



PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (ORDEN SAN/193/2020, DE 14 DE FEBRERO).

FASE DE OPOSICIÓN. EJERCICIO ÚNICO

ADVERTENCIAS.

- 1. NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
2. Sólo se calificarán las respuestas marcadas en las “HOJA DE RESPUESTAS”.
3. Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en la “HOJA DE RESPUESTAS” es el que corresponde al número de pregunta del cuestionario.
4. Este cuestionario puede utilizarse como borrador y llevárselo al finalizar el ejercicio.
5. Sólo existe una respuesta correcta por pregunta. Todas las preguntas tienen el mismo valor.
- 6. ESTE CUESTIONARIO CONSTA DE 165 PREGUNTAS, DE LAS CUALES LAS 15 ÚLTIMAS SON DE RESERVA PARA POSIBLES ANULACIONES. En el caso de anulación de preguntas, las de reserva se irán utilizando según la parte general o específica a la que correspondan y por el orden en el que figuran en el cuestionario.**
- 7. Hay 2 hojas de respuestas. En la hoja 1 se contestarán las preguntas de la 1 a la 100 y en la hoja 2 de la 101 a la 165 del cuestionario, haciendo coincidir en esta hoja 2 la pregunta 101 con la respuesta 1, la pregunta 102 con la respuesta 2, y así, sucesivamente, hasta la 165.**
8. Las contestaciones erróneas se penalizarán con un **cuarto** del valor de las respuestas correctas. No tendrán la consideración de erróneas las preguntas no contestadas.
9. **SOBRE LA FORMA DE CONSTESTAR EN LA “HOJA DE RESPUESTAS” LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.”.**
10. **AL FINALIZAR EL EJERCICIO ES OBLIGATORIO ENTREGAR LAS 2 “HOJAS DE RESPUESTAS”.**





PREGUNTAS DE LA PARTE GENERAL

1 - Según el Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, el jefe superior de personal de la Gerencia Regional de Salud es:

- A) El Presidente de la Gerencia Regional de Salud.
- B) El Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.
- C) El Consejero competente en materia de Sanidad.
- D) El Director General de Profesionales de la Gerencia Regional de Salud.

2 - Según el Decreto 28/2019, de 1 de agosto, por el que modifica el Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, la atención e información a los ciudadanos sobre el modelo de acceso a los servicios y sobre los requisitos necesarios para su uso se atribuye a:

- A) La Dirección General de Profesionales.
- B) La Dirección General de Infraestructuras y Tecnología de la Información.
- C) La Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica.
- D) La Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.

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 estatutario sanitario del Servicio de Salud de Castilla y León, de acuerdo con el nivel del título exigido para su ingreso se clasifica en:

- A) Licenciados sanitarios, diplomados sanitarios y personal de formación profesional.
- B) Licenciados con título de Especialista en Ciencias de la Salud y Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.
- C) Personal de formación universitaria y personal de formación profesional.
- D) Personal de formación universitaria, personal de formación profesional y otro personal.

4 - Según la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León, no se contempla como causa de pérdida de la condición de personal estatutario fijo:





- A) La renuncia.
- B) La pérdida de nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento.
- C) La sanción disciplinaria firme de suspensión de funciones.
- D) la jubilación.

5 - Según 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, uno de los principios básicos de esta ley es:

- A) El derecho de los pacientes a las prestaciones sanitarias de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
- B) El derecho de los usuarios a la prestación de los servicios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.
- C) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.
- D) El deber de los pacientes o usuarios de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera.

6 - Según 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, un paciente puede revocar su consentimiento:

- A) En cualquier momento y de cualquier forma.
- B) De forma verbal, una vez se le haya facilitado la información clínica.
- C) En cualquier momento, por escrito.
- D) Debe solicitar el alta voluntaria.

7 - Según la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, la información asistencial que se debe proporcionar con el fin de ayudar a la persona a tomar decisiones sobre la propia salud debe comprender:

- A) Información sobre los riesgos de cada intervención.
- B) información sobre la posibilidad de otorgar el documento de instrucciones previas.





- C) Información sobre la posibilidad de solicitar una segunda opinión médica.
- D) Información sobre el derecho que tiene de solicitar el alta voluntaria.

8 - Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, pueden solicitar el acceso a los datos de una persona fallecida:

- A) El Ministerio Fiscal a instancia del Delegado de Protección de Datos.
- B) Los herederos legales.
- C) Cualquier persona vinculada al fallecido por razones familiares o de hecho, así como sus herederos.
- D) Cualquier persona física o jurídica, previa justificación del interés en la solicitud.

9 - Según el Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica en Castilla y León, se conservarán de forma indefinida los siguientes documentos:

- A) La solicitud y autorización de ingreso.
- B) Las hojas de interconsulta.
- C) Los informes de exploraciones complementarias.
- D) los informes de urgencias.

10 - Según el procedimiento de protección de las trabajadoras durante el embarazo y la lactancia en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud, la responsabilidad de realizar la evaluación de riesgos específica en todos los puestos de trabajo siguiendo las pautas y criterios indicados en este procedimiento corresponde:

- A) Al Equipo Directivo del centro sanitario.
- B) A los mandos intermedios del centro sanitario.
- C) Al Comité de Seguridad y Salud del Área de Salud.
- D) Al Servicio de Prevención del Área de Salud.





PREGUNTAS DE LA PARTE ESPECÍFICA

11 - Respecto a la epidemiología del cáncer de ovario, ¿qué afirmación es verdadera?

- A) Es la primera causa de cáncer ginecológico en EEUU y la segunda causa de mortalidad por cáncer en la mujer.
- B) El primer embarazo antes de los 25 años, el uso de contraceptivos orales y dar lactancia materna disminuye el riesgo de cáncer de ovario en un 30-40%.
- C) La obesidad parece estar asociada a los tipos más agresivos de cáncer de ovario.
- D) Los factores medioambientales parecen estar asociados con el desarrollo de esta neoplasia.

12 - Respecto al uso de los inhibidores de PARP en cáncer de ovario, ¿qué respuesta es correcta?

- A) El Olaparib como agente único está indicado en pacientes con mutación BRCA como primera línea de tratamiento.
- B) La FDA ha aprobado el uso de Olaparib como mantenimiento tras respuesta parcial o completa a primera línea de quimioterapia con platino.
- C) Rucaparib se recomienda como agente único tras primera recaída platino resistente independiente del estado mutacional BRCA.
- D) Niraparib se recomienda como mantenimiento en pacientes con enfermedad platino sensible, tras respuesta completa o parcial a segunda o posteriores líneas de tratamiento.

13 - La realización de linfadenectomía paraórtica asociada a la linfadenectomía pélvica como estadije quirúrgico en el cáncer de endometrio aparentemente limitado a útero. ¿Qué afirmación es correcta?

