

**OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE  
INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE  
CANTABRIA**

**CATEGORÍA:**

**FEA ONCOLOGÍA MÉDICA**

Orden SAN/52/2017, 24 de mayo, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso, mediante el sistema de concurso-oposición, a plazas de la categoría estatutaria de Facultativo Especialista de Área de Oncología Médica en las Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria cuyas plazas se acumulan a las de la Oferta de Empleo Público del año 2017 por Orden SAN/31/2018

**EJERCICIO ÚNICO ELIMINATORIO  
CUESTIONARIO TIPO TEST**

**ADVERTENCIA:**

**NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE**

- 1.- De acuerdo con el artículo 24 del Estatuto de Autonomía para Cantabria, señale en cuál de las siguientes materias NO tiene competencia exclusiva la Comunidad Autónoma:
- A Protección y tutela de menores.
  - B Cultura.
  - C Turismo.
  - D Administración de Justicia.
- 2.- De acuerdo con el artículo 7 de la Constitución, señale la respuesta INCORRECTA en relación con los sindicatos de trabajadores y las asociaciones empresariales:
- A El ejercicio de su actividad será libre dentro del respeto a la Constitución y a la Ley.
  - B Su estructura interna y funcionamiento deberán ser democráticos.
  - C Contribuyen a la defensa y promoción de los intereses económicos y sociales que les son propios.
  - D La pertenencia a un sindicato o asociación empresarial será obligatoria en determinados sectores.
- 3.- De acuerdo con el artículo 1 de la Constitución, NO constituye uno de valores superiores del ordenamiento jurídico
- A La libertad.
  - B La jerarquía normativa.
  - C La justicia.
  - D El pluralismo político.
- 4.- De acuerdo con el artículo 147.3 de la Constitución, la reforma de los Estatutos de Autonomía requerirá, en todo caso:
- A La aprobación por las Cortes Generales, mediante ley orgánica.
  - B La aprobación por las Cortes Generales, mediante orden.
  - C La aprobación por el Parlamento Europeo, mediante reglamento.
  - D La aprobación por las Cortes Generales, mediante resolución.
- 5.- De acuerdo con el artículo 8 del Estatuto de Autonomía para Cantabria, corresponde aprobar los presupuestos de la Comunidad Autónoma:
- A Al Gobierno.
  - B Al Presidente.
  - C Al Parlamento.
  - D Al Consejero de Hacienda.
- 6.- De acuerdo con lo establecido en el artículo 54 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma:
- A Se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por la Dirección Gerencia de cada Comunidad, y deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Zonas de Salud.
  - B Se aprobará por el Gobierno, a propuesta de las respectivas Comunidades Autónomas, y deberá englobar el conjunto de planes de los Centros Hospitalarios.
  - C Se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, y deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Areas de Salud.
  - D Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

- 7.- Según el artículo 46 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, señale cuál de las siguientes constituye una característica fundamental del Sistema Nacional de Salud:
- A La extensión de sus servicios a los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia fuera del territorio nacional.
  - B La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos y privados en un dispositivo único.
  - C La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
  - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 8.- En relación con el derecho a la igualdad, regulado en el artículo 6 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, indique si la enfermedad puede amparar diferencias de trato:
- A En ningún caso, ya que es un derecho especialmente protegido por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como por la demás normativa existente en esta materia.
  - B Si, las que deriven del propio proceso de tratamiento de la misma.
  - C Si, las que deriven de las limitaciones objetivas que imponga para el ejercicio de determinadas actividades.
  - D Son correctas las respuestas b y c.
- 9.- Según el artículo 13 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, ¿a qué órgano le corresponde asegurar la cohesión y calidad en la gestión de los sistemas de vigilancia en salud pública?:
- A Al Centro Estatal de Salud Pública, a través del Consejo Interautonómico de cada Comunidad.
  - B Al Consejo de Salud Pública, a través del Ministerio de Sanidad.
  - C Al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública.
  - D Al Comité Nacional de Vigilancia, a través del Consejo de Salud Pública.
- 10.- De acuerdo con el artículo 24 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley se garantizará:
- A Exclusivamente en el lugar del territorio nacional en el que resida el usuario del Sistema Nacional de Salud.
  - B En cualquier lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud, exceptuando los territorios insulares.
  - C Con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
  - D Exclusivamente en el lugar del territorio nacional en el que se hayan nacido los usuarios del Sistema Nacional de Salud y en el lugar del territorio nacional en el que residan.
- 11.- De acuerdo con el artículo 69.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad:
- A La vertebración de los recursos dedicados a la investigación del Sistema Nacional de Salud, mediante la asociación de centros de investigación del Sistema Nacional de Salud.
  - B Promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.
  - C Favorecer la participación de los ciudadanos en la adopción de decisiones en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.
  - D Promover la salud de la población a través, entre otras actuaciones, de la información y vigilancia epidemiológica.

- 12.- De acuerdo con el artículo 15.2 Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la ficha técnica del medicamento:**
- A Proporcionará a los pacientes información suficiente sobre la denominación del principio activo, identificación del medicamento y su titular.
  - B Proporcionará a los pacientes información sobre los efectos adversos, interacciones, contraindicaciones y en especial los efectos sobre la conducción de vehículos a motor.
  - C Proporcionará a los farmacéuticos información sobre la denominación del medicamento, precauciones para su almacenamiento y dispensación.
  - D Reflejará las condiciones de uso autorizadas para el medicamento y sintetizará la información científica esencial para los profesionales sanitarios.
- 13.- De acuerdo con el artículo 38 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en relación con el desarrollo profesional:**
- A El reconocimiento se articulará en cuatro grados, incluido el grado inicial previo que puedan establecer las Administraciones sanitarias.
  - B Para obtener el primer grado, será necesario acreditar cuatro años de ejercicio profesional.
  - C La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, otros cuatro años desde la precedente evaluación positiva.
  - D Los centros sanitarios privados en los que existan profesionales sanitarios que presten servicios por cuenta ajena establecerán, en la medida en que lo permita la capacidad de cada centro, procedimientos para el reconocimiento del desarrollo profesional y la carrera de los mismos.
- 14.- Atendiendo a lo recogido en el artículo 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, y de acuerdo con los siguientes principios:**
- A Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser única para todos los centros y común para los pacientes atendido en ellos.
  - B La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos confidenciales para evitar ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.
  - C Los protocolos serán utilizados de forma taxativa.
  - D Ninguna de las repuestas anteriores es correcta.
- 15.- Según el artículo 15 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, la formación especializada en Ciencias de la Salud:**
- A Es una formación no reglada y de carácter oficial.
  - B Es una formación reglada y de interés sanitario.
  - C Tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.
  - D Son correctas las respuestas b y c.

- 16 .- Según el artículo 9.2 a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento:**
- A Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley.
  - B Cuando las personas allegadas al paciente lo soliciten.
  - C Cuando el paciente no sea capaz emocionalmente de entender el alcance de la intervención.
  - D Cuando los facultativos lo decidan, pues pues son ellos, en todo caso, los que deciden.
- 17 .- De acuerdo con el artículo 5.1 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el Sistema Autonómico de Salud, a los efectos de dicha Ley, está integrado por:**
- A El Sistema Sanitario Público de Cantabria.
  - B La red sanitaria de titularidad privada.
  - C Todos los establecimientos, centros y servicios sociales existentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
  - D Son ciertas las respuestas a y b.
- 18 .- De acuerdo con el artículo 15 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, indique cuál de los siguientes tendrá la consideración de centro especializado de diagnóstico y tratamiento:**
- A Centro de día psiquiátrico.
  - B Centros dedicados a tratamientos específicos.
  - C Consultorios.
  - D Son correctas las respuestas a y b.
- 19 .- Atendiendo al contenido del artículo 29 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el principio de autonomía alcanza su expresión, en la citada Ley, a través de:**
- A La expresión de la voluntad con carácter previo.
  - B El consentimiento informado.
  - C La irrevocabilidad del consentimiento.
  - D Son ciertas las respuestas a y b.
- 20 .- Según el artículo 31.1 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el consentimiento será otorgado en régimen de representación cuando el médico responsable entienda que el usuario no está en condiciones de entender de manera clara, precisa y completa la información relativa al procedimiento diagnóstico o terapéutico indicado. Indique en este caso quién puede otorgar el consentimiento:**
- A Sus representantes legales.
  - B Sus familiares o personas allegadas.
  - C El consentimiento informado en régimen de representación está previsto sólo expresamente en el caso de que el usuario haya sido declarado judicialmente incapacitado.
  - D Son correctas las respuestas a y b.

