

PROCESO EXCEPCIONAL DE ESTABILIZACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL POR CONCURSO-OPOSICIÓN, PARA CUBRIR LAS PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN DE LAS CATEGORIAS DE LICENCIADOS ESPECIALISTAS Y OTROS LICENCIADOS SANITARIOS, EN EL MARCO PREVISTO EN LA LEY 20/2021, DE 28 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS URGENTES PARA LA REDUCCIÓN DE LA TEMPORALIDAD EN EL EMPLEO PÚBLICO.

(ORDEN SAN/1916/2022, DE 23 DE DICIEMBRE)

L.E. ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

ADVERTENCIAS:

- 1. NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
2. Este cuestionario consta de **99 PREGUNTAS**, de las cuales las **9 ÚLTIMAS SON DE RESERVA**, para posibles anulaciones. En el caso de anulación de preguntas las de reserva se irán utilizando por el orden en el que figuran en el cuestionario (la 91 en el caso de anulación de preguntas de la parte general y de la 92 a la 99 para la parte específica).
3. El tiempo máximo para la realización del ejercicio será de **120 minutos**.
4. Sólo se calificarán las respuestas marcadas en la “HOJA DE RESPUESTAS”, que tiene carácter nominal.
5. Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en la hoja de respuestas se corresponde con el número de pregunta del cuestionario.
6. Las preguntas contarán con tres respuestas alternativas, de las que sólo una de ellas será la correcta. Todas las preguntas tienen el mismo valor.
7. **Las respuestas erróneas se penalizarán con una novena parte (1/9)** del valor de las respuestas correctas y las preguntas no contestadas no puntúan, ni tendrán la consideración de erróneas, por lo que no penalizan.
8. **Sobre la forma de contestar en la “HOJAS DE RESPUESTAS”, lea atentamente las instrucciones que figuran en el dorso de la misma.**
9. Al finalizar el ejercicio ES OBLIGATORIO entregar la hoja de respuestas.
10. No se permite abandonar el aula en los 30 primeros minutos ni en los 15 últimos minutos del ejercicio.
11. Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador, pero **sólo podrá llevarse al finalizar el tiempo establecido para la realización del examen.**

- 1. El Presidente de la Gerencia Regional de Salud es:**
 - a) El Director Gerente.
 - b) El Consejero de Sanidad.
 - c) El Secretario Gerente.

- 2. Quién puede participar en el concurso de traslados:**
 - a) Sólo el personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León.
 - b) El personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León y del resto de Servicios de Salud, que participará con otros requisitos.
 - c) El personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León y del resto de Servicios de Salud, con las mismas condiciones y requisitos.

- 3. Según la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León, el personal se clasifica por el tipo de nombramiento en:**
 - a) Personal estatutario sanitario y personal estatutario de gestión y servicios.
 - b) Personal estatutario fijo y personal estatutario temporal.
 - c) Personal estatutario sanitario y personal estatutario no sanitario.

- 4. La resolución del procedimiento para la valoración del puesto de trabajo por causa de salud cuando el trabajador sea apto o apto con limitaciones corresponderá:**
 - a) Al Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.
 - b) Al Comité de Seguridad y Salud de Área.
 - c) Al Gerente del centro o institución sanitaria donde el trabajador preste servicios.

- 5. En relación con los órganos de selección del personal estatutario, señale la afirmación correcta:**
 - a) Sus miembros deberán ostentar la condición de personal fijo o interino de cualquier administración pública, no pudiendo participar el personal eventual.
 - b) Sus miembros deberán ser empleados públicos en plaza o categoría para cuyo ingreso se requiera titulación igual o superior a la exigida a los candidatos.
 - c) Sus miembros deberán pertenecer a la Administración Pública que convoca el proceso selectivo.

- 6. En relación con 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, señale la opción incorrecta en relación con la información básica que el facultativo debe proporcionar al paciente antes de recabar su consentimiento escrito:**
- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad y las contraindicaciones.
 - b) El equipo médico que va a efectuar la intervención.
 - c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- 7. A los efectos del Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica, se considera documentación pasiva:**
- a) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial primaria ni especializada en 3 años.
 - b) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial en 5 años, salvo en atención especializada, en cuyo caso bastará que hayan transcurrido como mínimo 3 años sin actividad asistencial.
 - c) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial en primaria en 3 años.
- 8. En relación con las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, señale la afirmación incorrecta:**
- a) Deben utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empresario, de acuerdo con las instrucciones recibidas de éste.
 - b) Deben informar de inmediato a su superior jerárquico directo, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.
 - c) Deben colaborar en la elaboración de las instrucciones que, en materia de seguridad en el trabajo, tiene que publicitar semestralmente el empresario.
- 9. En relación a 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, señale la verdadera:**
- a) Los titulares del derecho a la información son el paciente y los familiares directos.
 - b) El consentimiento informado será por escrito por regla general.
 - c) El derecho a la intimidad está recogido en su artículo 7.

