

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

CATEGORÍA:

FEA ONCOLOGÍA MÉDICA

Orden SAN/60/2022, de 29 de diciembre, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso, mediante el procedimiento de concurso-oposición para la estabilización de empleo temporal, a la condición de personal estatutario fijo en la categoría de Facultativa/ Facultativo Especialista de Área de Oncología Médica de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria

EJERCICIO ÚNICO CUESTIONARIO TIPO TEST

ADVERTENCIA:

NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE

- 1.- De acuerdo con el artículo 2 de la Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria:**
- A La capital de la Comunidad Autónoma es la ciudad de Santander, y Cabezón de la Sal será la sede de sus instituciones de autogobierno.
 - B Cantabria estructura su organización territorial en provincias.
 - C Cantabria estructura su organización territorial en municipios.
 - D El territorio de la Comunidad Autónoma es el de las provincias comprendidas dentro de los límites administrativos de la anteriormente denominada provincia de Cabezón de la Sal.
- 2.- Según el artículo 11 de la Constitución Española de 1978:**
- A El Estado no podrá concertar tratados de doble nacionalidad con los países iberoamericanos.
 - B Los españoles de origen serán privados de su nacionalidad en los casos establecidos en los tratados de doble nacionalidad ratificados por España.
 - C Ningún español de origen podrá ser privado de su nacionalidad.
 - D La nacionalidad española se adquiere, se conserva y se pierde de acuerdo con los tratados internacionales.
- 3.- De acuerdo con el artículo 13 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención sanitaria especializada comprenderá:**
- A Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
 - B La atención a la salud bucodental.
 - C La hospitalización en régimen de internamiento
 - D La asistencia primaria en consultas.
- 4.- De acuerdo con el artículo 12 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención primaria comprenderá:**
- A La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
 - B La hospitalización en régimen de internamiento.
 - C La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
 - D La asistencia sanitaria a demanda y programada en la consulta. Queda excluida de la atención primaria la asistencia sanitaria en el domicilio del enfermo.
- 5.- De acuerdo con el artículo 21 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, en caso de no aceptar el tratamiento prescrito:**
- A Se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria.
 - B Dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos.
 - C No dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque el paciente no acepte recibirlos, siempre que los preste el centro sanitario.
 - D Si el paciente o usuario no firmara el alta voluntaria, la dirección del centro sanitario no podrá disponer el alta forzosa.

- 6.- De acuerdo con el artículo 9 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el Sistema Sanitario Público de Cantabria se organiza en demarcaciones territoriales denominadas:**
- A** Áreas de Salud, que constituyen el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, y tienen como misión fundamental asegurar la accesibilidad y la continuidad de la atención en los distintos niveles de atención sanitaria.
 - B** Zonas de Salud, que constituyen el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, y tienen como misión fundamental asegurar la accesibilidad y la continuidad de la atención en los distintos niveles de atención sanitaria.
 - C** Área Única, que constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, y tiene como misión fundamental asegurar la accesibilidad y la continuidad de la atención en los distintos niveles de atención sanitaria.
 - D** Zona de Salud Única, que constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, y tiene como misión fundamental asegurar la accesibilidad y la continuidad de la atención en los distintos niveles de atención sanitaria.
- 7.- De acuerdo con el artículo 4 de la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, en intervención quirúrgica programada y no urgente están garantizados los procedimientos y técnicas en la especialidad de:**
- A** Dermatología.
 - B** Endocrinología y nutrición.
 - C** Neurología.
 - D** Cirugía infantil.
- 8.- Según el artículo 2 de la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, serán beneficiarias de las garantías establecidas en la presente Ley:**
- A** Las personas nacidas en Cantabria con derecho a asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, cualquiera que sea su lugar de residencia y que estén a la espera de una intervención quirúrgica.
 - B** Las personas que residan en la Comunidad Autónoma de Cantabria, aunque carezcan de tarjeta sanitaria y no figuren en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria.
 - C** Las personas que residan en la Comunidad Autónoma de Cantabria, dispongan de tarjeta sanitaria correspondiente al Servicio Cántabro de Salud y figuren inscritas en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria.
 - D** Las personas nacidas en Cantabria que estén a la espera de una prueba diagnóstica, cualquiera que sea su lugar de residencia y aunque carezcan de tarjeta sanitaria.
- 9.- De acuerdo con el artículo 8 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el Sistema Sanitario Público de Cantabria está integrado por:**
- A** Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Agencia Cántabra de Salud.
 - B** Los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Instituto Cántabro de Gestión Sanitaria.
 - C** Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de los municipios de la Comunidad Autónoma de Cantabria y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.
 - D** Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Cantabria a través de la Consejería competente en materia de servicios sociales.

