

## Autoevaluación

1. Pese a que el diagnóstico de EPOC requiere la realización de la espirometría con broncodilatador, un número de enfermos se diagnostica sin dicha confirmación. Indíquelo:
  - a. El 10-15%
  - b. El 15-30%
  - c. El 30-50%
  - d. El 50-70%
  - e. Alrededor del 80%
2. Todas menos una de las siguientes observaciones han sido suficientemente demostradas por estudios. Indíquela:
  - a. La reducción del FEV1 se asocia con un incremento del riesgo de muerte por cualquier causa.
  - b. Las enfermedades cardiacas frecuentemente son la causa de muerte en pacientes con EPOC, concentrándose las causas respiratorias en los pacientes más graves.
  - c. La EPOC es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular.
  - d. Para evitar las complicaciones cardiovasculares en el enfermo con EPOC debe fomentarse hábitos saludables como la actividad física y el control del peso corporal.
3. Sobre la relación entre EPOC y Cáncer de Pulmón, indique la afirmación **falsa**:
  - a. El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón a lo largo de su vida es del 17'2% en el fumador y del 11'6% en la fumadora, en comparación con el 1'3% en el no fumador y 1'4% en la no fumadora.
  - b. Cada cigarrillo fumado reduce la expectativa de vida en 11 minutos, de forma que el fumador pierde un promedio de 13'2 años y la fumadora 14'5 años de vida.
  - c. La EPOC es un factor de riesgo independiente para el cáncer de pulmón, particularmente el de células escamosas.
  - d. El cáncer de pulmón es hasta 5 veces más frecuente en el fumador con limitación del flujo aéreo que en el que no la padece.
  - e. La coincidencia de EPOC y cáncer de pulmón se debe a la frecuencia del hábito tabáquico y no a interacciones de mecanismos comunes a los dos procesos.
4. En la EPOC, las exacerbaciones son acontecimientos importantes porque se asocian con:
  - a. Mayor reducción de la función pulmonar.
  - b. Deterioro de la calidad de vida.
  - c. Incremento del riesgo de mortalidad a medio y largo plazo.
  - d. El riesgo de padecer una viene determinado por el número de exacerbaciones sufridas el año anterior.
  - e. Todas las anteriores.
5. Respecto al tratamiento de las exacerbaciones de EPOC con corticoide inhalado (CI), Indique la observación **no** demostrada:
  - a. En combinación con un LABA disminuye la frecuencia anual de exacerbaciones.
  - b. Reduce significativamente la tasa de mortalidad en los pacientes con mayor frecuencia de exacerbaciones.
  - c. La combinación de LABA y CI es ligeramente superior al LABA sólo en la mejora de la función pulmonar.
  - d. La combinación LABA+IC no mejora la disnea más que el LABA sólo.
  - e. La combinación LABA+IC se asocia a un riesgo de neumonía en la EPOC mayor que con el LABA sólo.
6. Estudios recientes parecen indicar que la decisión del empleo de combinaciones LABA+IC o sólo LABA en la EPOC deberá depender sobre todo de:
  - a. La gravedad de la obstrucción del flujo aéreo.
  - b. Presencia de síntomas.
  - c. Exacerbaciones.
  - d. Porcentaje de eosinófilos en sangre periférica.

