

OSAKIDETZA

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

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
EUSKARAZ

- 1 BIRIKAN, PLEURAKO PRESIOA APEXAREN ETA OINALDEAREN ARTEAN ALDA DAITEKE (GRADIENTE HIDROSTATIKOA). ZENBAT GUTXI GORABEHERA?**
- 1a) -8 eta -3 cmH₂O bitartean.
 1b) -10 eta 0 cmH₂O bitartean.
 1c) <2 cmH₂O gradiente baztergarria.
 1d) -15 eta 0 cmH₂O bitartean.
- 2 EGOERA FISIOLÓGIKOETAN, NOLAKOA DA BIRIKA-PRESIO ELASTIKOAREN ETA HONDAR-EDUKIERA FUNTZIONALAREN (FRC) ETA ARNASGORAREN AMAIERAREN ARTEKO BOLUMEN KORRONTEAREN ARTEKO LOTURA?**
- 2a) Eliptikoa.
 2b) Lineala.
 2c) Esponentziala.
 2d) Alderantzikatua.
- 3 FLUXUA TURBULENTU BILAKATUKO DA, BALDIN ETA REYNOLDS ZENBAKIA HAU BAINO HANDIAGOA BADA:**
- 3a) 1000.
 3b) 100.
 3c) 50.
 3d) 500.
- 4 FLUXU/BOLUMEN/PRESIO KURBAN, ZERI ESATEN ZAIO ESFORTZU INDEPENDENTE?**
- 4a) EBaren (edukiera bitala) % 25i, HBraino (hondar-bolumena).
 4b) EBaren (edukiera bitala) % 50i, HBraino (hondar-bolumena).
 4c) EBaren (edukiera bitala) % 80ri, HBraino (hondar-bolumena).
 4d) FParen (fluxu-pikoa) % 50i, HBraino (hondar-bolumena).
- 5 ALBEOLOAREN ETA PRESIO BEREKO PUNTUAREN ARTEKO ALDEA HAU BEZALAKOA DA:**
- 5a) Bide zentralen erresistentzia.
 5b) Atzera-egite elastikoaren presioa.
 5c) Bide periferikoen erresistentzia.
 5d) Albeoloetako presioa.
- 6 ZER DA BIDE PERIFERIKOEN ERRESISTENTZIA (R)?**
- 6a) $R = P \text{ Elastikoa} / \text{Gehieneko fluxua}$.
 6b) $R = \text{Gehieneko fluxua} / P \text{ Elastikoa}$.
 6c) $R = \text{Presio bereko puntua} / \text{gehieneko fluxua}$.
 6d) $R = \text{Gehieneko fluxua} / \text{Presio bereko puntua}$.

7 BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DAGOKIO BIRIKA-HISTERESIARI?

- 7a) Elementu biskosoaren disipazio energetikoa erakusten du.
- 7b) Elementu elastikoaren disipazio energetikoa erakusten du.
- 7c) Arnasbideetako erresistentziari lotzen zaio.
- 7d) Arnasa hartzeko eta botatzeko presioak birika-bolumen bakoitzean antzekoak izatea eragiten du.

8 8.000 METROKO GARAIERAN, NOLAKOA IZANGO DA PA0₂ (ALBEOLOETAKO OXIGENO-PRESIOA)?

- 8a) Txikiagoa, FI02 (Fraction of inspired oxygen) txikiagoagatik.
- 8b) Txikiagoa, Patm (presio atmosferikoa) txikiagoagatik.
- 8c) Txikiagoa, CO₂ gehitzeagatik.
- 8d) Txikiagoa; gradiente albeolo-arteriala antzekoa izango da, ordea.

9 NOLAKOA IZANGO DA O₂-AREN DIFUSIOA?

- 9a) CO₂-aren antzekoa, disolbagarritasun-koefiziente bera duelako.
- 9b) CO₂ baino handiagoa, disolbagarritasun-koefiziente txikiagoa duelako.
- 9c) CO₂ baino txikiagoa, disolbagarritasun-koefiziente txikiagoa duelako.
- 9d) CO₂ baino handiagoa, disolbagarritasun-koefiziente handiagoa duelako.

10 ZER DA SHUNTA?

- 10a) Perfusioa / Aireztapena = 0.
- 10b) Aireztapena / Perfusioa = &.
- 10c) Aireztapena / Perfusioa = 0.
- 10d) Perfusioa / Aireztapena = 0.

11 ZEIN DA TH1 ERANTZUNAREN ERAGILE NAGUSIA?

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

12 KRIOTERAPIAN, ZEIN DA ODOLJARIO MODERATUAREN MAIZTASUNA?

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

13 12 AZTERKETAKO 2012KO METAANALISI BATEAN (1.658 PAZIENTE GUZTIRA), NSCLC-A ZUTEN PAZIENTEEI DAGOKIENEZ, ZENBATEK ERAKUTSI ZUTEN EBUS-AREKIKO SENTIKORTASUNA?

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

- 14 BIRIKA-NODULU BAKARTIA AURKITUZ GERO, LESIOA GAIZTOA BADA, ZEIN IZANGO LITZATEKE MOTA HISTOLOGIKO OHIKOENA?**
- 14a) Kartzinoidea.
14b) Adenokartzinoma.
14c) Epidermoidea.
14d) Zelula handiak.
- 15 OPERAZIO AURREKO EBALUAZIOAN (ERAUZKETA-KIRURGIA), ZER ADIERAZI NAHI DU VO2 (OXIGENO-KONTSUMOA) 9 ML/KG/MIN BALIOAK?**
- 15a) Operazio aurreko arriskurik ez dagoela.
15b) Arrisku moderatua, osatu ebaluazioa DCOa neurtuz.
15c) Operazio aurreko kontraindikazioa.
15d) Bigarren mailako parametro bat da.
- 16 ARNASA HARTZEKO GAITASUNEAN, BRONKODILATAZIOAREN OSTEAN, ZER DA % 10 ETA 200 ML-KO ALDAKETA BAT?**
- 16a) Erantzun fisiologiko bat da.
16b) FRCKo (hondar-edukiera funtzionala) aldaketekin lotuta dago.
16c) Paziente murriztaileen artean ikusten da.
16d) Ohiko erantzuna da buxadura moderatua duten pazienteen artean.
- 17 BUXADURAZKO ARNAS GAIXOTASUN KRONIKOA DUTEN PAZIENTEEK MPP-AK (MIKROORGANISMO POTENTZIALKI PATOGENOAK) DITUZTENEAN, ZEIN DA OHIKOENA?**
- 17a) *S. pneumoniaea*.
17b) *H. Influenzaea*.
17c) *M. Catarrhalisa*.
17d) *S. Viridansa*.
- 18 PAZIENTE EZEGONKORREN ARTEAN PNEUMONIA DIAGNOSTIKATZEKO, TORAXEKO KALITATEZKO ERRADIOGRAFIA LORTZERIK EZ DAGOENEAN, ZER SENTIKORTASUN DU ULTRASOINUAK ERABILTZEAK?**
- 18a) % 40-50.
18b) % 50-60.
18c) % 70-80.
18d) % 80-90.
- 19 ZEIN DA PNEUMONIA NOSOKOMIALAREN INTZIDENTZIA OSPITALERATUTAKO PAZIENTEEN ARTEAN?**
- 19a) 6-8 kasu 1.000 ingresuko.
19b) 20-25 kasu 1.000 ingresuko.
19c) 100-150 kasu 1.000 ingresuko.
19d) 30-40 kasu 1.000 ingresuko.

- 20 AIREZTAPENARI LOTUTAKO PNEUMONIA (VAP) INTUBATZE ENDOTRAKEALAREN OSTEKO EPE JAKIN BATEN BURUAN GARATZEN DA, ZEIN DA EPE HORI?**
- 20a) 48-72 ordu.
20b) <24 ordu.
20c) >72 ordu.
20d) 7 egun.
- 21 BIRIKAKO NEOPLASIAREN SEKUNDARIO DEN BIRIKA-ABZESUAN, BAKTERIO BATEK ERAGINDAKO INFEKZIO KOPURU HANDIAGOA IKUSTEN DA. ZEIN DA BAKTERIO HORI?**
- 21a) *Nokardia*.
21b) *Pseudomonas aeruginosa*.
21c) *Bacteroides fragilisa*.
21d) *Streptococcus milleria*.
- 22 TUBERKULOSIAREN MIKOBAKTERIOEK ERAGINDAKO INFEKZIOEN BARRUAN, KABITAZIOA ZEINEK ERAGIN OHI DU GEHIEN?**
- 22a) *M. tuberculosisak*.
22b) *M. aviumak*.
22c) *M. kansasiak*.
22d) *M. xenopiak*.
- 23 KUTSATUTAKO 100 PAZIENTETIK GAIXOTASUNA ZENBATEK GARATUKO DUTELA KALKULATZEN DA?**
- 23a) 20k.
23b) 10ek.
23c) 40k.
23d) <5ek.
- 24 PAZIENTEEK, BIRIKA-TRANSPLANTEAREN OSTEAN, 2. ETA 6. HILABETEEN ARTEAN INFEKZIO GEHIAGO IZATEN DITUZTE. BATEZ ERE, ZERK ERAGITEN DITU INFEKZIO HORIEK?**
- 24a) Pneumokokoak.
24b) Zitomegalobirusak.
24c) *Aspergillusak*.
24d) Listeriak.
- 25 KANDIDAK ERAGINDAKO PNEUMONIAN, ZEIN DIRA AURKIKUNTZA ERRADIOLOGIKO OHIKOENAK?**
- 25a) Kabitazioa.
25b) Nodulu anizkoitzak.
25c) Kontsolidazio-eremuak.
25d) Pleurako isuria.

26 CO2-AREKIKO ARNAS ERANTZUNAK NAGUSIKI KIMIOERREZEPTORE ZENTRALEN JARDUERA ERAKUSTEN DU, NOLAKOA DA ERANTZUN HORI?

- 26a) Lineala, 2,5 eta 3 L/min arteko gehikuntzarekin PaCO₂a igotzen den mmHg bakoitzeko.
- 26b) Lerrimakurra, 0,5 eta 3 L/min arteko gehikuntzarekin PaCO₂a igotzen den mmHg bakoitzeko.
- 26c) Lineala, 5 eta 10 L/min arteko gehikuntzarekin PaCO₂a igotzen den mmHg bakoitzeko.
- 26d) Lerrimakurra, 2,5 eta 3 L/min arteko gehikuntzarekin PaCO₂a igotzen den mmHg bakoitzeko.