- A) Está indicada en aquellos casos en que se demuestra afectación de ganglios pélvicos.
- B) Debe realizarse a nivel infrarenal cuando se realiza linfadenectomía pélvica para estadiaje, independientemente de la afectación ganglionar.
- C) Debe considerarse a nivel infrarrenal e inframesentérico en los casos con histologías de alto riesgo.
- D) Está indicada en histologías de alto riesgo y en los casos de sarcoma uterino.





14 - Respecto al tratamiento del sarcoma uterino, ¿qué afirmación es correcta?

- A) En el Sarcoma estromal de bajo grado el tratamiento complementario tras cirugía incluye el tratamiento sistémico con Doxorubicina en los estadios II a IV.
- B) En mujeres diagnosticadas de sarcoma estromal o leiomioma con RE/RP-positivos, el bloqueo estrogénico con Tamoxifeno está contraindicado.
- C) La radioterapia complementaria tras la cirugía aumenta la supervivencia global, por lo que se recomienda de rutina en todos los estadios de leiomioma y sarcoma endometrial indiferenciado de alto grado.
- D) La eribulina y trabectedina se han incorporado recientemente al arsenal terapéutico adyuvante tras resección completa en leiomioma y sarcoma indiferenciado de alto grado.

15 - En el carcinosarcoma uterino, la respuesta correcta es:

- A) La radioterapia abdominopélvica con (o sin) braquiterapia vaginal puede ser una opción recomendada como tratamiento primario en la enfermedad avanzada.
- B) En la cirugía primaria, en mujeres premenopáusicas, se recomienda la histerectomía sin ooforectomía, cuando se desea preservación de fertilidad.
- C) En estadios más avanzados de IA se recomienda terapia adyuvante con quimioterapia basado en platino/taxano.
- D) En estadios avanzados la combinación de ifosfamida /paclitaxel ha mostrado incremento de supervivencia y menor toxicidad que el esquema de cisplatino/ifosfamida.

16 - . Paciente premenopáusica con carcinoma endometrioide de útero y con deseos de descendencia. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es correcta?

- A) Retrasar la histerectomía total con doble ooforectomía, está contraindicada en todos los casos por el alto riesgo de desarrollo de metástasis durante la gestación.
- B) La terapia continua basada en progestágenos, puede ser considerada en casos seleccionados: estadio IA con grado 1 de diferenciación 1, pudiendo evitar la cirugía en caso de evolución favorable.





C) La colocación de un dispositivo intrauterino con liberación de levonogestrel, alcanza respuesta completas duraderas incluso en estadio IB hasta en el 70-80 % de los casos.

D) Debe realizarse histerectomía en todos los casos, pudiendo evitar la ooforectomía con preservación de la función ovárica en estadios IA e IB.

17 - Respecto a la quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de cérvix uterino, escoja la respuesta correcta:

A) Mejora la supervivencia frente a la cirugía exclusiva, solo en los casos localmente avanzados.

B) En los estadios iniciales IB1 a IIA, reduce el tamaño tumoral, las metástasis y la necesidad de radioterapia, pero no mejora la supervivencia.

C) Según datos de un meta-análisis, la respuesta al tratamiento no constituye un factor pronóstico de supervivencia.

D) La combinación de neoadyuvancia y quimioradioterapia adyuvante tras la cirugía mejora la supervivencia en los estadios localmente avanzados.

18 - Mujer de 72 años con carcinoma endometriode de útero que infiltra menos de la mitad interna del miometrio, con grado histológico 3, tras la realización de una cirugía optima, ¿cuál sería la mejor opción recomendada como tratamiento postoperatorio para este caso?

A) La observación sería la opción preferente en este caso, ya que no alcanza todo el espesor del miometrio.

B) Debe administrarse braquiterapia vaginal exclusiva.

C) Se debe considerar la administración de radioterapia externa, además de braquiterapia, por ser de alto grado.

D) Debe administrarse quimioterapia sistémica además de radioterapia por ser de alto grado, de acuerdo a la recomendación con categoría 1.

19 - Respecto al tratamiento adyuvante en el carcinoma endometriode uterino con enfermedad extrauterina documentada (estadios III y IVA intrabdominal), ¿qué respuesta es correcta?





- A) La radioterapia abdominal total presenta equivalencia en SLP y SG frente a quimioterapia sistémica, a costa de una mayor toxicidad.
- B) La administración concomitante de quimioterapia adyuvante junto con radioterapia pélvica presenta mayor beneficio comparada con esquema secuencial (quimioterapia seguida de radioterapia o viceversa).
- C) La quimioterapia adyuvante exclusiva frente a quimio-radioterapia presenta mayor tasa de recurrencia local, pero la misma supervivencia.
- D) Añadir un tercer fármaco frente a un esquema quimio-radioterápico de dos fármacos mejora la supervivencia a costa de una mayor toxicidad.

20 - En el tratamiento del carcinoma endometriode uterino diseminado con enfermedad metastásica, ¿qué respuesta es correcta?

- A) Entre los factores predictores de respuesta a la terapia hormonal, se incluye la presencia de expresión de receptores ER/PR y la localización de las metástasis a nivel peritoneal y ganglionar.
- B) Cisplatino-Doxorrubicina es el esquema más ampliamente utilizado, habiendo demostrado similar resultado frente al triplete Cisplatino-Doxorrubicina-Paclitaxel y con peor perfil de toxicidad y tolerabilidad.
- C) La utilización de bevacizumab no ha demostrado beneficio alguno, ni asociado a quimioterapia estándar ni en monoterapia, en estudios fase II, por lo que no se considera apropiada su utilización.
- D) Todos los pacientes con carcinoma endometrial avanzado, deben ser testados para MSI-H/dMMR (Inestabilidad de Microsatelites-deficit del sistema Mismatch Repair) ya que la administración de pembrolizumab en estos caso arroja tiene tasas de control de la enfermedad del 70% y respuestas entorno al 50%.

21 - En el tratamiento primario de los estadios iniciales del cáncer de cérvix, cuando no existen deseos de fertilización, ¿cuál de las siguientes es correcta?

- A) La histerectomía y linfadenectomía pélvica como tratamiento primario está indicada en los estadios IB1, IB2 e IB3.
- B) La quimio-radioterapia está indicada como tratamiento primario en los estadios II a IVA.





- C) La quimio-radioterapia primaria es una recomendación categoría 1 en el estadio IIA2 e IB3.
- D) La cirugía primaria es recomendación categoría 1 en los estadios IB1, IB2, IIA1 y IIA2.

22 - En cuanto al tratamiento adyuvante del cáncer de cérvix uterino tras histerectomía radical, es correcto que:

- A) La radioterapia externa puede ser apropiada en los estadios IA2, IB o IIA1 sin factores de mal pronóstico.
- B) La radioterapia externa con o sin quimioterapia es recomendada con categoría 1 en los pacientes con estadios IA2, IB y IIA1 solo si tienen factores de mal pronóstico.
- C) La radioterapia externa solo es recomendada en pacientes con afectación ganglionar, márgenes positivos y/o afectación de parametrios.
- D) En los casos de cáncer de cérvix con afectación ganglionar y/o afectación parametrial, la quimio-radioterapia adyuvante mejora el intervalo libre de recidiva pero no la supervivencia.