7. Según el estudio EPI-SCAN, en España el porcentaje de individuos entre 40 y 80 años de edad que padece EPOC es:
- El 5'4
  - El 10'2
  - El 15'5
  - El 22'3
  - El 24'7
8. Respecto al cáncer de pulmón, indique la frase **incorrecta**:
- El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en el hombre en todo el mundo.
  - Una de cada 8 muertes por cáncer lo es por el de pulmón.
  - Las cifras de mortalidad son muy similares a las de la incidencia (cociente de mortalidad/incidencia de 0,87).
  - Es el tercero en frecuencia con 26.715 casos nuevos (12,4%) tras el cáncer colorrectal (15%) y el de próstata (12,9%).
  - Más de la mitad de los casos presentan enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico.
9. En relación con la cirugía para el cáncer de pulmón, indique la afirmación **falsa**:
- Sigue siendo la mejor opción terapéutica para los estadios iniciales del cáncer.
  - La video-toracoscopia ha desplazado a la toracotomía en la mayoría de casos.
  - La video-toracoscopia requiere de dos puertos toracoscópicos para su correcta realización.
  - La cirugía mínimamente invasiva y los avances de la anestesia han rescatado para el tratamiento quirúrgico a pacientes antes descartados por su limitación funcional o enfermedades concomitantes.
10. En pacientes sin enfermedad a distancia ni afectación mediastínica extensa ¿cuál de los siguientes es el procedimiento de elección para intentar el diagnóstico de afectación mediastínica por cáncer pulmonar no de células pequeñas?
- La mediastinoscopia.
  - La ecografía endobronquial (EBUS-TBNA).
  - La video-toracoscopia.
11. La radioterapia estereotáxica (indique la frase **no correcta**).
- Es una opción terapéutica con finalidad curativa para pacientes no quirúrgicos.
  - Su objetivo es aplicar una dosis muy elevada y precisa en un tiempo corto y sobre una zona limitada.
  - Los tiempos y dosis determinados suelen ser menores de 2 semanas pero no se ha demostrado la superioridad de ningún protocolo en particular.
  - El factor determinante de la toxicidad parece ser la localización de la dosis, con el mayor riesgo en los tumores de vías aéreas centrales.
  - La función pulmonar alterada no es contraindicación, pero si lo es la edad superior a 60a.
12. En relación con el consumo de recursos sanitarios debido a la EPOC en España, de las cifras siguientes indique la respuesta **falsa**:
- Supone el 10% de todas las consultas en Atención Primaria.
  - Representa el 40% de las consultas externas de la Neumología hospitalaria.
  - Es el 7% de las hospitalizaciones anuales.
  - Produce el 35% de las incapacidades laborales permanentes.
  - Provoca unos costes totales de aproximadamente 800 millones.
13. Entre las siguientes frases sobre modelos de hospitalización a domicilio hay una **errónea**. Indíquela:
- Los hay que consisten en esquemas de alta precoz y/o evitación del ingreso hospitalario con atención a domicilio por médico o enfermera especializada.
  - Otros se realizan con valoración inicial en el servicio de urgencias y seguimiento en domicilio por enfermera especializada.

- c. Alta precoz una vez estabilizado el paciente y control a domicilio por enfermería especializada.
- d. Los tres modelos priorizan el paciente con acidosis o deterioro del nivel de conciencia.
- 14.** Todas menos una de las siguientes afirmaciones sobre la Fibrosis Quística son ciertas, **menos una**. Indíquela:
- a. Es la enfermedad genética con patrón de herencia autosómica recesiva más frecuente en la raza caucásica.
- b. Provoca la mutación del regulador de conductancia transmembrana, un canal del cloro expresado en la membrana apical de las células epiteliales, lo que afecta a las glándulas exocrinas.
- c. Su morbilidad y mortalidad se relacionan con la afectación pulmonar, cuyas complicaciones son responsables del 95% de los fallecimientos entre los afectados.
- d. Hasta ahora los avances del tratamiento sintomático han logrado prolongar muy significativamente la supervivencia de estos enfermos, pero no detener su enfermedad.
- e. Los esfuerzos terapéuticos actuales tratan de corregir la función defectuosa de la proteína reguladora o la alteración del gen y los resultados obtenidos son espectaculares.
- 15.** Respecto a la acción de los glucocorticoides, indique la afirmación **incorrecta**.
- a. El RG(receptor de glucocorticoide) es un miembro de la familia de receptores nucleares activados por ligando (hormona).
- b. El gen del RG (NR3C1) humano se localiza en el cromosoma 5 y contiene 9 exones. La región que codifica la proteína es la comprendida entre los exones 2 y 9.
- c. El  $RG\alpha$  es la isoforma biológicamente activa del receptor y se expresa, en cantidades variables, en todos los tejidos y células del organismo, incluyendo las vías respiratorias.
- d. Los efectos antiinflamatorios más rápidos de los glucocorticoides se producen mediante mecanismos genómicos (unión al  $RG\alpha$ ). Los más lentos se deben a mecanismos no genómicos como la translocación del  $RG\alpha$  al núcleo.
- e. La existencia de múltiples isoformas del RG y la presencia de numerosas modificaciones post-traduccionales del RG contribuyen a explicar cómo un único receptor puede ejercer una plétora de acciones fisiológicas.
- 16.** En relación con la polémica sobre el uso generalizado de corticoide inhalado en los pacientes con EPOC indique la respuesta **correcta**:
- a. Ausencia de consecuencias adversas al retirar los corticoides manteniendo los broncodilatadores de acción prolongada.
- b. La reducción en un 37% de la tasa de neumonías graves.
- c. La reducción es particularmente marcada con la interrupción de la fluticasona y menos con la de budesonida.
- d. a. y b. son ciertas, c. es falsa.
- e. a., b. y c. son ciertas.