27 ZER DA ONDINEREN SINDROMEAK?

- 27a) Albeoloetako hipobentilazioa, aireztapenaren kontrol autonomikoaren erasanagatik.
- 27b) Albeoloetako hiperbentilazioa, aireztapenaren kontrol autonomikoaren erasanagatik.
- 27c) Albeoloetako hipobentilazioa, aireztapenaren kontrol periferikoaren erasanagatik.
- 27d) Albeoloetako hiperbentilazioa, aireztapenaren kontrol periferikoaren erasanagatik.

28 LAS-AREN (LOALDIKO APNEAREN SINDROMEAK) ZER PREBALENTZIA DAGO HAURDUN DAUDEN EMAKUMEEN ARTEAN?

- 28a) Populazio normalaren artean baino handiagoa, batez ere 1. hiruhilekoan.
- 28b) Populazio normalaren artekoaren antzekoa.
- 28c) Populazio normalaren artean baino handiagoa, batez ere 3. hiruhilekoan.
- 28d) Populazio normalaren artekoa baino txikiagoa.

29 GUTXITZEN AL DU TRATAMENDUAK (CPAP) GERTAKARI KARDIOPASKULARREN ARRISKUA (GHI-A, INFARTUA, GAITZ BASKULARRAK ERAGINDAKO HERIOTZA)?

- 29a) Ez du arriskua gutxitzen.
- 29b) Larritasun-mailaren araberakoa da (LBAS).
- 29c) Tratamenduaren iraupenaren araberakoa da.
- 29d) Oro har, arriskua gutxitzen du.

30 ZENBAT ORDU ERABILI BEHARKO GENUKE CPAP-A LOALDIAREN LATENTZIA ANIZKOITZEKO PROBAN ALERTA-MAILA NORMAL OBJEKTIBO BAT LORTZEKO?

- 30a) 3 ordu.
- 30b) 4 ordu.
- 30c) 5 ordu.
- 30d) 6 ordu.

31 ZEREKIN LOTZEN DA ZANGO URDURIEN SINDROMEAK?

- 31a) Fe-aren gordailu zentralak gutxituta edukitzearekin.
- 31b) Fe-aren gordailu goratu zentralak normal edukitzearekin.
- 31c) Talamoan ferritina-maila handiak edukitzearekin.
- 31d) Nukleo gorrian ferritina-maila handiak edukitzearekin.

32 BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DAGOKIE ENFISEMA ZENTROLOBULARREAN BRONKIOLLO TERMINALEN MAILAN GERTATUTAKO NAHASMENDUEI?

- 32a) Albeoloetako nahasmenduen aurretik gertatzen dira.
- 32b) Denbora bertsuan gertatzen dira.
- 32c) Enfisema motaren araberakoak dira.
- 32d) Ez dira ohikoak enfisema zentrolobularrean.

33 ALFA-1 ANTITRIPSINAREN ESKASIAK ERAGINDAKO ENFISEMAN, ZEIN DA PARAMETRO ERAGINKORRENA ORDEZKO TRATAMENDUA EBALUATZEKO?

- 33a) FEV1en jaitsiera azeleratua saihestea.
- 33b) Exazerbazioak gutxitzea.
- 33c) Birika-dentsitatea egonkortzea.
- 33d) Heriotza-tasa gutxitzea.

34 ZENTRO ASKOTAKO SAIKUNTZA BATEAN, GLIKOPIRRONIO/INDAKATEROL ELKARKETA (50 MIKROG/110 MIKROG, EGUNEAN BEHIN) FLUTIKASONA/SALMENTEROL ELKARKETAREKIN (500 MIKROG/50 MIKROG, EGUNEAN BITAN) KONPARATU ZEN BUXADURAZKO ARNAS GAIXOTASUN KRONIKO MODERATUTIK LARRIRA BITARTE ZEUKATEN 3.362 PAZIENTETAN (FLAME AZTERKETA). ZEIN IZAN ZEN EMAITZA?

- 34a) Aurreko urtean gutxienez bi exazerbazio moderatu edo ospitalizazio bat izandako pazienteek antzeko exazerbazio-tasak izan zituzten bi tratamenduekin.
- 34b) Aurreko urtean gutxienez bi exazerbazio moderatu edo ospitalizazio bat izandako pazienteek exazerbazio-tasa txikiagoak izan zituzten FLU/SAL tratamenduarekin.
- 34c) Azterketan ez zuten exazerbazioaren aldagaia aztertu.
- 34d) Aurreko urtean gutxienez bi exazerbazio moderatu edo ospitalizazio bat izandako pazienteek exazerbazio-tasa txikiagoak izan zituzten GLI/IND tratamenduarekin.

35 BUXADURAZKO ARNAS GAIXOTASUN KRONIKOA (BAGK) DUTEN PAZIENTEEN JARRAIPENEAN (3 URTE), ZEIN DA IRAGARLE ONENA EXAZERBAZIOARI DAGOKIONEZ?

- 35a) Disnea-maila.
- 35b) Medikazio kronikoa.
- 35c) Aurretiko exazerbazioen historia.
- 35d) Gaixotasunaren larritasuna.

36 HONAKO HAUETATIK ZEIN DAGOKIO RESLIZUMAB IZENeko ANTIGORPUTZ MONOKLONALARI?

- 36a) Anti IL-5, asma alergikoa duten pazienteetan.
- 36b) Anti IL-5 hartzailea, asma alergikoa duten pazienteetan.
- 36c) Anti IL-5, asma eosinofilikoa duten pazienteetan.
- 36d) Anti IL-5 hartzailea, asma eosinofilikoa duten pazienteetan.

37 ASMAN, ZER DA ALDAKORTASUN FUNTZIONALA?

- 37a) Fluxu-pikoaren >% 20ko aldakortasuna egunean edo egunen artean.
- 37b) Espirometria basalaren eta bronkodilatazioaren ostekoaren arteko aldea.
- 37c) Espirometria basalaren eta larriagotzearen arteko aldea.
- 37d) Fluxu-pikoaren >% 15eko aldakortasuna egunean edo egunen artean.

38 HASIERA AZKARREKO ASMA HILGARRIA.

- 38a) Asma-exazerbazio hilgarriak edo ia hilgarriak dituzten pazienteen gutxiengo baten artean (exazerbazioen % 20 ere izan daitezke), sintomak hasi eta 2-6 orduren buruan gertatzen da heriotza, eta arnasbideetan neutrofiloak nagusi direla ikusi ohi da.
- 38b) Asma-exazerbazio hilgarriak edo ia hilgarriak dituzten paziente batzuen artean (asmaren exazerbazioen % 60 ere izan daitezke oro har), sintomak hasi eta 2-6 orduren buruan gertatzen da heriotza, eta arnasbideetan neutrofiloak nagusi direla ikusi ohi da.
- 38c) Asma-exazerbazio hilgarriak edo ia hilgarriak dituzten pazienteen gutxiengo baten artean (exazerbazioen % 20 ere izan daitezke), sintomak agertu eta 2-6 orduren buruan gertatzen da heriotza, eta arnasbideetan eosinofiloak nagusi direla ikusi ohi da.
- 38d) Asma-exazerbazio hilgarriak edo ia hilgarriak dituzten paziente batzuen artean (exazerbazioen % 60 ere izan daitezke), sintomak agertu eta 2-6 orduren buruan gertatzen da heriotza, eta arnasbideetan eosinofiloak nagusi direla ikusi ohi da.

39 HAUETATIK, ZEIN DAGOKIO ASMAREN HISTORIA NATURALARI?

- 39a) Bizitzako lehen hiru urteetan sibilantziak zituzten umeen % 60k ez zuten sibilantziarik 6 urte betetzean.
- 39b) Bizitzako lehen hiru urteetan sibilantziak zituzten umeen <% 10ek ez zuten sibilantziarik 6 urte betetzean.
- 39c) Bizitzako lehen hiru urteetan sibilantziak zituzten umeen % 10-20k ez zuten sibilantziarik 6 urte betetzean.
- 39d) Bizitzako lehen hiru urteetan sibilantziak zituzten umeen % 30ek ez zuten sibilantziarik 6 urte betetzean.

40 NOLA DA ASMA ATOPIKOAREN ETA HELDUAROAN HASTEN DENAREN FENOTIPOA?

- 40a) Ohikoagoa asma larrian eta ez horren ohikoa moderatuan; ez da ohikoa haurtzaroan errinitis-historiarik egotea.
- 40b) Larritasun-mailak ez du eraginik haren frekuentzian, baina ez da ohikoa haurtzaroan errinitis-historiarik egotea.
- 40c) Ez da horren ohikoa asma larrian, bai, ordea, moderatuan; ez da ohikoa haurtzaroan errinitis-historiarik egotea.
- 40d) Ez da horren ohikoa asma larrian, bai, ordea, moderatuan; haurtzaroan errinitis-historia dago.

41 ZER DA GRANULOMATOSI ASMATIKOA?

- 41a) Granuloma ez-nekrosatzaileak egotea, azpimukosa inflamatzeari, eta muki-tapoiak sortzea arnasbide txikian. Ez-eosinofilia periferikoa, botatako oxido nitrikoaren frakzio (FENO) normala eta ohiko atopia.
- 41b) Granuloma nekrosatzaileak egotea, azpimukosa inflamatzeari, eta muki-tapoiak sortzea arnasbide txikian. Eosinofilia periferiko altua, botatako oxido nitrikoaren frakzio (FENO) altua eta ezohiko atopia.
- 41c) Granuloma nekrosatzaileak egotea, azpimukosa inflamatzeari egon gabe, eta muki-tapoiak sortzea arnasbide txikian. Neutrofilia periferiko altua, botatako oxido nitrikoaren frakzio (FENO) normala eta ezohiko atopia.
- 41d) Granuloma ez-nekrosatzaileak egotea, azpimukosa inflamatzeari, eta muki-tapoiak sortzea arnasbide txikian. Eosinofilia periferiko altua, botatako oxido nitrikoaren frakzio (FENO) altua eta ohiko atopia.

42 ASMA DUTEN PAZIENTEEN ARTEAN, NOLA EGONGO DA DLCO-A?

- 42a) Gutxituta; asmaren larritasunari lotzen zaio.
- 42b) Normal edo gehituta.
- 42c) Gutxituta, aireztapenaren nahasmenduagatik / oinaldeetako perfusioagatik.
- 42d) PaO₂-arekin lotuta (O₂-aren joera bera).

43 YOUNGEN SINDROMEAK...

- 43a) azoospermia buxatzailea, bronkiektasiak, sinutisisa eta fibrosi kistikoaren ebidentzia dituzten pazienteak deskribatzen ditu.
- 43b) bronkiektasiak eta sinutisisa dituzten eta fibrosi kistikoaren ebidentziarik ez duten pazienteak deskribatzen ditu.
- 43c) bronkiektasiak eta sinutisisa eta fibrosi kistikoaren ebidentziak dituzten pazienteak deskribatzen ditu.
- 43d) azoospermia buxatzailea, bronkiektasiak eta sinutisisa dituzten eta fibrosi kistikoaren ebidentziarik ez duten pazienteak deskribatzen ditu.

