía computarizada (TC) de tórax y en las pruebas de función respiratoria (PFR) en un paciente adulto con neumonía por varicela?

a) Patrón obstructivo grave y presencia de múltiples cavitaciones de pared gruesa.
b) Nódulos difusos (1 a 10 mm) que pueden presentar un halo de vidrio esmerilado y disminución de la *DLCO*.
c) Consolidaciones lobares bilaterales con *DLCO* persistentemente elevada.
d) Nódulos calcificados miliares agudos y datos de atrapamiento aéreo importante.

431.- ¿Cuál es la presentación clínica y radiológica característica de la neumonía viral primaria por influenza?

a) Mejora completa de los síntomas gripales seguida de una recaída súbita después de un periodo asintomático de 20 días.
b) Presencia exclusiva de nódulos calcificados miliares en los lóbulos superiores.
c) Progresión rápida de los síntomas iniciales de fiebre y tos hacia disnea grave y cianosis, con radiología que muestra opacidades multifocales en vidrio esmerilado y consolidación.
d) Desarrollo de un patrón similar al de neumonía organizada que presenta cavitación en pocos días.

432- ¿Cuáles son los patógenos bacterianos más comúnmente implicados en una neumonía bacteriana secundaria tras una influenza, y qué implicación clínica tienen?

a) Legionella pneumophila y Mycoplasma pneumoniae, que suelen ser de curso leve.
b) Pseudomonas aeruginosa en pacientes previamente sanos sin factores de riesgo.
c) Exclusivamente bacterias anaerobias procedentes de la cavidad oral.



d) Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus (incluyendo MRSA) y Haemophilus influenzae, asociándose a una alta mortalidad

433.- ¿Cuál es el patrón clínico "clásico" descrito en las neumonías bacterianas secundarias posinfluenza?

a) Fiebre persistente desde el primer día que no cede con ningún tratamiento durante 3 semanas.
b) Una infección asintomática que solo se detecta mediante una disminución de la *DLCO* meses después.
c) La aparición enrojecimiento amigdalar e hiperemia faríngea que se continúa de fiebre de predominio vespertino durante semanas.
d) Un periodo de mejoría de los síntomas de influenza que dura de 4 a 14 días, seguido de una "recrudescencia" de la fiebre con tos productiva y nueva consolidación pulmonar.

434.- Un paciente varón presenta bronquiectasias crónicas de predominio en lóbulos Inferiores. Si sospecha un Síndrome de Discinesia Ciliar Primaria (Cilio Inmóvil), ¿qué hallazgo clínico o prueba NO sería significativo?

a) Presencia de *situs inversus* o dextrocardia.
b) Niveles bajos de óxido nítrico nasal.
c) El hallazgo de espermatozoides sin movilidad en el espermiograma.
d) La presencia de una mutación alélica en el gen CFTR.

435.- En una cabina de avión comercial presurizada al equivalente de 7,000 pies de altitud, ¿cuáles son los niveles fisiológicos de oxígeno esperados en un individuo sano?

a) *PaO*2 de 95 mmHg y saturación del 98%.
b) *PaO*2 de 75 mmHg y saturación del 92%.
c) *PaO*2 de 53 mmHg y saturación del 85%.
d) *PaO*2 de 40 mmHg y saturación del 75%.

436.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre respecto a la previsión de tolerancia a viajes en avión para pacientes con enfermedad pulmonar crónica es INCORRECTA?

a) Una *PaO*2 a nivel del mar superior a 70 mmHg es suficiente siempre que la valoración sea próxima al vuelo.
b) Una *PaO*2 estimada a la altitud de vuelo de 50 mmHg o superior.
c) Una prueba de simulación con mezclas de gases o en cámara hiperbárica ofrece más información para pacientes con comorbilidades.
d) En caso de requerirse oxigenoterapia, la línea aérea debe se informada con anticipación.

437.- ¿Qué componente del árbol respiratorio es el último en poseer soporte cartilaginoso, marcando la transición a los bronquiolos?

a) Tráquea
b) Bronquios terciarios (segmentarios)
c) Bronquiolos respiratorios
d) Bronquiolos terminales

438.- ¿Cómo explica la Ley de Laplace (P = 2T/r) el papel crítico del surfactante pulmonar en los alvéolos pequeños?

a) Permite que los alvéolos pequeños se expandan con una presión transpulmonar menor que los grandes.
b) Aumenta la tensión superficial cuando disminuye el radio para asegurar una espiración rápida.
c) Reduce la tensión superficial con mayor eficacia en los alvéolos pequeños, impidiendo su colapso dentro de alvéolos más grandes.
d) Garantiza que la presión sea idéntica en todos los alvéolos independientemente de su tamaño.

439.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con la eliminación de CO2 por medio de la ventilación NO ES CORRECTA durante una prueba de esfuerzo máxima?

a) En todo momento la ventilación alveolar aumenta en proporción al metabolismo.
b) Después de alcanzar el umbral anaeróbico la ventilación se incrementará desproporcionadamente respecto al consumo de O2 para compensar la acidosis.
c) En la patología vascular pulmonar la ventilación se incrementa en una proporción inferior respecto a la producción de CO2 (VECO2) por el reclutamiento de unidades para el intercambio
d) El valor de R (relación VCO_2/VO_2) aumenta por encima de 1.0 tras superar el umbral ventilatorio .

440.- En la evaluación diagnóstica inicial de un paciente con hemoptisis, ¿qué prueba de imagen se considera actualmente el "estándar de oro" para localizar el sitio de sangrado e identificar la causa subyacente, superando la sensibilidad de la radiografía de tórax?

a) Angiografía por sustracción digital inmediata.
b) Tomografía computarizada (TC) de tórax.
c) Ecografía transtorácica a pie de cama.
d) Resonancia magnética nuclear (RMN) con contraste de gadolinio.



441.- En la evaluación de un paciente con sospecha de debilidad neuromuscular, ¿qué hallazgo en la medición de la Capacidad Vital (VC) en diferentes posiciones es el indicador más sugerente de debilidad diafragmática significativa?

a) Una caída de la VC inferior al 5% al pasar de bipedestación a decúbito supino.
b) Un aumento de la VC superior al 10% en posición sentada.
c) Una disminución de la VC del 25% o más al realizar la prueba en posición supina en comparación con la posición erguida.
d) Una VC que se mantiene estable independientemente de la posición, con un aumento del volumen residual (RV).

