



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 $\alpha 1$ -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 $<25 \text{ kg/m}^2$.

☐ 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/ μ l.
- ☒ 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/ μ l) 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.