- 10 .- De acuerdo con el artículo 9 de la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, el certificado de garantía:**
- A Será expedido por la Consejería de Sanidad, en el plazo máximo de diez días desde que la solicitud de la persona interesada tenga entrada en el registro del órgano competente.
 - B Será expedido por el Gobierno de Cantabria, en el plazo máximo de un mes desde que la solicitud de la persona interesada tenga entrada en el registro del órgano competente.
 - C Será expedido por el Ministerio competente en materia de sanidad, en el plazo máximo de quince días desde que la solicitud de la persona interesada tenga entrada en el registro del órgano competente.
 - D Será expedido por el Servicio Cántabro de Salud, en el plazo máximo de cinco días desde que la solicitud de la persona interesada tenga entrada en el registro del órgano competente.
- 11 .- Según el Decreto 215/2019, de 14 de noviembre, de Estructura Básica del Servicio Cántabro de Salud, modificado por el Decreto 93/2022, de 29 de septiembre, es uno de los órganos periféricos del Servicio Cántabro de Salud:**
- A Gerencia de Atención Especializada de las Áreas II y III: Hospital Comarcal de Reinosa.
 - B Gerencia de Atención Especializada del Área I: Hospital Comarcal de Laredo
 - C Gerencia de Atención Primaria
 - D Gerencia de Atención Especializada de las Áreas IV y V: Hospital Comarcal Sierrallana
- 12 .- Según el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria, indique, de los relacionados a continuación, cuál es el Centro de Salud de la Zona de Salud Campoo - Los Valles:**
- A Casares.
 - B Híjar.
 - C Fontibre.
 - D Reinosa.
- 13 .- Según el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria, el Centro de Salud Puente San Miguel:**
- A Comprende los municipios de Polanco y Miengo.
 - B Pertenece a la Zona de Salud Altamira.
 - C Pertenece a la Zona de Salud Saja.
 - D Comprende los municipios de El Astillero y Villaescusa.
- 14 .- De acuerdo con lo establecido en el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria, la Zona de Salud Besaya pertenece al:**
- A Área de Salud V Castro Urdiales.
 - B Área de Salud IV Torrelavega
 - C Área de Salud IV (Especial) Reinosa.
 - D Área de Salud II Laredo.

- 15 .- Según el Decreto 215/2019, de 14 de noviembre, de Estructura Básica del Servicio Cántabro de Salud, modificado por el Decreto 93/2022, de 29 de septiembre, es uno de los órganos centrales del Servicio Cántabro de Salud:**
- A La Dirección Central.
 - B La Subdirección de Asistencia Domiciliaria.
 - C La Subdirección de Relaciones Interadministrativas.
 - D La Subdirección de Recursos Humanos y Coordinación Administrativa.
- 16 .- De acuerdo con el artículo 75 de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, finalizada la causa que determinó el pase a una situación distinta a la de activo, se incumpla la obligación de solicitar el reintegro al servicio activo en el plazo de un mes, procederá declarar de oficio la situación de:**
- A Excedencia voluntaria.
 - B Expectativa de destino.
 - C Excedencia forzosa.
 - D Adscripción provisional.
- 17 .- En el artículo 2 de la Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, se entiende por violencia de género:**
- A Toda conducta activa u omisiva de violencia o agresión, basada en la pertenencia de la víctima a minorías étnicas.
 - B Toda conducta activa u omisiva de violencia o agresión, basada en la pertenencia de la víctima al sexo femenino, exclusivamente en el ámbito familiar o privado.
 - C Toda conducta activa u omisiva de violencia o agresión, basada en la pertenencia de la víctima al sexo femenino, así como la amenaza de tales actos, la coacción o privación ilegítima de libertad y la intimidación, que tenga como resultado posible o real un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si ocurre en público como en la vida familiar o privada.
 - D Toda conducta activa u omisiva de violencia o agresión, basada en la pertenencia de la víctima al sexo femenino, exclusivamente en el ámbito público.
- 18 .- El artículo 57 de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, estructura la carrera profesional en:**
- A Cuatro Grados: Grado I: cinco años, Grado II: diez años, Grado III: quince años y Grado IV: treinta años.
 - B Cuatro Grados: Grado I: cinco años, Grado II: diez años, Grado III: quince años y Grado IV: veintidós años.
 - C Cinco Grados: Grado I: cinco años, Grado II: diez años, Grado III: quince años, Grado IV: veinte años y Grado V: cuarenta años.
 - D Cinco Grados: Grado I: cinco años, Grado II: diez años, Grado III: quince años, Grado IV: veintidós años y Grado V: cuarenta años.

- 19.- De acuerdo con el artículo 25 de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en el caso de pérdida de la condición de personal estatutario fijo como consecuencia de pérdida de la nacionalidad:
- A La persona interesada podrá recuperar dicha condición si acredita la desaparición de la causa que la motivó o adquiere otra nacionalidad que otorgue el derecho a acceder a tal condición.
 - B La persona interesada únicamente podrá recuperar dicha condición si adquiere la nacionalidad española.
 - C La persona interesada no podrá recuperar dicha condición en ningún caso.
 - D La persona interesada podrá recuperar dicha condición transcurridos dos años de la pérdida de la nacionalidad.
- 20.- De acuerdo con el artículo 61.2.d) de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, el complemento de atención continuada:
- A Es el complemento destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera extrahospitalaria y continuada.
 - B Es el complemento destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.
 - C Retribuirá la actividad complementaria de presencia física, siempre dentro de la jornada ordinaria.
 - D Será susceptible de resultar abonado en situación de incapacidad temporal.
- 21.- ¿Qué papel desempeñan los oncogenes en el desarrollo del cáncer?
- A Inhiben el crecimiento celular y promueven la apoptosis
 - B Promueven el crecimiento celular descontrolado cuando se activan por mutaciones
 - C Regulan la expresión génica para detener la división celular
 - D Actúan como supresores tumorales, evitando la formación de tumores
- 22.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la regulación de los oncogenes es correcta?
- A Los oncogenes no están sujetos a ningún tipo de regulación
 - B Los oncogenes solo se activan por factores externos, como la exposición a carcinógenos
 - C Los oncogenes pueden activarse por mutaciones puntuales, amplificaciones génicas o translocaciones cromosómicas
 - D Los oncogenes solo se expresan en células cancerosas y no en células normales
- 23.- ¿Cuál de los siguientes procesos es una característica clave de la invasión tumoral en el proceso de metástasis?
- A Diferenciación celular
 - B Detención del ciclo celular
 - C Degradación de la matriz extracelular
 - D Formación de tejido cicatricial

24.- ¿Qué fase del ciclo celular implica la replicación del ADN?

- A G1
- B S
- C G2
- D M

25.- Entre los siguientes marcadores tumorales, uno NO es un antígeno oncofetal:

- A CEA
- B CA125
- C AFP
- D Beta-HCG

26.- ¿Qué tipo de terapia utiliza células del propio sistema inmune del paciente, modificadas ex vivo, para atacar células tumorales?