- 10. La definición “Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla”, corresponde a:**
- a) Historia Clínica.
 - b) Documentación Clínica.
 - c) Información Clínica.
- 11. En la evaluación de los nódulos tiroideos, se emplea como técnica diagnóstica la aspiración eco guiada mediante aguja fina (US-FNA). Señale, entre las siguientes, la opción verdadera:**
- a) Permite confirmar la posición de la aguja de biopsia en el nódulo sospechoso.
 - b) No permite evaluar nódulos no palpables.
 - c) No identifica ganglios metastásicos cervicales.
- 12. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es un Síndrome paraneoplásico hematológico?**
- a) Leucopenia.
 - b) Anemia.
 - c) Policitemia.
- 13. Señale la afirmación INCORRECTA respecto al cociente de riesgo (HAZARD RATIO):**
- a) Es un valor que no tiene dimensiones.
 - b) Tiene un valor limitado.
 - c) Cuantifica la magnitud del beneficio.
- 14. Indique, entre las siguientes, cuál NO es una escala de screening y prescreening geriátrico quirúrgico para pacientes ancianos con cáncer que precisan cirugía electiva abdominal:**
- a) Triaje Risk Screening Tool (TRST).
 - b) Abbreviated CGA (aCGA).
 - c) Geriatric 8 (G8).

15. Indique cuál de las siguientes situaciones no influye en la variabilidad farmacocinética/farmacodinámica de los fármacos antitumorales:

- a) Alteraciones en el citocromo P450.
- b) Coadministración de medicinas complementarias y alternativas.
- c) Asma.

16. Los fármacos antineoplásicos tienen diferentes vías de administración. Indique, de los siguientes Agentes Alquilantes, los que se administran vía oral:

- a) Clorambucilo.
- b) Ciclofosfamida.
- c) Dacarbazina.

17. Entre la toxicidad/toxicidades más frecuentes asociadas a los fármacos antitumorales, una de las siguientes asociaciones es FALSA:

- a) Doxorubicina – hepatotoxicidad y mielosupresión.
- b) Busulfán - fibrosis pulmonar.
- c) Paclitaxel – neuropatía.

18. Paciente de 38 años con biopsia positiva para carcinoma escamoso de cérvix, HPV-16 positivo. RMN pelvis: Bulky cervical con invasión de parametrios y adenopatías pélvicas sospechosas. Tercio inferior de vagina no afectada. PET-TC: Confirma adenopatías pélvicas patológicas únicamente. No enfermedad a distancia. El tratamiento indicado es:

- a) Cisplatino concurrente con IMRT pélvica y boost cervical con braquiterapia LDR al punto A.
- b) Cisplatino concurrente con IMRT pélvica, boost en ganglios patológicos y boost cervical con braquiterapia HDR al punto A.
- c) Cisplatino concurrente con IMRT pélvica y paraaórtica, boost en ganglios patológicos y boost cervical con braquiterapia LDR al punto A.

19. Uno de los siguientes no es un factor de riesgo asociado al cáncer de pene:

- a) Infección por HPV (serotipos 16, 6 y 18).
- b) Fumadores de cigarrillos.
- c) Psoriasis.

20. Paciente diagnosticado de seminoma puro, estadio IIB. La opción de tratamiento primario de elección es:

- a) Bleomicina/Etopósido/Cisplatino (4 ciclos).
- b) RT con inclusión de ganglios paraaórticos e ilíacos ipsilaterales hasta 30 Gy.
- c) Etopósido/Cisplatino (4 ciclos).

21. Varón de 64 años, diagnosticado de carcinoma urotelial de vejiga cT3N1M0 y tratado con radioquimioterapia concurrentes. Reevaluado a los tres meses de finalizar el tratamiento, existe persistencia del tumor. Entre las siguientes opciones de adyuvancia, señale la menos indicada:

- a) Cirugía de consolidación.
- b) Pembrolizumab.
- c) BCG intravesical (si Tis, Ta o T1).

22. Paciente con carcinoma medular de tiroides de 5 cm de diámetro mayor limitado a tiroides con metástasis en ganglios retrofaríngeos y sin metástasis a distancia. Se corresponde, según la clasificación AJCC-TNM 8th ed, con una de las siguientes (señale la VERDADERA):

- a) T3aN1bM0.
- b) T3bN1aM0.
- c) T2N1bM0.

23. Entre las indicaciones de tratamiento mediante cirugía micrográfica de Mohs para el carcinoma escamoso cutáneo se encuentra una de las siguientes. Elija la opción correcta:

- a) Tumores en área L (región de bajo riesgo) de ≥ 10 mm.
- b) Tumores en área M (región de riesgo moderado) de ≤ 10 mm.
- c) Tumores en área M (región de riesgo moderado) de ≥ 10 mm.

24. Mujer de 65 años sin comorbilidades, operada de cirugía conservadora de mama izquierda con biopsia selectiva del ganglio centinela. La anatomía patológica de la pieza muestra un carcinoma ductal infiltrante grado III de 11 mm, dos ganglios centinelas negativos, receptores de estrógenos: 0%, receptores de progesterona: 0%, Ki 67: 70%, HER2: negativo. El estudio de extensión es negativo. El tratamiento adyuvante sería:

- a) Quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos, radioterapia y trastuzumab.
- b) Quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos, radioterapia y tamoxifeno.
- c) Quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos, y radioterapia.

25. ¿Cuál es la variedad histológica más frecuente en el linfoma de Hodgkin clásico?

- a) Celularidad mixta.
- b) Depleción linfocítica.
- c) Esclerosis nodular.

26. Señale la respuesta CORRECTA:

- a) La mayoría de los casos de glioblastoma corresponden a IDH wild-type o también llamados “de novo”.
- b) La mayoría de los casos de glioblastoma son IDH mutado o secundarios.
- c) Los gliomas de línea media H3k27 M son prácticamente exclusivo de edades senectas.

