OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 171/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 171/2018 de 14 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de marzo de 2018)

KATEGORIA:

FAK. ESP. NEUMOLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO NEUMOLOGÍA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 27a**
Fecha prueba: **27 de mayo de 2018**

1. ariketa */ 1er. ejercicio*
A *Eredua / Modelo* ***A***

1 LA PRESIÓN PLEURAL PUEDE VARIAR EN EL PULMÓN ENTRE EL APEX Y LAS BASES (GRADIENTE HIDROSTÁTICO) ENTRE:

1a) -8 a -3 cmH20.
1b) -10 a 0 cmH20.
1c) Gradiente despreciable < 2 cmH20.
1d) -15 a 0 chH20.

2 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:

2a) Elíptica.
2b) Lineal.
2c) Exponencial.
2d) Inversa.

3 UN FLUJO SE HARÁ TURBULENTO CUANDO EL NÚMERO REYNOLDS SEA SUPERIOR A:

3a) 1000.
3b) 100.
3c) 50.
3d) 500.

4 SE DEFINE ESFUERZO INDEPENDIENTE EN LA CURVA FLUJO/VOLUMEN PRESIÓN AL:

4a) 25% de la CV (capacidad vital) hasta el VR (volumen residual).
4b) 50% de la CV (capacidad vital) hasta el VR (volumen residual).
4c) 80% de la CV (capacidad vital) hasta el VR (volumen residual).
4d) 50% del PF (pico flujo) hasta el VR (volumen residual).

5 LA DIFERENCIA ENTRE EL ALVÉOLO Y EL PUNTO DE IGUAL PRESIÓN ES IGUAL:

5a) A la resistencia de vías centrales
5b) A la presión de retracción elástica.
5c) A la resistencia de vías periféricas.
5d) A la presión alveolar.

6 LA RESISTENCIA DE LAS VÍAS PERIFÉRICAS (R) SE DEFINE COMO:

6a) R = P Elástica / Flujo máximo.
6b) R = Flujo máximo / P Elástica.
6c) R:= Punto igual presión / flujo máximo.
6d) R:= flujo máximo / Punto igual presión.

7 LA HISTÉRESIS PULMONAR:

7a) Refleja la disipación energética del elemento viscoso.
7b) Refleja la disipación energética del elemento elástico.
7c) Se relaciona con la resistencia de vías aéreas.
7d) Hace que para cada volumen pulmonar la presión inspiratoria y espiratoria sean similares.

8 A 8.000 M DE ALTURA LA PAO2 (PRESIÓN ALVEOLAR DE OXÍGENO) SERÁ:

8a) Inferior por una FI02 (Fraction of inspired oxygen) inferior.
8b) Inferior por una Patm (Presión atmosférica) menor.
8c) Inferior por un aumento del CO2.
8d) Inferior pero el gradiente alveolo arterial será similar.

9 LA DIFUSIÓN DEL O2 SERÁ:

9a) Similar al CO2 por presentar igual coeficiente de solubilidad.
9b) Superior al CO2 por presentar menor coeficiente de solubilidad.
9c) Inferior al CO2 por presentar menor coeficiente de solubilidad.
9d) Superior al CO2 por presentar mayor coeficiente de solubilidad.

10 SE DEFINE SHUNT CUANDO:

10a) Perfusión / Ventilación = 0.
10b) Ventilación / Perfusión = &.
10c) Ventilación / Perfusión = 0.
10d) Perfusión / Ventilación = 0.

11 LA RESPUESTA TH1 ESTA FUERTEMENTE INDUCIDA POR:

11a) IL-5.
11b) IL-4.
11c) IL-12.
11d) IL-13.

12 LA FRECUENCIA DE SANGRADO MODERADO DURANTE LA CRIOTERAPIA ES DEL:

12a) 2%.
12b) 8%.
12c) 20%.
12d) >20%.

13 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 UN SENSIBILIDAD PARA EL EBUS DE UN:

13a) 80%.
13b) 92%.
13c) 70%.
13d) 85%.

14 ANTE EL HALLAZGO DE UN NÓDULO PULMONAR SOLITARIO, EL TIPO HISTOLÓGICO MÁS FRECUENTE, SI LA LESIÓN ES MALIGNA, SERÍA:

14a) Carcinoide.
14b) Adenocarcinoma.
14c) Epidermoide.
14d) Células grandes.

15 EN LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA (CIRUGÍA DE RESECCIÓN) UN VO2 (CONSUMO DE O2) DE 9 ML/KG/MIN INDICA:

15a) No riesgo preoperatorio.
15b) Riesgo moderado, completar evaluación con medición de la DCO.
15c) Contraindicación preoperatorio.
15d) Es un parámetro secundario.

16 UNA VARIACION DE UN 10% Y 200ML TRAS BRONCODILATACIÓN EN LA CAPACIDAD INSPIRATORIA:

16a) Es una respuesta fisiológica.
16b) Se correlaciona con los cambios en la CRF (capacidad residual funcional).
16c) Es observable en pacientes restrictivos.
16d) Es una respuesta frecuente en pacientes con obstrucción moderada.

17 EN PACIENTES EPOC COLONIZADOS POR MPP (MICROORGANISMOS POTENCIALMENTE PATÓGENOS) EL MÁS FRECUENTE ES EL:

17a) S.Pneumonie.
17b) H.Influenzae.
17c) M.Catarrahalis.
17d) S.Viridans.

18 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:

18a) 40-50%.
18b) 50-60%.
18c) 70-80%.
18d) 80-90%.