44 BRONKIO ETA BIRIKETAKO ASPERGILOSIA, BAIEZTAPEN HAUETATIK ZEIN DAGOKIE BRONKIEKTASIEI?

- 44a) Zentralak izango dira nagusiki.
- 44b) Gaixotasun honetan asma EZ da faktore independente bat bronkiektasiak egon daitezen.
- 44c) Ezohiko aurkikuntza dira.
- 44d) Periferikoak izango dira nagusiki.

45 40 URTEZ EGUNEAN PAKETE BAT ERRETZEN DARAMAN PERTSONA BATEK BIRIKETAKO MINBIZIA GARATZEKO ARRISKUA, ZENBATEKOA DA GUTXI GORABEHERA?

- 45a) Inoiz erre ez duen batena baino 100 aldiz handiagoa.
- 45b) Inoiz erre ez duen batena baino 20 aldiz handiagoa.
- 45c) Inoiz erre ez duen batena baino 200 aldiz handiagoa.
- 45d) Inoiz erre ez duen batena baino 5 aldiz handiagoa.

46 HAUETATIK, ZEIN DAGOKIE TIROSINA-KINASAREN INHIBITZAILEEKIN LOTUTAKO MUTAZIOEI (EGFR)?

- 46^a) Biriketako adenokartzinoma duten biztanle asiarren artean ikusten dira.
- 46b) Kartzinoma epidermoideen % 45 kasutan ikusten dira.
- 46c) Ezohikoak dira biriketako adenokartzinoma duten biztanle asiarren artean.
- 46d) Zelula txikien kartzinomen % 45 ingurutan ikusten dira.

47 ZEIN DA BIRIKETAKO ZELULA EZ-TXIKIEN MINBIZI-KASU (NSCLC) GEHIENEN OHIKO BIKOIZKETA-DENBORA?

- 47a) 90 eta 180 egun bitartean.
- 47b) <100 egun.
- 47c) <50 egun.
- 47d) 300 egun.

48 TIROSINA-KINASAREN INHIBITZAILEAK (TKI) HARTUTA HASIERAN ONGI ERANTZUTEN DUTEN PAZIENTE IA GUZTIEK (EGFR) GAIXOTASUNAREN PROGRESIOA IZATEN DUTE ONDOREN. ZERGATIK?

- 48a) EGFRaren (epidermiseko hazkunde-faktorearen hartzailea) mutazio sekundarioengatik.
- 48b) Tirosina-kinasa MET hartzailearen anplifikazioagatik.
- 48c) Bi mekanismoengatik.
- 48d) Mekanismo ezezagunengatik.

49 HAMARTOMAK EZAUGARRI HAUEK DITU:

- 49a) Periferikoa izan ohi da, goi-gingiletan nagusiki.
- 49b) Zentrala izan ohi da, goi-gingiletan nagusiki.
- 49c) Periferikoa izan ohi da, behe-gingiletan nagusiki.
- 49d) Zentrala izan ohi da, behe-gingiletan nagusiki.

50 HAUETATIK, ZEIN DAGOKIE TUMORE KARTZINOIDEEI?

- 50a) Bronkio nagusi, lobar, sesil eta baskulizatueta agertu ohi dira.
- 50b) Karina nagusi eta trakean, sesil eta baskularizatueta, agertu ohi dira.
- 50c) Bronkio nagusi intraluminal eta ez oso baskularizatueta agertu ohi dira.
- 50d) Bronkio nagusi, lobar eta intraluminaletan agertu ohi dira.

51 GAIXOTASUN TRONBOENBOLIKOKO GERTAKARI BATEN OSTEAN, ZEIN DA BERRERITZEKO ARRISKUA?

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

52 GAIXOTASUN TRONBOENBOLIKO BENOSO (GTB) IDIOPATIKOA DUTEN PAZIENTEETATIK, ZENBATEK GARATZEN DUTE MINBIZIA?

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

53 BIRIKETAKO HIPERTENTISIO TRONBOENBOLIKO KRONIKOAREN (CTEPH) DIAGNOSTIKORAKO, HONAKO IRIZPIDE HAUEK BETE BEHAR DIRA:

- 53a) BPA ≥ 25 mmHg, atsedenean; PCWP ≤ 15 mmHg, eta biriketako baskulatura proximal edo distalaren buxadura egon behar da.
- 53b) BPA ≥ 25 mmHg, atsedenean, eta ez da PCWP ≤ 15 mmHg egon behar.
- 53c) BPA ≥ 35 mmHg, atsedenean; ez da PCWP ≤ 15 mmHg egon behar, eta biriketako baskulatura proximal edo distalaren buxadura egon behar da.
- 53d) BPA ≥ 25 mmHg, atsedenean, eta biriketako baskulatura proximal edo distalaren buxadura egon behar da.

54 BIRIKETAKO ERREAKTIBOTASUN BASKULARREKO TESTA (BHT) POSITIBOTZAT HARTUKO DA, HAU GERTATZEN BADA:

- 54a) Batez besteko BPA >20 mmHG jaitea, eta batez besteko BPA 40 mmHG izatea, gastu kardiakoa jaitsita.
- 54b) Batez besteko BPA >20 mmHG jaitea, eta batez besteko BPA 40 mmHG izatea, gastu kardiakoa jaitsi gabe.
- 54c) Batez besteko BPA >10 mmHG jaitea, eta batez besteko BPA 40 mmHG izatea, gastu kardiakoa jaitsita.
- 54d) Batez besteko BPA >10 mmHG jaitea, eta batez besteko BPA 40 mmHG izatea, gastu kardiakoa jaitsi gabe.

55 PEPTIDO NATRIURETIKO PLASMATIKOAREN (BNP) ZER MAILA EGON BEHAR DA BIHOTZ-GUTXIEGITASUNA DIAGNOSTIKATZEKO, GILTZURRUN-GUTXIEGITASUNA DUTEN PAZIENTEEI DAGOKIENEZ?

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

56 FISTULA ARTERIOBENOSOEN DIAGNOSTIKOAN, ESKUIN/EZKERREKO BALIZKO SHUNT BAT DIAGNOSTIKATZEKO HIPEROXIA-TESTA POSITIBOTZAT HARTUKO DA, SHUNT BALIO HAUEK BADITU:

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

57 ARIKETA-TEST BATEAN, BIHOTZ-GUTXIEGITASUNAREN AURREKARIAK DITUZTEN PAZIENTEEI DAGOKIENEZ, ZER PARAMETRO LOTZEN ZAIO HOBEREN HERIOTZATASA HANDIAGO BATI, 3 URTEKO JARRAIPENA EGINDA?

- 57a) Oxigeno-kontsumoa (VO_2) >20 ml/kg/min.
- 57b) CO_2 -aren baliokidea (Ve/VCO_2) >34.
- 57c) CO_2 -aren baliokidea (Ve/VCO_2) <34.
- 57d) Oxigeno-kontsumoa (VO_2) <20 ml/kg/min.

58 ZER DA CHURG-STRAUSSEN SINDROMEAA?

- 58a) Asma larria, odol-eosinofilia, baskulitis sistemikoa.
- 58b) Asma EZ-larria, odol-eosinofilia, biriketako baskulitisa.
- 58c) Asma larria, odol-eosinofilia, biriketako baskulitisa.
- 58d) Asma larria, baskulitis sistemikoa.

59 ZEIN DA GIBEL-BIRIKETAKO SINDROMEAREN INTZIDENTZIA ZIRROSIA DUTEN PAZIENTEEN ARTEAN?

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

60 GIBEL-BIRIKETAKO SINDROMEAN, ZER DA ORTODEXIA?

- 60a) Oxigeno-presio arteriala jaitea (4 mmHg [0,5 kPa] baino gehiago) edo oxihemoglobina arterialaren desaturazioa gertatzea (% 5etik gora) pazientea ahoz gorako jarreratik jarrera bertikal batera mugitzen denean.
- 60b) Zutitzean disnea handitzea, eta etzatean desagertzea.
- 60c) Etzatean disnea handitzea, eta jarrera bertikalean desagertzea.
- 60d) Oxigeno-presio arteriala jaitea (4 mmHg [0,5 kPa] baino gehiago) edo oxihemoglobina arterialaren desaturazioa gertatzea (% 5etik gora) pazientea jarrera bertikaletik ahoz gorako jarrerara mugitzen denean.

61 CREST SINDROMEAN, ZEIN DA BIRIKETAKO HIPERTENTSIO ARTERIALAREN INTZIDENTZIA?

- 61a) % 10.
- 61b) % 50.
- 61c) Lupusaren antzekoa.
- 61d) Sjögrenen antzekoa.

62 BRONKIOLLO- ETA ALBEOLO-GARBIKETAN CD1+ ZELULAK ETA S-100 PROTEINA % 5 BAINO GEHIAGO BADIRA, HORREK ZER IRADOKITZEN DU?

- 62a) Biriketako erasana kolagenosiagatik.
- 62b) X histiozitosia.
- 62c) Proteinosi albeolarra.
- 62d) Pneumonitisa hipersentikortasunagatik.

63 BIRIKETAKO FIBROSI IDIOPATIKOAREN TRATAMENDUAN, ZEIN DIRA FARMAKO BERRIEN (PIRFERIDONA, NINTEDANIBA) ALBO-ONDORIO OHIKOENAK?

- 63a) Pirferidona: anorexia.
- 63b) Nintedaniba: beherakoa.
- 63c) Pirferidona: fotosentikortasuna.
- 63d) Nintedaniba: fotosentikortasuna.

64 PIRFERIDONAREN BIDEZKO TRATAMENDUA JASOTZEKO, ZER EZAUGARRI EDUKI BEHAR DITUZTE PAZIENTEEK?

- 64a) FVCa: teorikoa \geq % 50, eta DLCOa: teorikoa \geq % 35.
- 64b) FVCa: teorikoa $<$ % 50, eta DLCOa: teorikoa \geq % 35.
- 64c) FVCa: teorikoa $<$ % 50, eta DLCOa: teorikoa $<$ % 35.
- 64d) 6 minutuko ibilaldiaren testa $<$ 250 metro.

65 SARKOIDOSIAN, ZER ERAKUSTEN DU BRONKIOLLO- ETA ALBEOLO-GARBIKETAK?

- 65a) CD4/CD8 $>$ 3,5-4 erlazioa.
- 65b) CD8/CD4 $>$ 3,5-4 erlazioa.
- 65c) Neutrofiloen igoera.
- 65d) Linfozitosia, eta CD4/CD8 erlazioa $<$ 1.