27. Señale la respuesta CORRECTA respecto a los gliomas cerebrales de bajo grado y los factores pronósticos:

- a) Edad mayor de 70 años, es un factor de excelente pronóstico.
- b) El grado de resección quirúrgica no representa un factor pronóstico a día de hoy.
- c) Edad menor de 40 años, resección macroscópicamente completa y la presencia de codelección 1p/19q representan factores favorables de pronóstico.

28. De estas afirmaciones señale la FALSA:

- a) Los astrocitomas pilocíticos con frecuencia suelen ser más resecables que otros gliomas de bajo grado.
- b) Los astrocitomas pilocíticos con resección quirúrgica completa mandatoriamente deben recibir radioterapia adyuvante.
- c) Los astrocitomas pilocíticos completamente resecados no precisan tratamiento adyuvante.

29. En el melanoma uveal, señale la respuesta CORRECTA:

- a) El resultado de la función visual tras braquiterapia es absolutamente independiente de la localización del tumor con respecto a la fovea y papila.
- b) En pacientes candidatos a enucleación, la radioterapia preoperatoria ha demostrado de forma clara el beneficio en términos de supervivencia a largo plazo.
- c) Tumores de tamaño grande y los situados cercanos a la fovea o papila que son tratados con técnicas de radioterapia, presentan mayor riesgo de retinopatía tras el tratamiento.

30. En cuanto a los factores de riesgo implicados en el desarrollo de cáncer gástrico, señale la respuesta CORRECTA:

- a) Clásicamente se ha implicado a factores modificables como baja ingesta de frutas y verduras, la obesidad y la presencia de Helicobacter pylori.
- b) El Helicobacter pylori no se asocia a aumento de riesgo de cáncer gástrico.
- c) El elevado consumo de frutas y verduras predispone a padecer cáncer gástrico.

31. En el cáncer anal, señale la frase INCORRECTA:

- a) El cáncer escamoso de canal anal se extiende más habitualmente por extensión directa hacia estructuras y tejidos y también lo hace mediante las vías linfáticas. Las metástasis hematógenas son menos comunes.
- b) La invasión directa hacia los músculos esfinterianos y espacios perianales ocurre en etapas tempranas.
- c) Es mucho más frecuente la presencia de metástasis hematógenas que las regionales ganglionares a nivel inguinal.

32. En lo que se refiere 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.

33. Respecto al dolor oncológico, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

- a) Los estados de ansiedad y/o depresión pueden aumentar la percepción del dolor.
- b) En ciertas situaciones se debe aceptar el dolor como inevitable.
- c) El soporte psicosocial influye positivamente en el control del dolor oncológico.

34. Para mejorar el control sintomático en Medicina Paliativa se emplean fármacos con variados mecanismos de acción. Señale el grupo terapéutico que no se emplea como analgésico o coadyuvante en el control del dolor:

- a) Opiáceos.
- b) Antidepresivos tricíclicos.
- c) Agonistas dopaminérgicos.

35. Señale la afirmación FALSA con respecto al paciente terminal:

- a) En el delirium en pacientes terminales puede utilizarse para el tratamiento haloperidol, olanzapina, risperidona o quetiapina.
- b) La disnea es muy poco frecuente en pacientes con cáncer, en estadios terminales.
- c) Los estertores pueden tratarse con bromuro de escopolamina.

36. En relación a la xerostomía inducida por la radioterapia, ¿cuál de las siguientes respuestas es verdadera?

- a) Dosis media en la glándula parótida ≤ 26 Gy disminuye el riesgo de xerostomía.
- b) La amifostina intravenosa administrada 15-30 minutos antes de la irradiación, no se ha utilizado para reducir la xerostomía.
- c) En casos de xerostomía es preferible tomar los alimentos y bebidas muy calientes

37. Mujer de 48 años de edad. En estudio mamográfico de screening se detecta un grupo de microcalcificaciones sospechosas en cuadrante superoexterno de mama derecha. Se realiza biopsia percutánea asistida por vacío en mesa prono. El diagnóstico anatomopatológico es de carcinoma intraductal G II. Usted propone una exéresis quirúrgica de la lesión con marcaje radiológico (arpón). El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa de carcinoma ductal infiltrante de 6 mm (RE ++ 100%, RP ++ 100%, Ki-67 10%, Her-2 negativo) asociado a componente intraductal. Bordes quirúrgicos libres. Usted informa del resultado a la paciente. ¿Qué tratamiento de los siguientes le propondría a continuación de la tumorectomía?

- a) Biopsia selectiva de ganglio centinela.
- b) Mastectomía + linfadenectomía axilar.
- c) Quimioterapia + radioterapia + hormonoterapia con tamoxifeno

38. En el tratamiento del cáncer de mama es contraindicación absoluta para realizar cirugía conservadora que precise radioterapia, todas excepto:

- a) Microcalcificaciones difusas sospechosas, con apariencia de malignidad.
- b) Enfermedad extensa, con márgenes quirúrgicos positivos, de tal forma que su extirpación de lugar a resultado estético insatisfactorio.
- c) Enfermedad del tejido conectivo no activa.

39. Respecto al carcinoma ductal in situ de mama, NO es cierto que:

- a) En el carcinoma ductal in situ un margen inferior a 1 mm es considerado inadecuado.
- b) La biopsia selectiva del ganglio centinela no es necesaria en tumores extensos si la paciente va a ser sometida a mastectomía.
- c) La radioterapia puede omitirse en algunas pacientes tras tratamiento conservador.