- 21 .- De acuerdo con el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el Mapa Sanitario de Cantabria, el municipio de Ribamontan al Mar se incluye en:**
- A La Zona de Salud Laredo.
  - B La Zona de Salud Campoo-Los Valles.
  - C La Zona de Salud Cudeyo.
  - D La Zona de Salud Besaya.
- 22 .- De acuerdo con el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el Mapa Sanitario de Cantabria, el Centro de Salud, el Centro de Salud Cabezón de la Sal se ubica:**
- A En la Zona de Salud Alto Asón.
  - B En la Zona de Salud Gama.
  - C En la Zona de Salud Suances.
  - D En la Zona de Salud Saja.
- 23 .- De acuerdo con el artículo 9.2 de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, el nombramiento de carácter interino se expedirá:**
- A Para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones.
  - B Cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.
  - C Cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.
  - D Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.
- 24 .- De acuerdo con el artículo 49 de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, el procedimiento normalizado de provisión utilizado para la cobertura de los puestos de trabajo de carácter directivo será:**
- A El concurso de traslados.
  - B La libre designación, con convocatoria pública.
  - C La comisión de servicios.
  - D La designación.
- 25 .- De acuerdo con el artículo 61 de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, la modalidad B de complemento específico:**
- A Se corresponde con el nivel del puesto que se desempeña.
  - B Puede ser percibido por el personal estatutario que desempeñe una segunda actividad pública o privada.
  - C No incluye el factor de incompatibilidad.
  - D Incluye el factor de incompatibilidad.

- 26 .- Las garantías previstas en la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, serán de aplicación a las siguientes intervenciones:**
- A Quirúrgicas de carácter urgente.
  - B Trasplante de órganos y tejidos.
  - C Las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.
  - D Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- 27 .- Según la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, los o las pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del sistema sanitario público de Cantabria, recibirán la misma en los siguientes plazos máximos:**
- A Ciento ochenta días en el caso de procedimientos quirúrgicos.
  - B Ciento ochenta días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.
  - C Sesenta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas.
  - D Sesenta días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada y realización de pruebas diagnósticas especializadas.
- 28 .- Conforme al artículo 10 de la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, será causa de extinción del derecho a la garantía de atención sanitaria especializada:**
- A La falta de asistencia justificada a la cita programada.
  - B La expedición del certificado de garantía.
  - C Solicitar tres veces el aplazamiento para recibir la atención sanitaria por la que está inscrito.
  - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 29 .- Según el Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba el Acuerdo Marco en salud laboral y participación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales en el Servicio Cántabro de Salud, en relación con los Comités de Seguridad y Salud, señale la respuesta CORRECTA:**
- A Se constituirá un Comité de Seguridad y Salud en las Gerencias que cuenten con 50 o más trabajadores.
  - B El Comité de Seguridad y Salud de cada Gerencia se reunirá trimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las dos partes que lo componen.
  - C El Comité estará formado por los delegados de Prevención y, en igual número, por los representantes de la Administración que se designen por el director gerente del Servicio Cántabro de Salud.
  - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 30 .- De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, se entiende por riesgo laboral grave e inminente:**
- A La posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.
  - B Las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
  - C Aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.
  - D Procesos, actividades, operaciones, equipos o productos que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

**31 .- Con respecto a conceptos epidemiológicos del cáncer, sólo una es CIERTA:**

- A La incidencia es el cociente entre número de casos nuevos por año y el número de muertes
- B El valor predictivo positivo de un test es inversamente proporcional a la incidencia
- C La mortalidad es el número de muertes por año
- D Los estudios epidemiológicos no son útiles para estudiar los factores de riesgo del cáncer

**32 .- Respecto a los registros de cáncer, ¿cuál es FALSA?**

- A Los registros de cáncer poblacionales recogen todos los casos de cáncer recién diagnosticados de un área geográfica y en un periodo determinado
- B Los registros de cáncer hospitalarios recogen información de los casos nuevos de cáncer diagnosticados y/o tratados en una Institución y permiten estimar la incidencia de cáncer en un área geográfica
- C Los registros de cáncer poblacionales ayudan en la planificación sanitaria y en la valoración de los programas de control de cáncer implementados en un área geográfica
- D Los registros de cáncer hospitalarios permiten evaluar de forma objetiva, las necesidades administrativas y la calidad asistencial de un centro hospitalario

**33 .- En un registro hospitalario de tumores son casos válidos todos los siguientes, EXCEPTO**

- A Diagnosticado y tratado en el hospital
- B Diagnóstico, tratamiento activo y tratamiento sintomático en otro hospital
- C Diagnosticado por necropsia en el hospital
- D Diagnóstico y tratamiento activo en otro hospital, tratamiento sintomático en el hospital

**34 .- Respecto a la prevención del cáncer de colon en personas entre 50 y 75 años, señale la FALSA**

- A Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son un método de prevención secundaria
- B La realización de una colonoscopia cada 10 años es un método de prevención secundaria
- C La realización de una sigmoidoscopia flexible cada 5 años es un método de prevención secundaria
- D El ejercicio físico es un método de prevención primaria

**35 .- De acuerdo con el Código Europeo (versión 2014) contra el cáncer, señalar la FALSA**

- A La actividad física reduce el riesgo de cáncer de endometrio
- B La lactancia materna reduce el riesgo de la madre de cáncer de mama
- C Se recomienda vacunación frente al Virus Hepatitis B (VHB)
- D Se recomienda participar en programa de cribado de cáncer de pulmón

**36 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA, en relación a los programas de cribado?**

- A Cáncer de cérvix y citología cada 3 años
- B Cáncer de vejiga en fumadores y citología de orina cada 2 años
- C Cáncer de colon y sangre oculta en heces cada 2 años
- D Cáncer de mama y mamografía cada 2 años

**37 .- Uno de los siguientes criterios NO permitiría recomendar el cribado de una enfermedad:**

- A La historia natural de la enfermedad debe ser conocida, y la lesión premaligna/maligna se debe identificar a tiempo
- B Alta prevalencia
- C Baja mortalidad
- D Existencia de un tratamiento eficaz en etapas precoces

**38 .- En relación con los marcadores tumorales, señale la FALSA**

- A La calcitonina es un marcador tumoral de alta sensibilidad y alta especificidad para el diagnóstico del cáncer medular de tiroides
- B Los marcadores tumorales son útiles en el seguimiento porque el diagnóstico precoz de la recaída siempre aporta mejores supervivencias
- C Alfa-FP, beta-HCG y LDH tienen valor pronóstico en los tumores germinales
- D Una masa ovárica en una mujer menopáusica con un CA 12.5 mayor de 95 U/ml tiene un valor predictivo positivo del 95% para el cáncer de ovario

**39 .- En relación con la inmunoterapia, sólo una es FALSA:**

- A Los anti PD-1, y anti PD-L1 actúan inhibiendo checkpoint inmunológicos
- B Los anti CTLA4 actúan estimulando un checkpoint activador de la fase efectora de la respuesta inmunitaria antitumoral
- C La presencia de ciertas células inmunitarias en el tumor (T regs, M2 TAMs...) puede inhibir la respuesta inmune antitumoral
- D La presencia en el tumor de una alta carga mutacional (TMB) puede generar un mayor número de antígenos y una mayor sensibilidad a la inmunoterapia

**40 .- En la aplicación de secuenciación de nueva generación (NGS) para diagnóstico molecular, señale la FALSA:**

- A No permite la detección de fusiones de genes
- B Detecta multitud de alteraciones de forma simultánea
- C Aproximadamente entre un 10 y un 20% de muestras no pueden ser estudiadas por NGS
- D Es una técnica compleja y de coste superior a la inmunohistoquímica

**41 .- De las siguientes indicaciones, señalar en cuál es de menor utilidad el PET-TAC**

- A Evaluación de enfermedad metastásica en un melanoma maligno
- B Evaluación preoperatoria en un cáncer de esófago
- C Estudio de Estadificación de un cáncer de riñón
- D Evaluación de una masa residual tras tratamiento en un cáncer testicular

**42 .- Respecto a técnicas endoscópicas, sólo una es falsa:**

- A La ecoendoscopia es útil en la determinación de la T en cáncer esofágico
- B La colonoscopia para el cribado de cáncer colo-rectal está indicada a partir de los 40 años en población fumadora
- C La PEG (gastrostomía endoscópica percutánea) puede ser útil en tumores esofágicos obstructivos
- D La PAAF guiada por ecoendoscopia es útil para el diagnóstico de los adenocarcinomas pancreáticos

- 43 .- Según la clasificación TNM (AJCC 2017. 8ª Edición), el estadio clínico pronóstico del cáncer de mama, NO depende de**
- A cTNM
  - B Estado HER2
  - C Receptores Hormonales (Estrógenos y Progesterona)
  - D Ki 67
- 44 .- Respecto a los síndromes paraneoplásicos neurológicos, y concretamente la degeneración cerebelosa subguda, señale la FALSA:**
- A Es el síndrome clásico neurológico más frecuente
  - B Los anticuerpos onconeuronales más frecuentes asociados a cáncer de mama y ovario son los anti-Tr
  - C Con frecuencia preceden a la aparición del tumor, incluso hasta varios años
  - D Clínicamente se caracteriza por la aparición subaguda de vértigo, inestabilidad de la marcha, ataxia y nistagmo
- 45 .- El origen del tumor primario en tumor de origen desconocido (TOD) se identifica en más del 70% de los casos en estudios de cohortes postmortem. Señale la opción con las localizaciones más frecuentes del tumor oculto:**
- A Pulmón y ovario
  - B Pulmón y colorrectal
  - C Pulmón y estómago
  - D Pulmón y páncreas
- 46 .- Respecto a los factores pronósticos y predictivos en cáncer de mama, señale la FALSA**
- A El HER 2 es un factor pronóstico y predictivo
  - B Los receptores hormonales son factores pronósticos y predictivos
  - C El Ki67 es un factor pronóstico
  - D El PS (Performance Status) es un factor predictivo
- 47 .- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO es un inhibidor de los microtúbulos?**
- A Docetaxel
  - B Eribulina
  - C Vinflunina
  - D Raltitrexed
- 48 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referentes a la adyuvancia y neoadyuvancia en el cáncer no microcítico de pulmón es CIERTA?**
- A La quimioterapia (QT) adyuvante sólo alcanza significación estadística cuando se asocia a la radioterapia (RT)
  - B La QT adyuvante frente a la QT neoadyuvante tiene un impacto similar en supervivencia
  - C La QT adyuvante ha demostrado eficacia en todos los estadio IB, II y III
  - D Existe la misma evidencia científica para usar el tratamiento de QT de forma neoadyuvante como adyuvante

49.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO produce insuficiencia renal?