442.- Tras la realización de una broncoscopia flexible con sedación, ¿cuál es el tiempo mínimo de vigilancia recomendado en la sala de recuperación para detectar precozmente posibles complicaciones?

a) 30 minutos.
b) 1 hora.
c) 2 horas.
d) 4 horas.

443.- ¿Qué ley física establece que la presión total de una mezcla gaseosa es la suma de las presiones parciales de cada uno de sus componentes?

a) Ley de Henry.
b) Ley de Boyle.
c) Ley de Laplace
d) Ley de Dalton.

444.- ¿Cuál es la principal consecuencia mecánica de la hiperinsuflación pulmonar sobre el músculo diafragma en pacientes con EPOC avanzada?

a) Incrementa la fuerza de contracción al optimizar la relación longitud-tensión de las fibras.
b) Provoca un acortamiento de las fibras diafragmáticas, situándolas en una posición desventajosa que disminuye su capacidad de generar presión.
c) Mejora la eficiencia de la bomba ventilatoria al aumentar el diámetro vertical del tórax.
d) Reduce el trabajo respiratorio al facilitar el vaciado alveolar mediante la auto-PEEP.

445.- En relación con la PEEP intrínseca, o auto-PEEP, que se da en los pacientes obstructivos, ¿cuál de las afirmaciones es más correcta?

a) Supone un umbral inspiratorio, por lo que la musculatura inspiratoria debe generar primero una presión suficiente para contrarrestar la presión alveolar positiva antes de lograr una presión subatmosférica que inicie la inspiración.
b) Al imponerse un umbral inspiratorio, la mayor contracción muscular facilita que se activen más fácilmente los triggers inspiratorios.
c) Los pacientes toleran mal la ventilación, sobre todo si se impone un nivel de EPAP que se añade a la PEEP intrínseca.



d) La auto-PEEP aumenta el retorno venoso al tórax por la elevación de la presión intratorácica media.

446.- ¿Cuál es la limitación fundamental de la embolización arterial bronquial en el tratamiento de la hemoptisis?

a) La efectividad del procedimiento es de un 70%.
b) Solamente es eficaz para sangrados procedentes de la circulación pulmonar.
c) Es un procedimiento que requiere anestesia general, que muchos pacientes no pueden tolerar.
d) El sangrado recidiva hasta en el 42% de los casos.

447.- De acuerdo al Manual de SEPAR sobre Necesidades y organización de una unidad de endoscopia respiratoria de 2008, ¿cuáles son los requerimientos de ventilación e iluminación recomendados para la sala principal de una unidad de neumología intervencionista, con alto volumen de actividad?

a) Presión positiva, 8 cambios de aire por hora y luz blanca únicamente.
b) Presión negativa, entre 12 y 14 cambios de aire por hora e iluminación regulable con luz blanca y azul.
c) Presión positiva, 20 cambios de aire por hora y luz ultravioleta permanente.
d) No se requiere un sistema de ventilación específico si la sala tiene ventanas al exterior.

448.- Se considera que una muestra de esputo es de "buena calidad" y apta para ser procesada para cultivo bacteriano cuando el examen de la tinción de Gram revela:

a) Más de 10 células epiteliales escamosas por campo (x100).
b) Presencia abundante de macrófagos cargados de hemosiderina.
c) Menos de 10 células epiteliales escamosas y más de 25 polimorfonucleares por campo (x100).
d) Crecimiento de flora mixta orofaríngea sin predominio de ningún patógeno.

449.- Respecto a la prueba de detección de antígeno de Streptococcus pneumoniae en orina en la neumonía adquirida en la comunidad, es cierto que:

a) Puede presentar falsos positivos en pacientes con infecciones bacteriémicas por *Streptococcus mitis* o *Streptococcus oralis*.
b) La prueba se negativiza a las 48 horas de iniciado un tratamiento antibiótico eficaz.
c) Permite realizar un estudio de resistencias antibióticas directamente desde la muestra de orina.
d) Su sensibilidad es superior al 95% en todos los casos, independientemente de la existencia de bacteriemia.

450.- **En el diagnóstico de la bronquitis aguda, ¿qué nivel de procalcitonina (PCT) en suero se considera indicativo de infección bacteriana y justifica la recomendación de iniciar tratamiento antibiótico?**

a) PCT < 0,1 µg/l.
b) PCT entre 0,1 y 0,25 µg/l.
c) PCT entre 0,25 y 0,5 µg/l.
d) PCT > 0,5 µg/l.

CASO CLÍNICO 1 PREGUNTAS 451-455

Varón de 35 años, nacido en Moldavia, residente en nuestro país desde hace 2 meses. Fumador severo de 30 paq/año, con criterios de bronquitis crónica simple. Trabajador en fundición. No tratamientos habituales. Ingresa por cuadro de 3 semanas de evolución de síndrome general con hiporexia, febrícula y pérdida de peso. Niega disnea. A la exploración física presenta: 37,7ºC, IMC 19 kg/m^2, TA 110/72, FC 90 lpm, saturación O2 aire ambiente: 95%. Auscultación pulmonar: abolición del murmullo vesicular derecho hasta campo medio. En la Rx de tórax presenta imagen compatible con derrame pleural derecho que ocupa el 50% del hemitórax, sin desplazamiento mediastínico y tractos residuales en ambos ápex. En la ecografía torácica se objetiva derrame pleural derecho libre no tabicado hipoecogénico en los 6 últimos espacios intercostales con un espesor máximo de 12 cm, con leve atelectasia asociada (signo de la medusa).

451.- **¿Qué técnica diagnóstica realizarías en primer lugar?**

a) Toracocentesis diagnóstica.
b) Toracocentesis diagnóstica y evacuadora.
c) TAC.
d) IGRA en suero.

452.- **¿Ante una sospecha de derrame pleural 2º a TBC, que características sería más probable encontrar en el líquido pleural de este paciente?**

a) Exudado neutrofílico ADA 70 U/l, LDH 900 U/L, glucosa 80, pH 7,30.
b) Exudado linfocitario ADA 75 U/l, LDH 550 U/L, glucosa 80, pH 7,38.
c) Exudado neutrofílico ADA 70 U/l, LDH 1.900 U/L, glucosa 18, pH 6,9.
d) Exudado linfocitario ADA 75 U/l, LDH 1.100 U/L, glucosa 2, pH7,19.