- A Terapia génica
- B Inmunoterapia con inhibidores de punto de control
- C Terapia celular adoptiva
- D Quimioterapia

27.- ¿Cuál de las siguientes citocinas es crucial para la activación de células T en la respuesta inmune contra tumores?

- A IL-4
- B IL-10
- C IFN- γ (Interferón gamma)
- D TGF- β (Factor de crecimiento transformante beta)

28.- El sistema de clasificación TNM en cáncer colorectal, recientemente actualizado, incluye la subclasificación M1c en referencia a:

- A Presencia de afectación metastásica no resecable
- B Presencia de afectación metastásica en otros puntos del colon
- C Presencia de diseminación peritoneal
- D No existe esta subclasificación

29.- Con respecto a la estadificación del cáncer gástrico, señale la falsa:

- A Se recomienda estudio mediante gastroscopia con toma de biopsias
- B Es obligatorio realizar laparoscopia exploradora para evaluar la presencia de carcinomatosis peritoneal
- C Debe de realizarse un Tc tóraco-abdomino- pélvico
- D Puede ser necesaria la realización de un PET

- 30 .- Señale la afirmación CORRECTA acerca de la hipercalcemia paraneoplásica:**
- A Obedece a metástasis osteolíticas múltiples
 - B Orienta a la presencia de un adenocarcinoma mucinoso de páncreas
 - C El nivel de PTH endógena es bajo o indetectable
 - D Cursa frecuentemente con diarrea y agitación psicomotriz
- 31 .- ¿Cuál de los siguientes tumores se consideran dentro del grupo de pronóstico favorable de los cánceres de origen desconocido?**
- A Carcinoma de células escamosas con afectación de ganglios linfáticos cervicales
 - B Adenocarcinoma con perfil molecular o inmunohistoquímico de cáncer de colon
 - C Carcinoma poco diferenciado con distribución nodal en la línea media en hombres
 - D Todas las opciones anteriores son correctas
- 32 .- ¿Cuál es el papel de la inmunohistoquímica (IHC) en el diagnóstico del cáncer de origen desconocido?**
- A Es opcional y raramente se utiliza
 - B No tiene limitaciones y es el único método diagnóstico
 - C Es esencial, pero tiene limitaciones
 - D No es necesaria actualmente ya que se ha visto reemplazada por las nuevas plataformas moleculares
- 33 .- En referencia a la emesis inducida por quimioterapia es cierto que:**
- A En regímenes altamente emetógenos se recomienda combinar un antagonista de la serotonina, inhibidor del receptor NK-1 y corticoides para prevenir la fase aguda.
 - B En regímenes moderadamente emetógenos se recomienda combinar un inhibidor de la 5-HT3 y corticoides, con o sin inhibidor del receptor NK-1
 - C Los antiangiogénicos son fármacos con bajo potencial emetógeno y no precisan profilaxis
 - D Todas son verdaderas
- 34 .- La cistitis hemorrágica es un efecto clásico de:**
- A Paclitaxel
 - B Metotrexato
 - C Cisplatino
 - D Ciclofosfamida
- 35 .- Se ha descrito el Síndrome Hemolítico-Urémico como toxicidad poco frecuente de:**
- A Capecitabina
 - B Pemetrexed
 - C Gemcitabina
 - D Paclitaxel

- 36 .- Con respecto a la toxicidad hepática de la inmunoterapia, es cierto que:**
- A Es poco frecuente por lo que no se recomienda vigilancia exhaustiva, salvo síntomas
 - B A partir de grado 2 se recomienda suspender el fármaco e iniciar esteroides
 - C En caso de ausencia de respuesta a corticoides se recomienda inicio de Infliximab a la mayor brevedad
 - D En caso de toxicidad g4 se recomienda suspender el fármaco, esteroides y valorar reintroducción del fármaco cuando mejore a g1.
- 37 .- Señale la afirmación FALSA en relación con Bevacizumab:**
- A Es un Anticuerpo monoclonal humanizado IgG1 que se une al VEGF-A evitando su unión con VEGFR-1 y 2 en la superficie de la célula endotelial
 - B Se usa en combinación con monoclonales antiEGFR en cáncer colorectal metastásico
 - C Uno de los efectos secundarios más frecuentes es la HTA
 - D Puede interferir en la cicatrización de las heridas
- 38 .- En relación con el uso de los agentes estimulantes de la eritropoyetina en pacientes con cancer indique la aseveración correcta:**
- A No se ha confirmado una asociación con eventos tromboembólicos
 - B Deben ser evitados en pacientes con hipertensión mal controlada
 - C Aumentan el riesgo de infecciones
 - D Se recomienda su uso en pacientes sin quimioterapia
- 39 .- ¿Cuál de las siguientes no es una complicación asociada a los agentes estimuladores de eritropoyetina?**
- A Aplasia pura de células rojas
 - B Hipertensión arterial
 - C Trombocitopenia
 - D Neutropenia
- 40 .- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones no es cierta?**
- A Hasta un 39% de los pacientes con cáncer presentan anemia en el momento del diagnóstico de su neoplasia
 - B El déficit de hierro en los pacientes con cáncer se puede presentar hasta en un 40% de los casos
 - C La anemia se asocia a astenia, deterioro funcional y peor calidad de vida, pero no se ha vinculado con peor respuesta a los tratamientos o peor supervivencia
 - D El uso de agentes estimulantes de la eritropoyetina ha disminuido en la última década
- 41 .- La causa más frecuente de Síndrome de Vena cava superior es:**
- A El carcinoma de mama
 - B El carcinoma microcítico de pulmón
 - C El carcinoma renal
 - D El linfoma

42.- El síndrome de lisis tumoral NO se asocia a:

- A Hiperuricemia
- B Hiperpotasemia
- C Hiperfosfatemia
- D Hipouricemia

43.- ¿Cuál es uno de los factores de riesgo más importantes para el cáncer de cabeza y cuello en España en 2024?