- A Gemcitabine
- B Cisplatino
- C Ifosfamida
- D Nitrosureas

50.- Respecto al receptor de estradiol alfa (REalfa) y receptor de estradiol beta (REbeta), señale la FALSA:

- A Están codificados por el mismo gen
- B Son similares en tamaño (REalfa 595 aminoácidos y REbeta 530 aminoácidos)
- C Mantienen los mismos dominios funcionales (uno para la unión al estradiol, dos para la activación de factores transcripcionales y otro para la unión al ADN)
- D Su homología es del 50% y su acción en la proliferación celular es diferente

51.- Señale cuál NO es un mecanismo de resistencia a la hormonoterapia

- A Mutación en el receptor de estradiol
- B Amplificación de ciclina D1
- C Ganancia de CDK4
- D Sobreexpresión del gen supresor PTEN

52.- En relación a los siguientes antiangiogénicos, sólo una es CIERTA

- A El efecto adverso más frecuente del nintedanib es la hipertensión arterial
- B El bevacizumab no requiere ajuste de dosis según función renal
- C El ramucirumab se puede administrar via oral
- D Todas son ciertas

53.-Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA:

- A La toxicidad hepática del trastuzumab está en torno al 10%
- B El cetuximab tiene la indicación en cáncer epidermoide de pulmón en España
- C Con olaparib se han descrito casos de síndrome mielodisplásico y leucemias mieloides agudas
- D El T-DM1 no requiere monitorización hepática

54.- Respecto a los agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE), señale la FALSA

- A No se recomienda el uso de AEE en pacientes con anemia sintomática que no reciben quimioterapia y un nivel de hemoglobina menor de 10 g/dl
- B Se recomienda el uso de AEE en pacientes con anemia sintomática que reciben quimioterapia y un nivel de hemoglobina menor de 10 g/dl
- C El nivel diana de hemoglobina en un paciente que recibe AEE es de 13 g/dl
- D Se recomienda el uso de AEE en pacientes con anemia asintomática que reciben quimioterapia y un nivel de hemoglobina menor de 8 g/dl

**55.- Respecto a la braquiterapia, señale la respuesta CIERTA**

- A La braquiterapia de alta tasa de dosis (HDR) permite dar un tratamiento con una fuente radiactiva de alta actividad durante varios días
- B La fuente radiactiva decae de una forma lineal, caracterizada por sus vidas medias individuales
- C En la braquiterapia intersticial se colocan las fuentes radiactivas dentro del tumor
- D La braquiterapia de baja tasa de dosis (LDR) permite dar un tratamiento con una fuente radiactiva de baja actividad durante unos minutos

**56.- Respecto a la toxicidad de la radioterapia, señale la respuesta FALSA**

- A La toxicidad aguda se produce por la muerte celular inducida por la radioterapia, que ocurre durante la mitosis en células que se dividen rápido
- B La toxicidad subaguda es la que típicamente se produce entre 6 y 9 meses de finalización de la radioterapia
- C Altos niveles de TGF- $\beta$  en sangre se asocia con mayor riesgo de neumonitis postradioterapia
- D Fibrosis y formación de fístulas son efectos tardíos de la radioterapia

**57.- Señale cuál de los siguientes NO tiene propiedades radiosensibilizantes**

- A Amifostina
- B Temozolomida
- C Hidroxiurea
- D Vincristina

**58.- Respecto al uso de quimioterapia concomitante con radioterapia, señale la respuesta FALSA**

- A Existe un efecto de radiosensibilización
- B Existe un efecto de aditividad espacial
- C En tumores de cabeza y cuello predomina la radiosensibilización
- D La quimioterapia produce un efecto de muerte celular tumoral inmunogénica

**59.- ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de irresecabilidad del cáncer de laringe?**

- A Infiltración del cartílago tiroides
- B Infiltración de la musculatura prevertebral
- C Invasión del mediastino
- D Invasión de la base del cráneo

**60.- Un paciente diagnosticado de carcinoma de nasofaringe T1N0M0, ¿qué tratamiento estaría más indicado realizar?**

- A Cisplatino + radioterapia concomitante
- B Radioterapia
- C Quimioterapia de inducción (TPF) + radioterapia secuencial
- D Radioterapia + quimioterapia adyuvante (cisplatino + 5 fluorouracilo)

- 61 .- En un paciente diagnosticado de carcinoma de nasofaringe y múltiples metástasis pulmonares bilaterales, ECOG 1. De los siguientes, ¿qué tratamiento le parece más adecuado en 1ª línea?**
- A Cisplatino + 5 fluorouracilo
  - B Cisplatino + gemcitabina
  - C Nivolumab
  - D Cisplatino + cetuximab
- 62 .- Un paciente de 42 años de edad, fumador, ECOG 1, diagnosticado de carcinoma epidermoide de laringe con infiltración amplia del cartílago tiroides. Es presentado en el Comité Multidisciplinar de ORL y el cirujano ORL considera que es un tumor localmente avanzado pero resecable mediante una laringuectomía total (cT4aN1). De las distintas alternativas de tratamiento, ¿cuál recomendaría en primer lugar siguiendo la guía SEOM de tratamiento de Tumores Cabeza y Cuello (2017)?**
- A Laringuectomía total
  - B Laringuectomía total + vaciamiento ganglionar cervical + radioterapia ó quimio-radioterapia (si factores de riesgo anatomopatológicos)
  - C Quimio-radioterapia concomitante (cisplatino 100 mg/m<sup>2</sup>, D1,21 y 42 + radioterapia)
  - D Quimioterapia de inducción (TPF) + quimio-radioterapia concomitante (cisplatino 100 mg/m<sup>2</sup>, D1,21 y 42 + radioterapia)
- 63 .- ¿Cuál de los siguientes regímenes de quimioterapia tiene mayor evidencia en el tratamiento adyuvante del cáncer de pulmón de célula no pequeña?**
- A Cisplatin-pemetrexed
  - B Carboplatino-vinorelbine
  - C Carboplatino-paclitaxel
  - D Cisplatin-Vinorelbine
- 64 .- ¿Qué biomarcador ha demostrado ser predictivo en la adyuvancia del cáncer de pulmón de célula no pequeña?**
- A EGFR
  - B ERCC-1
  - C BRCA-1
  - D Ninguno de ellos
- 65 .- En el cáncer de pulmón de célula no pequeña localmente avanzado resecable, sólo una es CIERTA**
- A La inmunoterapia tras el tratamiento de quimio-radioterapia seguido de cirugía ha demostrado beneficio en supervivencia libre de progresión
  - B La re-estadificación mediastínica antes de la cirugía no es necesaria ya que los pacientes se benefician de la cirugía independientemente de la negativización del mediastino
  - C En los pacientes con enfermedad N2 se plantea como opción la cirugía cuando hay afectación de una única area ganglionar, son resecables, han negativizado mediastino tras la quimioterapia de inducción y no requieren neumonectomía
  - D Todas son ciertas