19 LA INCIDENCIA DE NEUMONIA NOSOCOMIAL EN PACIENTES CON INGRESO HOSPITALARIO ES:

19a) 6-8 casos por 1000 ingresos.
19b) 20-25 casos por 1000 ingresos.
19c) 100-150 casos por 1000 ingresos.
19d) 30-40 casos por 1000 ingresos.

20 NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR (VAP) ES UN TIPO DE NEUMONIA QUE SE DESARROLLA EN UN PERIODO DE TIEMPO DESPUÉS DE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DE:

20a) 48-72 horas.
20b) < 24 horas.
20c) >72 horas.
20d) 7 días.

21 EN EL ABCESO DE PULMÓN SECUNDARIO A NEOPLASIA DE PULMÓN SE OBSERVA UN MAYOR NÚMERO DE INFECCIÓN POR:

21a) Nocardia.
21b) Pseudomona aureginosa.
21c) Bacteroides fragilis.
21d) Streptococus milleri.

22 DENTRO DE LAS INFECCIONES POR MYCOBACTERIAS TUBERCULOSAS, LA EXISTENCIA DE CAVITACIÓN ES MAS FRECUENTE EN:

22a) M. Tuberculosis.
22b) M. Avium.
22c) M. Kansasii.
22d) M. Xenopi.

23 EL PORCENTAJE DE CADA 100 PACIENTES CONTAGIADOS (TBC) QUE VAN A DESARROLLAR LA ENFERMEDAD SE CONSIDERA ES DE:

23a) 20.
23b) 10.
23c) 40.
23d) <5.

24 EN UN PACIENTE TRAS TX PULMÓN, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 2º Y 6º MES EXISTE UN INCREMENTO DE INFECCIONES MAYORITARIAMENTE POR:

24a) Neumococo.
24b) Citomegalovirus.
24c) Aspergillus.
24d) Listeria.

25 LOS HALLAZGOS RADIOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN LA NEUMONÍA POR CANDIDA SON:

25a) Cavitación.
25b) Nódulos múltiples.
25c) Áreas de consolidación.
25d) Derrame pleural.

26 LA RESPUESTA VENTILATORIA AL CO2 REFLEJA PRINCIPALMENTE LA ACTIVIDAD DE LOS QUIMIORECEPTORES CENTRALES, ESTA RESPUESTA ES:

26a) Lineal con incrementos de 2.5 a 3 L/min por cada mmHg de incremento de la PaCO2.
26b) Curvilínea con incrementos de 0.5 a 3 L/min por cada mmHg de incremento de la PaCO2.
26c) Lineal con incrementos de 5 a 10 L/min por cada mmHg de incremento de la PaCO2.
26d) Curvilínea con incrementos de 2.5 a 3 L/min por cada mmHg de incremento de la PaCO2.

27 EL SINDROME DE ONDINE SE REFIERE A:

27a) Hipoventilación alveolar debido a afectación del control autonómico de la ventilación
27b) Hiperventilación alveolar debido a afectación del control autonómico de la ventilación.
27c) Hipoventilación alveolar debido a afectación del control periférico de la ventilación.
27d) Hiperventilación alveolar debido a afectación del control periférico de la ventilación.

28 LA PREVALENCIA DE SAS (SÍNDROME APNEAS SUEÑO) EN MUJERES GESTANTES ES:

28a) Mayor que en la población normal con incrementos en el 1er trimestre.
28b) Similar a la población normal.
28c) Mayor que en la población normal con incrementos en el 3 er trimestre.
28d) Inferior a la población normal.

29 ¿EL TRATAMIENTO CPAP REDUCE EL RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES (ACV, INFARTO, MUERTE POR CAUSA VASCULAR)?

29a) No disminuye el riesgo.
29b) Depende del grado de severidad (saos).
29c) Depende de la duración del tratamiento.
29d) Sí disminuye el riesgo de manera global.

30 ¿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?

30a) 3 horas.
30b) 4 horas.
30c) 5 horas.
30d) 6 horas.

31 EL SINDROME DE PIERNAS INQUIETAS SE RELACIONA CON:

31a) Depósitos centrales descendidos de Fe.
31b) Depósitos elevados centrales normales de Fe.
31c) Niveles elevados de ferritina en el tálamo.
31d) Niveles elevados de ferritina en el núcleo rojo.

32 EN EL ENFISEMA CENTROLOBULILLAR LAS ALTERACIONES A NIVEL DE LOS BRONQUIOLOS TERMINALES:

32a) Preceden a las alteraciones alveolares.
32b) Suceden de manera similar en el tiempo.
32c) Dependen del tipo de enfisema.
32d) No son habituales en el enfisema centro lobulillar.

33 EN EL ENFISEMA POR DEFICIT DE ALFA1 ANTITRIPSINA ¿CUAL ES EL PARÁMETRO MAS EFICAZ PARA EVALUAR EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO?

33a) Evitar el descenso acelerado del FEV1.
33b) Reducir el número de exacerbaciones.
33c) Estabilizar la densidad pulmonar.
33d) Disminuir la mortalidad.

34 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 MODERADO A SEVERO (ESTUDIO FLAME) ¿CUÁL FUE EL RESULTADO?

34a) 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.
34b) 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.
34c) La variable exacerbación no era una variable evaluada en el estudio.
34d) 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.

35 EL MEJOR PREDICTOR PARA PREDECIR EXACERBACIÓN EN EL SEGUIMIENTO (3 AÑOS) EN PACIENTES EPOC ES:

35a) Grado de disnea.
35b) Medicación crónica.
35c) Historia de exacerbaciones previas.
35d) Severidad de la enfermedad.