23 - Respecto al tratamiento primario del cáncer de vulva, ¿qué respuesta es correcta?

- A) En estadio localmente avanzado, la cirugía secuencial tras quimio-radioterapia primaria empeora las tasas de supervivencia frente a los que no son intervenidos.
- B) La quimio-radioterapia confiere un beneficio en supervivencia global (OS) frente a Radioterapia exclusiva en la enfermedad locamente avanzada.
- C) El número y tamaño de ganglios afectados en la linfadenectomía inguino-femoral no condiciona el tratamiento adyuvante quimio-radioterápico.
- D) Los tumores resecaados con márgenes libres y sin afectación ganglionar inguino-femoral no precisan tratamiento adyuvante independientemente de otros factores de riesgo.

24 - En el tratamiento de la Neoplasia Trofoblástica Gestacional de bajo riesgo, ¿qué respuesta es correcta?

- A) El tratamiento con regímenes de monoquimioterapia intravenosos de 5 días consecutivos cada dos semanas son preferibles a los esquemas intramusculares semanales.
- B) El tratamiento quimioterápico con Metotrexate iv debe ser mantenido hasta la negativización de la BHCG.





C) Tras el fallo o progresión a Metotrexate en monoterapia en primera línea, la Dacarbacina representa el agente de elección en segunda línea.

D) El esquema de combinación de un derivado de Platino con Taxano ha demostrado eficacia tras fallo a la terapia secuencial de quimioterapia con agente único.

25 - En relación a La Inestabilidad de Microsatélites, ¿qué afirmación es correcta?:

A) Se trata de un cambio en la longitud de los microsatélites debido a inserción o delección de secuencias de DNA, como consecuencia de un defecto del sistema de reparación del DNA mismatch repair (MMR) para reparar esos errores de replicación.

B) La detección de inestabilidad de microsatélites es clínicamente útil en la identificación de pacientes con riesgo aumentado de síndrome familiar de cáncer de colon, aunque puede aparecer también hasta en el 40 % de los casos de cáncer de colon esporádico.

C) La detección de inestabilidad de microsatélites equivale al diagnóstico de mutación germinal del sistema de mismatch repair (MMR) dada la baja tasa de casos esporádicos con esa inestabilidad de microsatélites.

D) Una aplicación reciente de la inestabilidad de microsatelites es la identificación de pacientes refractarios a la terapia anti-PD-L1/PD-1.

26 - En portadores de variantes patogénicas de BRCA, entre las opciones de screening y reducción de riesgo, está una de las siguientes actuaciones:

A) Los contraceptivos orales no han demostrado reducción del riesgo de desarrollar cáncer de ovario.

B) Dado que el cáncer de ovario asociado a BRCA1, ocurre tardíamente, es razonable posponer la salpingo-ooforectomía a la edad de 40-45 años en este caso.

C) En varones, se recomienda la realización de tacto rectal anual y determinación de PSA a partir de los 45 años, especialmente en portadores de variante BRCA2.

D) Tamoxifeno y Raloxifeno reducen el riesgo de cáncer de mama en un porcentaje superior al 60%.

27 - En cuanto a la relación entre exposición a factores medioambientales y riesgo de desarrollar cáncer, escoja la respuesta correcta:

A) El cáncer de cérvix representa el cáncer más común relacionado con una causa infecciosa.





- B) El número de cánceres relacionados con el tabaco está en descenso globalmente como consecuencia de la disminución del consumo de cigarrillos en los países desarrollados.
- C) Aproximadamente un 30% de las muertes relacionadas con el tabaco se deben al cáncer de pulmón y un 37% a cánceres del tracto aerodigestivo superior.
- D) La obesidad, la ganancia de peso en la edad adulta y la inactividad física es un importante factor de riesgo en adenocarcinoma de esófago y cáncer de riñón.

28 - De los siguientes fármacos, ¿cuál es el más adecuado para tratar la esofagitis por CMV?

- A) Aciclovir.
- B) Famciclovir.
- C) Ganciclovir.
- D) Valaciclovir.

29 - ¿Cuál de los siguientes fármacos se considera de elección para el tratamiento de la aspergilosis invasiva?

- A) Fluconazol.
- B) Voriconazol.
- C) Anfotericina B.
- D) Caspofungina.

30 - Respecto a los ensayos fase I de un nuevo fármaco citotóxico, señale la afirmación correcta:

- A) Se inician con dosis bajas del fármaco a estudio, normalmente un tercio de la dosis letal media.
- B) En cada nivel de dosis se tratan grupos de 10-15 pacientes.
- C) La dosis se escala hasta que la incidencia de la toxicidad limitante de dosis aparece en el 50% de los pacientes.
- D) Los de diseño de valoración acelerado ("accelerated titration designs") aportan mayor información sobre la toxicidad acumulativa.





31 - Qué afirmación es verdadera respecto a la potencia o poder estadístico en los ensayos clínicos fase III?

- A) La probabilidad de obtener un resultado estadísticamente significativo cuando los tratamientos difieren en efectividad.
- B) A mayor duración del seguimiento del ensayo, menor potencia.
- C) La potencia es independiente de la efectividad real de los dos tratamientos.
- D) Generalmente se adapta el tamaño del ensayo para que la potencia sea de 0,20 o 0,30.

32 - La obtención de una diferencia estadísticamente significativa de 0,05 en un ensayo fase III:

- A) Significa que la probabilidad de obtener una diferencia en los resultados es del 0,05 si hay una verdadera diferencia en la efectividad del tratamiento.
- B) Representa la probabilidad de que la hipótesis nula sea verdadera.
- C) Representa la probabilidad de que la diferencia observada se deba al azar, asumiendo que la hipótesis nula es verdadera.
- D) Se favorece con la realización de ensayos con pocos pacientes.

33 - Respecto a los intervalos de confianza como dato obtenido en un ensayo clínico, indique la correcta:

- A) Proporcionan menos información que los niveles de significación.
- B) No son válidos para sopesar los costes y beneficios de la decisión clínica tomada según los resultados del ensayo.
- C) Son independientes de los resultados negativos del ensayo.
- D) Informan del rango de valores en el cual se encuentra, con una alta probabilidad, el valor real de la variable.

34 - ¿Qué afirmación de estudios fase III en primera línea con inmunoterapia es verdadera?

- A) La combinación nivolumab + ipilimumab presenta curvas de supervivencia superponibles a nivolumab en pacientes con melanoma metastásico con PD-L1 negativo (Checkmate-067).
- B) En melanoma metastásico BRAF wild-type, nivolumab aumenta respuestas objetivas, supervivencia libre de progresión y supervivencia global en comparación con dacarbacina (Checkmate-066).