- 66 .- Paciente mujer de 41 años, exfumadora, recién diagnosticada de un Adenocarcinoma de pulmón estadio IV por afectación cerebral asintomática, EGFR, ALK y ROS-1 negativos sin material para continuar estudio, con un ECOG 0. ¿Cuál sería el planteamiento más indicado?**
- A Iniciar tratamiento con radioterapia holocraneal seguida de quimioterapia basada en platino/pemetrexed
  - B Iniciar quimioterapia con un doblete de platino asociado a bevacizumab
  - C Repetir la biopsia con el objetivo de conocer el estatus de PD-L1 y si éste es >50% iniciar tratamiento con pembrolizumab
  - D Plantear monoterapia con agente de quimioterapia de 3ª generación
- 67 .- La única combinación que ha demostrado beneficio en supervivencia global en un estudio fase III en 2ª línea en el adenocarcinoma de pulmón es**
- A Docetaxel-Selumetinib
  - B Paclitaxel-Bevacizumab
  - C Docetaxel-Nintedanib
  - D Bevacizumab-Erlotinib
- 68 .- ¿Cuál de las siguientes relaciones de incidencia oncogénica del adenocarcinoma de pulmón en población caucásica es FALSA?**
- A Mutaciones de EGFR 5-15%
  - B Genes de fusión ALK 3-6%
  - C Mutaciones de K-RAS 20-30%
  - D Mutaciones BRAF 10%
- 69 .- Señale la respuesta FALSA referente al cáncer microcítico de pulmón enfermedad limitada**
- A El régimen de quimioterapia considerado como estándar concurrente con la radioterapia es cisplatino/etopósido
  - B La cirugía está indicada en casos de T1-T2N0M0
  - C La radioterapia torácica debe hacerse concurrente con la quimioterapia y lo más precoz posible
  - D La influencia de la irradiación craneal profiláctica en la supervivencia global está claramente relacionada con el aumento de dosis siendo mejor la dosis de 36 Gy
- 70 .- Respecto al inhibidor de 2ª generación de ALK-alectinib, señale la respuesta CIERTA**
- A Es también un inhibidor ROS-1
  - B En 1ª línea obtiene una clara mejoría en mediana de supervivencia global comparado con crizotinib
  - C La tasa de respuestas en 1ª línea a nivel cerebral está en torno al 80%
  - D Tiene más toxicidad digestiva que el crizotinib
- 71 .- Señale cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA en relación al mesotelioma pleural maligno**
- A El tipo histológico marca el pronóstico y tratamiento
  - B El tratamiento trimodal (quimioterapia + cirugía + radioterapia) es la opción utilizada en la mayoría de pacientes con enfermedad localizada
  - C La mediana de supervivencia está en torno a 36 meses
  - D Ninguna es correcta

**72 .- En cáncer epidermoide de esófago localizado sólo una de las siguientes es CIERTA:**

- A La quimioradioterapia radical es una opción válida pero en casos de persistencia o recidiva local el rescate quirúrgico carece de valor
- B La quimio-radioterapia no es superior a la radioterapia sola
- C En los T4b con afectación de tráquea, grandes vasos o corazón se debe considerar el uso sólo de quimioterapia sin radioterapia.
- D El tratamiento complementario postoperatorio con quimio y/o radioterapia es el tratamiento de referencia

**73 .- Con respecto a la posibilidad evitar la cirugía y tratar con quimioradioterapia definitiva (con cirugía de rescate sólo si persistencia o recidiva) en cáncer de esófago localmente avanzado resecable sólo una es CIERTA:**

- A Es una opción que se ha explorado y es aceptada como válida sólo en los adenocarcinomas
- B Asociar a la Quimio-radioterapia definitiva carboplatino-paclitaxel ha demostrado aumentar la supervivencia con respecto a cisplatino-5 fluorouracilo
- C Existen estudios que sugieren que es una opción aceptable en cánceres epidermoides si respuesta completa a quimio- radioterapia de inducción
- D La adición de cetuximab es el estándar cuando se trata de evitar la cirugía

**74 .- En relación a los tumores del timo, señale la respuesta CIERTA**

- A La supervivencia se relaciona con el tipo histológico
- B La base del tratamiento en la enfermedad localizada es la cirugía
- C Los esquemas de quimioterapia más utilizados en enfermedad metastásica están basados en platino y adriamicina
- D Todas son correctas

**75 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los tumores germinales mediastínicos es FALSA?**

- A Se localizan preferentemente en mediastino anterior
- B Es la localización más frecuente de los tumores germinales extragonadales
- C El tipo histológico más frecuente es el no seminoma
- D Según las cifras de marcadores, los tumores germinales no seminomatosos mediastínicos pueden ser de buen, intermedio y mal pronóstico de la clasificación pronóstica IGCCCG

**76 .- De entre los siguientes, ¿cuál es el tumor cerebral primario más frecuente?**

- A Astrocitoma
- B Meningioma
- C Oligodendroglioma
- D Glioblastoma

**77 .- Varón de 45 años que debuta con crisis generalizadas y una RMN cerebral revela una masa de 7 cm. La biopsia es compatible con astrocitoma G2. Se realiza una resección del 85% de la masa. ¿Cuál sería el tratamiento de elección postoperatorio?**

- A Observación y seguimiento
- B Quimioterapia
- C Radioterapia (50,4 Gy) en fracciones de 1,8 Gy
- D Radioterapia combinada con el esquema PCV de quimioterapia

- 78.- Un paciente con un glioblastoma multiforme es operado y se le recomienda tratamiento de radioterapia concurrente con temozolomida seguido de 6 ciclos de temozolomida adyuvante. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?**
- A La metilación de MGMT es un factor pronóstico adverso
  - B La metilación del promotor MGMT parece ser un predictor del beneficio al tratamiento con temozolomida
  - C La adición de temozolomida a la radioterapia no mejora los resultados de supervivencia global
  - D Todas son falsas
- 79.- Con respecto al adenocarcinoma gástrico sólo una es verdadera**
- A La incidencia del adenocarcinoma gástrico distal está aumentando y la del proximal está disminuyendo en occidente
  - B En España la mortalidad por cáncer gástrico es menor en la mitad noroeste
  - C Menos del 10% de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico sobreviven más allá de los 5 años
  - D En nuestro medio sólo en torno al 10% de los pacientes tienen enfermedad precoz (T1-2 N0 M0) al diagnóstico y en estos pacientes con cirugía sólo la supervivencia a largo plazo supera el 80%
- 80.- Con respecto al adenocarcinoma esófago-gástrico sólo una es falsa**
- A El TCGA distingue cuatro tipos moleculares, el CIN (inestabilidad cromosómica), el GS (Genómicamente estable), el MSI y el asociado a EBV
  - B El subtipo asociado a EBV constituye el 50% de los adenocarcinomas esófago-gástricos
  - C En los subtipos MSI y EBV se ha descrito una posible mayor eficacia de la inmunoterapia
  - D El subtipo CIN se asocia al tipo histológico intestinal y el subtipo GS al tipo histológico difuso
- 81.- Con respecto a la quimioterapia perioperatoria en cáncer gástrico resecable, sólo una es cierta**
- A En el estudio MAGIC se incluyó un 6,6 % de pacientes con MSI y estos pacientes tenían mejor pronóstico con cirugía sola y no parecían beneficiarse de la quimioterapia perioperatoria con ECF
  - B En el estudio fase III FLOT4 la quimioterapia perioperatoria con FLOT fue superior en supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global a la quimioterapia postoperatoria con CF
  - C El estudio Fase III FLOT4 no incluyó pacientes con adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica
  - D En el estudio FLOT4 se vio un aumento significativo en la SLE pero no en la Supervivencia en el brazo con FLOT periperatorio
- 82.- Con respecto al adenocarcinoma gástrico metastásico, sólo una es CIERTA:**
- A El 70 % de los pacientes con adenocarcinoma gástrico debutan con enfermedad metastásica
  - B Los dobletes con platinos (cisplatino u oxaliplatino) y fluoropirimidinas (FU, capecitabina o S1) son esquemas aceptables
  - C La quimioterapia con DCF (docetaxel, cisplatino, FU) ha mejorado la supervivencia global en un estudio fase III logrando una mediana de 25 meses y es el esquema de referencia
  - D Todas la anteriores son falsas

**83.- Con respecto al adenocarcinoma gástrico metastásico, sólo una es FALSA:**

- A Los fase III EXPAND y REAL-3 que exploraron el papel de añadir cetuximab o panitumumab a la quimioterapia han sido negativos
- B Los fase III GRANYTE-1 y el RADPAC que exploraron el papel del everólimus tras 1ª línea no encontraron diferencias significativas en supervivencia global
- C Dos estudios fase III, el RILOMET y el METGASTRIC que exploraron el papel de los inhibidores de HGF/c.MET en 1ª línea de cáncer gástrico avanzado, han encontrado un aumento significativo en supervivencia libre de progresión y en supervivencia global en pacientes c-MET positivo
- D El estudio GOLD que exploró el añadir olaparib a paclitaxel en 2ª-3ª línea, encontró una tendencia hacia mejor supervivencia global que no alcanzó la significación estadística en el brazo con olaparib

**84.- Con respecto a los antiangiogénicos en cáncer gástrico avanzado, sólo una es FALSA**

- A Dos estudios fase III, el REGARD y el RAINBOW han demostrado aumento de supervivencia global con ramucirumab en 2ª línea
- B El estudio fase III RAINFALL ha demostrado un aumento estadísticamente significativo en supervivencia libre de progresión y en supervivencia global cuando ramucirumab se añadió a FOLFOX en 1ª línea
- C En el fase III AVAGAST al añadir bevacizumab a la quimioterapia en 1ª línea se detectó un aumento significativo en supervivencia libre de progresión pero en supervivencia global (objetivo primario) sólo se observó una tendencia que no alcanzó la significación estadística
- D En el estudio randomizado REGATE el añadir sorafenib a la quimioterapia en 1ª línea no mejoró ni la supervivencia libre de progresión ni la supervivencia global