66 LINFANGIOLEIOMIOMATOSIAN, ZEIN DIRA AURKIKUNTZA FUNTZIONAL OHIKOENAK?

- 66a) Patroi buxatzailea, eta DCO normala.
- 66b) Patroi murriztailea, eta DCO normala.
- 66c) Patroi murriztailea, eta DCO gutxitua.
- 66d) Patroi buxatzailea, eta DCO gutxitua.

67 HONAKO HAUETATIK, ZEIN DAGOKIO LINFANGIOLEIOMIOMATOSIA (LAM) DUTEN EMAKUMEEN ARTEKO HAZKUNDE-FAKTORE ENDOTELIAL BASKULARRARI (VEGF-D)?

- 67a) Pazienteen bi herenen baino gehiagoren artean 800 pg/ml baino gehiagoko zifrak daude.
- 67b) Pazienteen bi herenen baino gehiagoren artean 600 pg/ml baino gehiagoko zifrak daude.
- 67c) Parametro horrek, zer maila duen alde batera utzita, espezifikotasun txikia du.
- 67d) VEGF-D mailak ez dira baliagarriak LAMa beste gaixotasun kistiko batzuetatik bereizteko.

68 LINFANGIOLEIOMIOMATOSI MODERATUA/LARRIA DUTEN PAZIENTEENTZAT, ZEIN DA AUKERAKO TRATAMENDUA?

- 68a) Eberolimusa.
- 68b) Matrix metalloproteinaseen inhibitzaileak.
- 68c) Sirolimusa.
- 68d) Erresberatrola.

69 PNEUMONIA EOSINOFILIKO AKUTUAN, HAUETATIK ZEIN AGERTZEN DA?

- 69a) Odol-eosinofiliarik gabeko irudi periferikoak, eta eosinofilia >% 20 garbiketan.
- 69b) Odol-eosinofiliarik gabeko irudi zentralak, eta eosinofilia >% 20 garbiketan.
- 69c) Odol-eosinofilia duten irudi zentralak, eta eosinofilia >% 20 garbiketan.
- 69d) Odol-eosinofilia duten irudi periferikoak, eta eosinofilia >% 20 garbiketan.

70 HIPERSENTIKORTASUNAGATIKO PNEUMONITISEAN, ZER ERAKUTSIKO DU BRONKIOLO- ETA ALBEOLO-GARBIKETAK?

- 70a) Linfozitosis, eta CD4/CD8 erlazioa >1.
- 70b) CD3+/CD8+/CD56+/CD57+/CD10 gutxi agertzea.
- 70c) Linfozitosis, eta CD4/CD8 erlazioa <1.
- 70d) Eosinofilia, normalean >% 10.

71 ZEIN DA METODO DIAGNOSTIKO ERRENTAGARRIENA BRONKIOLITIS OBLITERATZAILEAREN (BIRIKA-TRANSPLANTEA) DIAGNOSTIKOAN?

- 71a) Bronkoskopia.
- 71b) Biopsia transbronkiala.
- 71c) Bronkiolo- eta albeolo-garbiketa.
- 71d) Ordenagailu bidezko bereizmen handiko tomografia axiala (OBHTA).

72 ZERI LOTZEN ZAIO ATELEKTASIA BIRIBILA?

- 72a) Tumore ez-solidoak egoteari.
- 72b) Prozesu infekziosoekin zerikusia duten fibrosi pleuralak egoteari.
- 72c) Amiantoarekiko esposizioarekin zerikusia duten fibrosi pleuralak egoteari.
- 72d) Buxadura distalei lotutako nahasmendu parenkimatosoak egoteari.

73 HAUETAKO BATEN ZUNTZEK ASBESTOSIA GARATZEKO ARRISKU HANDIAGOA ERAGITEN DUTE. ZEIN?

- 73a) Tremolita.
- 73b) Krozidolita.
- 73c) Krisotiloa.
- 73d) Erionita.

74 HONAKO FARMAKO HAUETATIK, ZEINEKIN DA OHIKOEN LUPUSA GARATZEA?

- 74a) Infliximabarekin.
- 74b) Prokainamidarekin.
- 74c) Lobastatinarekin.
- 74d) Nitrofurantoinarekin.

75 ERRADIOTERAPIAREN OSTEAN, NOIZ AGERTU OHI DA BIRIKETAKO FIBROSIA?

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

76 BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DAGOKIO PLEURAKO ISURIARI, EOSINOFILOAK NAGUSI DIRENEAN?

- 76a) Gaiztotasuna baztertzen du, baldin eta >% 10.
- 76b) Gaiztotasuna baztertzen du, baldin eta >% 5.
- 76c) Ez du gaiztotasunik baztertzen.
- 76d) Odol-zifrekin erlazionatu behar da.

77 ZEIN DIRA ENPIEMAREN GERMEN OHIKOENAK?

- 77a) *Staphylococcus aureusa*.
- 77b) *Staphylococcus koagulasa* negatiboa.
- 77c) *Pseudomonasa*.
- 77d) *Klebsiella*.

78 FIBROSI KISTIKOAN, ZEIN DA PNEUMOTORAXAREN INTZIDENTZIA?

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

79 PLEURARI DAGOKIONEZ, ZER TUMORETAN GERTATZEN DA GEHIEN METASTASIA?

- 79a) Birika, kolon eta bularrekoetan.
- 79b) Birika, bularrekoetan eta linfoman.
- 79c) Birika, kolonekoetan eta melanoman.
- 79d) Birika, kolonekoetan eta sarkoman.

80 MESOTELIOMA PRIMARIOAN, HILTZEKO MOMENTUAN...

- 80a) pazienteen % 15ek metastasiak (normalean, sintomatikoak) izan dituzte.
- 80b) pazienteen % 50ek metastasiak (normalean, asintomatikoak) izan dituzte.
- 80c) pazienteen % 50ek metastasiak (normalean, sintomatikoak) izan dituzte.
- 80d) pazienteen % 15ek metastasiak (normalean, asintomatikoak) izan dituzte.

81 TIMOMEN ARTETIK, ZEIN DA ORO HAR MIASTENIA LARRIARI LOTZEN ZAION MOTA HISTOLOGIKOA?

- 81a) B3 (epiteliala, atipikoa, ezkatatsua, ongi bereizia).
- 81b) A (ardatz formako zelulak).
- 81c) B1 (linfozito ugariak eta kortikala).
- 81d) B2 (kortikala).

82 ZEIN DA LINFOMA MEDIASTINIKO OHIKOENA?

- 82a) Hodgkin linfoma.
- 82b) Ez-Hodgkin linfoma.
- 82c) Linfoma primario mediastinikoa.
- 82d) Hodgkin eta ez-Hodgkin linfomek antzeko ehunekoak (%) dituzte.

83 ZEIN DIRA DIAFRAGMAREN ALDEBIKO PARALISIA DAGOELA IRADOKITZEN DUTEN PARAMETRO FUNTZIONALAK?

- 83a) Edukiera bitala % 20 galtzea ahoz gorako eta etzenerako jarreraren artean, eta arnasa botatzeko gehieneko muskulu-presioa (ABGP) / arnasa hartzeko gehieneko muskulu-presioa erlazioa (AHGP) >2 izatea.
- 83b) Edukiera bitala % 50 galtzea ahoz gorako eta etzenerako jarreraren artean, eta ABGP/AHGP erlazioa >2 izatea.
- 83c) Edukiera bitala % 20 galtzea ahoz gorako eta etzenerako jarreraren artean, eta ABGP/AHGP erlazioa <2 izatea.
- 83d) Edukiera bitala % 50 galtzea ahoz gorako eta etzenerako jarreraren artean, eta ABGP/AHGP erlazioa <2 izatea.

84 ALBOKO ESKLEROSI AMIOTROFIKOA DUTEN PAZIENTEEN ARTEAN, AHGP < 60 CMH₂O ETA EGUNEKO HIPERKAPNIA DITUZTENENEAN AIREZTAPEN MEKANIKO EZ-INBADITZAILEA ERABILTZEARI DAGOKIONEZ, HAUETATIK ZEIN DA ZUZENA?

- 84a) Erraboilaren erasana EZ badago, bizi-itxaropena handitzen du.
- 84b) Erraboilaren erasana badago, bizi-itxaropena hobetzen du.
- 84c) Onuragarria da bi kasuetan.
- 84d) Bi kasuetako batean ere ez du efikaziarik parametro horren gainean.

85 HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DAGOKIO ARNAS GUTXIEGITASUN HIPOXEMIKOKO AIREZTAPEN MEKANIKO EZ-INBADITZAILEAREN EFIKAZIARI?

- 85a) Arnas gutxiegitasun akutu hiperkanikoan dagoenaren antzekoa da.
- 85b) Arnas gutxiegitasun akutu hiperkanikoan dagoena baino txikiagoa da.
- 85c) Ez da efikaza egoera kliniko bakar batean.
- 85d) Adostasuna dago gutxiegitasun akutu hipoxemikoan duen baliagarritasunari dagokionez.

86 ZEIN DIRA ARNAS DISTRESAREN IRIZPIDE DIAGNOSTIKOAK?

- 86a) Gaixotasun eragilea, arnas gutxiegitasun seinaleak, PaO₂/FiO₂ <100 mmHg, aldebiko infiltratuak, bihotz-gutxiegitasunik ez egotea.
- 86b) Gaixotasun eragilea EZ izatea, arnas gutxiegitasun seinaleak, PaO₂/FiO₂ <200 mmHg, aldebiko infiltratuak, bihotz-gutxiegitasunik ez egotea.
- 86c) Gaixotasun eragilea EZ izatea, arnas gutxiegitasun seinaleak, PaO₂/FiO₂ <100 mmHg, aldebiko infiltratuak, bihotz-gutxiegitasunik ez egotea.
- 86d) Gaixotasun eragilea, arnas gutxiegitasun seinaleak, PaO₂/FiO₂ <200 mmHg, aldebiko infiltratuak, bihotz-gutxiegitasunik ez egotea.

87 ARNAS ERREHABILITAZIO PROGRAMA BATEK ZER JASO BEHAR DU NAHITAEZ (1A EBIDENTZIA)?

- 87a) Hankak eta arnas muskuluak entrenatzea.
- 87b) Besoak eta arnas muskuluak entrenatzea.
- 87c) Hankak eta besoak entrenatzea.
- 87d) Hankak eta arnas muskuluak entrenatzea, eta fisioterapia.

88 ZENBAT IRAUNGO DU ARNAS ERREHABILITAZIO PROGRAMA BATEK?

- 88a) 3 egun/aste, 8 astez.
- 88b) 3 egun/aste, 4 astez.
- 88c) 5 egun/aste, 6 astez.
- 88d) 3 egun/aste, 12 astez.

89 ZEIN DA BIRIKA-TRANSPLANTEKO BATEZ BESTEKO BIZIRAUPENA, INTERNATIONAL SOCIETY FOR HEART AND LUNG TRANSPLANTATION (ISHLT) ELKARTEAREN DATUEN ARABERA (2017)?