C) En cáncer de pulmón no microcítico avanzado con expresión de PD-L1 \geq 5%, el tratamiento con nivolumab respecto a combinaciones con platino, aumenta supervivencia libre de progresión pero no supervivencia global (Checkmate-026).

D) En cáncer de pulmón no microcítico avanzado con expresión de PD-L1 \geq 50%, el tratamiento con pembrolizumab respecto a combinaciones con platino, aumenta supervivencia libre de progresión y supervivencia global, pero con peor tolerancia (KEYNOTE-024).

35 - Acerca del Burnout en los Oncólogos, señale la falsa:

- A) Puede cursar con falta de entusiasmo por el trabajo.
- B) Puede afectar a la relación con el paciente y a las relaciones personales.
- C) Entre sus consecuencias se ha descrito incluso el suicidio.
- D) Puede afectar hasta un 5% de los oncólogos.

36 - ¿Cuál de las siguientes bacterias asociadas al cáncer ha demostrado ser un carcinógeno en humanos?

- A) Helicobacter pylori.
- B) Enterococcus faecalis.
- C) Bacteroides fragilis.
- D) Fusobacterium nucleatum.

37 - Acerca de la técnica del hipofraccionamiento, señale la correcta:

- A) Consiste en modificar el tratamiento estándar a través de la administración de un número menor de sesiones más largas.
- B) Se define como el uso de más de una sesión al día separada durante al menos seis horas.
- C) En el cáncer de mama y en el cáncer de próstata es inferior que el tratamiento estándar fraccionado.
- D) No se utiliza en el tratamiento de los pacientes paliativos.

38 - En relación con los efectos adversos tardíos secundarios a la radioterapia, señale la falsa:





- A) Típicamente aparecen a partir de los dieciocho meses de la administración del tratamiento.
- B) Incluyen fibrosis, formación de fístulas y daño orgánico a largo plazo.
- C) Pueden desencadenar mielitis radioinducida, radionecrosis cerebral y obstrucción intestinal.
- D) Se postula su relación con el daño a la microvasculatura y la agresión directa al parénquima.

39 - Para que un método de screening sea eficaz se deben cumplir todos los siguientes, excepto:

- A) Que el impacto de la enfermedad sea significativo.
- B) Que la historia natural de la enfermedad sea conocida en estudios preclínicos.
- C) Que exista un test capaz de detectar el cáncer a la par que los síntomas.
- D) Que el tratamiento iniciado precozmente como consecuencia del screening resulte en un mejor pronóstico.

40 - El screening anual con mamografía y RM empezando a la edad de 30 años se recomienda en todos los siguientes, excepto:

- A) BRCA mutado.
- B) Síndrome de Lynch.
- C) Antecedentes de tratamiento con radioterapia torácica para la enfermedad de Hodgkin.
- D) Mujeres con riesgo de cáncer de mama mayor de 20-25% según modelos de estimación de riesgo.

41 - Señale la incorrecta:

- A) A pesar del seguimiento en la práctica clínica con endoscopia a los pacientes con esófago de Barret, no hay evidencia de su impacto en la reducción de la mortalidad por cáncer.
- B) La mortalidad por cáncer de páncreas no ha disminuido tras el screening mediante TAC en pacientes con alta carga familiar.
- C) Las pacientes sometidas a histerectomía por un proceso no neoplásico no deben continuar realizando el screening de cáncer cervical.





D) Los pacientes con poliposis adenomatosa familiar deben comenzar el screening con sigmoidoscopia a partir de los 40 años.

42 - Acerca del tratamiento adyuvante en el adenocarcinoma de intestino delgado, señale la falsa:

- A) Se extrapola de los estudios de cáncer colorrectal debido a los escasos datos disponibles.
- B) En el adenocarcinoma duodenal estadio III con márgenes positivos, la quimiorradioterapia no es una opción de tratamiento.
- C) Se recomienda el tratamiento durante 6 meses con FOLFOX, XELOX, 5 FU/LV o Capecitabina.
- D) Debido al peor pronóstico del estadio III comparado con el cáncer de colon y al no incluir pacientes con ADC de intestino delgado en el estudio IDEA, no se recomienda administrar tratamiento adyuvante sólo 3 meses.

43 - En el adenocarcinoma de intestino delgado en estadio avanzado, señale la opción incorrecta:

- A) La obstrucción intestinal es una complicación frecuente.
- B) La terapia anti EGFR en enfermedad RAS WT es de elección.
- C) La incidencia de inestabilidad de microsatélites y de PDL1 + es mayor que en el cáncer de colon por lo que Nivolumab o Pembrolizumab pueden ser opciones de tratamiento en segunda línea.
- D) Basado en un estudio multicéntrico retrospectivo en pacientes que han progresado a quimioterapia basada en platino en primera línea, FOLFIRI se ha posicionado en segunda y posteriores líneas.

44 - Acerca del carcinoma de canal anal, señale la opción falsa:

- A) El VIH, la inmunosupresión tras trasplante de órgano sólido y la infección por HPV se consideran factores de riesgo.
- B) La histología más frecuente es la escamosa.
- C) La infección por HPV o la positividad de p16 empeoran el pronóstico con menor supervivencia.
- D) El uso de la vacuna tetravalente HPV en varones homosexuales puede reducir el riesgo de cáncer anal en esta población.





45 - Acerca del tratamiento del carcinoma de canal anal estadio III, señale la opción falsa:

- A) 5 Fluorouracilo y mitomicina concurrente con radioterapia es el tratamiento estándar.
- B) Sin evidencia de enfermedad a distancia, el tratamiento de elección es la cirugía radical con linfadenectomía.
- C) Hay otras alternativas para la concurrencia con radioterapia como la mitomicina/capecitabina.
- D) Otra opción de tratamiento puede ser el cisplatino /5 fluorouracilo concomitante con la radioterapia.

46 - Son factores pronósticos tras metastasectomía de cáncer colorrectal todos, excepto:

- A) Intervalo libre de enfermedad entre el tumor primario y la enfermedad metastásica menor de 12 meses.
- B) Tumor primario con ganglios negativos.
- C) CEA > 200 ng/ml.
- D) Tamaño de la metástasis hepática > 5cm.

47 - Acerca de las terapias ablativas de las metástasis hepáticas del cáncer colorrectal, señale la correcta:

- A) La SBRT está contraindicada en pacientes previamente tratados con terapia sistémica.
- B) La termoablación puede realizarse de manera intraoperatoria durante una laparoscopia o de manera percutánea.
- C) La infusión intraarterial con quimioterapia no ha demostrado beneficio en este escenario.
- D) La aplicación de radioterapia interna selectiva (SIRT) más quimioterapia no ha demostrado retraso en la progresión de las metástasis hepáticas.

48 - Acerca del cáncer de recto, señale la incorrecta:

- A) El margen de resección circunferencial se ha postulado como un predictor de recaída local y supervivencia global.
- B) Para lograr una adecuada estadificación se necesita la evaluación de un mínimo de 12 ganglios linfáticos.