36 EL RESLIZUMAB ES UN ANTICUERPO MONOCLONAL:

36a) Anti IL-5 en pacientes con asma alérgico.
36b) Anti IL-5 receptor en pacientes con asma alérgico.
36c) Anti IL-5 en pacientes con asma eosinofílico.
36d) Anti IL-5 receptor en pacientes con asma eosinofílico.

37 LA VARIABILIDAD FUNCIONAL EN EL ASMA SE DEFINE COMO:

37a) Variabilidad diaria o entre días en el Pico flujo > 20%.
37b) Diferencia entre espirometría basal y tras broncodilatación.
37c) Diferencia entre espirometría basal y en reagudización.
37d) Variabilidad diaria o entre días en el Pico flujo > 15%.

38 ASMA FATAL DE INICIO RÁPIDO.

38a) 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.

38b) 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.

38c) 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.

38d) 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

39 HISTORIA NATURAL DEL ASMA.

39a) 60% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.

39b) < 10% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.

39c) 10%-20% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.

39d) 30% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.

40 EL FENOTIPO DE ASMA ATÓPICO Y DE INICIO EN EDAD ADULTA ES:

40a) Más frecuente en asma severa y menos frecuente en moderada, no siendo frecuente la historia de rinitis en la infancia.

40b) Igual de frecuente independientemente del grado de severidad, no siendo frecuente la historia de rinitis en la infancia.

40c) Menos frecuente en asma severa y más frecuente en moderada no siendo frecuente la historia de rinitis en la infancia.

40d) Menos frecuente en asma severa y más frecuente en moderada, existiendo historia de rinitis en la infancia.

41 LA GRANULOMATOSIS ASMÁTICA SE DEFINE COMO:

41a) 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.

41b) 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.

41c) 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.

41d) 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.

42 EN PACIENTES CON ASMA, LA DLCO SE ENCONTRARÁ:

42a) Descendida y se relaciona con la severidad del asma.
42b) Normal o aumentada.
42c) Descendida por alteración de la ventilación / perfusión en bases.
42d) Relacionada con la PaO2.(misma tendencia que el O2)

43 SINDROME DE YOUNG.

43a) Describe a los pacientes con azoospermia obstructiva, bronquiectasias y sinusitis con evidencia de fibrosis quística.
43b) Describe a los pacientes con bronquiectasias y sinusitis, sin evidencia de fibrosis quística.
43c) Describe a los pacientes con bronquiectasias y sinusitis con evidencia de fibrosis quística.
43d) Describe a los pacientes con azoospermia obstructiva, bronquiectasias y sinusitis sin evidencia de fibrosis quística.

44 EN LA ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA LAS BRONQUIECTASIAS:

44a) Serán de predominio central.
44b) En esta enfermedad el asma NO es un factor independiente para la existencia de bronquiectasias.
44c) Son un hallazgo infrecuente.
44d) Serán de predominio periférico.

45 EL RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER DE PULMÓN DE UN FUMADOR ACTUAL DE UN PAQUETE AL DÍA DURANTE 40 AÑOS ES APROXIMADAMENTE:

45a) 100 veces el de alguien que nunca ha fumado.
45b) 20 veces el de alguien que nunca ha fumado.
45c) 200 veces el de alguien que nunca ha fumado.
45d) 5 veces el de alguien que nunca ha fumado.

46 LAS MUTACIONES RESPECTO A LOS INHIBIDORES DE LA TIROSINCINASA (EGFR) SE OBSERVAN EN:

46ª) La población asiática con adenocarcinoma pulmonar.
46b) El 45% de los carcinomas epidermoides.
46c) Son infrecuentes en población asiática con adenocarcinoma pulmonar.
46d) Aproximadamente el 45 por ciento de los carcinomas de células pequeñas

47 LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) PRESENTAN UN TIEMPO DE DUPLICACIÓN TÍPICO DE:

47a) 90 a 180 días
47b) < 100 días.
47c) < 50 días.
47d) 300 días.

48 CASI TODOS LOS PACIENTES EGFR QUE RESPONDEN INICIALMENTE A LOS INHIBIDORES TIROSINA CINASA (TKI) DESARROLLAN POSTERIORMENTE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DEBIDO A:

48a) Mutaciones secundarias del *EGFR* (receptor de factor de crecimiento epidérmico)
48b) Amplificación del receptor tyrosine kinase MET.
48c) Ambos mecanismos.
48d) Mecanismos desconocidos.

49 EL HAMARTOMA PRESENTA LAS SIGUIENTES CARÁCTERÍSTICAS:

49a) Suele ser periférico de predominio en lóbulos superiores.
49b) Suele ser central de predominio en lóbulos superiores.
49c) Suele ser periférico de predominio en lóbulos inferiores.
49d) Suele ser central de predominio en lóbulos inferiores.

50 LOS TUMORES CARCINOIDES:

50a) Se localizan habitualmente en bronquios principales lobares, sésiles y vascularizados.
50b) Se localizan habitualmente en carina principal y tráquea, sésiles y vascularizados.
50c) Se localizan habitualmente en bronquios principales intraluminares y poco vascularizados.
50d) Se localizan habitualmente en bronquios principales lobares e intraluminales.

51 EL RIESGO DE RECIDIVAS TRAS UN EPISODIO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA ES DE UN:

51a) 10%.
51b) 40%.
51c) 80%.
51d) <30%

52 EL % DE PACIENTES CON ETV IDIOPÁTICA QUE DESARROLLARÁN CANCER ES DE UN:

52a) 1%.
52b) 10%.
52c) >50%.
52d) 25%.