**85.- Con respecto al adenocarcinoma de páncreas, sólo una es CIERTA**

- A La mortalidad por adenocarcinoma de páncreas está decreciendo en los países occidentales
- B Menos del 10% de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de páncreas sobreviven más allá de los 5 años
- C El 20% de los pacientes tienen metástasis sistémicas al diagnóstico
- D La mitad de los pacientes tienen enfermedad resecable al diagnóstico

**86.- Con respecto al tratamiento del cáncer de páncreas metastásico, sólo una es CIERTA**

- A Los pacientes con ECOG 2 no son aptos para intentar tratamiento con quimioterapia
- B FOLFIRINOX ha demostrado en un estudio Fase III ser superior en respuestas y en supervivencia libre de progresión pero no en supervivencia global a gemcitabina-nab-paclitaxel
- C En los fase III que exploraron el papel en cáncer de páncreas avanzado de FOLFIRINOX (PRODIGE-4) y gemcitabina-nab-paclitaxel (MPACT) se incluyeron un 22% y 28% respectivamente de pacientes con tumores localmente avanzados
- D Todas la anteriores son falsas

**87.- En relación con el tratamiento de 2ª línea del cáncer de páncreas avanzado, solo una es CIERTA**

- A Dos estudios randomizados, el CONKO-03 y el PANCREOX han demostrado un aumento significativo en la supervivencia global con fluoropirimidina combinada con oxaliplatino frente a fluoropirimidina sola
- B El fase III NAPOLI-1 demostró un aumento en supervivencia global con naliri-FU-Fol frente a FU-Fol
- C El estudio Fase II randomizado POLO ha demostrado un aumento en supervivencia libre de progresión con olaparib frente a placebo en 2ª línea tras gemcitabina en pacientes con mutación germinal en BRCA 1 y 2
- D Dos estudios randomizados que exploraron la monoterapia en 2ª línea de cáncer de páncreas con inhibidores de la vía de NOTCH (Demiczumab y Tarextumab) frente a placebo, han demostrado un aumento en supervivencia global

**88.- En relación con el tratamiento de 2ª línea del hepatocarcinoma (HCC) sólo una es CIERTA**

- A En un fase III Brivanib mejoró significativamente la supervivencia global frente a placebo
- B En un fase III Everólimus mejoró significativamente la supervivencia global frente a placebo
- C En el fase III RESORCE regorafenib mejoró significativamente la supervivencia global frente a placebo
- D En el fase III CELESTIAL cabozantinib no mejoró significativamente la supervivencia global frente a placebo

**89.- En relación con el tratamiento del hepatocarcinoma (HCC), sólo una es FALSA**

- A En un estudio fase III en 1ª línea lenvatinib fue inferior en supervivencia global frente a sorafenib
- B En el estudio Fase III REACH-2, que incluyó pacientes en 2ª línea con alfaFP elevada, ramucirumab fue superior a placebo en supervivencia global
- C En el estudio CM-042 nivolumab mostró una actividad similar en pacientes con HCC asociado a VHB, VHC o no asociado a virus
- D En estudios fase I/II con durvalumab o pembrolizumab en 2ª línea se han observado resultados prometedores con supervivencias globales a 1 año por encima del 50%

**90.- En relación al cáncer de recto localizado, sólo una es FALSA**

- A La escisión total del meso-recto (TME) juega un papel fundamental
- B La combinación de cetuximab a la quimio-radioterapia preoperatoria ha demostrado su utilidad en pacientes con tumores RAS wt
- C La cirugía laparoscopia logra adecuados control local y supervivencia global y es una alternativa a la cirugía abierta
- D La preservación del recto en casos con respuesta completa clínica tras un tratamiento de inducción se está investigando pero no es un estándar

**91.- Con respecto al cáncer de colon resecable, sólo una es CIERTA**

- A En nuestro medio en torno al 50% de los pacientes se diagnostican con estadíos II
- B La quimioterapia adyuvante no está indicada en los estadíos I (T1-2 N0 M0)
- C Un estudio fase III ha demostrado un aumento en la supervivencia global en estadíos III cuando se añadió irinotecán a capecitabina
- D No existe ningún estudio randomizado que haya explorado el papel de la capecitabina como tratamiento adyuvante

**92.- Con respecto a la quimioterapia adyuvante en cáncer de colon estadio III resecado, sólo una es CIERTA**

- A Los resultados de los dos fase III que exploraron el papel del oxaliplatino fueron discordantes: el MOSAIC con FOLFOX fue positivo pero el NSABP-07 con FLOX fue negativo
- B El estudio XELOXA comparó XELOX frente a FOLFOX encontrando mejor supervivencia libre de enfermedad con FOLFOX
- C El estudio X-ACT comparó capecitabina frente a Fu-Lv demostrando la no inferioridad de la capecitabina
- D El estudio PETACC-3 comparó FOLFOX frente a FOLFIRI encontrando equivalencia entre ambos regímenes

**93.- Con respecto al tratamiento adyuvante en cáncer de colon, sólo una es CIERTA**

- A Con FOLFOX adyuvante durante 6 meses, la neurotoxicidad (cualquier grado) aparece en menos del 30% de los pacientes
- B El esquema TOMOX (raltitrexed-oxaliplatino) es menos neurotóxico que FOLFOX y puede valorarse en casos de neurotoxicidad
- C Oncotype ha demostrado tener valor predictivo de beneficio con oxaliplatino adyuvante
- D En cáncer de colon estadios II y III, la pérdida de expresión de CDX2 se da en el 16% de los pacientes y se ha correlacionado con un peor pronóstico con cirugía solo, y con un mayor beneficio con quimioterapia adyuvante

**94.- En los pacientes con cáncer colorectal metastásico con enfermedad claramente resecable (primario y metástasis), sólo una es FALSA**

- A La cirugía sola puede curar a un porcentaje significativo de pacientes
- B El tratamiento complementario con quimioterapia basada en oxaliplatino (peri o postoperatorio) es una opción frecuentemente empleada
- C El tratamiento complementario con quimioterapia basada en irinotecán (peri o postoperatorio) ha demostrado utilidad en estos pacientes
- D El tratamiento complementario con monoclonales anti-EGFR o bevacizumab no han demostrado utilidad en este contexto

**95.- En cuanto a las mutaciones en RAS en cáncer colorectal metastásico (CCRm) sólo una es CIERTA:**

- A Están presentes en menos del 30% de los pacientes con CCRm
- B Las más frecuentes son en el exón 3 de KRAS
- C Se asocian frecuentemente a mutaciones en BRAF
- D Ninguna de las anteriores es cierta

**96.- Respecto a los estudios randomizados que exploran el añadir antiangiogénicos a la quimioterapia en cáncer colo-rectal metastásico (CCRm) en 1ª línea sólo una es CIERTA**

- A Ningún estudio Fase III ha explorado el añadir bevacizumab a la capecitabina en pacientes no aptos para combinaciones de quimioterapia
- B En el estudio fase III NO16966 al añadir bevacizumab a FOFLOX o XELOX se observó una tendencia hacia un incremento de la supervivencia global que no alcanzó la significación estadística
- C Tanto bevacizumab como ramucirumab y aflibercept han demostrado eficacia en 1ª línea de CCRm
- D El esquema IFL del estudio de Hurwitz (que exploró añadir o no bevacizumab), es un esquema perfectamente válido en CCRm en el momento actual

**97.- Con respecto a la inestabilidad de microsatélites (MSI) o pérdida de expresión de proteínas reparadoras (MMRD) en cáncer colo-rectal metastásico (CCRm), sólo una es FALSA**

- A Se da más frecuentemente en el colon derecho (en torno al 30%) que en el izquierdo (menos del 5%)
- B Es más frecuente en la enfermedad resecable que en la metastásica
- C En la enfermedad metastásica se asocia a un mejor pronóstico y es excepcional la coexistencia de mutaciones en BRAF
- D Se ha observado una importante actividad de la inmunoterapia