## RESPUESTAS de la Autoevaluación

1. Respuesta c.
2. Respuesta c.
3. Respuesta e. (Para referencias ver: Durham AL, IM Adcock. Lung Cancer 2015;90:121-127).
4. Respuesta e.
5. Respuesta b.
6. Respuesta d.
7. Respuesta b.
8. Respuesta b. *Es una de cada 5 muertes.*
9. Respuesta c. *Actualmente se procura minimizar la agresión con el acceso por un único puerto.*
10. Respuesta b.
11. Respuesta e. *Tampoco la edad contraindica la radioterapia estereotáxica.*
12. Respuesta e. *Sus costes se estiman en 3.000 Millones de €/año.*
13. Respuesta d. *Acidosis y disminución del nivel de consciencia son excluyentes para la hospitalización a domicilio.*
14. Respuesta e. *Hasta ahora, los resultados respaldan que las estrategias escogidas son positivas y animan a persistir en la línea, pero los logros obtenidos son sólo modestos y extraordinariamente costosos.*
15. Respuesta d. *Los efectos anti-inflamatorios más rápidos ocurren por mecanismos no genómicos.*
16. Respuesta e. (Ver: Suissa S et al. Chest. 2015; 148(5): 1177-1183. doi: 10.1378/chest.15-0627).

## Instrucciones para los autores

Medicina Respiratoria es una publicación periódica, independiente y especializada, escrita en Castellano, dirigida principalmente a neumólogos y otros especialistas con interés prioritario en el ámbito de la neumología. Tiene como objetivos la formación continuada y la difusión de conocimientos científicos de interés clínico y profesional relacionados con la neumología. La revista publica artículos cuyo estilo y alcance deben ser los de una revisión selectiva, que refleje el estado conceptual y las opiniones actuales sobre los aspectos más relevantes del tema escogido. El texto debe apoyarse en y referirse a bibliografía seleccionada, no exhaustiva.

### Normas de publicación

Las Instrucciones para los Autores están en consonancia con los requisitos uniformados propuestos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (N Engl J Med 1991; 324: 424-8) y *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (N Engl J Med 1997; 336: 309-15).

Las revisiones a publicar en Medicina Respiratoria serán encargadas por los directores u otros miembros del comité editorial. No obstante, la participación espontánea que satisfaga los requisitos y estilo de la revista será considerada con especial atención por su comité editorial. Los interesados en contribuir con un manuscrito deberán antes enviar su propuesta a la editorial de la revista. La propuesta debe incluir una descripción breve del objetivo y el método de la revisión que se pretende. Los manuscritos se presentarán en la forma más atractiva e inteligible, con intención de llegar a todos los lectores. En ocasiones resultará inevitable tratar temas de interés restringido, pero es deseable que los temas sean de interés general.