- A La exposición previa a radiaciones ionizantes en la zona
- B La infección por el virus del papiloma humano (HPV)
- C El uso de tabaco y alcohol
- D Una dieta baja en residuos

44.- ¿Qué porcentaje representan los cánceres de cabeza y cuello en adultos en España?

- A 10%
- B 15%
- C 5%
- D 20%

45.- Con relación al tratamiento de los tumores de cabeza y cuello localmente avanzados (estadios III, IVa y IVb) indique la aseveración correcta:

- A El planteamiento terapéutico debe priorizar el abordaje quirúrgico dados los mejores resultados en salud a corto y medio plazo con similar morbilidad que la radioterapia (RT)
- B Los tumores con afectación de base de cráneo, vértebras cervicales, musculatura prevertebral o plexo braquial, se consideran a día de hoy resecables en manos de un equipo quirúrgico experto
- C Cuando se aprecian ganglios cervicales patológicos palpables en el examen físico todas las estaciones ganglionares deberían ser disecadas
- D El tratamiento con radioterapia de intensidad modulada (IMRT) no ha demostrado superioridad frente a radioterapia (RT) convencional en tolerancia y menores tasas de xerostomía

46.- ¿Cuál es el tratamiento de elección para pacientes FIT con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado no resecable?

- A Quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía
- B Quimiorradioterapia concurrente
- C Cirugía seguida de radioterapia adyuvante
- D Radioterapia sola

47.- ¿Qué tratamiento adicional se ha demostrado beneficioso en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado no resecable que no presentan progresión de la enfermedad después de la quimiorradioterapia concurrente?

- A Quimioterapia de rescate
- B Radioterapia de rescate
- C Terapia hormonal
- D Tratamiento de consolidación con Durvalumab durante 1 año

- 48.- **¿Cuál es el tratamiento estándar para pacientes con progresión sintomática sistémica después del tratamiento con un TKI-EGFR, cuando no se detecta la mutación T790 M o se ha progresado a osimertinib?**
- A Quimioterapia basada en platino
 - B Tratamiento con un TKI-EGFR alternativo al recibido en línea previa
 - C Pembrolizumab
 - D Crizotinib
- 49.- **¿Cuál es la supervivencia mediana en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas CPCP en situación de enfermedad avanzada?**
- A 2-4 meses
 - B 8-13 meses
 - C 15-20 meses
 - D Más del 5% a 5 años
- 50.- **¿Cuál es el tratamiento recomendado después de una cirugía en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas CPCP estadio I-IIA?**
- A No se recomienda ninguna terapia adyuvante
 - B Cuatro ciclos de cisplatino—etopósido
 - C Radioterapia adyuvante
 - D Quimioterapia adyuvante con carboplatino
- 51.- **En cáncer epidermoide de esófago localizado sólo una de las siguientes es verdadera**
- A La quimioradioterapia radical es una opción válida pero en casos de persistencia o recidiva local el rescate quirúrgico carece de valor
 - B La quimioradioterapia no es superior a la radioterapia sola
 - C En los pacientes con estadio 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
- 52.- **Con respecto al cáncer de esófago sólo una de las siguientes es falsa**
- A El cáncer epidermoide de esófago y el adenocarcinoma de esófago son dos entidades con diferencias en la biología, la etio-patogenia, la localización y el manejo terapéutico
 - B La incidencia de los carcinomas epidermoides de esófago está aumentando en los países occidentales mientras que la de los adenocarcinomas del esófago distal y de la unión esófago-gástrica está disminuyendo
 - C En nuestro medio sólo entorno al 10% de los pacientes son diagnosticados con enfermedad precoz (T1-2 N0 M0)
 - D En nuestro medio entorno al 15% de los pacientes presentan metástasis sistémicas al diagnóstico

- 53 .- En los adenocarcinomas de la unión esófago-gástrica localmente avanzados resecables sólo una es verdadera**
- A La cirugía seguida de radioterapia postoperatoria es el tratamiento más aceptado en nuestro medio
 - B La quimioterapia perioperatoria y la quimio-radioterapia preoperatoria no son los tratamientos más aceptados en nuestro medio
 - C El estudio randomizado POET demostró una mejor supervivencia con quimioterapia perioperatoria que con quimio-radioterapia preoperatoria
 - D El fase III MAGIC que exploró el papel de la quimioterapia perioperatoria incluyó pacientes con adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica
- 54 .- ¿Cuál de las siguientes parejas de tumor mediastínico con su tratamiento no es correcta?**
- A Linfoma B de células grandes difuso -> R-CHOP
 - B Teratoma -> BEP
 - C Carcinoma Tímico -> Quimioterapia neoadyuvante + Cirugía
 - D Linfoma Hodgkin -> ABVD
- 55 .- ¿Cuál/es de los siguientes marcadores inmunohistoquímicos es/son más característicos de los tumores epiteliales tímicos?**
- A CK20
 - B CD5/CD117
 - C CD20
 - D GLUT1
- 56 .- En pacientes con gliomas de bajo grado se consideran los siguientes factores para la administración de tratamiento adyuvante, SALVO UNO:**
- A Presencia de codeleción 1p/19q
 - B Edad mayor de 40 años
 - C Tamaño superior a 4 cm
 - D Resección incompleta
- 57 .- En el diagnóstico histológico actual de los gliomas de alto grado, señale la FALSA:**
- A Se basa en la 5ª clasificación WHO 2021 y debiera ser complementada con las guías cIMPACT-NOW
 - B La determinación de la mutación IDH1 mediante inmunohistoquímica y la expresión nuclear de ATRX debiera realizarse de rutina en todos los gliomas
 - C La codeleción 1p/19q sólo debiera determinarse en pacientes sin mutación en IDH
 - D La determinación de la mutación en H3 K27M se recomienda en gliomas de línea media
- 58 .- Con respecto al adenocarcinoma gástrico metastásico sólo una es verdadera**
- A El 10 % 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) es el esquema de elección en pacientes frágiles
 - D Todas la anteriores son falsas

