

TEST DE AUTOEVALUACIÓN

Sólo hay una opción de respuesta válida en cada pregunta.

1. ¿Cuál de las diferencias siguientes entre enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma es falsa?

- a) La obstrucción al flujo aéreo es poco reversible y progresiva en la EPOC y variable y reversible en el asma.
- b) El perfil inflamatorio se caracteriza por la presencia de neutrófilos, linfocitos T CD8+ y abundantes macrófagos en la EPOC, y por eosinófilos, mastocitos, linfocitos T CD4+ y un menor número de macrófagos en el asma.
- c) La hiperreactividad bronquial es característica del asma y no está presente en la EPOC.
- d) Los mediadores inflamatorios predominantes son el leucotrieno-B4 (LTB4), la interleucina (IL) 8 y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) en el caso de la EPOC y la histamina, leucotrienos, IL 4, 5 y 13 en el asma.
- e) La fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO) tiene valor diagnóstico en el asma, pero no en la EPOC.

2. Pueden haber similitudes en el patrón inflamatorio de la vía aérea en el asma y la EPOC en las situaciones siguientes, excepto:

- a) EPOC con reversibilidad a los broncodilatadores.
- b) Exacerbaciones de asma y EPOC.
- c) Asma grave.
- d) Pacientes asmáticos que fuman.
- e) Asma por aspirina.

3. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es correcta?

- a) Los corticoides inhalados (CSI) han demostrado mejorar la sintomatología, preservar la función pulmonar, prevenir las exacerbaciones y mejorar la calidad de vida en todas las formas clínicas de asma.
- b) Los CSI previenen la tasa de caída de la función pulmonar en la EPOC.
- c) Varios estudios han demostrado la eficacia de los CSI en pacientes asmáticos fumadores.
- d) La elevada carga oxidativa asociada a la inflamación en EPOC y su efecto en la inactivación de las histona deacetilasas (HDAC) son mecanismos implicados en la pobre respuesta al tratamiento con CSI en los pacientes con EPOC.
- e) La mayoría de los ensayos clínicos de CSI en EPOC incluye a pacientes con hiperrespuesta bronquial (HRB).

4. ¿Qué porcentaje de pacientes con obstrucción al flujo aéreo pueden tener un síndrome de solapamiento asma-EPOC?

- a) De un 17 a un 19% según estudios poblacionales.
- b) Algunos estudios encuentran una prevalencia de hasta un 60% en mayores de 55 años.
- c) Es difícil de valorar, ya que la mayoría de estudios excluyen el tabaquismo para el asma o la atopia y la reversibilidad en la EPOC.
- d) La American Thoracic Society ya identificaba diferentes patrones de enfermedad obstructiva de la vía aérea que se solapaban en sus guías de 1995, pero no se cuantificaron.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

5. Señale la respuesta incorrecta en referencia a la hiperreactividad bronquial en la EPOC:

- a) La prevalencia de HRB a la metacolina en un estudio de más de 5.000 pacientes con EPOC fue del 63 y del 87% en varones y mujeres, respectivamente.
- b) Fumar es un factor de riesgo para desarrollar HRB.
- c) La HRB se asocia a mayor mortalidad y pérdida de función pulmonar en EPOC.
- d) El FeNO elevado es un predictor de respuesta al tratamiento con CSI en EPOC.
- e) El tratamiento con CSI es más efectivo en pacientes con EPOC y eosinofilia en esputo respecto a los que no tienen eosinofilia.

6. En relación con las repercusiones de las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC), ¿cuál de las afirmaciones siguientes es falsa?

- a) Las AEPOC están infraestimadas, ya que muchas de ellas no son reportadas o detectadas.
- b) Las AEPOC no reportadas no tienen gran importancia y no afectan a la calidad de vida de los pacientes.
- c) La definición actual de AEPOC es algo imprecisa y ello repercute a la hora de seleccionar a la población en los estudios publicados.
- d) Entre los factores de riesgo para el desarrollo de agudizaciones graves se encuentran la existencia de un volumen respiratorio máximo en el primer segundo (FEV₁) bajo, hipoxemia, hipercapnia y la existencia de comorbilidades.
- e) Las AEPOC pueden deteriorar el grado de disnea basal a largo plazo de los pacientes con EPOC.

7. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es cierta respecto a las AEPOC?

- a) La capacidad de ejercicio no parece modificarse a largo plazo por las AEPOC.
- b) La medición del pico de flujo tras la AEPOC no ha demostrado un deterioro de los valores de éste a largo plazo.
- c) La calidad de vida mejora rápidamente tras una AEPOC, respecto al momento de la agudización, pero puede tardar meses en alcanzar su nivel basal.
- d) A largo plazo no parece producirse un deterioro claro de la calidad de vida en los pacientes que presentan AEPOC.
- e) La disnea medida por el índice transicional de disnea no parece afectarse por las AEPOC.