40. Indique la opción FALSA en relación a los diferentes subtipos de melanoma:

- a) El melanoma de extensión superficial se localiza fundamentalmente en tronco y extremidades.
- b) Los colores rojo y azul son típicos del lentigo maligno melanoma.
- c) Es probable que la etiología del melanoma lentiginoso acral sea independiente de la exposición a la luz ultravioleta.

41. En las metástasis espinales intramedulares, es CIERTO que:

- a) Son tan frecuentes como las metástasis intracraneales.
- b) Los tumores primarios más frecuentes que las producen son sarcomas y cordomas.
- c) Los corticoides y la radioterapia deben ser iniciados lo más precozmente posible.

42. Respecto a la carcinomatosis leptomeningea, señale la FALSA:

- a) Es una de las complicaciones más frecuentes del cáncer metastásico.
- b) Su aparición confiere mal pronóstico al paciente.
- c) Los cánceres más asociados a esta presentación son pulmón y mama.

43. Señale la respuesta CORRECTA entre estas aseveraciones respecto a la compresión medular de causa tumoral:

- a) La compresión medular no es considerada una urgencia oncológica.
- b) Aproximadamente el 90% de los pacientes que desarrollan esta complicación presentan unas medianas de supervivencia muy prolongadas, incluso de años.
- c) Patchell y cols. publicaron el primer estudio fase III aleatorizado comparando radioterapia exclusiva vs cirugía descompresiva y de estabilización con posterior radioterapia.

44. ¿Cuándo se debe considerar el estudio de la línea germinal en pacientes afectos de cáncer de próstata?:

- a) Con un padre o hermano diagnosticado de cáncer de próstata con > 60 años.
- b) Con un cáncer de próstata de riesgo intermedio y patrón cribiforme.
- c) Si ha presentado un tumor vesical sincrónico.

45. Según la clasificación de la OMS (WHO) para tumores cerebrales del 2021, la primera estratificación molecular a hacer para los gliomas difusos del adulto es:

- a) Ver si tiene lp/19q co-delecionado.
- b) Ver si tiene una delección homocigota de CDKN2A/B.
- c) Ver si tiene IDH-1/2 mutado.

46. En cuanto al coeficiente de difusión aparente (ADC) en RM:

- a) Puede aportar información sobre el grado tumoral.
- b) Son modelos específicos para estudiar la microestructura tisular.
- c) Todas son correctas.

47. ¿Cuál de estas recomendaciones hay que tener en cuenta para el tratamiento del cáncer en pacientes de edad avanzada?

- a) La combinación radioterapia/quimioterapia debe evitarse por la fragilidad de este grupo de edad.
- b) La edad no constituye un factor de riesgo significativo de cara a la cirugía siempre que se adecue a las condiciones fisiológicas del paciente.
- c) En estos pacientes la dosis de radioterapia debe ser un 15% menor.

48. En un niño de 3 años con diagnóstico de Tumor de Wilms estadio III de alto riesgo:

- a) La radioterapia en el flanco no juega ningún papel de cara al control de la enfermedad.
- b) La radioterapia abdominal o en el flanco debe iniciarse lo más precozmente en las 2-4 semanas tras la cirugía abdominal.
- c) La dosis total en esta edad no debe sobrepasar los 1440 cGy con un fraccionamiento de 180 cGy al día.

49. Paciente de 60 años diagnosticada de un carcinoma de mama izquierda luminal B pT3 N1 sometida a mastectomía y linfadenectomía axilar con bordes libres:

- a) La reconstrucción con expansor contraindicaría la radioterapia posterior.
- b) Se recomienda utilizar técnicas de control respiratorio (inspiración profunda) para administrar el tratamiento radioterápico.
- c) Si ha recibido quimioterapia con antraciclinas o inmunoterapia no se recomienda la radioterapia al lecho de mastectomía.

50. ¿Cuál de los siguientes síntomas condiciona la indicación de sedación en un paciente oncológico avanzado?:

- a) Primer episodio de disnea secundaria a derrame pleural en mujer con cáncer de mama.
- b) Dolor mal controlado en paciente con cáncer de esófago e intolerancia a la medicación por vía oral.
- c) Paciente con cáncer de pulmón y metástasis cerebrales que condicionan un estado confusional agudo o delirium.

51. La caquexia tumoral o síndrome anorexia-caquexia asociado al cáncer se caracteriza por:

- a) Pérdida de peso superior a 10 kg en los últimos 6 meses.
- b) No se asocia a una peor supervivencia, ni peor calidad de vida.
- c) Anorexia y pérdida de peso refractaria a soporte nutricional y farmacológico.

52. Señale la falsa respecto al cuestionario EORTC QLQ-C30 para evaluar la calidad de vida de los pacientes:

- a) Es el recomendado por la EORTC para utilizar en los ensayos clínicos oncológicos.
- b) Mide la HR-QoL (Health Related Quality of Life).
- c) A diferencia del EQ-5D 5L no está validado para su uso en población española.

53. Señale la correcta respecto al estudio PACIFIC en cáncer de pulmón:

- a) No se incluyó a pacientes con PD-L1 superior al 1%.
- b) El uso de Durvalumab de consolidación tras QTRT concomitante aumentó la supervivencia global frente a placebo.
- c) La incidencia de toxicidad grado 3 - 4 no fue estadísticamente significativa en el grupo tratado con Durvalumab frente al grupo tratado con placebo.