453.- **¿En este paciente con alta sospecha de TBC, por qué estaría justificado la realización de biopsia pleural?**

a) Justificar inicio de tratamiento para TBC.
b) Confirmar el diagnóstico por análisis de material genético.
c) Obtención de antibiograma para evaluar resistencias.
d) Confirmar la presencia de granulomas no caseificantes.

454.- Respecto al tratamiento del derrame pleural en este paciente es FALSO:

a) Está indicado el inicio de tratamiento empírico TBC.
b) No está indicado el drenaje del líquido pleural.
c) En caso de empiema pleural puede requerir decorticación.
d) Está indicado el uso de corticoides orales.

455.- Respecto al estudio de resistencias señale la FALSA:

a) Las técnicas fenotípicas convencionales pueden resolver discrepancias entre los métodos.
b) Si se demuestra resistencia a R y/o a H, no debe ampliarse el estudio de resistencias.
c) Debe realizarse un test se sensibilidad a H y R a todos los enfermos diagnosticados de TB a ser posible mediante un test rápido molecular.
d) La historia clínica farmacológica es indispensable para diseñar la pauta de tratamiento.

CASO CLÍNICO 2 PREGUNTAS 456-460

Varón de 62 años. Fumador de 40 paq/año hasta hace 2 años. HTA en tto con ARA II. Diagnosticado de EPOC desde hace 2 años. En analítica alfa 1 antitripsina 180, IgE 155, HRF normal con 130 eosinófilos/microL. Hace 10 años ingresado por cuadro que se etiquetó de infección respiratoria. En los últimos 6 meses 1 AEPOC leve tratada de forma ambulatoria. Refiere basalmente disnea al andar deprisa en llano o al subir pendiente poco pronunciada. CAT 12. Espirometría con BD con FVC 80%, FEV1 52%, FEV1/FVC 58%, con reversibilidad de FEV1 de 190 ml y un 8%. IMC 32.

456.- ¿Cuál sería la clasificación según la Guía GOLD 2026?

a) GOLD B3.
b) GOLD A3.
c) GOLD B2.
d) GOLD E2.

457.- ¿Cuál sería el tratamiento de inicio recomendado?

a) LAMA en monoterapia.
b) LABA-ICS.
c) LAMA-LABA.
d) LAMA-LABA + inclusión en programa RHB.

En los siguientes 3 meses el paciente ingresa en 2 ocasiones en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) por cuadro de infección bronquial de perfil bacteriano asociado a insuficiencia respiratoria global con acidosis respiratoria en ambos ingresos, con buena respuesta al tratamiento con VMNI, broncodilatadores, antibiótico de amplio espectro y corticoides sistémicos a dosis altas. Pasados 3 meses

de dichos ingresos presenta disnea tras caminar 100 m en llano y un FEV1 basal postbroncodilatación del 45% y gasometría arterial basal pH 7,39 pCO2 57 y pO2 68.

458.- Señala la respuesta FALSA:

a) La clasificación actual sería GOLD E3.
b) Habría que valorar el inicio de tratamiento profiláctico con azitromicina.
c) El tratamiento actual incluye LAMA-LABA-ICS pero no rehabilitación respiratoria.
d) Está indicado el tratamiento domiciliario con VMNI.

459.- Respecto a la VMNI de este paciente:

a) Está indicada la realización de polisomnografía/poligrafía respiratoria tras la estabilización del paciente.
b) Dicha polisomnografía/poligrafía respiratoria se debería realizar preferiblemente con capnografía.
c) El tratamiento con CPAP en pacientes con EPOC y AOS el inicio de CPAP mejora la supervivencia.
d) Todas son verdaderas.

460.- Entre los factores para considerar cuando añadir un corticoide inhalado NO estaría:

a) Asma concomitante.
b) 3 ingresos por neumonía en los dos años previos.
c) Eosinofilia ≥ 300 cel/µl.
d) ≥ 2 agudizaciones moderadas por EPOC en el año previo.

CASO CLÍNICO 3 PREGUNTA 461

Varón de 64 años, fumador activo (40 paquetes-año), con antecedentes de: Cardiopatía isquémica con FEVI 35% (ICC estadio C de la ACC/AHA), presentado además cirrosis hepática alcohólica Child-Pugh B, con ascitis moderada, Presenta en este trascurso un diagnóstico de Adenocarcinoma de pulmón estadio IV (mutación EGFR negativa), en tratamiento con platino-pemetrexed, TEP previo hace 8 meses, en tratamiento con apixabán.
Consulta por disnea progresiva de 10 días, ortopnea y aumento del perímetro abdominal. Niega fiebre. A la exploración: TA 100/65, $SatO_2$ 91% (aire ambiente), FR 24, yugulares ingurgitadas, ascitis, edemas en MMII ++. Murmullo vesicular abolido en 2/3 inferiores de hemitórax derecho, disminuido en base izquierda. Analítica: Na 135 mmol/l, K 4,3 mmol/l, Albúmina sérica 2,6 g/dl, INR 1,5, NT-proBNP 5.800 pg/ml, PCR 2 mg/dl, PCT 0,09 ng/m, En la radiografía de tórax: derrame pleural derecho masivo y pequeño derrame izquierdo. Se realiza ecografía torácica y toracocentesis diagnóstica del lado derecho:
Líquido pleural derecho: Aspecto: serohemático turbio, Proteínas 3,2 g/dl (proteínas séricas 6,0 g/dl), LDH 350 U/L (LDH sérica 320 U/L), pH 7,36, Glucosa 85 mg/dl

(glucosa sérica 110 mg/dl), Recuento celular: 1.500 células/µl (60% linfocitos, 25% neutrófilos, 15% mesoteliales), ADA 18 U/L, Triglicéridos 60 mg/dl, colesterol 40 mg/dl, Citología: negativa para células malignas, Cultivos (aerobios, anaerobios, micobacterias): negativos
Se evacúan inicialmente 1.300 ml, con mejoría clínica, sin datos de pulmón atrapado en la ecografía dinámica post-drenaje. A las 48 h, el paciente vuelve a presentar disnea y la radiografía muestra rápida reaparición del derrame derecho (masivo) y persistencia del pequeño derrame izquierdo. Se realiza: Ecocardiograma: FEVI 30%, hipertensión pulmonar leve.TAC torácico con contraste: masa en lóbulo superior derecho conocida, adenopatías mediastínicas, derrame pleural derecho masivo con engrosamiento pleural irregular leve, sin nódulos pleurales definidos; derrame pleural izquierdo pequeño libre.
Se calcula el gradiente albúmina sérica–líquido pleural (GAS-LP): 2,6 – 1,8 = 0,8 g/dl.