53 EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA (CTEPH) REQUIERE QUE SE CUMPLAN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

53a) PAP≥25 mmHg en reposo con PCWP ≤15 mmHg y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.
53b) PAP≥25 mmHg en reposo y en ausencia de PCWP ≤15 mmHg.
53c) PAP≥35 mmHg en reposo en ausencia de PCWP ≤15 mmHg y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.
53d) PAP≥25 mmHg en reposo y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.

54 EL TEST DE REACTIVIDAD VASCULAR PULMONAR (HTP) SE CONSIDERARÁ POSITIVO SI:

54a) Descenso de la PAP media > 20mmHG y la PAP media sea de 40mmHG con descenso en el gasto cardiaco.
54b) Descenso de la PAP media > 20mmHG y la PAP media sea de 40mmHG sin descenso en el gasto cardiaco.
54c) Descenso de la PAP media > 10mmHG y la PAP media sea de 40mmHG con descenso en el gasto cardiaco.
54d) Descenso de la PAP media > 10mmHG y la PAP media sea de 40mmHG sin descenso en el gasto cardiaco.

55 LOS NIVELES DE PEPTIDO NATRIURÉTICO PLASMÁTICO (BNP), PARA SER CONSIDERADOS POSITIVOS DE FALLO CARDIACO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL, SERÁN:

55a) < 100 pg/ml.
55b) 100 pg/ml.
55c) 200 pg/ml.
55d) 150 pg/ml.

56 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:

56a) 1%.
56b) 3%.
56c) 4%.
56d) 5%.

57 EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE FALLO CARDIÁCO DURANTE UN TEST DE EJERCICIO, EL PARÁMETRO QUE MEJOR SE CORRELACIONA CON UNA MAYOR MORTALIDAD A 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO ES:

57a) Un consumo de O2 (VO2) > 20 ml/kg/min.
57b) Un equivalente de CO2 (Ve/VCO2) > 34.
57c) Un equivalente de CO2 (Ve/VCO2) < 34.
57d) Un consumo de O2 (VO2) < 20 ml/kg/min.

58 EL SINDROME DE CHURG STRAUSS SE DEFINE COMO LA PRESENCIA DE:

58a) Asma grave, eosinofilia sanguínea, vasculitis sistémica.
58b) Asma NO grave, eosinofilia sanguínea, vasculitis pulmonar.
58c) Asma grave ,eosinofilia sanguínea, vasculitis pulmonar
58d) Asma grave, vasculitis sistémica.

59 LA FRECUENCIA DEL SINDROME HEPATO PULMONAR EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA ES DE UN:

59a) < 5%.
59b) 5%-10%
59c) 25%.
59d) 50%.

60 EN EL SINDROME HEPATO PULMONAR LA ORTODEXIA SE REFIERE A:

60a) 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.
60b) Un aumento en la disnea inducida al incorporarse en posición vertical y que cede al tumbarse.
60c) Un aumento en la disnea inducida al tumbarse y que cede en posición vertical.
60d) 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.

61 EN EL SINDROME DE CREST LA INCIDENCIA DE HIPERTESIÓN ARTERIAL PULMONAR ES:

61a) De un 10%
61b) De un 50%.
61c) Similar al Lupus.
61d) Similar al Sjogren.

62 LA PRESENCIA EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR DE UN % > 5% DE CÉLULAS CD1+ Y PROTEINA S-100 ORIENTA A:

62a) Afectación pulmonar por colagenosis.
62b) Histiocitosis X.
62c) Proteinosis alveolar.
62d) Neumonitis por hipersensibilidad.

63 EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA LOS EFECTOS SECUNDARIOS MAS FRECUENTES DE LOS NUEVOS FÁRMACOS (PIRFERIDONA, NINTEDANIB) SON:

63a) Pirferidona: anorexia.
63b) Nintedanib: diarrea.
63c) Pirferidona: fotosensibilidad.
63d) Nintedanib: fotosensibilidad

64 LAS INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO CON PIRFERIDONA SERÍAN PACIENTES CON:

64a) FVC ≥50 % teórico y DLCO ≥35 % teórico.
64b) FVC <50 % teórico y DLCO ≥35 % teórico.
64c) FVC <50 % teórico y DLCO <35 % teórico.
64d) Test marcha 6 minutos < 250 metros.

65 EL LAVADO BRONCOLVEOLAR EN LA SARCOIDOSIS MUESTRA:

65a) Un cociente CD4/CD8 > 3.5-4.
65b) Un cociente CD8/CD4 > 3.5-4.
65c) Aumento de neutrófilos.
65d) Linfocitosis con cociente CD4/CD8 <1.

66 LOS HALLAZGOS FUNCIONALES MAS FRECUENTES EN LA LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS SON:

66a) Patrón obstructivo con DCO normal.
66b) Patrón restrictivo con DCO normal.
66c) Patrón restrictivo con DCO descendida.
66d) Patrón obstructivo con DCO descendida

67 EL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGF-D) EN LAS MUJERES CON LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS (LAM).

67a) Cifras de > 800 pg/ml se observan en > 2/3 de las pacientes.
67b) Cifras de > 600 pg/ml se observan en > 2/3 de las pacientes.
67c) Es un parámetro que independientemente de sus niveles presenta una baja especificidad.
67d) Los niveles de VEGF-D no son útiles para diferenciar la LAM de otras enfermedades quísticas.

68 EN PACIENTES CON LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS MODERADA / SEVERA EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ES:

68a) Everolimus.
68b) Matrix metalloproteinase inhibidores.
68c) Sirolimus.
68d) Resveratrol.