- C) Los depósitos tumorales aislados en la grasa perirrectal se estadifican como pN1a.
- D) El grado de regresión 3 a la neoadyuvancia hace referencia a una escasa respuesta al tratamiento.

49 - Con respecto a las técnicas de imagen en la estadificación del cáncer de recto, señale la falsa:

- A) LA TAC tiene menor sensibilidad y especificidad para predecir la afectación ganglionar que la resonancia (RM).
- B) La ecoendoscopia puede ser una técnica alternativa a la RM para la estadificación de la pelvis en lesiones superficiales.
- C) Se debe realizar PET a todos los pacientes para una correcta estadificación preoperatoria.
- D) Dado que las metástasis pulmonares pueden aparecer hasta en un 9% de los pacientes, se debe realizar un TAC torácico.

50 - En cuanto a la quimio-radioterapia en cáncer de recto, señale la falsa:

- A) Aumenta la preservación del esfínter.
- B) La capecitabina es equivalente a 5-FU en el ámbito perioperatorio.
- C) El oxaliplatino añadido a la quimio-radioterapia con capecitabina no ha demostrado aumentar la supervivencia libre de enfermedad, supervivencia global ni las recaídas locales.
- D) El oxaliplatino añadido a la quimio-radioterapia con capecitabina no aumenta la toxicidad aguda grado 3-4.

51 - Acerca de la adyuvancia en el cáncer de colon, señale la incorrecta:

- A) En pacientes con estadio III de bajo riesgo (T1-3, N1) una opción de tratamiento es XELOX 3 meses o FOLFOX de 3 a 6 meses.
- B) En estadio III de alto riesgo (T4, N1-2 o cualquier T N2) la opción de tratamiento más adecuada sería 3 a 6 meses de XELOX o FOLFOX.
- C) En estadio II MSS o pMMR con factores de mal pronóstico se puede valorar el tratamiento adyuvante.
- D) En estadio II no se ha demostrado aumento de supervivencia global.





52 - En cuanto al tratamiento neoadyuvante del cáncer de recto, señale la incorrecta:

- A) Hasta un 20% de los pacientes puede alcanzar una respuesta patológica completa.
- B) En varios análisis multivariante, la regresión tumoral por RM se asocia de manera significativa con la supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad.
- C) Existen evidencias de tomar la opción de watch-and-wait sin intervención quirúrgica en pacientes con respuesta clínica completa.
- D) La radioterapia en ciclo corto ofrece una menor supervivencia global que los esquemas convencionales.

53 - Acerca del tratamiento de los tumores neuroendocrinos avanzados de páncreas, señale la falsa:

- A) En el estudio CLARINET, los pacientes con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos que recibieron lanreótide obtuvieron una mayor SLP.
- B) En el estudio RADIANT-3, el beneficio de everolimus en SLP fue independiente de haber recibido quimioterapia previa.
- C) El sunitinib ha demostrado aumento tanto en SLP como en SG.
- D) Entre otros agentes que han mostrado actividad se encuentran la streptozocina asociada a la doxorrubicina y la temozolamida.

54 - Los dos genes supresores canónicos de la proliferación celular son:

- A) TP 53 y RB.
- B) EGFR y ALK.
- C) KRAS y PTEN.
- D) mTOR y PI3K.

55 - ¿Qué dos mecanismos utiliza la célula neoplásica para resistir a la apoptosis?

- A) Autofagia y necroptosis.
- B) Senescencia replicativa e inhibición de la telomerasa.
- C) Angiogénesis y evasión inmune.
- D) Colonización y quiescencia.





56 - El Cáncer microcítico de pulmón combinado consiste en:

- A) La coexistencia de las histologías de Cáncer microcítico de pulmón y de Cáncer no microcítico de pulmón en la misma muestra a la primera recaída tras Quimioterapia.
- B) La coexistencia de las histologías de Cáncer microcítico de pulmón y de Cáncer no microcítico de pulmón en la misma muestra al diagnóstico.
- C) La coexistencia de las histologías de Cáncer microcítico de pulmón y de Cáncer no microcítico de pulmón en la misma muestra a la primera recaída tras Quimio-Radioterapia.
- D) La coexistencia de las histologías de Cáncer microcítico de pulmón y de Carcinoide atípico de pulmón en la misma muestra al diagnóstico.

57 - El tratamiento recomendado del Cáncer microcítico de pulmón, estadios patológicos I-IIA (pT1-2pN0M0) es:

- A) Lobectomía con linfadenectomía o muestreo ganglionar mediastínicos seguido de Radioterapia mediastínica y Quimioterapia adyuvante secuencial.
- B) Lobectomía con linfadenectomía o muestreo ganglionar mediastínicos seguido de Quimioterapia adyuvante.
- C) Lobectomía con linfadenectomía o muestreo ganglionar mediastínicos seguido de Radioterapia mediastínica y Quimioterapia concomitante.
- D) Quimioterapia neoadyuvante seguido de Lobectomía con linfadenectomía o muestreo ganglionar mediastínicos seguido de Radioterapia mediastínica.

58 - La Quimioterapia preferida de primera línea, concomitante con Radioterapia, en el Cáncer microcítico de pulmón enfermedad limitada es:

- A) Carboplatino+Etoposido.
- B) Cisplatino+Etoposido.
- C) Cisplatino+Etoposido+Atezolizumab.
- D) Cisplatino+Etoposido+Durvalumab.

59 - La Quimioterapia preferida de primera línea en el Cáncer microcítico de pulmón enfermedad extensa es:





- A) Cisplatino+Etoposido+Atezolizumab.
- B) Carboplatino+Etoposido+Atezolizumab.
- C) Cisplatino+Etoposido.
- D) Cisplatino+Irinotecan.

60 - El tratamiento recomendado de Cáncer no microcítico de pulmón estadios IIIB (T4N2M0) y IIIC (T4N3M0) irresecables es:

- A) Quimioterapia de inducción seguida de Radio-Quimioterapia concomitante y seguida de consolidación con Durvalumab durante 1 año.
- B) Quimioterapia de inducción seguida de Radio-Inmunoterapia concomitante y seguida de consolidación con Durvalumab durante 1 año.
- C) Radio-Quimioterapia concomitante seguida de consolidación con Durvalumab durante 1 año.
- D) Quimio-Inmunoterapia de inducción seguido de Radio-Quimio-Inmunoterapia concomitante seguido de consolidación con Durvalumab durante 1 año.

61 - El tratamiento recomendado de primera línea del Cáncer no microcítico de pulmón estadio IV, no escamoso, PS 0-2, PD-L1 \geq 50% sin mutaciones dianas, es:

- A) Pembrolizumab + Quimioterapia (Carboplatino más Pemetrexed más Bevacizumab).
- B) Atezolizumab + Quimioterapia (Cisplatino o Carboplatino más Pemetrexed más Bevacizumab).
- C) Pembrolizumab +/- Quimioterapia (Cisplatino o Carboplatino más Pemetrexed).
- D) Nivolumab +/- Quimioterapia (Cisplatino o Carboplatino más Pemetrexed).