54. Señale la respuesta correcta respecto al tratamiento con SBRT en cáncer de pulmón:

- a) Los esquemas que administran una DBE 130 Gy han demostrado mejor control local y supervivencia.
- b) Está indicada para tumores > 5 cm.
- c) No debe administrarse a pacientes con DLCO < 30% por alto riesgo de toxicidad.

55. Respecto al tratamiento con SBRT en pacientes con oligometástasis:

- a) La supervivencia global a 5 años no supera el 20% aún con tratamiento dirigido de todas las localizaciones.
- b) No hay estudios randomizados que demuestren beneficio en supervivencia libre de progresión.
- c) En el SABR-COMET trial ningún paciente del brazo control estaba vivo sin progresión a los 5 años mientras que el brazo con SBRT más del 15% lo estaban.

56. Con el uso de la técnica de inspiración mantenida (DIBH) en el tratamiento de cáncer de mama se logra:

- a) Disminuir la dosis media al corazón entre un 5 y 10% respecto al tratamiento con respiración libre.
- b) Aumentar la dosis al corazón y a los pulmones.
- c) Reducir el tiempo de tratamiento y aumentar la dosis al corazón.

57. Un paciente con cáncer de próstata metastásico hormonosensible metacrónico tiene indicación de:

- a) Docetaxel con TDA.
- b) Enzalutamida con abiraterona.
- c) Apalutamida y TDA o enzalutamida y TDA o darolutamida y TDA.

58. En relación con el cáncer de próstata metastásico hormonosensible “de novo” y criterios de “alto volumen” y “alto riesgo” el tratamiento de elección estándar es:

- a) Radioterapia local y hormonoterapia.
- b) Quimioterapia en monoterapia.
- c) Tratamiento con “tripleto” incluyendo docetaxel, análogo de LH-RH y un antiandrógeno de segunda generación.

59. Según los resultados del estudio PEACE-I en pacientes con diagnóstico de carcinoma de próstata metastásico hormonosensible, es cierto que:

- a) Se consideraron inicialmente como "standard of care" sólo casos de pacientes en tratamiento con deprivación androgénica (TDA).
- b) Se consideraron inicialmente como "standard of care" los pacientes en tratamiento con deprivación androgénica (TDA) y docetaxel.
- c) Se incluyeron sólo pacientes con metástasis sincrónicas.

60. Con respecto a la SBRT de carcinoma renal primario es cierto que:

- a) Se han descrito diferentes esquemas de tratamiento en la literatura.
- b) 40 Gy en 5 fracciones ha sido el esquema más utilizado en la literatura.
- c) El control local descrito en la literatura a 2 años está en torno al 84-100%.

61. Con respecto al tratamiento de los tumores de esófago distal, señale la respuesta verdadera:

- a) Los estudios que han comparado quimioterapia neoadyuvante vs radioquimioterapia neoadyuvante han demostrado mejores tasas de respuesta histológica y mejores tasas de resecciones R0 en los pacientes tratados con quimioterapia sola.
- b) En los resultados preliminares del ensayo NEO-AEGIS que comparó el régimen de radioquimioterapia (del ensayo CROSS) con la quimioterapia perioperatoria (del ensayo MAGIC o FLOT), el esquema con radioquimioterapia tiene peores tasas de resección R0 y de respuesta patológica.
- c) El ensayo TOPGEAR, que compara directamente la quimioterapia preoperatoria vs radioquimioterapia en pacientes con adenocarcinoma resecable de estómago y de unión, muestra en resultados iniciales que la quimioterapia preoperatoria tiene menor toxicidad y mayores tasas de respuesta quirúrgica que el tratamiento trimodal.

62. Con respecto al cáncer de canal anal, señale la respuesta falsa:

- a) No se ha demostrado que dosis por encima de 60Gy (BED) mejore los resultados de supervivencia libre de colostomía (ACCORD-03).
- b) El adenocarcinoma anal se clasifica como el carcinoma de células escamosas, pero se recomienda tratarlo como el cáncer de recto.
- c) El tratamiento con IMRT ha demostrado tener un mejor perfil de toxicidad frente a las técnicas convencionales.

63. Con respecto al cáncer de canal anal, señale la respuesta falsa:

- a) Los carcinomas de células escamosas regresan lentamente y se considera que continúan disminuyendo de tamaño hasta 26 semanas después del tratamiento.
- b) Se consideran factores de riesgo de recaída/persistencia: tamaño tumoral >5cm, afectación ganglionar y mala adherencia al tratamiento radioquimioterápico.
- c) La simple sospecha clínica de enfermedad persistente en un momento temprano necesariamente debe provocar una biopsia o una derivación para amputación, para intentar diagnosticar una recaída precoz.

64. En el carcinoma basocelular la NCCN realiza una estratificación para determinar las opciones de tratamiento local en función de los factores de riesgo para la recurrencia. Los siguientes son factores de alto riesgo excepto:

- a) Diferenciación carcinosarcomatosa.
- b) Lesión en tronco de 1 cm.
- c) Lesión en mano de 1 cm.