- 89a) 3 urte; handiagoa da unilateraletan bilateraletan baino.
- 89b) 6 urte; handiagoa da unilateraletan bilateraletan baino.
- 89c) 6 urte; handiagoa da bilateraletan unilateraletan baino.
- 89d) 3 urte; handiagoa da bilateraletan unilateraletan baino.

90 HONAKO IRIZPIDE HAUETATIK, ZEINEK JUSTIFIKATZEN DU BIRIKA-TRANSPLANTERAKO ZERRENDAN SARTZEA (BAGK)?

- 90a) BODE indizea, 3-5; FEV1 <% 15-20; 3 exazerbazio larri edo gehiago aurreko urtean; arnas hutsegite hiperkapnikodun exazerbazio bat; BHT moderatu/larria.
- 90b) BODE indizea, ≥7; FEV1 <% 15-20; 3 exazerbazio edo gehiago aurreko urtean; arnas hutsegite hiperkapnikodun exazerbazio bat; BHT moderatu/larria.
- 90c) BODE indizea, ≥5; FEV1 <% 15-20; 3 exazerbazio edo gehiago aurreko urtean; arnas hutsegite hiperkapnikodun exazerbazio bat; BHT moderatu/larria.
- 90d) BODE indizea, ≥7; FEV1 <% 20-30; 3 exazerbazio edo gehiago aurreko urtean; arnas hutsegite hiperkapnikodun exazerbazio bat; BHT moderatu/larria.

91 TRATAMENDU OPTIMOAREKIN, ERRETZAILEEN ZER EHUNEKOK UZTEN DIOTE ERRETZEARI 6 HILABETE EDO GEHIAGOKO ALDIAN?

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

92 ADIERAZPEN HAUETATIK, ZEIN DA OKERRA?

- 92a) Lehen mailako arreta osasun-arretaren oinarrizko eta hasierako maila da.
- 92b) Lehen mailako arretak gaixo terminalei arreta aringarria ematea hartzen du barnean.
- 92c) Lehen mailako arretak kontsultetako laguntza espezializatua hartzen du barnean.
- 92d) Lehen mailako arretan aho-hortzen osasunerako arreta hartzen du barnean.

93 EAE-KO OSASUN-PLANARI DAGOKIONEZ, ADIERAZ, HONAKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, OKERRA ZEIN DEN:

- 93a) Eusko Jaurlaritzari dagokio plana onestea.
- 93b) Besteak beste, osasun-helburuak eta sistemaren kudeaketa eta kalitatea ebaluatzeko adierazleak hartuko ditu barnean.
- 93c) Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuak egingo du planaren urteko ebaluazioa.
- 93d) Plana indarrean dagoen denboran, kasu egin beharreko lehentasunak zehazten dira bertan, betiere eskura dauden baliabideak kontuan hartuta.

94 ZEINI DAGOKIO OSAKIDETZA-EUSKAL OSASUN ZERBITZUARI ATXIKITAKO BALIABIDEAK –DAUDEN ZERBITZUETAKO ERAKUNDEAK, BEREZKO NORTASUN JURIDIKORIK GABEKOAK, ALDATUZ, BATERATUZ EDO BEREIZIZ– BERRANTOLATZEKO ESKUMENA?

- 94a) Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuko administrazio-kontseiluari.
- 94b) Gobernu-kontseiluari.
- 94c) Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzua atxikita dagoen sailaren titularrari.
- 94d) Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuko zuzendaritza nagusiari.

95 AZAROAREN 14KO 41/2002 OINARRIZKO LEGEARI JARRAIKIZ (PAZIENTEAREN AUTONOMIA ETA INFORMAZIO ETA DOKUMENTAZIO KLINIKOAREN ARLOKO ESKUBIDE ETA BETEBEHARRAK ARAUTZEN DITUENA), BAIMEN INFORMATUA IDATZIZ EMANGO DA KASU HONETAN:

- 95a) Ordezkapen bidez ematen denean.
- 95b) Beti.
- 95c) Aplikatu beharreko prozeduren ondorioz pazientearen osasunari ageriko eta aurreikusteko moduko eragin kaltegarria dakarkioten arriskuak edo eragozpenak badaude.
- 95d) Aurreko 3 baieztapenak okerrak dira.

96 DATU PERTSONALAK BABESTEARI BURUZKO ABENDUAREN 13KO 15/1999 LEGE ORGANIKOAREN ONDORIOETARAKO, ZEIN HARTZEN DA DATU PERTSONALTZAT?

- 96a) Pertsona fisiko identifikatuei buruzko edozein informazio.
- 96b) Pertsona fisiko identifikatuei edo identifikatzeko modukoei buruzko edozein informazio.
- 96c) Pertsona fisiko edo juridiko identifikatuei edo identifikatzeko modukoei buruzko edozein informazio.
- 96d) Pertsona fisiko edo juridiko identifikatuei buruzko edozein informazio.

97 EMAKUMEEN ETA GIZONEN BERDINTASUNERAKO OTSAILAREN 18KO 4/2005 LEGEA AINTZAT HARTUTA, ZEINI DAGOKIO SEKTORE PRIBATUAN BERDINTASUNAREN ETA SEXU-ARRAZOIAGATIK EZ DISKRIMINATZEKO PRINTZIOA DEFENDATZEA?

- 97a) Berdintasunaren arloan eskumenak dituen Eusko Jaurlaritzako sailari.
- 97b) Eusko Jaurlaritzari, foru-aldundiei eta udalei.
- 97c) Emakunde-Emakumearen Euskal Erakundeari.
- 97d) Emakunde-Emakumearen Euskal Erakundeari eta Eusko Jaurlaritzari.

98 HONAKO PRINTZIO HAUEK DIRA OSASUN-PLANAREN OINARRIA:

- 98a) Unibertsaltasuna, zerbitzuen kalitatea, jasangarritasuna, pertsonen erantzukizuna, arretaren humanizazioa eta koordinazio soziosanitarioa.
- 98b) Unibertsaltasuna, finantza-nahikotasuna, langileen parte-hartzea, jasangarritasuna eta bizi-itxaropenaren hobekuntza.
- 98c) Unibertsaltasuna, elkartasuna, ekitatea, osasun-zerbitzuen kalitatea, herritarren parte-hartzea eta jasangarritasuna.
- 98d) Unibertsaltasuna, ekitatea, pertsonen erantzukizuna, profesionaltasuna, jasangarritasuna, finantza-nahikotasuna eta bizi-itxaropenaren hobekuntza.

99 IRISGARRITASUN ASISTENTZIALA HOBETZEKO ERRONKARI ETA PROIEKTUARI BURUZ, ETA OSAKIDETZA-EUSKAL OSASUN ZERBITZUAK LORTU NAHI DUEN HELBURUARI DAGOKIONEZ, ADIERAZI, BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DEN ZUZENA:

- 99a) Helburua da itxaron-zerrendak kudeatu, planifikatu, sortu eta kontrolatzeko sistemak hobetzea.
- 99b) Helburua da osasun-zerbitzuen kalitatea eta antolaketa hobetzea, arreta emateko epeak bizkortzeko.
- 99c) Kontsultetako, proba diagnostikoetako eta, bereziki, ebakuntzetako itxaron-zerrendetako pazienteen kopurua eta haien atzerapenak gutxitzea eta egonkortzea, zerrenden kudeaketan kalitate-irizpideak erantsita.
- 99d) Aurreko hiru erantzunak zuzenak dira.

100 OSAKIDETZAKO INSTALAZIOETAKO ERROTULAZIOARI DAGOKIONEZ, ADIERAZI, HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZUZENA ZEIN DEN:

- 100a) II. Euskara Plana onartu eta urtebeteren buruan, Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuaren instalazioetako errotulazioa bi hizkuntza ofizialetan idatzita egon beharko da.
- 100b) Errotuluan elkarren aldamenean agertu behar diren hitzen grafia oso antzekoa denean eta, ondorioz, euskara erabiltzeak erdaldunei ulertzeko arazorik eragiten ez dienean, euskaraz bakarrik idatziko da errotulua.
- 100c) Errotuluaren mezua ulertzea bermatzen duten irudien bidez adierazita dagoenean, horiekin batera dagoen testua berdin egon ahalko da hizkuntza batean nahiz bestean.
- 100d) Aurreko hiru erantzunak okerrak dira.

ORDEZKO GALDERAK**101 BIRIKA-GARAPENAREN ZER ALDI GERTATZEN DA 16-17 ASTEEN ARTEAN?**

- 101a) Kanalikularra.
- 101b) Perinatala.
- 101c) Pseudoglandularra.
- 101d) Jaiotza ostekoa.

102 GAS-TRUKEA GERTATZEN DEN ALBEOLO-BOLUMENA, ZENBATEKOA DA HGF-AREKIKO (HONDAR-EDUKIERA FUNTZIONALA)?

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

103 ZEIN DA AIREKO BAKTERIO-POPULAZIOAREN DENTSITATEA?

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

104 ZER EHUNEKOTAN IKUSTEN DA HEMOPTISIA BIRIKA-TRONBOENBOLISMOAN?

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

105 KOMUNITATEAN HARTUTAKO PNEUMONIETAN ARRISKUA NEURTZEKO SCOREEI DAGOKIENEZ, PSI ETA CURB INDIZEEN ARTEAN...

- 105a) PSIk score baxuagoak lortu ohi ditu (larritasun txikiagoa).
- 105b) CURBek score baxuagoak lortu ohi ditu.
- 105c) bi scoreek antzeko balioak izaten dituzte.
- 105d) Ezin dira konparatu, populazio ezberdinetan erabiltzen direlako.

106 ARNAS DISTRESA DUTEN PAZIENTEEN ARTEAN, ZER INTZIDENTZIA DUTE PNEUMONIA POSITIBO FALTSUA EMAN LEZAKETEN IRIZPIDE KLINIKOEK?

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

107 BIRIKETAKO FIBROSI IDIOPATIKOAN, ZEIN DA ERREFLUXU GASTROESOFAGIKOAREN INTZIDENTZIA?

- 107a) Noizbehinkakoa.
- 107b) <% 20koa.
- 107c) >% 80koa.
- 107d) <% 40koa.

108 WILSON ETA HALLEN SAILKAPENARI JARRAIKIZ, III. MAILAKO TORAXEKO TRAUMATISMO BAT, ZER LESIO MEKANIKO DUEN AINTZAT HARTUTA DEFINITZEN DA, HONELAKORIK BADAGO:

- 108a) Aldebiko hemotorax eta pneumotoraxa.
- 108b) Ezegonkortasun parietala, hemotoraxa eta pneumotoraxa.
- 108c) Haustura anizkoitzak eta hemotoraxa.
- 108d) Haustura bakar bat.