461.- ¿Cuál de las siguientes opciones representa la actuación más razonable como siguiente paso en el manejo del derrame pleural derecho?

a) Asumir que se trata de un trasudado multifactorial (ICC + cirrosis), optimizar diuréticos y betabloqueantes hepáticos y evitar nuevos procedimientos pleurales invasivos, dado el pH y la glucosa relativamente conservado
b) Repetir la toracocentesis diagnóstica derecha guiada por ecografía con citología seriada y, en función del resultado, decidir posteriormente entre pleurodesis.
c) Programar una toracoscopia médica (VATS) diagnóstica y terapéutica con biopsia pleural múltiple y eventual pleurodesis con talco, dado el engrosamiento pleural irregular, la rápida recurrencia del derrame y la alta sospecha de derrame neoplásico a pesar de la citología negativa
d) Implantar directamente un catéter pleural tunelizado (IPC) en el hemitórax derecho, asumiendo un derrame pleural neoplásico "probable", ya que la supervivencia estimada es limitada y el paciente está anticoagulado con apixabán

CASO CLÍNICO 4 PREGUNTA 462

Mujer de 47 años, maestra, exfumadora (10 paquetes-año, abandonó hace 8 años).

Antecedentes:

Hipotiroidismo autoinmune (Hashimoto) en tratamiento con levotiroxina. Presentando artralgias intermitentes en manos y muñecas desde hace 2 años, sin diagnóstico reumatológico claro. Hace 18 meses inició tratamiento con metotrexato y bajas dosis de prednisona por sospecha de artritis reumatoide seronegativa (FR y anti-CCP negativos, FAN 1:160 moteado). Hace 10 meses se añadió etanercept (anti-TNF). No exposición laboral clara; sin contacto con aves. Vive en un piso urbano, pero hace yoga en un gimnasio donde hay ocasional olor a humedades y moho en vestuarios.

Consulta por disnea progresiva de 6 meses, tos seca intensa, febrícula vespertina ocasional y pérdida de 4 kg. En las últimas 2 semanas empeora de forma notable. Exploración física: TA 110/70, FC 96, $SatO_2$ 90 % (aire ambiente), FR 24. Crepitantes secos bilaterales en bases y campos medios. No sibilancias. Artralgias MCP y MTF con leve tumefacción, sin deformidades típicas. No lesiones cutáneas sugerentes de

vasculitis ni miositis.

Pruebas complementarias iniciales: Analítica: Hb 11,5 g/dl, leucocitos 9.200/µl (neutrófilos 72 %, eosinófilos 6 %). PCR 3,2 mg/dl, VSG 60 mm/h.ANA 1:640 patrón moteado; FR y anti-CCP negativos. ANCA p y c negativos. K y aldolasa normales. Creatinina 1,0 mg/dl; AST/ALT ligeramente elevadas. Gasometría arterial (aire ambiente): pH 7,46; $PaCO_2$ 32 mmHg; PaO_2 62 mmHg; HCO_3^- 22. La función pulmonar presenta un patrón restrictivo moderado con DLCO severamente reducida. Asi mismo el TCAR de alta resolución mostró extensas áreas de vidrio deslustrado difuso, con predominio en lóbulos medios e inferiores. Focos de opacidades en parches mal delimitados que cambian de localización respecto a un TAC de hace 6 meses (donde ya había vidrio deslustrado leve). Escasos nódulos centrolobulillares mal definidos. No panalización franca, pero líneas intralobulillares finas. No adenopatías voluminosas; mínima cantidad de derrame pleural bilateral.
Tras esto se realizó una broncoscopia que observó un recuento celular de: Linfocitos 22 %, neutrófilos 18 %, eosinófilos 8 %, macrófagos 52 %. Cociente CD4/CD8 = 2,5. Cultivos bacterianos, micobacterias y hongos: negativos.PCR para Pneumocystis jirovecii: negativa. Serologías: VIH, VHB, VHC: negativas. IgE total: normal-alta. No precipitinas claras frente a aves; dudosas frente a antígenos fúngicos ambientales. Ecocardiograma: FEVI normal, valvulopatía insignificante. PSAP 40–45 mmHg (HTP ligera).

Se decide biopsia pulmonar quirúrgica (VATS) en dos lóbulos: Muestra A: patrón de neumonía organizada (OP) con pólipos de tejido de granulación en bronquiolos y alvéolos; discreta inflamación intersticial crónica. Muestra B: áreas con NSIP celular/fibrosante leve, sin panalización; algunos microfocos de hemorragia intraalveolar antigua; no granulomas bien formados; no vasculitis necrosante. No depósitos de inmunoglobulinas significativos en vasos pequeños en inmunofluorescencia.

462.- ¿Cuál de las siguientes opciones representa la integración diagnóstica y la estrategia terapéutica más adecuada en este momento, basándose en el conjunto de datos?

a) Diagnosticar neumonía organizada criptogénica (COP) pura, sin relación con fármacos ni con autoinmunidad, e iniciar prednisona a dosis altas (0,75–1 mg/kg/día) durante varios meses, sin necesidad de suspender definitivamente metotrexato ni anti-TNF si la paciente mejora.

b) Considerar que se trata de una neumonitis intersticial asociada a fármacos (metotrexato y/o anti-TNF) con patrón mixto OP/NSIP, sobre un terreno de autoinmunidad indiferenciada, por lo que debe mantenerse la suspensión definitiva de ambos fármacos, iniciar corticoides sistémicos a dosis altas y valorar, si persiste actividad articular, el uso posterior de otros inmunomoduladores con menor riesgo pulmonar (p. ej., hidroxicloroquina o sulfasalazina).

c) Diagnosticar vasculitis pulmonar de pequeño vaso seronegativa con hemorragia alveolar crónica y OP secundaria, iniciar pulsos de ciclofosfamida o rituximab más dosis altas de corticoides, sin que sea necesario relacionar el cuadro con los fármacos previos.

d) Asumir que lo más probable es una enfermedad pulmonar intersticial asociada a conectivopatía (IPAF) con patrón NSIP/OP, manteniendo el anti-TNF como

tratamiento de la probable artritis reumatoide seronegativa y añadiendo micofenolato, ya que la retirada del biológico podría empeorar la enfermedad articular.