65. Respecto al papel de la radioterapia intraoperatoria (RIO) en el cáncer de páncreas es falso que:

- a) Puede considerarse para el tratamiento del cáncer de páncreas de resecabilidad límite ("borderline resectable").
- b) Está asociado con una mejora estadísticamente significativa en la supervivencia media entre pacientes con cáncer de páncreas localizado y potencialmente resecable.
- c) Debe reservarse para pacientes cuidadosamente seleccionados que están siendo tratados en un centro con experiencia y preferiblemente en el contexto de un ensayo clínico.

66. Contesta la respuesta falsa en relación con el melanoma uveal:

- a) El melanoma uveal es el tipo más frecuente de neoplasia maligna intraocular primaria en adultos.
- b) Los melanomas uveales pueden aparecer en cualquier parte del tracto uveal, más del 75% en la coroides y el resto en el iris o el cuerpo ciliar.
- c) La distribución del melanoma uveal por sexo, raza y geografía es similar a la del melanoma cutáneo.

67. La orofaringe incluye la base de la lengua, las amígdalas, el paladar blando y la pared faríngea posterior. Contesta la respuesta falsa:

- a) El cáncer orofaríngeo p16positivo es una enfermedad diferente del p16 negativo.
- b) Actualmente el tratamiento estándar del cáncer orofaríngeo p16-positivo es completamente diferente al del cáncer orofaríngeo p16 negativo.
- c) Actualmente es obligatorio en cáncer de orofaringe conocer el estado del HPV16 tumoral debido al nuevo sistema de estadificación para esta patología.

68. Entre los mecanismos que subyacen en la respuesta tumoral a la radiación, la redistribución celular que tiene lugar entre fracción y fracción en un esquema multifraccionado posibilita mayor poder destructivo al encontrar células en las fases del ciclo más sensibles a la radiación, que son:

- a) G1/S.
- b) G2/Mitosis.
- c) Fase.

69. En los pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello tratados con radioterapia, la disfagia puede ser un evento adverso que deteriore su calidad de vida. Una de las siguientes afirmaciones no es correcta. Señálela.

- a) La disfagia tras el tratamiento radioterápico en el cáncer de cabeza y cuello tiene un origen multifactorial.
- b) Son OARs (organs at risk) implicados en la deglución (entre otros) los músculos constrictores de la faringe.
- c) No existe ningún estudio randomizado fase 3 que demuestre que reducir la dosis a los constrictores de la faringe se asocie con una reducción de la disfagia reportada por el paciente a los 12 meses del tratamiento.

70. Los fotones interactúan con la materia por los tipos de procesos enumerados a continuación, excepto uno de ellos. Señálelo.

- a) El efecto fotoeléctrico.
- b) El efecto Compton.
- c) El efecto Curie.

71. En las recomendaciones internacionales sobre el tratamiento de la recurrencia local del cáncer de nasofaringe con IMRT (Ng et al 2021) existe consenso en todas salvo en una de las afirmaciones señaladas a continuación. Indique la afirmación falsa.

- a) Siempre que la recurrencia sea resecable con margen libre la cirugía es el tratamiento de elección.
- b) La reirradiación no se contempla puesto que el tratamiento inicial con radioterapia a dosis plenas alcanza dosis muy altas en el cáncer de nasofaringe.
- c) En el caso de tratamiento de recurrencias rT3-4N0 0 rT1-4N+ se recomienda añadir tratamiento sistémico.

72. Respecto al cáncer de orofaringe señale la verdadera:

- a) Existen dos perfiles de pacientes en cuanto a pronóstico. Los pacientes fumadores con VPH negativo (sin sobreexpresión p16) tienen mejor pronóstico que los pacientes no fumadores con VPH positivo (con sobreexpresión p16).
- b) Los pacientes VPH positivo (con sobreexpresión p16) deben recibir tratamiento de desescalada de dosis.
- c) En pacientes con tumores de amígdala VPH negativo (sin sobreexpresión p16) cN0, sin infiltración de paladar blando ni base de lengua y que reciban radioterapia con intención radical, se puede plantear irradiación unilateral sin irradiación electiva de ganglios contralaterales.

73. Aunque la dosis óptima de radioterapia para tratar el plasmocitoma no está bien establecida, basándose en resultados de estudios retrospectivos y la opinión de consenso de los expertos del panel ILROG (International Lymphoma Radiation Oncology Group), se recomiendan las siguientes dosis en fracciones de 1,8-2Gy. Señale la respuesta falsa:

- a) Plasmocitoma óseo solitario (SPB) < 5 cm: dosis total de 30 Gy.
- b) Plasmocitoma solitario extramedular (SEP): dosis total de 40 a 50 Gy.
- c) Plasmocitoma óseo solitario (SBP) 5 cm: dosis total de 40 a 50 Gy.

74. La precisión de las pruebas diagnósticas se define en relación con un "método ideal" (o gold estándar) aceptado, que define el presunto estado real del paciente, y la exactitud de la nueva prueba para distinguir entre la enfermedad y la salud se determina en relación con los resultados del estándar de referencia y se resume en cuatro estimaciones. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre estas estimaciones, es incorrecta?

- a) La sensibilidad -o tasa de resultados positivos verdaderos de una nueva prueba- es la proporción de pacientes con la enfermedad (definida por el gold estándar) que tienen un resultado positivo en la nueva prueba.
- b) La proporción de pacientes con enfermedad que tienen una prueba negativa es la tasa de resultados negativos falsos, que se calcula como (1 - especificidad).
- c) La especificidad, o tasa de negativos verdaderos, refleja qué tan bien la prueba nueva identifica en forma correcta a los pacientes sin la enfermedad.

