



Respecto a los corticoides inhalados, señale la afirmación FALSA:

- A. Están indicados en pacientes con más de dos exacerbaciones al año si no se controlan con broncodilatadores.
- B. Los pacientes con EPOC que necesiten uso de corticoides inhalados pueden recibirlos en monoterapia o asociados a broncodilatadores de acción prolongada (LABA).
- C. Tenemos que considerar usarlos en pacientes con EPOC sintomáticos y exacerbadores que presenten un nivel de eosinófilos en sangre superior a 300 células/ μ l.
- D. Están indicados en pacientes con EPOC que desde jóvenes conocemos historia de asma bronquial.

2. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico principal y de elección en la exacerbación de la EPOC?

- A. Broncodilatadores inhalados de acción larga.
- B. Broncodilatadores inhalados de acción corta.
- C. Antibióticos de amplio espectro.
- D. Corticoides sistémicos en pauta descendente.

3. Señale la respuesta CORRECTA sobre los pacientes con deficiencia de α 1-antitripsina (AATD):

- A. Las directrices GOLD actuales recomiendan la detección de AATD en todos los pacientes con EPOC (especialmente en regiones con una alta prevalencia), y no solo en el paciente típico al que se le diagnostica EPOC a una edad temprana y que tiene un enfisema predominante en el lóbulo inferior.
- B. La importancia de su detección temprana está en la existencia de un tratamiento de reemplazo de la α 1-antitripsina.

C. La primera prueba de diagnóstico para diagnosticar AATD suele ser la medición de los niveles de α 1-antitripsina en sangre, y si este es inferior a $1,1 \text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$ se deben realizar pruebas adicionales, que consisten en fenotipado de proteínas o genotipado.

D. Todas las anteriores son verdaderas.

4. ¿Cuál de los siguientes factores se asocian a un aumento de riesgo de sufrir neumonía con el uso de corticoides inhalados (CI) en pacientes con EPOC?

A. Sexo masculino.

B. Índice de masa muscular $<25 \text{ kg}/\text{m}^2$.

C. Edad ≥ 55 .

D. Todos son factores de riesgo.

5. ¿Cuáles de las siguientes patologías NO formarían parte inicialmente del diagnóstico diferencial de una exacerbación de EPOC en el área de urgencias hospitalarias?

A. Neumonía.

B. Tromboembolismo pulmonar.

C. Síndrome de apnea/hipoapnea del sueño (SAHS).

D. Insuficiencia cardíaca descompensada.

6. Dentro de los signos o síntomas que podrían darnos pistas del empeoramiento de un paciente con una exacerbación de la EPOC, ¿cuál sería la combinación más sugestiva de una etiología por infección bacteriana?

A. Aumento de la disnea, disminución de la secreción de esputo y/o expectoración blanquecina.

- B. Disnea similar a la basal, dolor torácico y cefalea.
- C. Aumento de la disnea, aumento del volumen de la expectoración y/o cambio de coloración del esputo.
- D. Aumento de la disnea, odinofagia y estornudos.

7. Cuando valoramos la retirada de los corticoides inhalados (CI) en pacientes con EPOC, ¿qué NO hace falta tener en cuenta?

- A. Que esté estable en su EPOC.
- B. Que no haya sufrido exacerbaciones moderadas-severas el último año.
- C. Que no tenga eosinofilia en sangre ≥ 300 células/ μl .
- D. Hay que tener en cuenta todas estas circunstancias.

8. Los fenotipos emergentes son:

- A. Superposición de asma-EPOC, bronquítico crónico y exacerbador frecuente.
- B. Enfisematoso, bronquítico crónico y deficiencia de alfa1-antitripsina.
- C. EPOC en no fumador; fenotipo de declive rápido con comorbilidades o fenotipo sistémico; deficiencia de alfa1-antitripsina; fenotipo de enfisema predominante en el lóbulo superior; fenotipo de caquexia pulmonar; y superposición de EPOC y bronquiectasias.
- D. Ninguno de los anteriores.

9. Es FALSO que...

- A. Los estudios que han comparado de forma directa la combinación de dos broncodilatadores de acción prolongada a dosis fijas en un único dispositivo mostraban muy claras mejorías de unos frente a otros.

- B. Para simplificar el tratamiento en pacientes con EPOC de reciente diagnóstico evaluar como principal parámetro a controlar la disnea puede ser muy útil y suficiente.
- C. Existe estudios que demuestran que la triple terapia inhalada mejora la función pulmonar con un perfil de seguridad aceptable.
- D. Estudios recientes demuestran beneficio en la calidad de vida y reducción de la mortalidad por todas las causas con la triple terapia inhalada.

10. En el tratamiento farmacológico inicial de la EPOC, es CIERTO:

- A. En pacientes con pocos síntomas y poca disnea con exacerbaciones cualquier tratamiento broncodilatador es recomendable.
- B. En pacientes sintomáticos no exacerbadores siempre es preferible iniciar el tratamiento con un broncodilatador de acción prolongada anticolinérgico (LAMA).
- C. En pacientes sintomáticos con nivel de eosinófilos en sangre elevado (≥ 300 células/ μl) puede iniciarse el tratamiento con un corticoide inhalado asociado a un broncodilatador de acción prolongada tipo LABA.
- D. Según las recomendaciones GOLD 2020 en paciente con pocos síntomas y no exacerbadores, siempre deberemos iniciar el tratamiento con un broncodilatador de acción prolongada.