CASO CLÍNICO 5 PREGUNTAS 463-466

Mujer de 66 años HTA, antecedentes de epilepsia y exfumadora desde hace 2 años de 48 paquete-año que acude a urgencias por pérdida de fuerza en miembro superior derecho. Se realiza un TAC cerebral que muestra una lesión cerebral izquierda de 15 mm y en la radiología de tórax tiene una masa pulmonar. Ingresa para estudio.
La exploración física es anodina salvo el déficit motor miembro superior derecho, con un ECOGPS 1. Se realiza una broncoscopia que no objetivas lesiones endobronquiales. En el TAC body existe una masa paravertebral en LII, de 48 x 34 x 36 mm cavitada y con nivel hidroaéreo que contacta con la pared torácica sin claros signos de infiltración. Nódulo pulmonar paracardiaco en el mismo lóbulo de 19x 11 mm de diámetro con centro necrótico.

En el PET-TAC: la masa en LII paravertebral capta con un SUV de 26,38 g/mL y el nódulo pulmonar paracardiaco con un SUV de 11 g/ml. No hay captaciones ganglionares.

463.- ¿Cuál de las siguientes opciones NO estaría indicada realizar en este paciente?

a) Solicitar una RNM cerebral.
b) Solicitar una biopsia pulmonar guiada por TAC.
c) Solicitar una biopsia cerebral.
d) Solicitar una espirometría con difusión.

464.- Con las muestras anatomopatológicas que se obtienen, se diagnostica deadenocarcinoma pulmonar con lesión cerebral metastásica única. ¿Cuál es laestadificación actual de este paciente?

a) Estadio T3 N0 M1b (estadio IVA).
b) Estadio T3 N0 Mla (estadio IVA).
c) Estadio T2b N0 M1b (estadio IVA).
d) Estadio T3 N0 M1c (estadio IVB).

465.- ¿Cuál sería la aproximación terapéutica correcta?

a) SBRT sobre la lesión cerebral y valorar resección quirúrgica pulmonar.
b) SBRT sobre la lesión cerebral y valorar SBRT sobre el pulmón.
c) Tratamiento quimioterápico.
d) Tratamiento quimioterapia-radioterapia.

466.- **En el seguimiento 18 meses después aparecen en el TAC de control y posterior PETTAC metástasis a nivel óseo, hepático e intestinal. En la muestra anatomopatológica seidentifica mutación para EGFR siendo el resto de marcadores moleculares negativos, ¿Cuál de los siguientes tratamientos estaría indicado?**

a) Cisplatino + pemetrexed.
b) Pembroluzimab.
c) Osimertinib.
d) Crizotinib,

CASO CLÍNICO 6 PREGUNTAS 467-470

467.- **Paciente de 75 años DM, FA anticoagulado con diagnóstico de EPOC severo con Oxígenodomiciliario, acude a Urgencias por aumento de su disnea basal hasta hacerse de mínimosesfuerzos de 4 días de evolución, tos con expectoración purulenta junto con taquipnea y tendenciaa la somnolencia. En su gasometría arterial se observa: pH 7,28, PaO2 50 mmHg, PaCO268 mmHg, Bicarbonato 35 mEq/l, SATO2 88% con Oxígeno a 1,5 lpm. Además del tratamiento médico, iniciamos ventilación mecánica no invasiva ¿cuál de lassiguientes opciones NO estaría dentro de tu elección inicial?**

a) Programar una presión soporte superior a 10 cmH20.
b) Programar una EPAP/PEEP de 4-6 cmH20.
c) Usar una mascarilla oronasal.
d) Añadir Oxígeno suplementario lo necesario para conseguir SATO2 > 95%.

468.- **Dados los antecedentes respiratorios previos de este paciente, se considera la VMNIcomo techo de tratamiento. ¿Cuándo le realizarías el siguiente control gasométrico?**

a) Al cabo de 1 hora de iniciada la VMNI.
b) Al cabo de 4 horas de iniciada la VMNI.
c) Al cabo de 6 horas de iniciada la VMNI.
d) No son necesarios controles gasométricos puesto que es un techo de tratamiento.

469.- **En el curso evolutivo, el paciente mejora el nivel de conciencia, pero se objetiva tirajecon uso de la musculatura respiratoria accesoria sin esfuerzos ineficaces visibles. Persiste hipercapnia moderada-severa sin acidosis en la gasometría a pesar de laVMNI. ¿Cuál de los siguientes ajustes NO ayudaría a mejorar a nuestro paciente clínicay gasométricamente?**

a) Usar una rampa o tiempo de subida más rápida.
b) Aumentar la IPAP.
c) Aumentar la EPAP.
d) Optimizar el tratamiento broncodilatador de base.



470.- El episodio agudo evoluciona de forma favorable con mejoría clínica y gasométricaprogresiva. Nos planteamos dar de alta con VMNI crónica en domicilio. Según estudiosrecientes, una de las siguientes estrategias ventilatorias ha demostrado disminuir lamortalidad y disminuir el número de ingresos en pacientes EPOC hipercápnicos. ¿Quémodo de ventilación elegirías de las siguientes opciones?

a) VMNI modo presión con presión de soporte elevada y frecuencia respiratoria de respaldo
b) elevada (ventilación de alta intensidad).
c) VMNI modo IVAPS, ajustando un volumen asegurado de 500 ml (ventilación híbrida).
d) VMNI modo presión con presión de soporte baja y EPAP elevada (ventilación de baja

CASO CLÍNICO 7 PREGUNTA 471

471.- Hombre de 30 años remitido desde Cirugía Torácica donde ingresó por neumotórax. Fumador de 20 cigarrillos al día desde los 18 años. En TAC torácico se aprecian nódulos entre 1-10 mm y lesiones quísticas menores de 15mm en campo superior y medio, respetando las bases pulmonares y los ángulos costofrénicos. De las siguientes, ¿cuál es FALSA?

a) El tratamiento inicial de elección son los corticoides a dosis altas asociados a inmunosupresores como la azatioprina.
b) El abandono tabáquico sin otra medica terapéutica permite en el 50-60 % de los pacientes controlar la enfermedad.
c) Se asocia a hipertensión pulmonar del grupo 3 sin respuesta a los fármacos vasodilatadores pulmonares.
d) El trasplante de pulmón es una opción para los pacientes con mala evolución y en ausencia de otras contraindicaciones.