- 98 .- En la evaluación de la respuesta patológica del cáncer de mama, uno de los siguientes criterios NO se considera en la evaluación del RCB (Residual Cancer Burden):**
- A Grado de diferenciación
  - B Diámetro tumoral residual en dos dimensiones
  - C Densidad celular del carcinoma infiltrante y del componente in situ
  - D Número de ganglios con tumor y diámetro mayor de las metástasis ganglionares
- 99 .- Respecto al cancer de mama, la prolongación del tratamiento adyuvante con inhibidores de aromatasas más allá de 5 años se asocia a mayor incidencia de las siguientes, EXCEPTO:**
- A Eventos cardiovasculares
  - B Fracturas
  - C Suspensión de tratamiento por efectos adversos
  - D Muertes no relacionadas con recidivas
- 100 .- Respecto a los perfiles genómicos y cáncer de mama, señale la FALSA:**
- A En el estudio MINDACT se incluyeron pacientes con tumores hormonosensibles, HER2 negativo con y sin afectación ganglionar
  - B En el estudio TAYLORx fueron elegibles pacientes con tumores hormonosensibles, HER2 negativo con y sin afectación ganglionar
  - C En el estudio TAYLORx, en el grupo de riesgo intermedio (RS 11-25) no se observó beneficio con la adición de quimioterapia a la hormonoterapia
  - D El perfil genómico Prosigna predice recurrencias a distancia tardías (5-10 años) en pacientes tratadas con hormonoterapia durante 5 años
- 101 .- Una de las siguientes NO se considera criterio de enfermedad agresiva en cáncer de mama metastásico:**
- A Alta carga tumoral
  - B Intervalo libre de enfermedad superior a un año
  - C Fenotipo triple negativo
  - D Progresión durante el tratamiento adyuvante
- 102 .- Respecto a T-DM1 en cáncer de mama metastásico (CMM) HER2 positivo, señale la FALSA**
- A Es un anticuerpo conjugado compuesto por trastuzumab y un citotóxico que evita el ensamblaje microtubular (emtansina)
  - B El estudio EMILIA (que compara T-DM1 frente a capecitabina y lapatinib) demuestra una ventaja estadísticamente significativa en supervivencia global
  - C Una de las toxicidades a la que hay que prestar especial atención es la trombocitopenia
  - D La combinación de T-DM1 y pertuzumab es muy prometedora
- 103 .- En el ensayo Impassion 130 se evalúa qué papel puede tener la adición de atezolizumab a la quimioterapia en cáncer de mama metastásico. De las siguientes afirmaciones, señale la FALSA:**
- A Sólo se incluyen pacientes con fenotipo triple negativo
  - B Uno de los criterios de estratificación considera la expresión de PD-L1
  - C Son elegibles las pacientes que han recibido una línea de quimioterapia previa en enfermedad metastásica
  - D Se alcanzan diferencias en supervivencia libre de progresión y supervivencia global (análisis interino) en la población PD-L1 positivo

- 104 .- Respecto a las toxicidades de los inhibidores de quinasas dependientes de ciclinas (ICDK), señale la FALSA**
- A La neutropenia y la anemia es una toxicidad de clase de los ICDK
  - B El acortamiento del QT se ha relacionado con ribociclib
  - C Abemaciclib es el ICDK que provoca más frecuentemente diarrea
  - D De momento, no se han identificado biomarcadores con implicaciones clínicas
- 105 .- Desde el punto de vista histológico los tumores serosos de bajo grado se caracterizan por:**
- A WT1+, mutación p53
  - B WT1+, sin mutación en p53 y expresión receptor progesterona
  - C Expresión de napsina A
  - D Ninguno de estos patrones de expresión es característico
- 106 .- Todas son toxicidades grado 3-4 que se presentan en más de un 10% de las pacientes con cáncer de ovario incluidas en el ensayo NOVA con niraparib, EXCEPTO:**
- A Neutropenia
  - B Anemia
  - C Trombocitopenia
  - D Transaminitis
- 107 .- En una paciente con cáncer de endometrio, ¿en qué situación recomendaría linfadenectomía?**
- A Infiltración menor del 50% del espesor miometrial
  - B G1-G2
  - C Tumor de menos de 2 cm
  - D Histología papilar serosa
- 108 .- Respecto a la clasificación molecular del cáncer de endometrio, y concretamente respecto a los tumores POLE (ultramutados), señale la CIERTA:**
- A Son los tumores con mejor pronóstico en etapas localizadas
  - B Se caracterizan por no tener infiltración linfocitaria
  - C Son los tumores más frecuentes
  - D Ninguna de las anteriores es correcta
- 109 .- Respecto al tratamiento sistémico del cáncer de endometrio avanzado, señale la FALSA:**
- A Ciertos tumores, principalmente tumores endometrioides de bajo grado, pueden beneficiarse de hormonoterapia
  - B El régimen de quimioterapia más utilizado es el triplete con CAP (cisplatino, adriamicina y paclitaxel)
  - C En un estudio fase II randomizado la adición de bevacizumab a la quimioterapia demostró un incremento estadísticamente significativo en supervivencia libre de progresión
  - D La inmunoterapia tiene un papel en cáncer de endometrio avanzado con deficiencia en MMR

**110 .- Respecto al carcinoma de cérvix, señale la FALSA:**

- A En la mujer es el segundo tumor más incidente a nivel mundial
- B Los VPH 16 y 18 son responsables de prácticamente el 70% de los cánceres de cérvix
- C La infección por VPH es infrecuente que progrese a lesión precancerosa
- D En los adenocarcinomas de cérvix la mutación en EGFR es la alteración molecular más frecuente

**111 .- A continuación se enumeran las principales novedades de la nueva estadificación FIGO (2018) del cáncer de cérvix. Todas son ciertas, EXCEPTO:**

- A En los estadios IA (lesiones diagnosticadas sólo al microscopio), solo considera la profundidad de la lesión y no la extensión
- B La invasión linfo-vascular cambia la estadificación
- C Se considera la afectación ganglionar pélvica
- D Se considera la afectación ganglionar para-aórtica

**112 .- Paciente de 44 años diagnosticada de un carcinoma epidermoide de cérvix etapa IB1. Tras la cirugía se descubre un tumor de más de 4 cm con invasión linfovascular sin ningún otro factor de riesgo. ¿qué tratamiento adyuvante es el más indicado?**

- A No requiere ningún tratamiento adyuvante
- B Radioterapia
- C Radioterapia concomitante con cisplatino semanal
- D Quimioterapia con carboplatino y paclitaxel

**113 .- De las siguientes afirmaciones del cáncer de cérvix avanzado, todas son ciertas, EXCEPTO:**

- A La dosis recomendada de cisplatino es de 75 mg/m<sup>2</sup> en régimen trisemanal
- B Las combinaciones con cisplatino han demostrado mayor tasa de respuestas y de supervivencia libre de progresión que la monoterapia
- C Si la paciente ha recibido cisplatino previamente, el régimen de quimioterapia más aceptado es la combinación de carboplatino y paclitaxel
- D La adición de bevacizumab a la quimioterapia mejora la supervivencia global de forma estadísticamente significativa

**114 .- Señale la respuesta CIERTA respecto a las recaídas tardías de los tumores germinales**

- A Son infrecuentes (<5%)
- B Se producen a más de 2 años del tratamiento de quimioterapia de la enfermedad metastásica
- C Se consideran poco sensibles al tratamiento quimioterápico
- D Todas son ciertas

**115 .- Respecto a la masa residual en los tumores germinales testiculares metastásicos tratados con quimioterapia, señale la opción CIERTA**

- A Se encuentra en el 50% de los casos
- B Se deben operar todas las mayores a 1 cm independientemente de la histología
- C La PET tiene una elevada especificidad y sensibilidad para diferenciar tumor viable, teratoma maduro o fibrosis
- D Todas son falsas

**116 .- En el cáncer papilar de tiroides la alteración genética más frecuente es**

- A Mutaciones en BRAF
- B Mutaciones en KRAS
- C Mutaciones en pTEN
- D Mutaciones en EGFR

**117 .- Con respecto a los tumores neuroendocrinos, sólo una es FALSA**

- A Son en torno al 3% de los tumores pancreáticos
- B El 10% se asocian a síndromes familiares
- C Más de la mitad se originan en el recto
- D Globalmente la mediana de supervivencia global es de 4-5 años

**118 .- ¿En qué cromosoma se localizan la mayor parte de las alteraciones genéticas asociadas al carcinoma de células claras renal?**

- A Isocromosoma 12
- B Cromosoma 3p
- C Brazo largo del cromosoma 8
- D Ninguna de las anteriores es cierta

**119 .- En la clasificación pronóstica del cáncer renal metastásico (mRCC) Databasa Consortium del 2013 NO está incluido**

- A Niveles de LDH
- B Índice de Karnofsky
- C Niveles de calcio
- D Cifras de plaquetas

**120 .- En relación al cáncer renal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**

- A La clasificación en grados de Fuhrmann no es aplicable a tumores cromófobos
- B La clasificación en grados (de 1 a 4) de la OMS debe reemplazar a la clasificación de Fuhrmann
- C Los tumores papilares tipo I suponen alrededor del 5% de todos los tumores de células renales
- D La clasificación de Fuhrmann ha sido validada en las variantes no células claras del cáncer renal

**121 .- En relación al cáncer de vejiga metastásico, señale la respuesta FALSA**

- A La supervivencia a 5 años es inferior al 20%
- B El tratamiento de elección es una quimioterapia basada en cisplatino
- C La presencia de metástasis visceral es un factor pronóstico adverso
- D Más del 50% de los pacientes se consideran "unfit" para cisplatino