8. Respecto a las repercusiones socioeconómicas de las AEPOC, ¿cuál de las afirmaciones siguientes es falsa?

- a) En el gasto directo que se produce en las AEPOC, se incluyen el derivado de la medicación y el de la asistencia sanitaria.
- b) El gasto más importante de las AEPOC es el derivado de los ingresos hospitalarios.
- c) El gasto ocasionado en los 6 meses finales de la vida de los pacientes con EPOC es incluso mayor que los que se generan en el mismo período por el cáncer de pulmón.
- d) La oxigenoterapia supone la segunda causa de gasto más importante, tras los ingresos hospitalarios.
- e) El coste de la EPOC es mayor a medida que aumenta el grado de gravedad de la enfermedad.

9. En cuanto a la morbilidad de las AEPOC, ¿cuál de las afirmaciones siguientes es falsa?

- a) La mortalidad intrahospitalaria de las AEPOC varía según los distintos estudios que analicemos en función de la población estudiada.
- b) Entre los factores independientes asociados a esta mortalidad intrahospitalaria, entre otras se encuentran la edad avanzada, la comorbilidad, el estado nutricional, la presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial al ingreso.
- c) Los ingresos por agudizaciones en sí no constituyen un riesgo mayor de mortalidad a largo plazo, salvo que vayan asociado a otros factores de riesgo.
- d) La existencia de una peor calidad de vida es un factor de riesgo asociado a mortalidad después de la hospitalización.
- e) La mortalidad de los pacientes que requieren asistencia en urgencias o ingresos hospitalarios es mayor que la de aquéllos que no se agudizan.

10. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es cierta?

- a) El deterioro clínico que se produce en los pacientes con AEPOC podría revertirse de forma parcial con intervenciones como la rehabilitación respiratoria.
- b) El índice de BODE no se suele ver afectado en pacientes con reagudizaciones de la EPOC.
- c) Se calcula que el gasto medio de una agudización grave por paciente en España está en torno a los 300 euros.
- d) La hiperinsuflación pulmonar y el deterioro del intercambio gaseoso no han mostrado efecto alguno en la calidad de vida de los pacientes con EPOC.
- e) La mortalidad de las AEPOC se ve afectada sólo por la situación basal que presenta el paciente.

11. Según recomendaciones de la Food and Drug Administration estadounidense, los ensayos clínicos promovidos por la industria en el área de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) deben incorporar como objetivo primario de eficacia:

- a) Disnea.
- b) Función pulmonar.
- c) Calidad de vida.
- d) Exacerbaciones.
- e) Mortalidad.

12. En la historia natural de la EPOC, los parámetros siguientes han demostrado ser predictores independientes de mortalidad, excepto uno. Indique cuál es:

- a) Disnea.
- b) Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).
- c) Edad.
- d) Índice de masa corporal.
- e) Volúmenes estáticos.

13. ¿Cuál de los componentes siguientes de los cuestionarios de CVRS (p. ej., St. George's) es el que suele tener un peso mayor para la puntuación final?

- a) La presencia de ansiedad y depresión.
- b) La intensidad de la tos y expectoración.
- c) La disnea de esfuerzo.
- d) La presencia de dolor torácico.
- e) La alteración en la calidad del sueño.

14. La capacidad de ejercicio (p. ej., prueba de marcha) en las enfermedades respiratorias crónicas (p. ej., hipertensión pulmonar, fibrosis pulmonar, EPOC) es un buen predictor de mortalidad. Entonces, ¿por qué no se usa de forma habitual en los grandes ensayos clínicos de EPOC?

- a) Es insensible al efecto del tratamiento.
- b) Es caro.
- c) Requiere de personal especializado.
- d) No se relaciona con otros PRP.
- e) Su realización requiere exceso de tiempo.

15. ¿Cuál de los PRP siguientes se controlaron durante el desarrollo de los ensayos clínicos UPLIFT y TORCH (ambos)?

- a) Disnea.
- b) Capacidad de ejercicio.
- c) Calidad de vida.
- d) Los 3 parámetros.
- e) Ninguno de los 3 parámetros.

16. Señale la afirmación correcta sobre la percepción de los síntomas en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):

- a) No es importante, lo importante es la función pulmonar.
- b) Pueden ser importantes en algún caso, pero en general siempre se debe tratar según el valor de volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁).
- c) Son importantes, ya que las normativas tienen por objetivo la reducción de los síntomas.
- d) Está muy relacionada con el grado de obstrucción bronquial.
- e) El único síntoma importante es la disnea.