CASO CLÍNICO 8 PREGUNTA 472

472.- Varón de 60 años acude a la consulta por haberse descubierto un patrón de tipo intersticial en la radiografía de tórax. Refiere ser fumador de 40 paquetes / año y haber trabajado como montador de tuberías. En la tomografía axial computarizada se observa el mencionado patrón y un engrosamiento pleural. Sobre su sospecha diagnóstica, NO es cierto:

a) La exposición a asbesto produce placas pleurales, atelectasia redonda y derrame pleural, sin que implique asbestosis.
b) La asbestosis es una enfermedad intersticial de predominio en lóbulos superiores, con afectación restrictiva e infiltrados reticulares.
c) La exposición a asbesto aumenta el riesgo de tumores, principalmente carcinoma epidermoide de pulmón; el efecto sinérgico con el tabaquismo.
d) El mesotelioma maligno es un tumor de pronóstico infausto que se asocia con alta especificidad al asbesto, pero poco frecuente.



CASO CLÍNICO 9 PREGUNTA 473

473.- Varón de 60 años con antecedentes personales de TEP no provocado hace 12 meses. Presenta disnea, clase funcional HYHA 2. En ecocardiograma se registra una velocidad de regurgitación tricuspidea pico de 3. Señala la correcta:

a) Se puede retirar la anticoagulación.
b) Mantenemos anticoagulación y repetimos la ecografía en 6 meses.
c) Realizamos una gammagrafía pulmonar de ventilación / perfusión. Si es normal excluye enfermedad tromboembólica crónica con sensibilidad del 96-97% y especificidad del 90-95%.
d) Realizamos un AngioTAC que tiene mayos sensibilidad para detectar enfermedad tromboembólica crónica que la gammagrafía pulmonar de ventilación / perfusión.

CASO CLÍNICO 10 PREGUNTA 474

474.- Tras llegar al diagnóstico de enfermedad venooclusiva pulmonar en una mujer de 30 años en clase funcional NYHA 2:

a) Iniciamos asociación de ambisentran y tadalafilo y revisión clínica, analítica y funciona en 3 meses.
b) Iniciamos sildenafilo y diuréticos con seguimiento estrecho, contactando con centro trasplantador.
c) Iniciamos asociación ambrisentan y tadalafilo y contactamos con el centro trasplantador.
d) Iniciamos epoprostenol endovenosos y contactamos con centro trasplantador.

CASO CLÍNICO 11 PREGUNTA 475

475.- Varón de 62 años, fumador con consumo acumulado de tabaco de 40 paquetes / año. Bancario, jubilado. Refiere disnea progresiva y tos en los últimos 6 meses. La radiografía de tórax presenta alteración intersticial bilateral. Se solicita un TAC que presenta atrapamiento aéreo en más de 3 segmentos y abundantes micronódulos centrolobulillares. La analítica incluyendo autoinmunidad completa y antígenos aviares y fúngicos es normal. De las siguientes afirmaciones, ¿cuál es la correcta?

a) El TAC presenta un patrón NIU y es diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática.
b) El TAC presenta un patrón probable NIU y es preciso una biopsia pulmonar para llegar al diagnóstico.
c) El TAC es inconsistente con NIU y por tanto candidato a iniciar corticoterapia, sin precisar más estudios invasivos.
d) El TAC es inconsistente con NIU, solicitaremos una broncoscopia con BAL y criobiopsia transbronquial pulmonar.

CASO CLÍNICO 12 PREGUNTA 476

476.- Varón de 78 años con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en tratamiento con pirfenidona y oxígeno domiciliario, con disnea basal NYHA 3, y estudio funcional hace 3 meses con FVC 58% y DLCO 35%, presenta en la última seman un empeoramientoclínico y radiológico, presentando en la radiografñia de tórax deterioro respecto a la radiografia previa. Con oxíegnoterapia de alto flujo con FiO2 del 60% se consigue SatO2 90%. Qué medida NO tomarías:

a) Diuréticos.
b) Antibióticos de amplio espectro.
c) Ventilación mecánica invasiva y posterior broncoscopia.
d) Metilprednisolona 1.000 mg/día, 3 días y posteriormente 0,5 mg/KG/ día.

CASO CLÍNICO 13 PREGUNTA 477

477.- Mujer de 45 años, con antecedentes de asma intermitente y necesidad de medicación crónica, refiere fatiga, malestar general y fiebre de 2 meses de evolución. No otras alteraciones clínicas. La radiografía presenta infiltrados alveolares bilaterales en campos superiores. La analítica es normal salvo eosinófilos 500 células/mm3 (eosinófilos 25% del total de leucocitos en sangre periférica). ANAs y ANCAs negativos. Se realiza broncoscopia obteniendo en el BAL 40% de eosinófilos. Señale la respuesta correcta.

a) Solicito una biopsia pulmonar para confirmar mi sospecha diagnóstica.
b) Se trata de una neumonía eosinofílica aguda idiopática.
c) El tratamiento de elección consiste en pautas cortas de corticoides inhalados a dosis altas asociados a biológicos anti-IL5 de inicio.
d) Se debe iniciar tratamiento con corticoides por vía oral, esperando una mejoría clínica y radiológica espectacular en pocos días, aunque las recidivas son frecuentes.

CASO CLÍNICO 14 PREGUNTA 478

478.- Hombre de 34 años, fumador, que consulta por tos y disnea de un mes de evolución. En la radiografía de tórax se observa infiltrado intersticial en lóbulos pulmonares superiores y la biopsia pulmonar transbronquial, acúmulos intersticiales de eosinófilos y células de Langerhans. Sobre la enfermedad que usted sospecha NO es cierto:

a) Clínicamente se caracteriza por presentar hemoptisis y quilotórax.
b) La presencia de células de Langerhans por encima del 3% del recuento del lavado broncoalveolar es sugestiva de esta enfermedad.
c) Afecta principalmente a personas de mediana edad, pudiendo sr un hallazgo radiológico o dar clínica respiratoria o constitucional.
d) Puede asociarse a neumotórax, lesiones quísticas en huesos planos y en ocasiones a diabetes insípida.