59.- En adenocarcinoma gástrico avanzado HER-2 positivo sólo una es cierta

- A El papel del lapatinib en cáncer gástrico avanzado HER-2 positivo ha sido explorado en varios estudios fase III que han resultado positivos
- B El fase III TOGA que exploró el añadir trastuzumab al paclitaxel en 1ª línea en pacientes HER-2 positivo vio un aumento significativo en supervivencia libre de progresión y supervivencia global
- C Un estudio randomizado (GATS BY) que exploró el papel del T-DM1 en segunda línea de cáncer gástrico HER-2 positivo, ha sido positivo en supervivencia
- D El fase III JACOB que exploró el añadir lapatinib a trastuzumab-QT en primera línea vio una tendencia hacia mejor supervivencia en el brazo con lapatinib pero que no alcanzó la significación estadística

60.- Con respecto al tratamiento del cáncer de páncreas metastásico sólo una es verdadera

- A Los pacientes con ECOG 2 no son aptos para intentar tratamiento con quimioterapia
- B FOLFIRINOX es el esquema de elección en pacientes frágiles
- C En los ensayos fase III que exploraron el papel en cáncer de páncreas avanzado de FOLFIRINOX (PRODIGE-4) y Gem-Abraxane (MPACT) se incluyeron más de un 50% de pacientes con tumores localmente avanzados
- D Todas la anteriores son falsas

61.- En relación con el hepatocarcinoma (HCC) sólo una es falsa:

- A El cribado tiene como población diana sólo a pacientes que aún no han desarrollado cirrosis
- B El cribado disminuye la mortalidad por hepatocarcinoma
- C La ecografía es el método de cribado habitual en HCC
- D Existen casos en los que el diagnóstico de HCC puede ser establecido sin biopsia

62.- En relación con el tratamiento de segunda línea del HCC sólo una es verdadera

- 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

63.- 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 el 30% de los pacientes
- B El esquema TOMOX (tomudex-oxaliplatino) es menos neurotóxico que FOLFOX y puede valorarse en casos de neurotoxicidad
- C La detección de ctDNA tras la cirugía (MRD) tiene valor pronóstico
- D En cáncer de colon estadíos II y III la MSI se da en el 90% de los pacientes

64.- Con respecto al tratamiento adyuvante en cáncer de colon resecado sólo una es cierta

- A No se ha explorado en estudios fase III el papel del bevacizumab
- B Los resultados de los ensayos fase III que han explorado el añadir cetuximab han sido positivos
- C En el análisis de subgrupos del ensayo fase III MOSAIC no se vio un beneficio estadísticamente significativo en supervivencia al añadir oxaliplatino en los estadíos II de bajo riesgo
- D Los pacientes con cáncer de colon estadíos II,III resecados con MSI tienen un peor pronóstico con cirugía y un mayor beneficio con 5-FU adyuvante

65 .- Sólo una de las siguientes afirmaciones sobre el cáncer colorectal es falsa

- A El 10% de los casos se dan en mayores de 70 años
- B Los programas de cribado del cáncer colorectal pueden evitar un porcentaje importante de muertes por cáncer colorectal
- C La supervivencia a 5 años de los cánceres colorrectales (todos los estadíos juntos) en España supera el 55%
- D En nuestro medio alrededor del 20-25% de los pacientes se diagnostican con enfermedad metastásica (M1)

66 .- Respecto a los estudios randomizados que exploran el añadir monoclonales antiEGFR a los dobles de quimioterapia en CCRm RAS wt en primera línea sólo una es verdadera

- A Ningun estudio fase III ha explorado el añadir Panitumumab a FOLFOX
- 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 en la supervivencia libre de progresión cuando Panitumumab se añadía a FOLFOX

67 .- Con respecto al papel de los antiangiogénicos en la segunda línea en CCRm, solo una es falsa

- A Existen estudios fase III que han demostrado un aumento estadísticamente significativo en supervivencia libre de progresión y en Supervivencia cuando a la quimioterapia se le añade tanto bevacizumab como aflibercept o ramucirumab
- B En los estudios fase III con Aflibercept (VELOUR) y con ramucirumab (RAISE) la quimioterapia a la que fueron combinados fue FOLFIRI
- C Bevacizumab sólo ha demostrado su utilidad en pacientes que han progresado a una primera línea basada en oxaliplatino
- D NI la presencia de mutaciones en RAS ni la administración previa de antiEGFR en primera línea contraindican el uso de antiangiogénicos en segunda línea.