62 - El tratamiento recomendado de primera línea del Cáncer no microcítico de pulmón estadio IV, escamoso, PS 0-2, PD-L1 \geq 50% sin mutaciones dianas, es:

- A) Pembrolizumab + Quimioterapia (Carboplatino más Paclitaxel más Bevacizumab).
- B) Atezolizumab + Quimioterapia (Carboplatino más Paclitaxel más Bevacizumab).
- C) Pembrolizumab +/- Quimioterapia (Carboplatino más Paclitaxel o Nab-Paclitaxel).
- D) Nivolumab +/- Quimioterapia (Carboplatino más Paclitaxel).





63 - Según el ensayo Flaura, qué Supervivencia libre de progresión (SLP) y qué Supervivencia global (SG) muestra Osimertinib en primera línea de tratamiento del Cáncer no microcítico de pulmón con mutación conductora sensible en EGFR, estadio IV:

- A) SLP: 28,9 meses. SG: 48,6 meses.
- B) SLP: 8,9 meses. SG: 48,6 meses.
- C) SLP: 18,9 meses. SG: 38,6 meses.
- D) SLP: 8,9 meses. SG: 18,6 meses.

64 - ¿Cuál es el tratamiento preferido de primera línea en Adenocarcinoma de pulmón con reordenamiento conductor en ALK, estadio IV?

- A) Brigatinib.
- B) Lorlatinib.
- C) Alectinib.
- D) Ceritinib.

65 - ¿Cuál es el tratamiento recomendado en Adenocarcinoma de pulmón con reordenamiento conductor en ALK, estadio IV, en progresión de enfermedad, sin mutaciones de resistencia conocidas, a primera línea con Crizotinib?

- A) Selpercatinib.
- B) Entrectinib.
- C) Brigatinib.
- D) Ensartinib.

66 - ¿Cuál es el tratamiento preferido de primera línea en Cáncer no microcítico de pulmón con mutación conductora en MET exón 14 skipping, estadio IV?

- A) Crizotinib más Erlotinib.
- B) Crizotinib más Pozotinib.
- C) Capmatinib.
- D) Quimioterapia con Carboplatino+Pemetrexed.





67 - Respecto de la Cirugía del Mesotelioma pleural maligno, es verdad:

- A) El objetivo es la resección microscópicamente completa.
- B) La pleurectomía-decorticación está indicada en la afectación ganglionar N2.
- C) La pleurectomía-decorticación incluye neumonectomía ipsilateral.
- D) El objetivo es la resección macroscópicamente completa.

68 - El tratamiento indicado en el Mesotelioma pleural maligno epitelioide o bifásico, reseccable, estadios I-III A (T1-3N0-1M0) es:

- A) Quimioterapia neoadyuvante seguida Radioterapia concomitante con Quimioterapia.
- B) Radio-Quimioterapia neoadyuvante seguida de Cirugía.
- C) Cirugía seguida de Radioterapia complementaria.
- D) Quimioterapia neoadyuvante seguido de Cirugía +/- Radioterapia complementaria.

69 - El tratamiento del Carcinoma de timo reseccable con invasión capsular es:

- A) Quimioterapia de inducción seguida de Resección R0 y seguida de Radioterapia complementaria.
- B) Resección R0 seguida de Radioterapia complementaria concomitante con Quimioterapia.
- C) Resección R0 solo.
- D) Resección R0 seguida de Radioterapia complementaria.

70 - La localización más frecuente del Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es:

- A) Estómago.
- B) Intestino delgado.
- C) Duodeno.
- D) Recto.

71 - Respecto del tratamiento quirúrgico del Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) reseccable, es verdad:

- A) El objetivo de la cirugía es la resección completa (R0) del GIST.





- B) Se recomienda biopsia incisional previa o peroperatoria.
- C) Debe incluir linfadenectomía, aunque los ganglios regionales sean negativos.
- D) Si los márgenes quirúrgicos son histológicamente positivos, debe ampliarse la resección.

72 - La Quimioterapia preferida en el Osteosarcoma es:

- A) Cisplatino más Adriamicina +/- Metotrexate altas dosis.
- B) Cisplatino más Adriamicina +/- Ifosfamida altas dosis.
- C) Adriamicina más Metotrexate altas dosis.
- D) Adriamicina más Ifosfamida altas dosis.

73 - ¿Cuáles son los cinco citostáticos preferidos en el tratamiento neoadyuvante y adyuvante del Sarcoma de Ewing?

- A) Ciclofosfamida, Adriamicina, Vincristina, Ifosfamida y Etoposido.
- B) Ciclofosfamida, Adriamicina, Metotrexate, Ifosfamida y Etoposido.
- C) Ciclofosfamida, Adriamicina, Vincristina, Cisplatino y Etoposido.
- D) Ciclofosfamida, Adriamicina, Gemcitabina, Ifosfamida y Etoposido.

74 - ¿Qué fármaco se asocia a la cirugía en el Tumor óseo de células gigantes?

- A) Denosumab.
- B) Zoledronato.
- C) Rituximab.
- D) Vincristina.

75 - El subtipo histológico más frecuente del Carcinoma de origen desconocido es:

- A) Carcinoma neuroendocrino.
- B) Adenocarcinoma bien o moderadamente diferenciado.
- C) Adenocarcinoma pobremente diferenciado.
- D) Carcinoma indiferenciado.





76 - El concepto y el cuidado del superviviente de cáncer se refiere:

- A) A los supervivientes de al menos 1 año.
- B) A la fase diagnóstica y terapéutica y a la supervivencia y vida posteriores.
- C) A los supervivientes de al menos 2 años.
- D) A los supervivientes de 5 o más años.

77 - De acuerdo con The International Registry of Lung Metastases, ¿cuáles son los dos criterios de buen pronóstico de las metástasis pulmonares reseables?

- A) Tres metástasis ipsilaterales e intervalo libre de enfermedad mayor de 4 años.
- B) Una metástasis e intervalo libre de enfermedad mayor de 3 años.
- C) Tres metástasis bilaterales e intervalo libre de enfermedad mayor de 5 años.
- D) Una metástasis e intervalo libre de enfermedad mayor de 1 año.

78 - Con respecto a los biomarcadores aceptados para el diagnóstico diferencial de tumores, ¿cuál de las siguientes asociaciones es incorrecta?

- A) Mama - Receptor de estrógenos.
- B) Ovario - CDX2.
- C) Pulmón - TTF-1.
- D) Melanoma - S100.

79 - ¿Cuál de los siguientes biomarcadores no tiene recomendada su determinación como predictor de respuesta a tratamiento en el cáncer colo-rectal?

- A) KRAS.
- B) BRAF (V600E).
- C) p53.
- D) MMR.





80 - ¿Cuál de las siguientes se considera una opción terapéutica de elección en el tratamiento del adenocarcinoma de esófago T1aN0M0?