75. En referencia a los condrosarcomas, ¿cuál de estas premisas es falsa?

- a) El tratamiento de elección es la cirugía de entrada.
- b) Se consideran factores adversos: márgenes positivos, alto grado tumoral y edad avanzada.
- c) En general, la quimioterapia neoadyuvante mejora las tasas de cirugía R0.

76. ¿Cuál de los siguientes tumores está más frecuentemente asociado con el síndrome de Cushing, como síndrome paraneoplásico?

- a) Cáncer de pulmón de células pequeñas.
- b) Cáncer colorrectal.
- c) Melanoma.

77. En el diagnóstico del dolor neuropático oncológico es fundamental la búsqueda de síntomas y signos que evidencien la lesión del sistema somatosensorial, siendo uno de los síntomas negativos:

- a) Disestesias.
- b) Hipoestesia.
- c) Dolor espontáneo.

78. En relación al grado de consenso sobre la esencialidad de las distintas partes de la definición de Dolor Irruptivo Oncológico (DIO) NO se incluye:

- a) La exacerbación transitoria del dolor ocurre de manera espontánea o es desencadenada por una actividad física.
- b) Son exacerbaciones del dolor durante la titulación del dolor basal.
- c) La intensidad del dolor debe ser EVA ≥ 7 .

79. En relación al tratamiento del dolor oncológico, es CIERTO que:

- a) La utilidad del Paracetamol, los AINE y el Metamizol como primer escalón del tratamiento del dolor oncológico está bien establecida.
- b) Existe un opioide de primera elección que es la Morfina.
- c) La rotación de opioides en la práctica clínica se justifica al alcanzar equilibrio satisfactorio entre el alivio del dolor y los efectos adversos.

80. Los problemas psicológicos son unos de los principales factores que agravan la percepción del dolor en el paciente oncológico, por lo que es necesario:

- a) Una aproximación cognitiva-conductual, junto a un tratamiento analgésico adecuado.
- b) Tratar el malestar psicológico en pacientes con cáncer y con dolor, aunque son una causa poco frecuente en el mal control del dolor.
- c) Registrar el motivo del retraso en el diagnóstico o pruebas médicas realizadas y fallos en los tratamientos previos para el control del dolor.

81. Respecto a los síntomas que presentan los pacientes en la fase final de la vida, es cierto que:

- a) El dolor es muy prevalente en los pacientes con cáncer, pero no lo es en pacientes con insuficiencia cardíaca.
- b) La astenia es un síntoma de poca importancia.
- c) La evaluación de los síntomas tiene que realizarse de una forma global y teniendo en cuenta las repercusiones en la persona.

82. En relación a las curvas de supervivencia celular, la relación α/β y su influencia en los efectos agudos y tardíos en los tejidos, es FALSO que:

- a) Los tejidos de respuesta tardía no están influenciados por los cambios en el tamaño de la fracción.
- b) Cuando la relación α/β es alta indica una menor sensibilidad al tamaño de la fracción.
- c) Cuando la relación α/β es baja indica una mayor sensibilidad a los cambios en el tamaño de la fracción.

83. En el tratamiento de los ependimomas malignos es FALSO que:

- a) La cirugía es un tratamiento de primera línea para los ependimomas intracraneales y la resección total macroscópica se asocia con una mejora de la supervivencia.
- b) Los ependimomas intracraneales en adultos con diseminación espinal o de líquido cefalorraquídeo deben tratarse con irradiación craneoespinal.
- c) Los estudios de cohortes en pacientes pediátricos y adultos con ependimoma han demostrado un beneficio de supervivencia con el uso de quimioterapia (SIOP Ependymoma II).

84. En pacientes diagnosticados de astrocitoma, IDH mutado, sin codelección, grado 2, la opción terapéutica MENOS adecuada sería:

- a) Radioterapia seguida de Temozolamida, a dosis de 54Gy/30 sesiones, al extrapolar los resultados obtenidos en astrocitomas grado 3 ante la falta de datos de la literatura en esta población.
- b) Podría considerarse observación en pacientes jóvenes con resección completa y factores pronósticos favorables.
- c) Radioterapia seguida de Temozolamida adyuvante, a dosis de 60Gy/30 sesiones.

85. En relación a las guías publicadas del rango de dosis de tolerancia de radioterapia normofraccionada en los tratamientos de tumores del SNC, son todas ciertas SALVO que:

- a) Cristalino, dosis de tolerancia hasta 10Gy.
- b) Hipotálamo, dosis de tolerancia hasta 50Gy.
- c) Quiasma, dosis de tolerancia hasta 50-54Gy.

86. En el carcinoma ductal in situ (CDIS) de mama es cierto que:

- a) Se recomienda boost en lecho tumoral en pacientes con tumores de bajo grado histológico.
- b) Puede omitirse el boost en el lecho tumoral en pacientes entre 51 a 70 años y tumores de alto grado.
- c) En el ensayo clínico de la EORTC 22881 el empleo del boost disminuye el riesgo de recidiva un 13,5%.

87. En relación a los factores de riesgo del cáncer de mama, es FALSO que se asocie a:

- a) Antecedentes personales de carcinoma lobulillar o ductal in situ.
- b) Antecedentes familiares de cáncer de mama y número de familiares de primer grado con cáncer de mama.
- c) Menarquía precoz y lactancia materna prolongada.