68 .- Con respecto a las mutaciones en BRAF en CCRm sólo una es verdadera

- A Se dan hasta en el 30% de los pacientes con RAS mutado
- B No tienen valor pronóstico en CCRm
- C Se dan en el 30% de los CCRm del lado derecho y en menos del 5% de los del lado izquierdo
- D En los casos con mut BRAF V-600E se ha observado una importante actividad con antiBRAF en monoterapia

69 .- Se recomienda la realización de plataformas genómicas, para estimar el riesgo de recaída de un cáncer de mama con receptores hormonales positivos y HER2 negativo, en una de las siguientes situaciones:

- A Tumores menores de 1 cm, sin afectación ganglionar, de bajo grado y con alta expresión de receptores hormonales
- B Pacientes no candidatas a quimioterapia
- C Mujeres post-menopausicas o mayores de 50 años con afectación de 1 a 3 ganglios axilares
- D Más de 3 ganglios axilares infiltrados por tumor

- 70 .- La resonancia magnética de mama bilateral se recomienda de forma preferencial en:**
- A Tumores multicéntricos y multifocales
 - B Antes y después de un tratamiento neoadyuvante para definir la extensión de la enfermedad y monitorizar la respuesta al tratamiento
 - C Implantes mamarios
 - D Todas las anteriores son correctas
- 71 .- Uno de los sistema de evaluación de la respuesta patológica tras tratamiento neoadyuvante en cáncer de mama, es la carga tumoral residual o RCB (Residual Cancer Burden). Este sistema considera los siguientes criterios, SALVO UNO:**
- 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
- 72 .- El estudio KEYNOTE-522 incluye pacientes diagnosticadas de cáncer de mama triple negativo con estadios II y III. Todas las siguientes aseveraciones son ciertas, MENOS UNA:**
- A Es un ensayo clínico fase III con 2 objetivos primarios: respuestas completas patológicas (RCP) y supervivencia libre de evento en la población por intención de tratar
 - B Pembrolizumab sólo se administra de forma preoperatoria
 - C La adición de pembrolizumab a la quimioterapia neoadyuvante consigue un incremento de RCP estadísticamente significativo en relación al brazo de tratamiento estándar
 - D El beneficio de la QT y pembrolizumab en términos de RCP es consistente en todos los subgrupos incluyendo la expresión de PD-L1
- 73 .- Paciente de 44 años diagnosticada por biopsia de un carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda G3, con RE y RP negativos, Ki-67 50% y HER2 +++. El tumor mide 4 cm y tiene adenopatías axilares fijas con citología positiva para células malignas. El estudio de extensión descarta enfermedad a distancia. ¿Cuál sería su recomendación terapéutica inicial?**
- A Cirugía conservadora y biopsia selectiva de ganglio centinela como primera opción ya que tiene afectación ganglionar
 - B Quimioterapia neoadyuvante con platinos, antraciclinas y taxanos
 - C Trastuzumab-deruxtecan es la opción preferida en tumores localmente avanzados
 - D Quimioterapia basada en platinos y taxanos y tratamiento anti-HER2 con trastuzumab y pertuzumab neoadyuvante
- 74 .- Señale la CORRECTA en relación con el cáncer de mama HER2+++ tras tratamiento neoadyuvante y cirugía:**
- A Si se alcanza respuesta completa patológica (RCP), el tratamiento estándar es trastuzumab hasta completar 1 año (considerando lo recibido en la neoadyuvancia)
 - B Si el tumor expresa receptor estrogénico y se alcanza RCP, además de trastuzumab se considerará bloqueo hormonal
 - C Si queda enfermedad residual, se valorará 14 ciclos con trastuzumab-emtansina
 - D Todas las opciones son correctas

- 75.- Respecto a los tumores de mama con fenotipo triple negativo. Señale la INCORRECTA:**
- A Constituyen el 30% de los cánceres de mama
 - B Suelen ser tumores desdiferenciados, de comportamiento agresivo y con diseminación visceral
 - C Es frecuente la utilización de esquemas de quimioterapia basados en platino
 - D En enfermedad avanzada, se recomienda determinar la expresión de PD-L1 por si la paciente es candidata a inhibidores de checkpoint
- 76.- Señale la INCORRECTA, en relación con el cáncer de mama avanzado y trastuzumab-deruxtecan:**
- A Combina un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado frente HER2 y un agente citotóxico derivado del exatecan (inhibidor de topoisomerasa I)
 - B La toxicidad más preocupante es la cardíaca
 - C Recientemente, se ha visto que es activo en tumores con HER2 low (efecto bystander)
 - D Una de sus indicaciones es en cáncer de mama metastásico HER2+++ tras progresión a una línea previa
- 77.- Respecto a los inhibidores de quinasas dependientes de ciclinas (ICDK), señale la INCORRECTA:**
- A De momento, no se han identificado biomarcadores con implicaciones clínicas
 - B La neutropenia y la anemia son toxicidades de clase de los ICDK
 - C Abemaciclib es el ICDK que provoca más frecuentemente diarrea
 - D El acortamiento del intervalo QT se ha relacionado con ribociclib
- 78.- De las siguientes afirmaciones en la recaída tardía (intervalo libre de tratamiento desde la última dosis de platino mayor de 6 meses) del cáncer de ovario, señale la INCORRECTA:**
- A La cirugía de rescate es una opción que se debe considerar
 - B La progresión exclusivamente serológica es indicativa de tratamiento sistémico
 - C El tratamiento de mantenimiento con inhibidor de PARP se considera en pacientes cuyo tumor ha respondido a un tratamiento basado en platino
 - D Bevacizumab tiene un papel en este contexto, sobre todo si la paciente está sintomática y si ya ha recibido un inhibidor de PARP en primera línea
- 79.- Mujer de 60 años diagnosticada de un carcinoma seroso de alto grado de trompa de falopio etapa IIIc (carcinomatosis peritoneal) con déficit en recombinación homóloga (HRD score positivo) sin mutación en BRCA1/2. Recibe 3 ciclos de quimioterapia neoadyuvante y posteriormente es intervenida (sin residuo tumoral). ¿Cuál sería su recomendación postoperatoria?**
- A No requiere ningún tratamiento complementario
 - B Tres ciclos adicionales con carboplatino y paclitaxel en esquema trisemanal
 - C Tres ciclos adicionales con carboplatino, paclitaxel y bevacizumab y posteriormente bevacizumab de mantenimiento hasta completar 15 meses
 - D Tres ciclos adicionales con carboplatino y paclitaxel y posteriormente niraparib de mantenimiento durante 3 años