- A) Quimioterapia de inducción seguida de QT-RT concomitantes.
- B) QTRT concomitantes seguido de quimioterapia de consolidación.
- C) Resección endoscópica.
- D) Inmunoterapia.

81 - Con respecto a la primera línea de tratamiento del adenocarcinoma gástrico metastásico Her-2 negativo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- A) El régimen de elección es la combinación de Fluoropirimidina y Cisplatino con Trastuzumab.
- B) En el estudio V325, el esquema DCF mostró superioridad en tasa de respuestas respecto a CF.
- C) En el estudio V325, el esquema DCF resultó menos tóxico que CF.
- D) No se dispone de estudios Fase III con FOLFIRI en primera línea.

82 - Con respecto a la segunda línea de tratamiento del cáncer gástrico metastásico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- A) El estudio Fase III RAINBOW mostró superioridad en supervivencia de Ramucirumab con Paclitaxel frente a Paclitaxel.
- B) El estudio Fase III REGARD no mostró beneficio en supervivencia de Ramucirumab frente a placebo.
- C) El estudio Fase III COUGAR-02 no mostró beneficio en supervivencia de Docetaxel frente a tratamiento de soporte.
- D) No hay estudios que hayan mostrado actividad de Irinotecan en segunda línea.

83 - ¿Cuál de las siguientes se considera la primera línea de elección en el tratamiento del colangiocarcinoma metastásico?

- A) 5Fluorouracilo-Oxaliplatino.
- B) 5Fluorouracilo-Cisplatino.





- C) Gemcitabina-Abraxane.
- D) Gemcitabina-Cisplatino.

84 - Con respecto al tratamiento adyuvante de los carcinomas del tracto biliar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- A) El tratamiento estándar es RT concomitante con Cisplatino en base a los resultados de un estudio Fase III.
- B) Capecitabina ha demostrado superioridad en supervivencia libre de recaída frente a observación en el estudio fase III BILCAP.
- C) El tratamiento estándar es FOLFIRINOX seguido de RT concomitante con Gemcitabina.
- D) Solo está indicado en el colangiocarcinoma extrahepático.

85 - Con respecto a la primera línea de tratamiento del Hepatocarcinoma, ¿cuál de los siguientes agentes mostró no-inferioridad en supervivencia global frente a Sorafenib?

- A) Lenvatinib.
- B) Regorafenib.
- C) Cabozantinib.
- D) Ramucirumab.

86 - Con respecto a la segunda línea de tratamiento del Hepatocarcinoma, ¿cuál de los siguientes agentes no ha demostrado superioridad en supervivencia global frente a placebo, tras progresión a Sorafenib?

- A) Regorafenib.
- B) Cabozantinib.
- C) Ramucirumab (en AFP \geq 400).
- D) Atezolizumab.

87 - ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor de riesgo asociado con el cáncer de páncreas?

- A) Bajo Índice de Masa Corporal.
- B) Tabaco.





- C) Alcohol.
- D) Pancreatitis crónica.

88 - Con respecto al tratamiento de primera línea del cáncer de páncreas metastásico, ¿cuál de las siguientes combinaciones no ha demostrado superioridad frente a Gemcitabina en monoterapia en supervivencia global, en estudios Fase III?

- A) Gemcitabina-Abraxane.
- B) FOLFIRINOX.
- C) Gemcitabina-Erlotinib.
- D) Gemcitabina-Irinotecan.

89 - Con respecto al SIADH, ¿cuál de los siguientes es un criterio esencial para su diagnóstico?

- A) Alteración de la función tiroidea.
- B) Alteración de la función suprarrenal.
- C) Toma reciente de diuréticos.
- D) Osmolaridad plasmática < 275 mOsm/kg.

90 - ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor de riesgo de neutropenia inducida por quimioterapia?

- A) Pobre "performance status".
- B) Edad < 60 años.
- C) Insuficiencia renal.
- D) Tratamientos previos de quimioterapia.

91 - En relación con la trombopenia inducida por quimioterapia, se recomienda la transfusión profiláctica de plaquetas en aquellos pacientes con recuento de plaquetas:

- A) $\leq 10.000/\text{mL}$.
- B) $\leq 30.000/\text{mL}$.
- C) $\leq 40.000/\text{mL}$.





D) $\leq 60.000/\text{mCL}$.

92 - Según la clasificación "National Cancer Institute Anemia Scale", una hemoglobina de 7.5 g/dL corresponde a una anemia:

- A) Grado 1.
- B) Grado 2.
- C) Grado 3.
- D) Grado 4.

93 - Según las guías NCCN, ¿cuál de los siguientes agentes no se incluye en la prevención de la emesis de "bajo riesgo"?

- A) METOCLOPRAMIDA.
- B) GRANISETRON.
- C) ROLAPITANT.
- D) ONDANSETRON.

94 - ¿Cuál de los siguientes antieméticos pertenece al grupo de los antagonistas del receptor NK1?

- A) PALONOSETRON.
- B) APREPITANT.
- C) GRANISETRON.
- D) OLANZAPINA.

95 - Con respecto al tratamiento de la diarrea por quimioterapia, ¿cuál de las siguientes opciones es falsa?

- A) Loperamida es uno de los agentes de elección en el tratamiento de la diarrea por quimioterapia.
- B) La dosis inicial de Loperamida es de 16mg, seguido de 8 mg cada 2 horas.
- C) Octreótide es una opción terapéutica en la diarrea persistente por quimioterapia.
- D) Budesonida oral es una opción terapéutica en la diarrea refractaria a loperamida.





96 - ¿Cuál de los siguientes agentes no se considera causante de estreñimiento?

- A) Metilnaltrexona.
- B) Opioides.
- C) Antagonistas del receptor de serotonina 5-HT3.
- D) Vincristina.

97 - Con respecto a la mucositis oral inducida por quimioterapia y/o radioterapia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- A) La Vitamina-E tópica ha demostrado reducción de la mucositis.
- B) Las Fluoropirimidinas son los agentes que con menor frecuencia ocasionan mucositis.
- C) La Nistatina está indicada en el tratamiento de la candidiasis oral.
- D) Palifermin ha mostrado eficacia en reducir de la mucositis.

98 - Con respecto al tratamiento del dolor, ¿cuál de los siguientes criterios de la FDA para considerar al paciente "tolerante a opioides" es falsa?

- A) Tomar al menos 10 mg de morfina oral al día.
- B) Dosis al menos 25mcg/h de fentanilo transdérmico.
- C) Tomar al menos 30 mg de oxicodona al día.
- D) Tomar al menos 8 mg de hidromorfona al día.

99 - Con respecto a la dosis de morfina oral de 30 mg/d, ¿cuál sería la dosis equivalente de Oxiconona?

- A) 15-20 mg/d.
- B) 35-50 mg/d.
- C) 45-60 mg/d.
- D) 65-80 mg/d.