109 GAIKOTASUN BUILOSORAKO VANDERSCHUERENEN SAILKAPENAREN ARABERA, ZEINI DAGOKIE III. KATEGORIA?

- 109a) Pleurako atxikidurak dituzten pazienteei.
- 109b) Pleura biszeralean askotariko burbuilak dituzten pazienteei.
- 109c) Miaketa torakoskopikoan anomaliarik ez duten pazienteei.
- 109d) Lesio builosoak/burbuilak eta atxikidurak dituzten pazienteei.

110 ERIZAINZAKO ZAINKETEI LOTUTAKO JARDUNBIDE EGOKIEI BURUZKO ESTRATEGIARI DAGOKIONEZ, ADIERAZI, BAIEZTAPEN HAUETATIK, OKERRA ZEIN DEN:

- 110a) Odol-zirkulazioko arazoak dituzten pertsonen artean, presio-ultzerak dira hobekien prebeni eta trata daitezkeen konplikazioak.
- 110b) Ohean dauden pazienteen artean, presio-ultzerak dira hobekien prebeni eta trata daitezkeen konplikazioak.
- 110c) Erorikoen arriskua nabarmen handitzen da ospitaleratze-aldian.
- 110d) Ospitaleratze-aldiko erorikoen ia heren bat prebeni daitekeela kalkulatzen da.

OSAKIDETZA

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

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) $R = P \text{ Elástica} / \text{Flujo máximo.}$
 - 6b) $R = \text{Flujo máximo} / P \text{ Elástica.}$
 - 6c) $R = \text{Punto igual presión} / \text{flujo máximo.}$
 - 6d) $R = \text{flujo máximo} / \text{Punto igual presión.}$

- 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 FI_{O2} (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 = 0.
- 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.Catarrhalis.
 - 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) Streptococcus 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 1^{er} 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 BRONQUIOS 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 atopía frecuente.
- 41b) Existencia de granulomas necrotizantes con inflamación de la submucosa, tapones mucosos en pequeña vía aérea. Eosinofilia periférica elevada, la fracción de óxido nítrico exhalado (FENO) elevada y atopía 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 atopía infrecuente.
- 41d) Existencia de granulomas no necrotizantes con inflamación de la submucosa, tapones mucosos en pequeña vía aérea. Eosinofilia periférica elevada, la fracción de óxido nítrico exhalado (FENO) elevada y atopía 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 TIROSINASA (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 \geq 25 mmHg en reposo con PCWP \leq 15 mmHg y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.
- 53b) PAP \geq 25 mmHg en reposo y en ausencia de PCWP \leq 15 mmHg.
- 53c) PAP \geq 35 mmHg en reposo en ausencia de PCWP \leq 15 mmHg y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.
- 53d) PAP \geq 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 CARDÍACO 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 HIPERSENSIBILIDAD 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) Procaïnāmida.
- 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 GÉRMEÑES 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 hipercápnic, moderada/severa HTP.
- 90b) BODE index ≥7,FEV₁ <15 –20%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnic, moderada/severa HTP
- 90c) BODE index ≥5, FEV₁ <15 –20%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnic, moderada/severa HTP.
- 90d) BODE index ≥7,FEV₁ <20-30%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnic, 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 FALSA:

- 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.

OSAKIDETZA

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

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
B** Eredua / Modelo **B

- 1 EL RIESGO DE RECIDIVAS TRAS UN EPISODIO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA ES DE UN:**
- 1a) 10%.
 - 1b) 40%.
 - 1c) 80%.
 - 1d) <30%
- 2 EL % DE PACIENTES CON ETV IDIOPÁTICA QUE DESARROLLARÁN CANCER ES DE UN:**
- 2a) 1%.
 - 2b) 10%.
 - 2c) >50%.
 - 2d) 25%.
- 3 EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA (CTEPH) REQUIERE QUE SE CUMPLAN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:**
- 3a) PAP \geq 25 mmHg en reposo con PCWP \leq 15 mmHg y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.
 - 3b) PAP \geq 25 mmHg en reposo y en ausencia de PCWP \leq 15 mmHg.
 - 3c) PAP \geq 35 mmHg en reposo en ausencia de PCWP \leq 15 mmHg y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.
 - 3d) PAP \geq 25 mmHg en reposo y debe existir obstrucción de la vasculatura pulmonar proximal o distal.
- 4 EL TEST DE REACTIVIDAD VASCULAR PULMONAR (HTP) SE CONSIDERARÁ POSITIVO SI:**
- 4a) Descenso de la PAP media > 20mmHG y la PAP media sea de 40mmHG con descenso en el gasto cardiaco.
 - 4b) Descenso de la PAP media > 20mmHG y la PAP media sea de 40mmHG sin descenso en el gasto cardiaco.
 - 4c) Descenso de la PAP media > 10mmHG y la PAP media sea de 40mmHG con descenso en el gasto cardiaco.
 - 4d) Descenso de la PAP media > 10mmHG y la PAP media sea de 40mmHG sin descenso en el gasto cardiaco.
- 5 LOS NIVELES DE PEPTIDO NATRIURÉTICO PLASMÁTICO (BNP), PARA SER CONSIDERADOS POSITIVOS DE FALLO CARDIACO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL, SERÁN:**
- 5a) < 100 pg/ml.
 - 5b) 100 pg/ml.
 - 5c) 200 pg/ml.
 - 5d) 150 pg/ml.

6 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:

- 6a) 1%.
- 6b) 3%.
- 6c) 4%.
- 6d) 5%.

7 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:

- 7a) Un consumo de O₂ (VO₂) > 20 ml/kg/min.
- 7b) Un equivalente de CO₂ (V_e/VCO₂) > 34.
- 7c) Un equivalente de CO₂ (V_e/VCO₂) < 34.
- 7d) Un consumo de O₂ (VO₂) < 20 ml/kg/min.

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

- 8a) Asma grave, eosinofilia sanguínea, vasculitis sistémica.
- 8b) Asma NO grave, eosinofilia sanguínea, vasculitis pulmonar.
- 8c) Asma grave, eosinofilia sanguínea, vasculitis pulmonar
- 8d) Asma grave, vasculitis sistémica.

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

- 9a) < 5%.
- 9b) 5%-10%
- 9c) 25%.
- 9d) 50%.

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

- 10a) 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.
- 10b) Un aumento en la disnea inducida al incorporarse en posición vertical y que cede al tumbarse.
- 10c) Un aumento en la disnea inducida al tumbarse y que cede en posición vertical.
- 10d) 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.

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

- 11a) De un 10%
- 11b) De un 50%.
- 11c) Similar al Lupus.
- 11d) Similar al Sjogren.

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

- 12a) Afectación pulmonar por colagenosis.
- 12b) Histiocitosis X.
- 12c) Proteinosis alveolar.
- 12d) Neumonitis por hipersensibilidad.

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

- 13a) Pirferidona: anorexia.
- 13b) Nintedanib: diarrea.
- 13c) Pirferidona: fotosensibilidad.
- 13d) Nintedanib: fotosensibilidad

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

- 14a) FVC \geq 50 % teórico y DLCO \geq 35 % teórico.
- 14b) FVC <50 % teórico y DLCO \geq 35 % teórico.
- 14c) FVC <50 % teórico y DLCO <35 % teórico.
- 14d) Test marcha 6 minutos < 250 metros.

15 EL LAVADO BRONCOLVEOLAR EN LA SARCOIDOSIS MUESTRA:

- 15a) Un cociente CD4/CD8 > 3.5-4.
- 15b) Un cociente CD8/CD4 > 3.5-4.
- 15c) Aumento de neutrófilos.
- 15d) Linfocitosis con cociente CD4/CD8 <1.

16 LOS HALLAZGOS FUNCIONALES MAS FRECUENTES EN LA LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS SON:

- 16a) Patrón obstructivo con DCO normal.
- 16b) Patrón restrictivo con DCO normal.
- 16c) Patrón restrictivo con DCO descendida.
- 16d) Patrón obstructivo con DCO descendida

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

- 17a) Cifras de > 800 pg/ml se observan en > 2/3 de las pacientes.
- 17b) Cifras de > 600 pg/ml se observan en > 2/3 de las pacientes.
- 17c) Es un parámetro que independientemente de sus niveles presenta una baja especificidad.
- 17d) Los niveles de VEGF-D no son útiles para diferenciar la LAM de otras enfermedades quísticas.

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

- 18a) Everolimus.
- 18b) Matrix metalloproteinase inhibidores.
- 18c) Sirolimus.
- 18d) Resveratrol.

19 LA NEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA CURSA CON:

- 19a) Imágenes periféricas sin eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.
- 19b) Imágenes centrales sin eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.
- 19c) Imágenes centrales con eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado.
- 19d) Imágenes periférica con eosinofilia sanguínea y eosinofilia > 20% en el lavado

20 EL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN UNA NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD MOSTRARÁ:

- 20a) Linfocitosis con cociente CD4/CD8 > 1.
- 20b) Escasa presencia de CD3+/CD8+/CD56+/CD57+/CD10.
- 20c) Linfocitosis con cociente CD4/CD8 < 1.
- 20d) Eosinofilia habitualmente > 10%.

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

- 21a) Broncoscopia.
- 21b) Biopsia transbronquial.
- 21c) Lavado broncoalveolar.
- 21d) TACAR.

22 LA ATELECTASIA REDONDA SE RELACIONA CON:

- 22a) La existencia de tumores no sólidos.
- 22b) La existencia de fibrosis pleurales relacionadas con procesos infecciosos.
- 22c) La existencia de fibrosis pleurales relacionadas con exposición al amianto.
- 22d) Alteraciones parenquimatosas asociadas a obstrucciones distales.

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

- 23a) Tremolita.
- 23b) Crocidolita.
- 23c) Crisotilo.
- 23d) Erionita.

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

- 24a) Infliximab
- 24b) Procaïnāmida.
- 24c) Lovastatina.
- 24d) Nitrofurantoina.

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

- 25a) 2 Meses.
- 25b) 3-4 Meses.
- 25c) 6 Meses.
- 25d) 9 Meses

26 EL DERRAME PLEURAL CON PREDOMINIO DE EOSINÓFILOS:

- 26a) Descarta malignidad si >10%.
- 26b) Descarta malignidad si >5%.
- 26c) No descarta malignidad.
- 26d) Se debe correlacionar con las cifras sanguíneas.

27 LOS GÉRMENES MÁS HABITUALES EN EL EMPIEMA SON:

- 27a) Staphylococcus aureus.
- 27b) Staphylococcus coagulase negativo.
- 27c) Pseudomonas.
- 27d) Klebsiella.

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

- 28a) 5%
- 28b) 1%.
- 28c) 10%.
- 28d) 10-20%.