CASO CLÍNICO 15 PREGUNTA 479

479.- Mujer de 56 años diagnosticada de adenocarcinoma de pulmón con diseminación pleural. Acude a la consulta por disnea de esfuerzo progresiva. Hace 3 semanas se le realizó una toracocentesis evacuadora de 1.200 mL, con alivio completo de la disnea. En la radiografía actual se evidencia una reacumulación total del líquido. Se realiza una nueva evacuación bajo control ecográfico; tras extraer 1.000 mL de líquido, la paciente comienza con dolor torácico opresivo e intensa tos seca. Una radiografía de control post-evacuación inmediata muestra persistencia de un espacio aéreo con la pleura visceral engrosada que impide la reexpansión del parénquima pulmonar (pulmón atrapado). ¿Cuál es la conducta terapéutica MÁS ADECUADA según las recomendaciones de las normativas vigentes?

a) Proceder a realizar un ingreso hospitalario para la colocación de un tubo de drenaje torácico e instilar talco de forma inmediata (pleurodesis química).
b) Indicar la realización de una decorticación pleural quirúrgica por videotoracoscopia (VATS) como primera opción para expandir el pulmón.
c) Colocar un catéter pleural tunelizado (CPT) permanente para manejo ambulatorio e intermitente del líquido en su domicilio.
d) Realizar toracocentesis terapéuticas repetidas (a demanda) cada vez que la paciente refiera disnea limitante.

CASO CLÍNICO 16 PREGUNTA 480

480.- Varón de 54 años, sin antecedentes cardiopulmonares de interés, acude a Urgencias por un cuadro de 4 días de evolución de fiebre, tos productiva y disnea progresiva hasta hacerse de reposo. A la exploración presenta: taquipnea de 32 rpm, uso de musculatura accesoria y cianosis distal. La auscultación revela crepitantes bilaterales difusos. Se inicia oxigenoterapia convencional con mascarilla con reservorio a 15 L/min. Una gasometría arterial extraída con este soporte muestra: pH 7.41, PaCO2 32 mmHg, PaO2 55 mmHg, HCO3 22 mEq/L y SatO2 88% (Relación PaO2/FiO2 aproximada de 110 mmHg). La radiografía de tórax muestra infiltrados alveolares bilaterales difusos. ¿Cuál es la conducta terapéutica MÁS ADECUADA en este momento?

a) Iniciar ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en modalidad BIPAP de forma inmediata para disminuir el trabajo respiratorio.
b) Proceder a la intubación endotraqueal inmediata y conexión a ventilación mecánica invasiva debido al fracaso de la oxigenoterapia convencional.
c) Iniciar oxigenoterapia de alto flujo (OAF), monitorizando estrechamente la respuesta mediante el índice de ROX.
d) Mantener la mascarilla con reservorio y pautar una dosis de carga de diuréticos de asa intravenosos de forma empírica.



CASO CLÍNICO 17 PREGUNTA 481

481.- Varón 40 años, antecedentes familiares de neumotórax, presenta fibrofoliculomas en frente y nariz y en TAC corporal quistes pulmonares bilaterales y neumotórax derecho con imagen sospechosa de neoplasia. ¿Cuál es la localización más frecuente de dicha lesión sospechosa?

a) Renal.
b) Osea.
c) Pulmonar.
d) Sistema nervioso central.

CASO CLÍNICO 18 PREGUNTA 482

482.- Varón de 50 años con cirrosis etílica Child-Pugh de 10, hidrotórax hepático refractario a dieta y tratamiento diurético optimizado y ausencia de encefalopatía hepática. Ha precisado tres toracentesis evacuadoras en 6 semanas. La opción más adecuada actualmente sería:

a) Pleurodesis con Talco slurry a través de tubo endopleural.
b) Shunt pleuroperitoneal.
c) Drenaje pleural tunelizado (pleurX).
d) TIPS (Derivación portosistémica transyugular intahepática).

CASO CLÍNICO 19 PREGUNTA 483

483.- Un paciente con intoxicación por monóxido de carbono, se trata con oxígeno hiperbárico, que aumenta la PaO2 a 2.000 mmHg. La cantidad de oxígeno disuelto en sangre arterial (en ml/100ml) es:

a) 2.
b) 4.
c) 6.
d) 8.

CASO CLÍNICO 20 PREGUNTA 484

484.- En un paciente de 16 años con asma grave no controlada de perfil atópica con clara elevación de IgE, FENO 65 ppm, sin elevación de eosinófilos que tratamiento biológico considera de elección:

a) Omalizumab.
b) Reslizumab.
c) Benralizumab.
d) Todas son falsas.

CASO CLÍNICO 21 PREGUNTA 485

485.- Paciente 72 años con antecedentes hipertensión arterial, fibrilación auricular, tabaquismo activo, que en el estudio hemodinámico tiene una PCP (presión capilar pulmonar) de 22 mmHg (normal hasta 15 mmHg), una presión media en arteria pulmonar de 35 mm de Hg y unas resistencias vasculares pulmonares de 1.8 unidades Wood. Señale la respuesta CORRECTA.

a) El paciente tiene una hipertensión pulmonar del grupo 4
b) El paciente tiene una hipertensión arterial pulmonar del grupo 1
c) El paciente tiene una hipertensión pulmonar del grupo 2
d) Se debe de instaurar tratamiento de urgencia con un fármaco vasodilatador pulmonar

CASO CLÍNICO 22 PREGUNTA 486

486.- Mujer de 69 años, intervenida de fractura de cadera hace 12 días. Consulta por disnea brusca, dolor de tórax pleurítico y ansiedad. A la exploración presenta FC de 115 lpm, TA 105/65 mmHg, SpO2 aire ambiente de 90%. La auscultación es normal. El ECG muestra ondas T negativas de V1 a V4. Gasometría arterial aire ambiente. pH 7.47, PCO2 31 mmHg, PO2 59 mmHg. Analítica renal y hepática, normal. La RX de tórax es anodina. Dimero D de 890 ng/mL. ¿Cuál es la mejor prueba diagnóstica inicial? a) Ecocardiogramab) AngioTCc) Cateterismo cardiaco con coronariografiad) Gammagrafia V/Q

a) Ecocardiograma
b) AngioTAC
c) Cateterismo cardiaco
d) Gammagrafia V/ P

CASO CLÍNICO 23 PREGUNTA 487

487.- Un varón de 54 años asciende al Teide y a las 6 horas presenta cefalea, nauseas, fatiga, mareo; el tratamiento de la enfermedad de las grandes alturas en este caso incluye:

a) Tratamiento con acetazolamida 250 mg/ 12 horas.
b) Administrar dexametasona 4 mg/ 6 horas.
c) Administrar oxigeno 2-4 l/min.
d) Todas medidas son oportunas en este caso.