Los manuscritos enviados a Medicina Respiratoria deberán ser originales y no encontrarse bajo consideración simul-

tánea por otra revista. En caso de que exista, los autores deberán señalar su dependencia comercial, financiera o institucional en relación con el tema objeto de revisión. La opinión expresada por los autores no refleja necesariamente la opinión de la Dirección de Medicina Respiratoria. Todo material publicado, incluidas figuras y tablas, debe estar libre de *copyright* o acompañado de las autorizaciones correspondientes, y no es responsabilidad editorial la verificación de este punto.

### Características del Manuscrito

Los manuscritos se publicarán en castellano. Especificarán el título y título resumido. Se acompañarán de resumen y de 3 ó 4 palabras clave. Preferentemente, irán firmados por un solo autor y, en cualquier caso, las personas listadas como autores serán aquellas que de forma sustancial y directa hayan contribuido a la concepción, diseño y desarrollo del trabajo, por lo que su número deberá restringirse al mínimo posible. La dirección para correspondencia será la del autor principal.

Todos los manuscritos deberán enviarse en papel y soporte electrónico (Word, sobre diskette o CD) con las páginas numeradas e identificadas con título abreviado. Se revisarán por el comité editorial y, si fuera necesario, sufrirán modificaciones menores de forma, en consonancia con el estilo de la revista. Si existen fuentes de financiación, éstas deben especificarse.

La **primera página** contendrá el **título** y, el nombre del **autor**, su afiliación y dirección para correspondencia, incluido el correo-e y las fuentes de financiación si las hubiera. En la parte inferior de la página se especificará el **título abreviado** propuesto y las **palabras clave**. **La segunda contendrá el resumen, que deberá ser una breve explicación del contenido de la revisión, en menos de 200 palabras**

**(1.500 - 1.800 espacios), entendible sin recurrir al texto.** Los artículos se dividirán en las secciones que el autor considere oportuno, de manera que el artículo se desarrolle de una forma atractiva y fácilmente legible.

La longitud máxima del texto será en torno a **15-16 hojas Din A4** (sin contar las dos primeras páginas, las figuras, tablas, leyendas y bibliografía), escritas en Arial, cuerpo 12 (aproximadamente 20.000 espacios), a doble espacio (interlineado 2), y con un margen de 25 mm en ambos lados. Las abreviaturas y nombres inusuales deben describirse en su primera aparición en el texto. En beneficio de los lectores se deberá reducir su número al mínimo indispensable.

Las referencias bibliográficas, con un máximo aconsejable de 50, se citarán y numerarán según el **orden consecutivo de aparición** en el texto e incluirán el nombre de los primeros tres autores seguidos de *et al.*, o de **todos ellos si no fueran más de seis**. Las citas deben incluir el título completo y la fuente de información. El nombre de las revistas, libros y publicaciones electrónicas se abreviará como en el *Index Medicus*. El material no publicado o las experiencias personales no publicadas no deben citarse. Los artículos aceptados para su publicación, pero aún no publicados, deben aparecer con el nombre de la revista receptora seguido

de la expresión (en prensa). La exactitud de las citas es responsabilidad de los autores.

Las **figuras y tablas** deberán ser originales y se citarán en el texto según orden de aparición. Es deseable que su número no pase de seis. Se les asignará un número (arábigo si se trata de una figura o romano si se trata de una tabla). Las figuras deben ser de calidad y estar adecuadamente dibujadas o fotografiadas. También se aceptarán figuras en formato electrónico. Una sola copia de cada imagen es suficiente. Se publicarán en blanco y negro, y podrán ser agrupadas, reducidas o incluso suprimidas, según consideración editorial. Para cada figura o tabla se enviará una breve leyenda conjuntamente en una hoja para tal fin.

## Envío del manuscrito

Los manuscrito se deben enviar en formato electrónico a: **[jsanchis@santpau.es](mailto:jsanchis@santpau.es)** o a **[jlviejo4@gmail.com](mailto:jlviejo4@gmail.com)** director y secretario de la publicación respectivamente.

El envío y subsiguiente publicación de un artículo en Medicina Respiratoria implican la cesión de su Copyright a la propiedad de la revista, con el derecho exclusivo a su reproducción en cualquier forma.