69 LA NEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA CURSA CON:

69a) Imágenes periféricas sin eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.
69b) Imágenes centrales sin eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.
69c) Imágenes centrales con eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.
69d) Imágenes periférica con eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado

70 EL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN UNA NEUMONITIS POR HIPERSENSIBLIDAD MOSTRARÁ:

70a) Linfocitosis con cociente CD4/CD8> 1.
70b) Escasa presencia de CD3+/CD8+/CD56+/CD57+/CD10.
70c) Linfocitosis con cociente CD4/CD8<1.
70d) Eosinofilia habitualmente > 10%.

71 EN EL DIAGNÓSTICO DE LA BRONQUIOLITIS OBLITERANTE (TX PULMONAR) EL MÉTODO DIAGNÓSTICO MÁS RENTABLE ES:

71a) Broncoscopia.
71b) Biopsia transbronquial.
71c) Lavado broncoalveolar.
71d) TACAR.

72 LA ATELECTASIA REDONDA SE RELACIONA CON:

72a) La existencia de tumores no sólidos.
72b) La existencia de fibrosis pleurales relacionadas con procesos infecciosos.
72c) La existencia de fibrosis pleurales relacionadas con exposición al amianto.
72d) Alteraciones parenquimatosas asociadas a obstrucciones distales.

73 EL RIESGO PARA DESARROLLAR ASBESTOSIS ES MAYOR PARA LAS FIBRAS DE:

73a) Tremolita.
73b) Crocidolita.
73c) Crisotilo.
73d) Erionita.

74 DE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS, ¿CUAL ES EL QUE PRESENTA MAYOR FRECUENCIA EN DESARROLLAR LUPUS?

74a) Infliximab
74b) Procainamida.
74c) Lovastatina.
74d) Nitrofurantoina.

75 LA APARICIÓN DE FIBROSIS PULMONAR TRAS RADIOTERAPIA OCURRE HABITUALMENTE A LOS:

75a) 2 Meses.
75b) 3-4 Meses.
75c) 6 Meses.
75d) 9 Meses

76 EL DERRAME PLEURAL CON PREDOMINIO DE EOSINÓFILOS:

76a) Descarta malignidad si >10%.
76b) Descarta malignidad si >5%.
76c) No descarta malignidad.
76d) Se debe correlacionar con las cifras sanguíneas.

77 LOS GÉRMENES MÁS HABITUALES EN EL EMPIEMA SON:

77a) Staphylococcus aureus.
77b) Staphylococcus coagulase negativo.
77c) Pseudomonas.
77d) Klebsiella.

78 LA FRECUENCIA DE NEUMOTORAX EN LA FIBROSIS QUÍSTICA ES DE UN:

78a) 5%
78b) 1%.
78c) 10%.
78d) 10-20%.

79 LOS TUMORES QUE MAS FRECUENTEMENTE METASTATIZAN A NIVEL DE PLEURA SON:

79a) Pulmón, colon, mama.
79b) Pulmón, mama, linfoma.
79c) Pulmón, colon, melanoma.
79d) Pulmón, colon, sarcoma.

80 EN EL MESOTELIOMA PRIMARIO EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:

80a) Un 15% de los pacientes han desarrollado metástasis habitualmente sintomáticas.
80b) Un 50% de los pacientes han desarrollado metástasis habitualmente asintomáticas.
80c) Un 50% de los pacientes han desarrollado metástasis habitualmente sintomáticas.
80d) Un 15% de los pacientes han desarrollado metástasis habitualmente asintomáticas.

81 DE LOS TIMOMAS, EL TIPO HISTOLÓGICO QUE MÁS FRECUENTEMENTE SE ASOCIA A MIASTENIA GRAVIS ES EL TIPO:

81a) B3 (Epitelial, atípico, escamoso, bien diferenciado)
81b) A (Células en huso)
81c) B1(Linfocitos abundantes y cortical)
81d) B2 (cortical)

82 EL LINFOMA MEDIASTÍNICO MÁS COMÚN ES:

82a) Linfoma Hodgkin.
82b) Linfoma no Hodgkin.
82c) Linfoma primario mediastínico.
82d) Linfoma Hodgkin y no Hodgkin presentan % similares.

83 LOS PARÁMETROS FUNCIONALES QUE ORIENTARÁN A LA EXISTENCIA DE PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA BILATERAL SON:

83a) Caída de la Capacidad vital de un 20% entre supino y decúbito y una relación PEM/PIM> 2.
83b) Caída de la Capacidad vital de un 50% entre supino y decúbito, y una relación PEM/PIM> 2.
83c) Caída de la Capacidad vital de un 20% entre supino y decúbito, y una relación PEM/PIM< 2.
83d) Caída de la Capacidad vital de un 50% entre supino y decúbito, y una relación PEM/PIM< 2.

84 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA LA UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CUANDO SE OBSERVA UNA PIM< 60 CMH20 E HIPERCAPNIA DIURNA:

84a) Si NO hay afectación bulbar, aumenta la expectativa de vida.
84b) Si hay afectación bulbar, hay mejoría en la expectativa de vida.
84c) Es beneficiosa en ambos supuestos.
84d) No tiene eficacia sobre este parámetro en ninguno de los dos supuestos.

85 LA EFICACIA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA:

85a) Es similar a la eficacia en la insuficiencia respiratoria aguda hipercánica.
85b) Es inferior a la eficacia en la insuficiencia respiratoria aguda hipercánica.
85c) No es eficaz en ninguna situación clínica.
85d) Existe acuerdo en los consensos sobre su utilidad en la insuficiencia aguda hipoxémica.

86 LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DISTRESS RESPIRATORIO SERÁN:

86a) Enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO2/FiO2<100mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de insuficiencia cardiaca.
86b) NO enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO2/FiO2<200 mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de Ins cardiaca.
86c) NO enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO2/FiO2<100 mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de Ins cardiaca.
86d) Enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO2/FiO2<200mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de Ins cardiaca.