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

- 29a) Pulmón, colon, mama.
- 29b) Pulmón, mama, linfoma.
- 29c) Pulmón, colon, melanoma.
- 29d) Pulmón, colon, sarcoma.

30 EN EL MESOTELIOMA PRIMARIO EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:

- 30a) Un 15% de los pacientes han desarrollado metástasis habitualmente sintomáticas.
- 30b) Un 50% de los pacientes han desarrollado metástasis habitualmente asintomáticas.
- 30c) Un 50% de los pacientes han desarrollado metástasis habitualmente sintomáticas.
- 30d) Un 15% de los pacientes han desarrollado metástasis habitualmente asintomáticas.

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

- 31a) B3 (Epitelial, atípico, escamoso, bien diferenciado)
- 31b) A (Células en huso)
- 31c) B1(Linfocitos abundantes y cortical)
- 31d) B2 (cortical)

32 EL LINFOMA MEDIASTÍNICO MÁS COMÚN ES:

- 32a) Linfoma Hodgkin.
- 32b) Linfoma no Hodgkin.
- 32c) Linfoma primario mediastínico.
- 32d) Linfoma Hodgkin y no Hodgkin presentan % similares.

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

- 33a) Caída de la Capacidad vital de un 20% entre supino y decúbito y una relación PEM/PIM > 2.
- 33b) Caída de la Capacidad vital de un 50% entre supino y decúbito, y una relación PEM/PIM > 2.
- 33c) Caída de la Capacidad vital de un 20% entre supino y decúbito, y una relación PEM/PIM < 2.
- 33d) Caída de la Capacidad vital de un 50% entre supino y decúbito, y una relación PEM/PIM < 2.

34 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA LA UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CUANDO SE OBSERVA UNA PIM < 60 CMH2O E HIPERCAPNIA DIURNA:

- 34a) Si NO hay afectación bulbar, aumenta la expectativa de vida.
- 34b) Si hay afectación bulbar, hay mejoría en la expectativa de vida.
- 34c) Es beneficiosa en ambos supuestos.
- 34d) No tiene eficacia sobre este parámetro en ninguno de los dos supuestos.

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

- 35a) Es similar a la eficacia en la insuficiencia respiratoria aguda hipercánica.
- 35b) Es inferior a la eficacia en la insuficiencia respiratoria aguda hipercánica.
- 35c) No es eficaz en ninguna situación clínica.
- 35d) Existe acuerdo en los consensos sobre su utilidad en la insuficiencia aguda hipoxémica.

36 LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DISTRESS RESPIRATORIO SERÁN:

- 36a) Enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO₂/FiO₂ < 100 mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de insuficiencia cardíaca.
- 36b) NO enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO₂/FiO₂ < 200 mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de Ins cardíaca.
- 36c) NO enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO₂/FiO₂ < 100 mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de Ins cardíaca.
- 36d) Enfermedad desencadenante, signos de insuficiencia respiratoria, PaO₂/FiO₂ < 200 mmHG, infiltrados bilaterales, ausencia de Ins cardíaca.

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

- 37a) Entrenamiento de piernas y de los músculos respiratorios.
- 37b) Entrenamiento de brazos y de los músculos respiratorios
- 37c) Entrenamiento de piernas y brazos.
- 37d) Entrenamiento de piernas y de los músculos respiratorios y fisioterapia.

- 38 UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA TENDRÁ UNA DURACIÓN DE:**
- 38a) 3 días /semana durante 8 semanas.
 - 38b) 3 días /semana durante 4 semanas.
 - 38c) 5 días /semana durante 6 semanas.
 - 38d) 3 días /semana durante 12 semanas.
- 39 LA SUPERVIVENCIA MEDIA EN EL TRANSPLANTE PULMONAR, SEGÚN DATOS DE LA INTERNATIONAL SOCIETY FOR HEART AND LUNG TRANSPLANTATION (ISHLT), AÑO 2017, ES DE:**
- 39a) 3 años siendo superior en los unilaterales respecto a los bilaterales.
 - 39b) 6 años siendo superior en los unilaterales respecto a los bilaterales.
 - 39c) 6 años siendo superior en los bilaterales respecto a los unilaterales.
 - 39d) 3 años siendo superior en los bilaterales respecto a los unilaterales.
- 40 ¿CUALES DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS JUSTIFICAN LA INCLUSIÓN EN LA LISTA DE TRANSPLANTE PULMONAR (EPOC)?**
- 40a) 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.
 - 40b) BODE index ≥7, FEV₁ <15 –20%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP
 - 40c) BODE index ≥5, FEV₁ <15 –20%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP.
 - 40d) BODE index ≥7, FEV₁ <20-30%, 3 o más exacerbaciones en el año previo, una exacerbación con fallo respiratorio hipercápnico, moderada/severa HTP.
- 41 CON TRATAMIENTO ÓPTIMO, ¿QUE % DE FUMADORES DEJAN EL HÁBITO EN UN PERIODO DE 6 MESES O MÁS?**
- 41a) 25-35%.
 - 41b) <10%.
 - 41c) 15-20%.
 - 41d) >40%.
- 42 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:**
- 42a) La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria.
 - 42b) La atención primaria comprende la atención paliativa a enfermos terminales.
 - 42c) La atención primaria comprende la asistencia especializada en consultas.
 - 42d) La atención primaria comprende la atención a la salud bucodental.
- 43 EN RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD DE EUSKADI, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:**
- 43a) Su aprobación corresponde al Gobierno Vasco.
 - 43b) Su contenido incluirá, entre otros determinantes, los indicadores de evaluación de los objetivos de salud, gestión y de calidad del sistema.
 - 43c) Su evaluación anual corresponde al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
 - 43d) En él se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles.

44 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:

- 44a) Al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- 44b) Al Consejo de Gobierno.
- 44c) A la persona titular del departamento al que esté adscrito Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- 44d) A la Dirección General de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

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

- 45a) Cuando se otorgue por representación.
- 45b) Siempre.
- 45c) Cuando se trate de la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- 45d) Las 3 afirmaciones anteriores son falsas.

46 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:

- 46a) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas.
- 46b) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.
- 46c) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas o identificables.
- 46d) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas.

47 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:

- 47a) Al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de Igualdad.
- 47b) Al Gobierno Vasco, a las Diputaciones Forales y a los Ayuntamientos.
- 47c) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.
- 47d) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y al Gobierno Vasco.

48 LOS PRINCIPIOS QUE INSPIRAN EL PLAN DE SALUD SON:

- 48a) La universalidad, la calidad de los servicios, la sostenibilidad, la responsabilidad de las personas, la humanización de la atención y la coordinación sociosanitaria.
- 48b) La universalidad, la suficiencia financiera, la participación de los profesionales, la sostenibilidad y la mejora de la esperanza de vida.
- 48c) La universalidad, la solidaridad, la equidad, la calidad de los servicios de salud, la participación ciudadana y la sostenibilidad.
- 48d) La universalidad, la equidad, la responsabilidad de las personas, la profesionalidad, la sostenibilidad, la suficiencia financiera y la mejora de la esperanza de vida.

49 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:

- 49a) El objetivo es mejorar los sistemas de gestión, planificación, producción y control de las listas de espera.
- 49b) El objetivo es mejorar la organización y calidad de los servicios sanitarios para agilizar los plazos de atención.
- 49c) 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.
- 49d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

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

- 50a) 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.
- 50b) 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.
- 50c) 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.
- 50d) Las tres respuestas anteriores son falsas.

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

- 51a) -8 a -3 cmH₂O.
- 51b) -10 a 0 cmH₂O.
- 51c) Gradiente despreciable < 2 cmH₂O.
- 51d) -15 a 0 cmH₂O.

52 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:

- 52a) Elíptica.
- 52b) Lineal.
- 52c) Exponencial.
- 52d) Inversa.

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

- 53a) 1000.
- 53b) 100.
- 53c) 50.
- 53d) 500.

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

- 54a) 25% de la CV (capacidad vital) hasta el VR (volumen residual).
- 54b) 50% de la CV (capacidad vital) hasta el VR (volumen residual).
- 54c) 80% de la CV (capacidad vital) hasta el VR (volumen residual).
- 54d) 50% del PF (pico flujo) hasta el VR (volumen residual).

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

- 55a) A la resistencia de vías centrales
- 55b) A la presión de retracción elástica.
- 55c) A la resistencia de vías periféricas.
- 55d) A la presión alveolar.

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

- 56a) $R = P \text{ Elástica} / \text{Flujo máximo}$.
- 56b) $R = \text{Flujo máximo} / P \text{ Elástica}$.
- 56c) $R = \text{Punto igual presión} / \text{flujo máximo}$.
- 56d) $R = \text{flujo máximo} / \text{Punto igual presión}$.

57 LA HISTÉRESIS PULMONAR:

- 57a) Refleja la disipación energética del elemento viscoso.
- 57b) Refleja la disipación energética del elemento elástico.
- 57c) Se relaciona con la resistencia de vías aéreas.
- 57d) Hace que para cada volumen pulmonar la presión inspiratoria y espiratoria sean similares.

58 A 8000 M DE ALTURA LA PAO₂ (PRESIÓN ALVEOLAR DE OXÍGENO) SERÁ:

- 58a) Inferior por una FI_{O2} (Fraction of inspired oxygen) inferior.
- 58b) Inferior por una P_{atm} (Presión atmosférica) menor.
- 58c) Inferior por un aumento del CO₂.
- 58d) Inferior pero el gradiente alveolo arterial será similar.

59 LA DIFUSIÓN DEL O₂ SERÁ:

- 59a) Similar al CO₂ por presentar igual coeficiente de solubilidad.
- 59b) Superior al CO₂ por presentar menor coeficiente de solubilidad.
- 59c) Inferior al CO₂ por presentar menor coeficiente de solubilidad.
- 59d) Superior al CO₂ por presentar mayor coeficiente de solubilidad.

60 SE DEFINE SHUNT CUANDO:

- 60a) $\text{Perfusión} / \text{Ventilación} = 0$.
- 60b) $\text{Ventilación} / \text{Perfusión} = \infty$.
- 60c) $\text{Ventilación} / \text{Perfusión} = 0$.
- 60d) $\text{Perfusión} / \text{Ventilación} = \infty$.