CASO CLÍNICO 24 PREGUNTA 488

488.- Varon de 66 años acude por tos de 3 meses con perdida de peso de 5 kg en el ultimo mes. En RX-TAC masa pulmonar LSD con afectación ganglionar mediastinica y metástasis óseas múltiples Biopsia compatible de adenocarcinoma con expresión PDL1 del 30%, estadio T3N2M1 , ECOG1. Se presenta en comité de tumores y la decisión más oportuna en la actualidad es:

a) Quimioterapia convencional y radioterapia de metástasis óseas

b) De elección Penbrolizumab 200 mg iv cada 3 semanas
c) Combinación de inmunoterapia (penbrolizumab, atezolizumab) más quimioterapia convencional con platino y premetexed
d) Quimioterapia convencional con platino y premetexed

CASO CLÍNICO 25 PREGUNTA 489

489.- Paciente de 58 años que tras una inmovilización por una fractura de fémur presenta un cuadro de disnea progresiva de 3 días de evolución. Visto en el servicio de urgencias es diagnosticado de una embolia de pulmón. Indique cuál de los siguientes NO es un factor de alto riesgo de tener un resultado clínico adverso:

a) Presencia de trombos en los dos pulmones sin disfunción del ventrículo derecho y sin datos de inestabilidad hemodinámica
b) Niveles elevados de troponina T
c) Inestabilidad hemodinámicad
d) Dilatación del ventrículo derecho en las imágenes del TAC realizado al diagnostico

CASO CLÍNICO 26 PREGUNTA 490

490.- Paciente de 66 años con cáncer de pulmón estadion IV de estirpe adenocarcinoma en tratamiento con pembrolizumab comienza con tos seca y disnea a mínimos esfuerzos, objetivándose infiltrados pulmonares bilaterales en Tac, la actitud menos indicada en la práctica clínica es:

a) Estaría indicado iniciar tratamiento con voriconazol por la sospecha clínica inicial es que pueda ser una infección por hongos.
b) La sospecha clínica inicial es que se trate de una neumonitis.
c) Sería oportuno realizar un lavado broncoalveolar.
d) Comenzaría tratamiento con corticoides y suspendería inmunoterapia de forma temporal.

CASO CLÍNICO 27 PREGUNTAS 491-500

Edume es una asmática de 46 años diagnosticada de asma intermitente en la infancia. por alergia a los ácaros. En los últimos 10 años ha presentado un empeoramiento clínico que ha requerido aumento progresivo de las dosis de. inhaladores. Actualmente está en tratamiento con una combinación de budesonida/fonnoterol 320/9mcg en pauta de 2 inhalaciones cada 12 horas.

Refiere síntornas diarios que precisan broncodilatadores de acción corta y despertares nocturnos. Asimisrno, presenta prurito ocular, rinorrea anterior y estornudos en relación con exposición al polvo. En el último año ha precisado dos pautas de corticoides orales por agudización. El día de la consulta presenta un. ACT (Asthma Control Test) de 15 puntos y 1a siguiente exploración funcional: FVC 2,46 (90 %), FEVl 1,66 (78 %), FEV1/FVC 67,39 %. La prueba broncodilatadora muestra una mejora en el FEV 1 de 200 ml, lo que supone un 8 % con respecto al valor basal.



491.- ¿Cuál es la clasificación correcta de esta paciente?

a) Asma persistente moderada, bien controlada.
b) Asma persistente grave, bien controlada.
c) Asma persistente moderada, mal controlada.
d) Asma persistente grave, mal controlada.

492.- ¿Cómo se define la espirometría?

a) Trastorno ventilatorio obstructivo con prueba broncodilatadora positiva.
b) Trastorno ventilatorio obstructivo con prueba broncodilatadora negativa.
c) Trastorno ventilatorio mixto con prueba broncodilatadora negativa.
d) Trastorno ventilatorio mixto con prueba broncodilatadora positiva.

493.- ¿Qué paso deberíamos dar a continuación para mejorar el control de la enfermedad?

a) Comprobar la adherencia al tratamiento y la técnica inhalatoria.
b) Realizar una prueba broncodilatadora con corticoides orales.
c) Solicitar una TC torácica.
d) Iniciar tratamiento biológico.

494.- ¿Qué tratamiento NO está recomendado en este nivel de gravedad?

a) Tiotropio.
b) Montelukast.
c) Inmunoterapia.
d) Azitromicina.

495.- ¿Qué tratamiento NO es adecuado para la rinitis de esta paciente?

a) Corticoides intranasales.
b) Descongestionantes.
c) Antihistamínicos intranasales.
d) Lavados nasales.

496.- Tras empeorar nuevamente y acudir a Urgencias: ¿Qué tratamiento NO sería apropiado?

a) Broncodilatadores de acción corta.
b) Corticoides sistémicos.
c) Sulfato de magnesio.
d) Ventilación mecánica no invasiva.

497.- ¿Cuál es la clasificación actual de la enfermedad?

a) Asma persistente moderada, bien controlada.
b) Asma persistente grave, bien controlada.
c) Asma persistente moderada, mal controlada.
d) Asma persistente grave, mal controlada

498.- ¿Qué tratamiento debería añadirse en este momento?

a) Corticoides orales de forma crónica.
b) Dupilumab.
c) Termoplastia.
d) Ninguna de las anteriores.

499.- ¿Cuál es el valor de realizar una TC torácica en este caso, sobre todo de cara al tratamiento que se va a iniciar? Señala la respuesta INCORRECTA.

a) Posibilidad de reconocer patologías asociadas como bronquiectasias, bronquiolitis…
b) Aclara el diagnóstico diferencial
c) Cuantifica los tapones mucosos que son una diana terapéutica en asma grave.
d) La TC sólo tiene valor con el control total del asma ya que ésta genera alteraciones cuya investigación puede provocar iatrogenia.

500.- Al respecto de las indicaciones de la broncoscopia en un caso de asma grave, ¿cuál de las afirmaciones es cierta?

a) La biopsia bronquial es obligada para diagnosticar la granulomatosis eosinofílica con poliangeitis.
b) Aporta información útil en casos seleccionados.
c) No tiene valor para informar del fenotipo inflamatorio, incluso con biopsia, ya que una localización no es significativa para todo el árbol bronquial.
d) Está contraindicada por la situación del paciente.