87 UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA DEBERÁ INCLUIR OBLIGATORIAMENTE (EVIDENCIA 1A):

87a) Entrenamiento de piernas y de los músculos respiratorios.
87b) Entrenamiento de brazos y de los músculos respiratorios
87c) Entrenamiento de piernas y brazos.
87d) Entrenamiento de piernas y de los músculos respiratorios y fisioterapia.

88 UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA TENDRÁ UNA DURACIÓN DE:

88a) 3 días /semana durante 8 semanas.
88b) 3 días /semana durante 4 semanas.
88c) 5 días /semana durante 6 semanas.
88d) 3 días /semana durante 12 semanas.

89 LA SUPERVIVENCIA MEDIA EN EL TRANSPLANTE PULMONAR, SEGÚN DATOS DE LA INTERNATIONAL SOCIETY FOR HEART AND LUNG TRANSPLANTATION (ISHLT), AÑO 2017, ES DE:

89a) 3 años siendo superior en los unilaterales respecto a los bilaterales.
89b) 6 años siendo superior en los unilaterales respecto a los bilaterales.
89c) 6 años siendo superior en los bilaterales respecto a los unilaterales.
89d) 3 años siendo superior en los bilaterales respecto a los unilaterales.

90 ¿CUALES DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS JUSTIFICAN LA INCLUSIÓN EN LA LISTA DE TRANSPLANTE PULMONAR (EPOC)?

90a) 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.
90b) BODE index ≥7,FEV_1 <15 –20%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP
90c) BODE index ≥5, FEV_1 <15 –20%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP.
90d) BODE index ≥7,FEV_1 <20-30%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP.

91 CON TRATAMIENTO ÓPTIMO, ¿QUE % DE FUMADORES DEJAN EL HÁBITO EN UN PERIODO DE 6 MESES O MÁS?

91a) 25-35%.
91b) <10%.
91c) 15-20%.
91d) >40%.

92 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

92a) La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria.
92b) La atención primaria comprende la atención paliativa a enfermos terminales.
92c) La atención primaria comprende la asistencia especializada en consultas.
92d) La atención primaria comprende la atención a la salud bucodental.

93 EN RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD DE EUSKADI, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

93a) Su aprobación corresponde al Gobierno Vasco.
93b) Su contenido incluirá, entre otros determinantes, los indicadores de evaluación de los objetivos de salud, gestión y de calidad del sistema.
93c) Su evaluación anual corresponde al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
93d) En él se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles.

94 LA COMPETENCIA PARA LA REORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ADSCRITOS A OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD MEDIANTE LA MODIFICACIÓN, FUSIÓN O SEGREGACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS EXISTENTES Y QUE NO DISPONGAN DE PERSONALIDAD JURÍDICA PROPIA, CORRESPONDE:

94a) Al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94b) Al Consejo de Gobierno.
94c) A la persona titular del departamento al que esté adscrito Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94d) A la Dirección General de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

95 CONFORME A LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SE OTORGARÁ POR ESCRITO:

95a) Cuando se otorgue por representación.
95b) Siempre.
95c) Cuando se trate de la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
95d) Las 3 afirmaciones anteriores son falsas.

96 A LOS EFECTOS DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, TIENE LA CONSIDERACIÓN DE DATO DE CARÁCTER PERSONAL:

96a) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas.
96b) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.
96c) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas o identificables.
96d) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas.

97 CONFORME A LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, LA DEFENSA DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE SEXO EN EL SECTOR PRIVADO CORRESPONDE:

97a) Al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de Igualdad.
97b) Al Gobierno Vasco, a las Diputaciones Forales y a los Ayuntamientos.
97c) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.
97d) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y al Gobierno Vasco.

98 LOS PRINCIPIOS QUE INSPIRAN EL PLAN DE SALUD SON:

98a) La universalidad, la calidad de los servicios, la sostenibilidad, la responsabilidad de las personas, la humanización de la atención y la coordinación sociosanitaria.
98b) La universalidad, la suficiencia financiera, la participación de los profesionales, la sostenibilidad y la mejora de la esperanza de vida.
98c) La universalidad, la solidaridad, la equidad, la calidad de los servicios de salud, la participación ciudadana y la sostenibilidad.
98d) La universalidad, la equidad, la responsabilidad de las personas, la profesionalidad, la sostenibilidad, la suficiencia financiera y la mejora de la esperanza de vida.

99 SOBRE EL RETO Y PROYECTO DE MEJORAR LA ACCESIBILIDAD ASISTENCIAL, EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO PERSEGUIDO POR OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

99a) El objetivo es mejorar los sistemas de gestión, planificación, producción y control de las listas de espera.
99b) El objetivo es mejorar la organización y calidad de los servicios sanitarios para agilizar los plazos de atención.
99c) Mejorar y estabilizar el número de pacientes y su demora en las listas de espera de consultas, pruebas diagnósticas y especialmente la demora quirúrgica, introduciendo criterios de calidad en su gestión.
99d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

100 EN RELACIÓN CON LA ROTULACIÓN DE LAS DEPENDENCIAS DE OSAKIDETZA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

100a) A partir del primer año desde la aprobación del II Plan de Euskera, la rotulación de las dependencias de Osakidetza-Servicio vasco de salud deberá estar redactada en las dos lenguas oficiales.
100b) Cuando las palabras que han de aparecer yuxtapuestas en el rótulo tengan una grafía muy similar y la utilización del euskera no impida la comprensión por parte de las personas que no sean vascoparlantes, se rotulará solamente en euskera.
100c) Cuando el mensaje del rótulo vaya expresado mediante imágenes que garanticen su comprensión, el texto que lo acompañe podrá ir indistintamente en cualquiera de los dos idiomas.
100d) Las tres respuestas anteriores son falsas.