- 122 .- El tratamiento de elección del carcinoma urotelial de vejiga músculo invasivo estadio clínico T3N0M0 es**
- A Radioterapia
  - B Cistectomía radical
  - C Resección transuretral
  - D Quimioterapia neoadyuvante basada en cisplatino seguido de cistectomía
- 123 .- Entre los factores de riesgo para la aparición del cáncer de próstata NO se encuentra**
- A Obesidad
  - B Raza negra
  - C El uso prolongado de fármacos inhibidores de la 5 alfa reductasa
  - D Antecedentes familiares de cáncer de próstata
- 124 .- En relación al cáncer de próstata, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?**
- A Menos del 15% de pacientes presenta metástasis a distancia en el momento del diagnóstico
  - B El docetaxel está indicado como tratamiento adyuvante tras la prostatectomía en casos de afectación ganglionar
  - C Se debe realizar una gammagrafía ósea como estudio de extensión a todos los pacientes candidatos a tratamiento local curativo
  - D La obesidad no es un factor de riesgo
- 125 .- Ante un paciente de 66 años, ECOG 0, con un adenocarcinoma de próstata Gleason 4+3, grupo pronóstico 3, con metástasis óseas en L4, T4, 5ª costilla izquierda y escápula derecha, ¿Cuál sería la opción terapéutica más adecuada?**
- A Bicalutamida + goserelina + 6 ciclos de docetaxel
  - B Bicalutamida + acetato de leuprolina
  - C Bicalutamida + goserelina + Radio 223
  - D Todas son válidas
- 126 .- Ante un paciente que tras una prostatectomía radical presenta un adenocarcinoma de próstata Gleason 4+3, grupo pronóstico 3, estadio patológico pT2pN0 estaría indicado**
- A Tratamiento adyuvante con antiandrógenos por 1 año
  - B Tratamiento adyuvante con radioterapia y antiandrógenos por un año
  - C Adyuvancia con análogo LHRH por 2 años
  - D No estaría indicado ningún tratamiento complementario
- 127 .- Paciente operado por un cáncer de próstata Gleason 3+4 hace tres años, que en el momento actual presenta una recaída con metástasis múltiples a nivel óseo, ¿cuál sería la opción más adecuada de tratamiento?**
- A Análogo LHRH y bicalutamida los primeros 3 meses
  - B Análogo LHRH + abiraterona hasta progresión
  - C Análogo LHRH + docetaxel por 6 ciclos
  - D Análogo LHRH + Radio 223 por un año

**128 .- ¿Cuál es la opción FALSA respecto a las indicaciones del docetaxel en el cáncer de próstata?**

- A Está indicado en la enfermedad resistente a castración
- B Está indicado en la adyuvancia en casos de afectación ganglionar tras la cirugía
- C Está indicado en la enfermedad hormonosensible de alto volumen
- D Todas las anteriores son indicación de docetaxel

**129 .- En relación al tratamiento del cáncer de próstata M0 resistente a castración, señale la respuesta CIERTA**

- A La enzalutamida ha demostrado beneficio en supervivencia libre de metástasis y supervivencia global en este contexto en el estudio PROSPER
- B La apalutamida en el estudio SPARTAN no consiguió su objetivo primario (supervivencia libre de metástasis) en este grupo de pacientes, considerándose un estudio negativo
- C La darotulamida no se ha ensayado en este contexto clínico
- D Todas son falsas

**130 .- En relación a los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) señale la FALSA:**

- A El índice mitótico, el tamaño tumoral y la localización tumoral son factores pronósticos reconocidos
- B La ruptura tumoral no se considera factor pronóstico
- C La resonancia magnética es la prueba complementaria aconsejada en la estadificación de los GIST de localización rectal
- D La TC es la prueba de imagen más frecuentemente utilizada para el diagnóstico, estudio de extensión y seguimiento de los tumores de los GIST

**131 .- Paciente de 53 años, remitido de otro centro con el diagnóstico de sarcoma pleomórfico en compartimento anterior de muslo derecho de 6 cm y grado 3, tratado con cirugía marginal (residuo microscópico). ¿Cuál es el tratamiento que debe realizarse en primer lugar?**

- A No necesita ningún tratamiento adicional
- B Siempre que sea factible nueva cirugía con ampliación de márgenes
- C Sólo radioterapia
- D Sólo quimioterapia adyuvante

**132 .- De las siguientes afirmaciones respecto a la fibromatosis tipo desmoide, señale la FALSA:**

- A En el 85-90% de los casos se identifican mutaciones en el gen de beta-catenina
- B Tiene una evolución impredecible
- C Una de las opciones terapéuticas es la hormonoterapia
- D La radioterapia no suele tener un papel en el tratamiento

**133 .- Una paciente de 58 años es intervenida de un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de localización gástrica. El tumor mide 7 cm y tiene 10 mitosis por 50 CGA. Se realiza el análisis mutacional y se identifica una mutación en PDGFRalfa en el exón 18, D842V. ¿Qué tratamiento adyuvante es el más adecuado?**

- A No requiere tratamiento adyuvante
- B Imatinib 400 mg al día durante 1 año
- C Imatinib 400 mg al día durante 3 años
- D Imatinib 800 mg al día durante 3 años

**134 .- ¿Cuál es el sarcoma óseo más frecuente en el adulto?**

- A Sarcoma de Ewing
- B Osteosarcoma
- C Fibrosarcoma
- D Condrosarcoma

**135 .- Respecto a la biopsia del ganglio centinela en el melanoma maligno. Señale la CIERTA**

- A Se recomienda hacer biopsia del ganglio centinela por encima de 0,75 mm de profundidad
- B Si la biopsia del ganglio centinela es negativa, se recomienda hacer linfadenectomía funcional
- C Se recomienda hacer biopsia del ganglio centinela si presenta ganglios palpables
- D En un melanoma de 0,9 mm de espesor de Breslow y presencia de ulceración tumoral, se recomienda hacer biopsia del ganglio centinela

**136 .- Un paciente de 40 años de edad es diagnosticado de melanoma maligno en brazo derecho y 2 ganglios en axila derecha, se realiza extirpación del primario con márgenes adecuados y se realiza linfadenectomía axilar derecha, resultando un estadio patológico (AJCC 8 Ed.) IIIB (pT2apN2bM0). El estudio de extensión es negativo. No presenta mutación BRAF V600. ECOG 0. Es remitido para valorar tratamiento coadyuvante. Señale la opción terapéutica más recomendable:**

- A No requiere tratamiento adyuvante porque el riesgo de recaída es menor del 20%
- B Dabrafenib ( 150 mg/12h) y trametinib (2 mg/24 h)
- C Nivolumab 3 mg/kg cada 14 días hasta completar 1 año
- D Vemurafenib 960 mg/12 horas por 1 año

**137 .- Un paciente de 35 años es diagnosticado de melanoma maligno y metástasis ganglionares mediastínicas y retroperitoneales, con sintomatología rápidamente progresiva, BRAF mutado, si el objetivo es conseguir una respuesta rápida, ¿qué tratamiento utilizaría?**

- A Dabrafenib y trametinib
- B Nivolumab
- C Dacarbazina
- D Regorafenib

**138 .- Todos los tumores que se enumeran a continuación se han asociado clásicamente con la infección por VIH. ¿Cuál es el menos relacionado?**

- A Melanoma
- B Cérvix
- C Kaposi
- D Linfoma no Hodgkin

- 139 .- Una mujer de 32 años en el 2º trimestre de embarazo se descubre un nódulo en el cuadrante supero-externo de la mama izquierda. Es diagnosticada de un carcinoma ductal infiltrante localmente avanzado, con RE++ (40%), RP negativos, HER2 negativo e índice proliferativo del 35%. ¿qué actitud terapéutica es la más adecuada?**
- A Interrupción del embarazo
  - B No indicaría ningún tipo de tratamiento hasta que finalice el embarazo
  - C Puede recibir quimioterapia neoadyuvante y diferir la cirugía tras el parto
  - D El primer tratamiento que recomendaría es la hormonoterapia
- 140 .- En relación al cáncer de ovario en la anciana, señale la FALSA:**
- A Casi un 25% de las pacientes con cáncer de ovario tienen más de 75 años al diagnóstico
  - B La probabilidad de complicaciones quirúrgicas se incrementa progresivamente con la edad
  - C Se podría considerar la monoterapia con carboplatino en pacientes “frágiles”
  - D En cáncer de ovario no se han desarrollado escalas específicas de evaluación geriátrica
- 141 .- Un paciente es tratado con carboplatino AUC de 6. ¿Qué esquema antiemético sería el más adecuado?**
- A Aprepitant + palonosetron + dexametasona
  - B Metoclopramida + dexametasona
  - C Dexametasona + palonosetron
  - D Palonosetron + fosaprepitant
- 142 .- Respecto a los analgésicos opioides, señale la FALSA**
- A Hay suficiente evidencia para asociar dos opioides
  - B La titulación es el proceso por el que se ajusta la dosis para conseguir aliviar el dolor con menor grado de toxicidad
  - C Pueden producir diaforesis
  - D El estreñimiento se debe prevenir
- 143 .- Respecto al tratamiento del dolor oncológico, señale la FALSA**
- A El tapentadol tiene mecanismo de acción dual (agonista de receptores  $\mu$  e inhibidor de la recaptación de noradrenalina)
  - B La radioterapia debe ser valorada ante la presencia de metástasis óseas dolorosas
  - C Siempre hay que iniciar la analgesia con AINES (antiinflamatorios no esteroideos)
  - D La morfina, hidromorfona, oxycodona y metadona, tienen similar eficacia
- 144 .- Respecto a los opioides y sus efectos secundarios, señale la FALSA**
- A Para tratar las náuseas y vómitos inducidos por opioides, se recomienda la metoclopramida
  - B El naloxegol es un antagonista  $\mu$  de acción periférica
  - C La naloxona es un agonista opioide de acción corta
  - D El tratamiento inicial de la somnolencia producida por opioides es racionalizar el uso de fármacos con potencial sedante