- 80.- Una paciente de 62 años es intervenida de un carcinoma endometriode de alto grado de endometrio etapa IIIC1p (afectación ganglionar pélvica), con RE++ (60%), RP + (10%), p53wt, expresión de proteínas reparadoras (pMMR), sin mutación patogénica en POLE. Señale qué tratamiento le parece más recomendable:
- A No requiere tratamiento complementario
 - B Radioterapia adyuvante
 - C Quimioterapia adyuvante e inmunoterapia
 - D Radioterapia y quimioterapia adyuvante
- 81.- Respecto a la clasificación molecular del cáncer de endometrio y concretamente en relación con los tumores con mutación en p53 (p53 abn), señale la CORRECTA:
- A Son tumores que habitualmente requieren tratamiento con quimioterapia
 - B Son, con diferencia, los tumores de mejor pronóstico
 - C La infiltración linfocitaria tumoral es usual
 - D Es el subtipo molecular más frecuente
- 82.- En relación con la estadificación FIGO (2018) del cáncer de cérvix, señale la INCORRECTA:
- A En los estadios IA (lesiones diagnosticadas sólo al microscopio), sólo se 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
- 83.- Paciente de 44 años diagnosticada de un carcinoma epidermoide de cérvix etapa Ib2 (FIGO 2018). Tras la cirugía se descubre un tumor de más de 4 cm con invasión linfovascular sin ningún otro factor de riesgo. ¿Qué tratamiento complementario recomendaría?
- A No requiere tratamiento complementario
 - B Radioterapia
 - C Radioterapia concomitante con cisplatino semanal
 - D Quimioterapia con carboplatino y paclitaxel
- 84.- ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor pronostico relevante en los tumores germinales testiculares localizados?
- A La invasión vascular o linfática en los tumores no seminomatosos
 - B El tamaño en los tumores no seminomatosos
 - C La invasión de la rete testis en los tumores seminomatosos
 - D La presencia de 100% de carcinoma embrionario en los tumores no seminomatosos
- 85.- En relación con la epidemiología de los tumores de células germinales (TCG) testiculares indique la aseveración incorrecta:
- A Los TCG representan el 1-2% de todas las neoplasias
 - B A pesar de su rareza global, los TCG son la neoplasia maligna más frecuentes en varones entre los 15-34 años
 - C El número de nuevos diagnósticos se ha incrementado globalmente en las últimas décadas presentando una distribución homogénea en términos de incidencia en las distintas zonas del mundo.
 - D La criptorquidia y un antecedente personal o familiar de TCG son los principales factores de riesgo de este tumor

86 .- De las siguientes afirmaciones en relación con la fibromatosis tipo desmoide, señale la INCORRECTA:

- A En el 85-90% de los casos se identifican mutaciones en el gen de beta-catenina
- B Tiene una evolución impredecible
- C La primera opción recomendada, si no hay síntomas, es la vigilancia
- D La radioterapia no suele tener un papel en el tratamiento a la progresión

87 .- Paciente de 58 años intervenido de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de localización gástrica. El tumor mide 7 cm y tiene 6 mitosis por 50 campos de gran aumento. Se realiza el análisis mutacional y se identifica una mutación en PDGFRA en el exón 18, D842V. ¿Qué tratamiento complementario recomendaría?

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

88 .- ¿Cuál es el sarcoma óseo más frecuente del adulto?

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

89 .- En relación con el cordoma, señale la INCORRECTA:

- A Las localizaciones más frecuentes son el sacro (50%), la columna (20%) y la base del cráneo (30%)
- B Se origina en remanentes embrionarios de notocorda
- C El cordoma convencional se caracteriza por la expresión nuclear de braquiurina
- D En los cordomas de base de cráneo el abordaje terapéutico inicial es la cirugía y la resección sin residuo tumoral es habitual

90 .- En relación al melanoma y las metástasis cerebrales, señale la INCORRECTA:

- A Aproximadamente un 20% de los melanomas metastásicos desarrollarán metástasis cerebrales
- B Factores como el ECOG, número de lesiones metastásicas a nivel cerebral, edad, metástasis extracerebrales y la mutación en BRAF ayudan a establecer grupos pronósticos
- C La cirugía tiene un papel en lesiones únicas sintomáticas o cuando se requiere diagnóstico patológico o molecular
- D Si no es factible el tratamiento local, en pacientes asintomáticos sin mutación en BRAF, se puede considerar la combinación de nivolumab e ipilimumab, ya que la tasa de respuestas oscila entre el 46-57%

91 .- Señale la INCORRECTA, respecto a la epidemiología del melanoma:

- A La radiación ultravioleta es el principal factor de riesgo, sobre todo la radiación solar intermitente en edades tempranas
- B Aproximadamente el 30% de los diagnósticos de melanoma ocurren en pacientes con historia familiar de melanoma y en casi todos ellos se encuentran mutaciones germinales en CDKN2A
- C Individuos con fototipos I y II tienen más riesgo de desarrollar un melanoma a lo largo de su vida
- D La presencia de nevos atípicos y nevos congénitos incrementan el riesgo de melanoma