PREGUNTAS RESERVA

101 ¿QUÉ PERIODO DE DESARROLLO PULMONAR TIENE LUGAR ENTRE LAS SEMANAS 16-17?

101a) Canicular.
101b) Perinatal.
101c) Pseudoglandular.
101d) Postnatal.

102 EL VOLUMEN ALVEOLAR EN EL CUAL SE PRODUCE EL RECAMBIO GASEOSO ES, RESPECTO DE LA CRF (CAPACIDAD RESIDUAL FUNCIONAL), DE UN:

102a) 5%.
102b) 25%
102c) 15%
102d) 30%

103 LA DENSIDAD DE POBLACION BACTERIANA EN EL AIRE ES DE:

103a) 15 UFC/m3.
103b) 30 UFC/m3.
103c) 100 UFC/m3.
103d) 200 UFC/m3.

104 LA HEMOPTISIS EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SE OBSERVA EN UN:

104a) 2%.
104b) 25%.
104c) 20%.
104d) 10%.

105 DE LOS SCORES PARA MEDIR EL RIESGO EN NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD ENTRE EL PSI Y EL CURB:

105a) El PSI tiende a obtener scores más bajos (menor gravedad).
105b) El CURB tiende a obtener scores más bajos.
105c) Ambos scores presentan valores similares.
105d) No son comparables por utilizarse en poblaciones diferentes.

106 LOS CRITERIOS CLÍNICOS QUE PODRÍAN DAR UN DIGNÓSTICO DE FALSO POSITIVO DE NEUMONÍA EN PACIENTES CON DISTRESS RESPIRATORIO SON DE UN:

106a) 29%.
106b) 10%.
106c) 5%.
106d) 1%.

107 LA EXISTENCIA DE REFLUJO GASTRO ESOFÁGICO EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA ES:

107a) Ocasional.
107b) < 20%.
107c) >80%.
107d) < 40%.

108 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WILSON Y HALL, UN TRAUMATISMO TORÁCICO GRADO III SE DEFINE SEGÚN LA LESIÓN MECÁNICA QUE PRESENTA, SI EXISTE:

108a) Hemotórax y neumotórax bilateral.
108b) Inestabilidad parietal, hemotórax y neumotórax.
108c) Fracturas múltiples y hemotórax.
108d) Fractura única.

109 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE VANDERSCHUEREN PARA ENFERMEDAD BULLOSA, LA CATEGORÍA III SE DEFINIRÁ POR LA EXISTENCIA DE:

109a) Pacientes con adherencias pleurales.
109b) Pacientes con múltiples burbujas en la pleura visceral.
109c) Pacientes sin anomalías en la exploración toracoscópica.
109d) Pacientes con lesiones bullosas/burbujas y adherencias.

110 EN RELACIÓN CON LA ESTRATEGIA REFERIDA A LAS BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES <u>FALSA:</u>

110a) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable en las personas con problemas de circulación sanguínea.
110b) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable de los pacientes encamados.
110c) El riesgo de sufrir una caída aumenta considerablemente durante el ingreso hospitalario.
110d) Se estima que casi 1/3 de las caídas durante el ingreso hospitalario se pueden prevenir.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

FAK. ESP. NEUMOLOGIAKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO NEUMOLOGIA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 A	031 A	061 B	091 C
002 B	032 A	062 B	092 C
003 A	033 C	063 B	093 C
004 C	034 A	064 A	094 A
005 B	035 C	065 A	095 C
006 C	036 C	066 D	096 B
007 A	037 A	067 A	097 C
008 B	038 A	068 C	098 C
009 C	039 A	069 B	099 D
010 Baliogabetua	040 D	070 C	100 C
011 C	041 D	071 B	101 A
012 B	042 B	072 C	Erreserbak / Reservas
013 B	043 D	073 D	102 C
014 B	044 A	074 B	103 A
015 C	045 B	075 B	104 A
016 B	046 A	076 C	105 A
017 B	047 A	077 A	106 A
018 D	048 C	078 C	107 C
019 A	049 C	079 B	108 B
020 A	050 A	080 B	109 B
021 B	051 B	081 D	110 A
022 C	052 B	082 A	
023 B	053 A	083 B	
024 B	054 D	084 A	
025 B	055 C	085 B	
026 A	056 D	086 D	
027 A	057 B	087 C	
028 C	058 A	088 A	
029 A	059 C	089 C	
030 D	060 A	090 B	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.
(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak
(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

Osakidetza

2016 OPE 2017

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 171/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución nº 171/2018 de 14 de Febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de Marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. NEUMOLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MEDICO NEUMOLOGIA

Proba eguna / Fecha prueba
2018ko maiatzaren 27an/ 27 de mayo de 2018

***2.ariketa** / 2º ejercicio*

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 31 años de origen vietnamita que lleva 6 años viviendo en CAV, presenta desde hace 1 mes un cuadro de febrícula, tos, expectoración mucosa, en una ocasión hemoptoica y afectación del estado general con ligera pérdida de peso. No refiere antecedentes personales de interés ni tratamientos anti-TBC previos. La exploración física es normal y la analítica tampoco revela anormalidades, incluido HIV que es negativo. Test de embarazo negativo.

La Rx de tórax es patológica mostrando una condensación parenquimatosa en LID no cavitada. Tratada inicialmente en Atención Primaria con Levofloxacino sin mejoría, se solicita una baciloscopia de esputo que es positiva con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* mostrando el antibiograma resistencia a Rifampicina, Isoniacida, y Estreptomicina, siendo sensible al resto de los fármacos testados (Pirazinamida, Amikacina, Moxifloxacino, Etambutol, Etionamida, Capreomicina y Kanamicina).