- 61 LA RESPUESTA TH1 ESTA FUERTEMENTE INDUCIDA POR:**
- 61a) IL-5.
 - 61b) IL-4.
 - 61c) IL-12.
 - 61d) IL-13.
- 62 LA FRECUENCIA DE SANGRADO MODERADO DURANTE LA CRIOTERAPIA ES DEL:**
- 62a) 2%.
 - 62b) 8%.
 - 62c) 20%.
 - 62d) >20%.
- 63 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:**
- 63a) 80%.
 - 63b) 92%.
 - 63c) 70%.
 - 63d) 85%.
- 64 ANTE EL HALLAZGO DE UN NÓDULO PULMONAR SOLITARIO, EL TIPO HISTOLÓGICO MÁS FRECUENTE, SI LA LESIÓN ES MALIGNA, SERÍA:**
- 64a) Carcinoide.
 - 64b) Adenocarcinoma.
 - 64c) Epidermoide.
 - 64d) Células grandes.
- 65 EN LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA (CIRUGÍA DE RESECCIÓN) UN VO₂ (CONSUMO DE O₂) DE 9 ML/KG/MIN INDICA:**
- 65a) No riesgo preoperatorio.
 - 65b) Riesgo moderado, completar evaluación con medición de la DCO.
 - 65c) Contraindicación preoperatorio.
 - 65d) Es un parámetro secundario.
- 66 UNA VARIACION DE UN 10% Y 200ML TRAS BRONCODILATACIÓN EN LA CAPACIDAD INSPIRATORIA:**
- 66a) Es una respuesta fisiológica.
 - 66b) Se correlaciona con los cambios en la CRF (capacidad residual funcional).
 - 66c) Es observable en pacientes restrictivos.
 - 66d) Es una respuesta frecuente en pacientes con obstrucción moderada.

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

- 67a) S.Pneumonie.
- 67b) H.Influenzae.
- 67c) M.Catarrhahalis.
- 67d) S.Viridans.

68 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:

- 68a) 40-50%.
- 68b) 50-60%.
- 68c) 70-80%.
- 68d) 80-90%.

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

- 69a) 6-8 casos por 1000 ingresos.
- 69b) 20-25 casos por 1000 ingresos.
- 69c) 100-150 casos por 1000 ingresos.
- 69d) 30-40 casos por 1000 ingresos.

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

- 70a) 48-72 horas.
- 70b) < 24 horas.
- 70c) >72 horas.
- 70d) 7 días.

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

- 71a) Nocardia.
- 71b) Pseudomona aureginosa.
- 71c) Bacteroides fragilis.
- 71d) Streptococcus milleri.

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

- 72a) M. Tuberculosis.
- 72b) M. Avium.
- 72c) M. Kansasii.
- 72d) M. Xenopi.

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

- 73a) 20.
- 73b) 10.
- 73c) 40.
- 73d) <5.

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

- 74a) Neumococo.
- 74b) Citomegalovirus.
- 74c) Aspergillus.
- 74d) Listeria.

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

- 75a) Cavitación.
- 75b) Nódulos múltiples.
- 75c) Áreas de consolidación.
- 75d) Derrame pleural.

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

- 76a) Lineal con incrementos de 2.5 a 3 L/min por cada mmHg de incremento de la PaCO₂.
- 76b) Curvilínea con incrementos de 0.5 a 3 L/min por cada mmHg de incremento de la PaCO₂.
- 76c) Lineal con incrementos de 5 a 10 L/min por cada mmHg de incremento de la PaCO₂.
- 76d) Curvilínea con incrementos de 2.5 a 3 L/min por cada mmHg de incremento de la PaCO₂.

77 EL SINDROME DE ONDINE SE REFIERE A:

- 77a) Hipoventilación alveolar debido a afectación del control autonómico de la ventilación
- 77b) Hiperventilación alveolar debido a afectación del control autonómico de la ventilación.
- 77c) Hipoventilación alveolar debido a afectación del control periférico de la ventilación.
- 77d) Hiperventilación alveolar debido a afectación del control periférico de la ventilación.

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

- 78a) Mayor que en la población normal con incrementos en el 1^{er} trimestre.
- 78b) Similar a la población normal.
- 78c) Mayor que en la población normal con incrementos en el 3^{er} trimestre.
- 78d) Inferior a la población normal.

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

- 79a) No disminuye el riesgo.
- 79b) Depende del grado de severidad (saos).
- 79c) Depende de la duración del tratamiento.
- 79d) Sí disminuye el riesgo de manera global.

80 ¿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?

- 80a) 3 horas.
- 80b) 4 horas.
- 80c) 5 horas.
- 80d) 6 horas.

81 EL SINDROME DE PIERNAS INQUIETAS SE RELACIONA CON:

- 81a) Depósitos centrales descendidos de Fe.
- 81b) Depósitos elevados centrales normales de Fe.
- 81c) Niveles elevados de ferritina en el tálamo.
- 81d) Niveles elevados de ferritina en el núcleo rojo.

82 EN EL ENFISEMA CENTROLOBULILLAR LAS ALTERACIONES A NIVEL DE LOS BRONQUIOS TERMINALES:

- 82a) Preceden a las alteraciones alveolares.
- 82b) Suceden de manera similar en el tiempo.
- 82c) Dependen del tipo de enfisema.
- 82d) No son habituales en el enfisema centro lobulillar.

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

- 83a) Evitar el descenso acelerado del FEV1.
- 83b) Reducir el número de exacerbaciones.
- 83c) Estabilizar la densidad pulmonar.
- 83d) Disminuir la mortalidad.

84 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?

- 84a) 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.
- 84b) 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.
- 84c) La variable exacerbación no era una variable evaluada en el estudio.
- 84d) 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.

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

- 85a) Grado de disnea.
- 85b) Medicación crónica.
- 85c) Historia de exacerbaciones previas.
- 85d) Severidad de la enfermedad.

86 EL RESLIZUMAB ES UN ANTICUERPO MONOCLONAL:

- 86a) Anti IL-5 en pacientes con asma alérgico.
- 86b) Anti IL-5 receptor en pacientes con asma alérgico.
- 86c) Anti IL-5 en pacientes con asma eosinofílico.
- 86d) Anti IL-5 receptor en pacientes con asma eosinofílico.

87 LA VARIABILIDAD FUNCIONAL EN EL ASMA SE DEFINE COMO:

- 87a) Variabilidad diaria o entre días en el Pico flujo > 20%.
- 87b) Diferencia entre espirometría basal y tras broncodilatación.
- 87c) Diferencia entre espirometría basal y en reagudización.
- 87d) Variabilidad diaria o entre días en el Pico flujo > 15%.

88 ASMA FATAL DE INICIO RÁPIDO.

- 88a) 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.
- 88b) 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.
- 88c) 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.
- 88d) 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

89 HISTORIA NATURAL DEL ASMA.

- 89a) 60% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.
- 89b) < 10% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.
- 89c) 10%-20% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.
- 89d) 30% de los niños con sibilancias en los primeros tres años de vida no tenían sibilancias a los 6 años de edad.

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

- 90a) Más frecuente en asma severa y menos frecuente en moderada, no siendo frecuente la historia de rinitis en la infancia.
- 90b) Igual de frecuente independientemente del grado de severidad, no siendo frecuente la historia de rinitis en la infancia.
- 90c) Menos frecuente en asma severa y más frecuente en moderada no siendo frecuente la historia de rinitis en la infancia.
- 90d) Menos frecuente en asma severa y más frecuente en moderada, existiendo historia de rinitis en la infancia.

91 LA GRANULOMATOSIS ASMÁTICA SE DEFINE COMO:

- 91a) 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.
- 91b) Existencia de granulomas necrotizantes con inflamación de la submucosa, tapones mucosos en pequeña vía aérea. Eosinofilia periférica elevada, la fracción de óxido nítrico exhalado (FENO) elevada y atopia infrecuente.
- 91c) Existencia de granulomas necrotizantes sin inflamación de la submucosa, tapones mucosos en pequeña vía aérea. Neutrofilia periférica elevada, fracción de óxido nítrico exhalado (FENO) normal y atopia infrecuente.
- 91d) Existencia de granulomas no necrotizantes con inflamación de la submucosa, tapones mucosos en pequeña vía aérea. Eosinofilia periférica elevada, la fracción de óxido nítrico exhalado (FENO) elevada y atopia frecuente.

92 EN PACIENTES CON ASMA, LA DLCO SE ENCONTRARÁ:

- 92a) Descendida y se relaciona con la severidad del asma.
- 92b) Normal o aumentada.
- 92c) Descendida por alteración de la ventilación / perfusión en bases.
- 92d) Relacionada con la PaO₂.(misma tendencia que el O₂)

93 SINDROME DE YOUNG.

- 93a) Describe a los pacientes con azoospermia obstructiva, bronquiectasias y sinusitis con evidencia de fibrosis quística.
- 93b) Describe a los pacientes con bronquiectasias y sinusitis, sin evidencia de fibrosis quística.
- 93c) Describe a los pacientes con bronquiectasias y sinusitis con evidencia de fibrosis quística.
- 93d) Describe a los pacientes con azoospermia obstructiva, bronquiectasias y sinusitis sin evidencia de fibrosis quística.

94 EN LA ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA LAS BRONQUIECTASIAS:

- 94a) Serán de predominio central.
- 94b) En esta enfermedad el asma NO es un factor independiente para la existencia de bronquiectasias.
- 94c) Son un hallazgo infrecuente.
- 94d) Serán de predominio periférico.

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

- 95a) 100 veces el de alguien que nunca ha fumado.
- 95b) 20 veces el de alguien que nunca ha fumado.
- 95c) 200 veces el de alguien que nunca ha fumado.
- 95d) 5 veces el de alguien que nunca ha fumado.

96 LAS MUTACIONES RESPECTO A LOS INHIBIDORES DE LA TIROSININASA (EGFR) SE OBSERVAN EN:

- 96a) La población asiática con adenocarcinoma pulmonar.
- 96b) El 45% de los carcinomas epidermoides.
- 96c) Son infrecuentes en población asiática con adenocarcinoma pulmonar.
- 96d) Aproximadamente el 45 por ciento de los carcinomas de células pequeñas

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

- 97a) 90 a 180 días
- 97b) < 100 días.
- 97c) < 50 días.
- 97d) 300 días.

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

- 98a) Mutaciones secundarias del *EGFR* (receptor de factor de crecimiento epidérmico)
- 98b) Amplificación del receptor tyrosine kinase MET.
- 98c) Ambos mecanismos.
- 98d) Mecanismos desconocidos.

99 EL HAMARTOMA PRESENTA LAS SIGUIENTES CARÁCTERÍSTICAS:

- 99a) Suele ser periférico de predominio en lóbulos superiores.
- 99b) Suele ser central de predominio en lóbulos superiores.
- 99c) Suele ser periférico de predominio en lóbulos inferiores.
- 99d) Suele ser central de predominio en lóbulos inferiores.

100 LOS TUMORES CARCINOIDES:

- 100a) Se localizan habitualmente en bronquios principales lobares, sésiles y vascularizados.
- 100b) Se localizan habitualmente en carina principal y tráquea, sésiles y vascularizados.
- 100c) Se localizan habitualmente en bronquios principales intraluminares y poco vascularizados.
- 100d) Se localizan habitualmente en bronquios principales lobares e intraluminales.

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 FALSA:

- 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.