- 92.- Señale cuál de los siguientes factores se considera en la estadificación del melanoma
- A Ulceración
 - B Satelitosis
 - C LDH
 - D Todas son correctas
- 93.- ¿De los siguientes fármacos cual se clasifica como de riesgo emético mínimo (<10% de frecuencia de emesis)?
- A Rituximab
 - B Oxaliplatino
 - C Carmustina
 - D Topotecan
- 94.- Señale la INCORRECTA en relación con los opioides mayores:
- A Se metabolizan por vía hepática en dos pasos: CYP450 y glucuronización vía UGT
 - B La edad, la función renal y hepática así como fármacos concomitantes influyen en su metabolización
 - C Si la función renal está alterada, la buprenorfina es el opioide más seguro
 - D La dosis de rescate suele ser el 50% de la dosis total diaria del opioide utilizado
- 95.- Si consideramos la afinidad de los opioides por sus receptores, todos los siguientes son agonistas puros, MENOS UNO:
- A Metadona
 - B Fentanilo
 - C Hidromorfona
 - D Buprenorfina
- 96.- Con respecto a la neutropenia sólo una es correcta
- A Su frecuencia depende del tipo de quimioterapia
 - B La monoterapia con pembrolizumab se asocia con un 30% de neutropenias G3-4
 - C Se considera G3 cuando hay menos de 100 N/mm³
 - D En las neutropenias G3-4 debe instaurarse de forma precoz el uso de corticoides iv
- 97.- Con respecto a la nutrición en pacientes con cáncer sólo una es correcta
- A Los cánceres pancreáticos se asocian muy infrecuentemente con desnutrición
 - B Un adecuado soporte nutricional previo disminuye las complicaciones de las cirugías oncológicas
 - C En situaciones de caquexia el uso de opioides está contraindicado
 - D El ejercicio físico produce desnutrición en los pacientes con cáncer y está contraindicado

98.- ¿Cuál es un componente muy relevante de la rehabilitación oncológica para pacientes que han experimentado linfedema?

- A Ejercicio físico de alta intensidad
- B Terapia de compresión y drenaje linfático manual
- C Restricción de movimiento del área afectada
- D Tratamiento sistémico con esteroides

99.- ¿Qué principio ético apoya la idea de que los pacientes terminales tienen derecho a rechazar tratamientos médicos?

- A Beneficencia
- B Justicia
- C Autonomía
- D No maleficencia

100.- ¿Qué componente esencial debe incluirse en la planificación de la atención domiciliaria para pacientes terminales con el fin de garantizar una atención integral y de calidad?

- A Evaluación y manejo de síntomas físicos únicamente
- B Apoyo psicológico solo para el paciente, excluyendo a los familiares
- C Formación del personal de atención domiciliaria para la administración de terapias avanzadas
- D Coordinación de cuidados multidisciplinarios y comunicación efectiva entre todos los profesionales de la salud involucrados

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

101.- Un síndrome paraneoplásico neurológico definido se caracteriza por todos los siguientes criterios diagnósticos SALVO UNO:

- A Síndrome clásico neurológico y anticuerpos bien caracterizados
- B Síndrome clásico neurológico y cáncer
- C Síndrome no clásico neurológico y anticuerpos parcialmente caracterizados
- D Síndrome no clásico neurológico y cáncer con mejoría tras su tratamiento

102.- ¿Cuál de los siguientes es un antagonista de LHRH con aplicación en el tratamiento hormonal del cáncer de próstata?

- A Goserelina
- B Leuprolida
- C Degarelix
- D Tamoxifeno

103.- Con respecto a la respuesta inmune es Falso que:

- A PD1 es un "checkpoint" modulador de la respuesta inmunológica que se expresa en los Linfocitos T activados.
- B PD1 está involucrado en la fase efectora final de los Linfocitos T activados, y su función es prevenir un exceso de respuesta inmune de los Linfocitos T que pueda ser dañina en el huésped.
- C La interacción de PD1 con sus ligandos PD-L1 (B7-H1) y PD-L2 (B7-H2) suprime la función efectora del Linfocitos T.
- D PD-L1 solo se expresa en células tumorales.

104 .- Con respecto a la angiogénesis, señale la falsa:

- A El VEGF, incluye los ligandos VEGF-A, VEGF-B, VEGF-C, VEGF-D, VEGF-F y el factor de crecimiento placentario, proteínas clave implicadas en la vía angiogénica.
- B El VEGF y sus receptores se expresan en muchos tipos de tumores, siendo el ligando VEGF-A el más importante
- C Los miembros de la familia VEGF se unen a VEGFR-1, VEGFR-2, y VEGFR-3, que se expresan en los vasos linfáticos y el endotelio vascular.
- D El receptor VEGFR-3 es el principal responsable de transmitir la señal mediada por VEGF-A en la célula endotelial.

105 .- Con respecto a los antiangiogénicos señale la correcta:

- A No se han identificado biomarcadores predictivos que ayuden a seleccionar qué pacientes se beneficiarán de recibir tratamiento antiangiogénico
- B Actualmente, la terapia antiangiogénica para el manejo del cáncer colorectal metastásico se puede aplicar a todas las líneas de tratamiento.
- C Bevacizumab es un antiangiogénico
- D Todas son verdaderas

106 .- ¿Cuál es el tratamiento de primera línea estándar para el cáncer de pulmón de células pequeñas enfermedad extendida?

- A Quimioterapia sola
- B Inmunoterapia sola
- C Quimioterapia más inmunoterapia
- D Cirugía seguida de radioterapia

107 .- Con respecto al cáncer de colon resecable sólo una es verdadera

- 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 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

108 .- El ensayo clínico IMpassion130 evalúa el papel de la adición de atezolizumab a la quimioterapia en cáncer de mama metastásico. De las siguientes afirmaciones, señale la INCORRECTA:

- 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 en la población PD-L1 positivo

109 .- Desde el punto de vista histológico los carcinomas serosos de bajo grado se caracterizan por:

- A WT1 positivo, p53 mutado
- B WT1 positivo, sin mutación en p53 y expresión del receptor de progesterona
- C Expresión de napsina A
- D Ninguno de estos patrones es característico de los tumores serosos de bajo grado

110 .- ¿Qué intervención es efectiva para abordar problemas de memoria y concentración en pacientes oncológicos durante la rehabilitación?

- A Terapia cognitiva
- B Uso exclusivo de medicamentos ansiolíticos y antidepresivos
- C Programas de entrenamiento cognitivo
- D A y C son correctas