88. El ensayo clínico PRIME II pretende determinar si la radioterapia adyuvante después de la cirugía conservadora de la mama y el Tamoxifeno, resulta beneficiosa en pacientes ≥ 65 años, con cáncer de mama en estadio inicial, siendo FALSO que:

- a) Los grupos estaban bien balanceados aleatorizadamente a Tamoxifeno más radioterapia frente a Tamoxifeno sólo.
- b) En este estudio se hace un análisis pormenorizado de los factores inmunohistoquímicos como estatus HER2, valor Ki67%, grado de componente CDIS o subtipo ductal o lobulillar.
- c) La conclusión del estudio es que una opción es omitir la radioterapia postoperatoria en pacientes con cáncer de mama, estadios tempranos, grado 1-2, con receptores hormonales positivos, en ≥ 65 años.

89. En relación a las indicaciones de radioterapia en cáncer de mama, tras tratamiento sistémico primario (TSP), es cierto que:

- a) Si los ganglios previos eran negativos y tras TSP ypN0 (i+), ypN1mic e ypN1, no existe indicación de irradiación ganglionar.
- b) Si los ganglios previos eran positivos y tras TSP ypN2-3 existe indicación de irradiación ganglionar sin irradiación de la cadena mamaria interna.
- c) Si los ganglios previos eran positivos y tras TSP ypN0 (i+), ypN1mic, existe indicación de irradiación ganglionar.

90. En el tratamiento del cáncer de mama estadio precoz, es FALSO que:

- a) El abordaje busca el mínimo tratamiento eficaz, tanto local como sistémico.
- b) El tratamiento se inicia con cirugía conservadora intentando evitar la mastectomía.
- c) En el subtipo Her 2 amplificado se inicia tratamiento con Trastuzumab y antraciclinas.

PREGUNTAS DE RESERVA:

91. La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León es:

- a) Un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad.
- b) Un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Presidencia.
- c) Un organismo autónomo del Ministerio de Sanidad.

92. Entre los criterios de evaluación de respuesta de tumores sólidos 1.1 (RECIST 1.1) señale la opción VERDADERA:

- a) Respuesta completa: desaparición de toda la enfermedad conocida y los ganglios deben ser <15mm.
- b) Se consideran ganglios medibles a aquellos de >10mm de eje corto.
- c) Respuesta parcial: disminución $\geq 30\%$ de la suma de los diámetros mayores de las lesiones diana.

93. La génesis de las metástasis se describe como un proceso ineficiente. Respecto a dicho proceso, señale la respuesta INCORRECTA o FALSA:

- a) Existen tres vías principales: a través de cavidades corporales (ej. Cavidad peritoneal o fluido cerebroespinal), vía linfática y vía hematógena.
- b) El desarrollo adecuado de focos metastásicos a distancia no precisa de la formación y crecimiento de nueva vascularización, también llamada angiogénesis tumoral.
- c) La progresión metastásica no solo involucra a las células tumorales, sino a aquellas que tienen capacidad de reclutar "ayuda" en el ámbito estromal.

94. Se consideran actuaciones que favorecen el abordaje psicoemocional del paciente oncológico todas las siguientes EXCEPTO:

- a) Permitir al paciente participar, si lo desea, en las decisiones terapéuticas.
- b) Procurar que el paciente no exprese su malestar emocional para favorecer el autocontrol.
- c) Proporcionar un cuidado continuo a cargo de distintos profesionales, incluida atención primaria que puedan evaluar la evolución física y psíquica del paciente.

95. Respecto al uso de inhibidores de osteoclastos señale la correcta:

- a) Sólo se ha demostrado que reducen el riesgo de eventos esqueléticos en pacientes con metástasis óseas de cáncer de mama.
- b) En pacientes con cáncer de mama metastásico tanto el denosumab como el ácido zolendrónico están recomendados, si bien denosumab ha demostrado en estudios randomizados ser discretamente superior para prevenir eventos esqueléticos.
- c) El control analítico durante el tratamiento es necesario debido al riesgo de hipercalcemia.

96. Con respecto a los síndromes paraneoplásicos, señale la afirmación falsa:

- a) El Síndrome de Eaton-Lambert se asocia al carcinoma microcítico.
- b) Las opsoclonias y mioclonías se asocian al meduloblastoma.
- c) La encefalitis límbica se asocia a carcinomas microcíticos.

97. De los siguientes fármacos que interactúan con la radioterapia en las asociaciones de radioquimioterapia, ¿cuál actúa más específicamente sobre la hipoxia tumoral?

- a) 5-FU.
- b) Gemcitabina.
- c) Mitomicina C.

98. ¿Cuál de las siguientes no es una indicación de cámara hiperbárica en el tratamiento de la toxicidad por radioterapia?

- a) Cistitisrádica.
- b) Proctitisrádica.
- c) Osteorradionecrosis mandibular.

99. El cáncer de piel no melanoma es el cáncer más frecuente. Contesta la respuesta correcta:

- a) La incidencia de los carcinomas basocelulares está disminuyendo drásticamente.
- b) En comparación con los carcinomas de células escamosas, los carcinomas basocelulares tienen muchas menos probabilidades de metastatizar.
- c) La piel clara, el cabello pelirrojo o rubio y el color de ojos claro no se asocian con el carcinoma basocelular como factores de riesgo independientes.