PREGUNTAS:

1.-En base a lo expuesto y según el patrón de resistencias ¿qué tipo de resistencia presenta esta paciente?

2.-Detallar, según las últimas recomendaciones de la OMS, el esquema de tratamiento acortado que se podría recomendar a esta paciente y la duración del mismo

3.-¿Cómo se manejarían los contactos de esta paciente?

CASO CLÍNICO 4

Varón de 66 años. Antecedentes de HTA. DM tipo II con retinopatía diabética. ERC estadio 3. Dos infartos cerebelosos isquémicos el año 2005, sin secuelas. Dos episodios de derrame pericárdico de etiología no filiada que requirieron ventana pericárdica los años 2008 y 2010. Ex fumador con consumo acumulado 60 paquetes-año. SAHS severo diagnosticado 1 año antes y en tratamiento con CPAP a 8 cm de H2O. Acude a revisión en consulta refiriendo mala tolerancia a la CPAP por epíxtasis frecuentes los últimos meses, con anemizaciones que requieren transfusiones. A la exploración destacan: telangiectasias malares y nasales, AP hipoventilación global con roncus aislados.

PREGUNTAS:

1.- Cuál es el diagnóstico de presunción y cuáles son los criterios que definen este síndrome.

2.- Cuáles son las principales alteraciones genéticas del síndrome.

CASO CLÍNICO 5

Varón de 55 años; exfumador desde hace 10 años; diagnosticado de déficit de alfa -1 – Antitripsina; diagnosticado desde el 2015 de EPOC muy grave; FEV1 28% del teórico; DCO 31% ; Disnea MRC 3; BODE 8 ; se incluye en lista de espera para trasplante de pulmón en julio del 2016 . El 3 de febrero de 2017 se realiza trasplante bipulmonar en centro de referencia. A las 24 horas del trasplante, estando en UCI, se observa en RX tórax ocupación alveolar bilateral y deterioro gasométrico a pesar de estar con IOT y VMI con FIO2 50%.

PREGUNTAS:

1.- **Criterios del donante ideal para trasplante de pulmón**
2.- **Complicaciones precoces asociadas al trasplante pulmonar**
3.- **Tratamiento inmunosupresor en el paciente sometido a trasplante pulmonar**

CASO CLÍNICO 8:

Varón de 31 años con Antecedentes Familiares: Madre con asma en la edad adulta.

Antecedentes Personales: No hábitos tóxicos. Refiere hace 10 años contacto con un familiar diagnosticado de tuberculosis. No se realizó estudio de contactos. Actividad física: realiza deporte diariamente.

Diagnosticado de Dermatitis atópica, rinitis y dudosos pólipos desde hace 6 años. Hace 2 años fue diagnosticado de Asma persistente leve. Se realizó en esa fecha IgE especifica con resultado positivo para Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae, gramíneas, alternaria y aspergillus.

Antecedentes epidemiológicos: vive en ambiente rural, contacto animales de granja. Aficionado a la caza, despluma las aves después de la caza.

Antecedentes Laborales: Trabaja en una fábrica de muebles, donde realiza labores de barnizado y pintura.

Analítica: IgE total 987 IU/ml, Hemograma: Leucocitos 9.800 Hematíes 5.050.000 Hemoglobina 16,3 Plaquetas 464.000, Basófilos 1%, Eosinófilos 10,1%, Segmentados 39%, Linfocitos 43%, Monocitos: 7%

En Rx de Tórax se objetivaba aumento de trama con alguna atelectasia laminar.

Exploración funcional respiratoria mostraba los siguientes datos: FVC: 4.480 (92%), FEV1: 3620 (82%), FEV1/FVC: 75,14%. FENO: 80ppb

Tras el diagnóstico de Asma Leve con atopia se pauta Budesonida turbuhaler 400: 1 inhalación cada 12 horas y Budesonida nasal cada 24 horas. Durante el primer año posterior al diagnóstico presenta aumento de síntomas por lo que el médico de atención primaria aumenta el tratamiento Budesonida / Formeterol 160/4,5 a 2 inhalaciones cada 12 horas y de rescate y Montelukast 10 mg a la noche.

El paciente necesita durante los últimos meses atención médica a nivel de atención primara por exacerbación en 3 ocasiones, precisando tandas de corticoides orales y se añade Tiotropio. En la última consulta acude por aumento de sibilancias, tos, febrícula y en RX de Tórax se describe aumento de densidad en LSD. Se prescribe Amoxicilina-Clavulánico: 1gr cada 8 horas durante 10 días, con mejoría parcial y se remite a consulta especializada.

El paciente valorado en consulta, refiere que se encuentra algo mejor, aunque precisa utilizar el rescate diariamente. En la exploración física, presenta buen estado general. Peso: 70 kg, Altura 1,85. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido, roncus y sibilantes dispersos. Espirometría FVC: 4.200 (86%), FEV1: 2.900 (65%), FEV1/FVC: 69%. FENO: 60 ppb.

TAC Torácico: focos consolidativos pulmonares en LII, LSI y LM asociados a ectasias bronquiales. Opacidades nodulares rodeadas de un halo en vidrio esmerilado y patrón en brote.

PREGUNTAS :

1.- Planteamiento diagnóstico y solicitud razonada de pruebas diagnósticas a realizar.
2.- Diagnóstico diferencial y opción diagnostica más probable.
3.- Elección del tratamiento razonado en función del diagnóstico más probable, y especificar los criterios de respuestas esperados.