17. Sobre los cuestionarios de síntomas matutinos, señale la afirmación correcta:

- a) El cuestionario Capacity of Daily Living during the Morning (CDLM) es un cuestionario que evalúa el grado de disnea y de sensación de opresión torácica.
- b) Una mayor puntuación de ambos cuestionarios indica una afectación mayor.
- c) El Global Chest Symptoms Questionnaire (GCSQ) es un cuestionario que recoge información sobre la capacidad de los pacientes de realizar tareas cotidianas matutinas.
- d) Entre las actividades matutinas que recogen figuran conducir y vestir a los niños.
- e) La mínima diferencia clínicamente relevante se establece por debajo de 0,1 puntos para ambos cuestionarios.

18. Señale la afirmación correcta sobre el efecto de budesónida/formoterol en las actividades matutinas:

- a) Hasta el momento se han publicado 5 estudios que valoran el uso de budesónida/formoterol para mejorar las actividades matutinas.
- b) Los trabajos disponibles encuentran una asociación fuerte entre el uso de budesónida/formoterol y las actividades matutinas.
- c) Los trabajos disponibles tienen las actividades matutinas como variable primaria del estudio.
- d) Todos los trabajos encuentran diferencias clínicamente muy relevantes en las actividades matutinas.
- e) Es posible que haya un problema de tamaño de muestra con estos trabajos.

19. El síntoma que más se correlaciona con tener problemas durante las actividades matutinas es:

- a) Fatiga.
- b) Disnea.
- c) Limitación al ejercicio.
- d) Tos.
- e) Expectoración.

20. Sobre la variabilidad de la percepción de los síntomas en la EPOC, señale la afirmación correcta:

- a) El aparato respiratorio tiene un ritmo circadiano que hace que la función pulmonar mejore por las noches.
- b) En los pacientes con EPOC, este ritmo circadiano se pierde.
- c) Los cambios durante el día en la función pulmonar están muy correlacionados con la percepción de los síntomas en los pacientes con EPOC.
- d) Por lo tanto, el ritmo circadiano de la función pulmonar no está acoplado con el cambio en síntomas en pacientes con EPOC.
- e) La variabilidad de la percepción de los síntomas es un fenómeno que se ha descrito en la EPOC.

21. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes respecto a la reversibilidad bronquial en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es correcto?

- a) En general, los pacientes EPOC no varían su volumen forzado en el primer segundo (FEV₁) tras broncodilatador.
- b) Los pacientes con EPOC de grado leve mejoran más el FEV₁ en porcentaje sobre el teórico que los más graves.
- c) Para considerar significativa la prueba, el FEV₁ debe alcanzar un valor normal.
- d) Un pequeño cambio en el radio de la vía aérea supone una importante variación en las resistencias.
- e) En el paciente con EPOC no tiene indicación realizar la prueba broncodilatadora.

22. La indicación de corticoides inhalados en pacientes con EPOC debe reservarse para:

- a) Cuando el FEV₁ sea inferior al 60%.
- b) Cuando se produzcan más de 5 infecciones respiratorias al año.
- c) En casos con FEV₁ menor del 50% y más de 2 infecciones respiratorias anuales.
- d) Si el test de 6 minutos es inferior al 80% del teórico.
- e) En pacientes con EPOC de grado grave que no hayan tenido ninguna neumonía.

23. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es correcta respecto a la asociación de corticoides y beta-2 miméticos asociados?

- a) El beta-2 estimula la síntesis del receptor del corticoide.
- b) Los corticoides pierden eficacia al asociarlos con los beta-2.
- c) Los corticoides revierten en parte la tolerancia que produce el uso de beta-2.
- d) El efecto cardiotoxico de los beta-2 está potenciado por los corticoides.
- e) c y d son correctas.

24. La triple terapia en EPOC tiene como objetivo sumar efectos para mejorar la situación del paciente. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes cree que no se ha logrado?

- a) Aumentar el grado de broncodilatación.
- b) Disminuir la necesidad de medicación de rescate.
- c) Mejorar la calidad de vida.
- d) Aumentar la supervivencia.
- e) Disminuir las agudizaciones.

25. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes no es cierta en relación con el estudio CLIMB?

- a) La adición de formoterol-budesónida a tiotropio en general se comportó mejor que tiotropio solo.
- b) La triple combinación tuvo un impacto significativo en la reducción de exacerbaciones.
- c) Se demostró una disminución de mortalidad en los 12 meses de seguimiento.
- d) Se produjo una mejoría del FEV₁ tanto predosis como posdosis.
- e) Hubo una mejoría de síntomas matutinos en el grupo con triple terapia.