- 145 .- Respecto a la evaluación clínica de un paciente con neutropenia febril aplicando la escala CISNE, señale la CIERTA**
- A Predice complicaciones graves en pacientes con tumores sólidos y neutropenia febril que están aparentemente estables
  - B Un score mayor o igual de 3, se califica como bajo riesgo y puede darse de alta
  - C Se aplica en pacientes que tienen inestabilidad hemodinámica
  - D Se aplica en pacientes con neoplasias hematológicas
- 146 .- Según la Guía ASCO 2018 para la profilaxis antimicrobiana en pacientes adultos con inmunosupresión y cáncer, señale la FALSA**
- A No se recomiendan fluorquinolonas en pacientes con bajo riesgo de neutropenia
  - B Se recomienda tratamiento con tenofovir en pacientes que reciben quimioterapia y con alto riesgo de reactivación de hepatitis B
  - C Se recomienda profilaxis con trimetropin/sulfametoxazol para prevenir neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en pacientes que reciben más de 20 mg de prednisona durante más de un mes
  - D Se recomienda tratamiento con aciclovir en pacientes que reciben quimioterapia para tratar tumores sólidos y tienen serología del Virus Herpes Simple positiva
- 147 .- Respecto a la caquexia en pacientes con cáncer señalar la FALSA**
- A Produce deterioro del sistema inmune y favorece infecciones
  - B La caquexia en el cáncer se caracteriza por un balance proteico positivo
  - C Tiene un impacto negativo en el pronóstico
  - D Un mecanismo involucrado en su desarrollo es la disminución de la actividad física
- 148 .- Respecto a la evaluación de la malnutrición en los pacientes con cáncer, señale la respuesta FALSA**
- A Se recomienda una evaluación nutricional en todos los pacientes con cáncer al diagnóstico
  - B La herramienta que se considera "gold standard" es la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGA-GP)
  - C El MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) es una herramienta que no ha demostrado utilidad en el cribado de malnutrición
  - D La VGA-GP tiene en cuenta la pérdida de peso, datos de historia clínica (diagnóstico, tratamientos actuales), datos analíticos (albúmina y prealbúmina), síntomas, tipo de dieta y actividad diaria
- 149 .- En un paciente en situación terminal que presenta un sangrado masivo por infiltración tumoral de la arteria carótida, señale la actitud más adecuada**
- A Cirugía urgente
  - B Radioterapia urgente
  - C Sedación urgente
  - D Trasfunder un concentrado de hematíes

**150 .- Según el Plan Integral de Atención al Largo Superviviente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), son recomendaciones para largos supervivientes de cáncer de mama todas las siguientes, EXCEPTO**

- A Realización de ejercicio físico de intensidad moderada, 30 minutos/5 días semana
- B Aumento de consumo de legumbres, frutas, verduras y cereales
- C Desaconsejar el embarazo
- D Valoración función cardíaca 4-10 años tras tratamiento con antraciclinas si dosis acumulativa de doxorubicina/epirubicina mayor de 240/360 mg/m<sup>2</sup>

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

**151 .- Respecto a los factores que afectan a la radiosensibilidad de los tejidos, NO se encuentra**

- A Reabsorción celular
- B Reparación celular
- C Redistribución celular
- D Reoxigenación celular

**152 .- ¿Con cuál de las siguientes alteraciones se asocia más frecuentemente el glioblastoma multiforme primario de novo?**

- A Inactivación de PTEN
- B LOH de cromosoma 1p y 19q
- C Mutación en IDH1
- D Ninguna de las anteriores

**153 .- Respecto a los estudios randomizados que exploran el añadir monoclonales anti-EGFR a los dobletes de quimioterapia en cáncer colo-rectal metastásico (CCRM) RAS wt en 1ª línea, sólo una es CIERTA**

- A Un estudio fase III ha demostrado un aumento significativo en la supervivencia global cuando Panitumumab añadió a FOLFIRI
- B Ningún estudio randomizado ha demostrado aumento en supervivencia libre de progresión cuando cetuximab se añade a FOLFOX
- C El fase III CRYSTAL demostró un aumento significativo en la supervivencia libre de progresión y en la supervivencia global cuando cetuximab se añadía a FOLFIRI
- D El fase III PRIME no demostró un aumento significativo en la supervivencia libre de progresión ni en supervivencia global cuando Panitumumab se añadía a FOLFOX

**154 .- En la recaída con intervalo libre de tratamiento a platino mayor de 6 meses en cáncer de ovario, recientemente se han incorporado los inhibidores de PARP como tratamiento de mantenimiento tras respuesta a platino. De las siguientes afirmaciones señale la CIERTA:**

- A En el estudio SOLO-2 (olaparib) se incluyen tumores con y sin mutación BRCA
- B En el estudio NOVA (niraparib) el análisis de la población HRD negativa era un objetivo primario del estudio
- C En el estudio ARIEL-3 (rucaparib) el análisis de la población con mutación en BRCA sólo incluye las mutaciones germinales (y no las somáticas)
- D Todas las afirmaciones previas son incorrectas

**155 .- Respecto a la 2ª línea de tratamiento del cáncer no microcítico de pulmón (CNMP) sin drivers conocidos, señale la respuesta CIERTA**

- A La combinación de docetaxel y nintedanib es superior al docetaxel independientemente de la histología especialmente en los casos que han progresado antes de 9 meses
- B La combinación de docetaxel y ramucirumab no es estadísticamente superior al docetaxel en supervivencia global y supervivencia libre de progresión
- C La combinación de docetaxel-nintedanib no produjo un aumento significativo en supervivencia global para el conjunto de los pacientes incluidos, aunque si para el subgrupo de adenocarcinomas, especialmente en los que habían progresado antes de 9 meses
- D Pemetrexed es superior al docetaxel en eficacia y tolerabilidad

**156 .- Respecto al tratamiento adyuvante en el melanoma maligno de alto riesgo reseado (IIIB,IIIC), señale la FALSA**

- A Ipilimumab 10 mg/kg aumenta la supervivencia global y la supervivencia libre de recurrencia respecto a placebo (EORTC 18071)
- B Pembrolizumab 200 mg/ 3 semanas por 18 meses aumenta la supervivencia libre de recurrencia respecto a placebo (KEYNOTE 054)
- C Nivolumab 3 mg/kg cada 14 días hasta completar 1 año, aumenta la supervivencia libre de recurrencia respecto a placebo (CHECKMATE 238)
- D Dabrafenib (150 mg/12h) y Trametinib (2 mg/24 h) por 1 año, aumenta la supervivencia libre de recurrencia respecto a placebo, en pacientes con BRAF mutado

**157 .- En relación al mesotelioma, una de las siguientes afirmaciones es FALSA**

- A Los mesoteliomas epiteloides son menos sensibles a tratamiento con cisplatino/pemetrexed que los mesoteliomas sarcomatoides
- B El pronóstico de los mesoteliomas epiteloides es mejor que el del resto de las histologías
- C La inmunoterapia tiene resultados prometedores en el tratamiento de los mesoteliomas de 2ª línea
- D El tratamiento de elección del mesotelioma irresecable es cisplatino/pemetrexed por 6 ciclos

**158 .- En la valoración inicial del riesgo de un paciente con neutropenia febril según el sistema de puntuación para estratificación del riesgo MASCC, una puntuación de 23 se corresponde con**

- A Alto riesgo
- B Bajo riesgo
- C Riesgo intermedio
- D Riesgo relativo

**159 .- En relación con la inmunoterapia en cáncer gástrico avanzado, sólo una es CIERTA**

- A Un fase III occidental (el ATTRACTION-02) ha demostrado un aumento en la supervivencia con nivolumab en pacientes refractarios
- B Se está explorando el papel de nivolumab añadido al paclitaxel en primera línea en dos estudios fase III actualmente en marcha (el CM-649 y el ATTRACTION 04)
- C El fase III KN-061 ha comparado en 2ª línea pembrolizumab frente a paclitaxel y observó una tendencia hacia mejor supervivencia global con pembrolizumab, pero que no alcanzó la significación estadística
- D El fase III KN-811 ha encontrado un aumento estadísticamente significativo en la supervivencia global con pembrolizumab frente a quimioterapia en 1ª línea en pacientes con MSI

---

**160 .- En relación al sarcoma de células claras, señale la FALSA:**

- A Es un tumor que se asocia a translocación
- B Es más frecuente en mujeres jóvenes y extremidades
- C No es habitual la diseminación linfática
- D Suele ser un tumor quimio-refractario