100 - Dentro de los cuidados paliativos, ¿cuál de los siguientes agentes no se recomienda en el manejo del delirium?

- A) Haloperidol.
- B) Dexametasona.
- C) Quetiapina.
- D) Risperidona.

101 - ¿Que parámetro incluido en el modelo de riesgo del MSKCC como factor pronóstico en Cáncer Renal de Células Claras Metastásico NO se incluye en los criterios de riesgo del IMDC?

- A) Hemoglobina.
- B) Calcio.
- C) LDH.
- D) Plaquetas.

102 - ¿Cuál de estos fármacos NO tiene un estudio fase 3 en Cáncer de Próstata Resistente a la Castración No Metastásico?

- A) Enzalutamida.
- B) Abiraterona.
- C) Apalutamida.
- D) Darulotamida.

103 - ¿Erdafitinib ha sido aprobado por la FDA en Carcinoma Urotelial en tumores que tienen alteraciones genéticas en?

- A) FGFR 1 o FGFR 2.
- B) FGFR 1 o FGFR 3.
- C) FGFR 2 o FGFR 3.
- D) Ninguna es correcta.





104 - ¿Cuál es el régimen de Quimioterapia preferido por las guías NCCN en Cáncer de Pene tanto neoadyuvante, adyuvante o metastásico?

- A) BEP.
- B) TIP.
- C) VIP.
- D) Ninguna es correcta.

105 - ¿Cuántos ciclos de Quimioterapia, con esquema BEP, se deben administrar en los Tumores Germinales No Seminomatosos estadio II-B?

- A) Uno.
- B) Dos.
- C) Tres.
- D) Cuatro.

106 - ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los gliomas es falsa?

- A) Los gliomas grado 1 no contienen mutaciones en IDH.
- B) Las mutaciones en IDH confieren mejor supervivencia.
- C) Las mutaciones en IDH son propias de los glioblastomas primarios.
- D) Las mutaciones en IDH son comunmente asociadas con metilación del promotor de la MGMT.

107 - ¿En cuántos grupos pronósticos agrupa el RPA (recursive partitioning analysis) las metástasis cerebrales?

- A) Uno.
- B) Dos.
- C) Tres.
- D) Cuatro.





108 - Un ensayo fase 3 con 554 pacientes con metástasis cerebrales evaluó las potenciales propiedades neuroprotectoras de un fármaco, ¿de cuál se trata?

- A) Metilfenidato.
- B) Donepezilo.
- C) Memantina.
- D) Todas son falsas.

109 - ¿Los tumores del paladar duro se encuadran dentro de los tumores de?

- A) Cavidad oral.
- B) Orofaringe.
- C) Nasofaringe.
- D) Hipofaringe.

110 - ¿El Ra-223 aprobado en Cáncer de Próstata Resistente a la Castración Metastásico es un agente radioactivo emisor de partículas?

- A) Alfa.
- B) Beta.
- C) Delta.
- D) Gamma.

111 - ¿Cuál de estos inmunoterápicos es el preferido por las guías NCCN en 2ª línea de Cáncer de Vejiga Metastásico tras progresión a platinos?

- A) Atezolizumab.
- B) Nivolumab.
- C) Pembrolizumab.
- D) Avelumab.

112 - ¿Cuál es el marcador tumoral sérico más comúnmente elevado en el Cáncer Testicular?

- A) Alfafetoproteína.





- B) Beta-HCG.
- C) LDH.
- D) CEA.

113 - ¿Cuál de estos fármacos se ha evaluado en ensayo fase 2 en Meduloblastoma Recurrente?

- A) Sunitinib.
- B) Palbociclib.
- C) Vismodegib.
- D) Crizotinib.

114 - ¿Cuál es el único agente quimioterápico aprobado por la FDA para el Cáncer Anaplásico de Tiroides?

- A) Cisplatino.
- B) Adriamicina.
- C) Paclitaxel.
- D) Dacarbazina.

115 - ¿Qué fármacos componen el esquema DDMVAC utilizado como quimioterapia neoadyuvante en Cáncer de Vejiga?

- A) Metotrexate, Vincristina, Adriamicina, Cisplatino.
- B) Metotrexate, Vinblastina, Doxorubicina, Cisplatino.
- C) Metotrexate, Vinblastina, Doxorubicina, Ciclofosfamida.
- D) Metotrexate, Vincristina, Adriamicina, Ciclofosfamida.

116 - ¿Qué fármacos componen el esquema PCV utilizado de forma adyuvante en los oligodendrogliomas anaplásicos?

- A) Procarbacin, Carmustina y Vincristina.
- B) Procarbacin, Carmustina y Vinblastina.
- C) Procarbacin, Lomustina y Vincristina.





D) Procarbacin, Lomustina y Vinblastina.

117 - ¿Cuál de estos regímenes NO es preferido en 1ª línea de Cáncer Renal de Células Claras Metastásico de intermedio pronóstico por las guías NCCN?

- A) Nivolumab + Ipilimumab.
- B) Axitinib + Pembrolizumab.
- C) Sunitinib.
- D) Cabozantinib.

118 - ¿Qué es el Degarelix?

- A) Un agonista de la LHRH.
- B) Un antagonista de la LHRH.
- C) Un agonista-antagonista de la LHRH.
- D) La combinación de un agonista de la LHRH y un antiandrógeno.

119 - ¿Qué porcentaje de Tumores de Células Germinales Testiculares Metastásicos recaerán tras una 1ª línea de tratamiento quimioterápico?

- A) 0-10 %.
- B) 10-20 %.
- C) 20-30 %.
- D) 30-40 %.

120 - La calcitonina es un parámetro a tener en cuenta, ¿en qué subtipo de Cáncer de Tiroides?

- A) Carcinoma Papilar.
- B) Carcinoma Folicular.
- C) Carcinoma Medular.
- D) Carcinoma Anaplásico.





121 - ¿Cuáles son los tumores intracraneales más comunes en adultos?

- A) Las metástasis cerebrales.
- B) Los gliomas.
- C) Los meningiomas.
- D) Los linfomas.

122 - ¿Cuáles son los tumores primarios intramedulares más prevalentes en adultos?

- A) Astrocitomas.
- B) Meningiomas.
- C) Ependimomas.
- D) Neurofibromas.

123 - ¿Cuál de estos fármacos NO tiene un estudio fase 3 en 1º línea de Cáncer Renal de Células Claras Metatásico?

- A) Sunitinib.
- B) Pazopanib.
- C) Axitinib.
- D) Cabozantinib.

124 - Según la revisión de la IARC, la Obesidad constituye un factor de riesgo demostrado para el desarrollo de todos los siguientes tipos de Cáncer excepto uno. Señálelo:

- A) Cáncer de Páncreas.
- B) Cáncer de Testículo.
- C) Cáncer de Ovario.
- D) Cáncer de Colon y Recto.

125 - En relación al riesgo de padecer cáncer de mama, las evidencias más recientes, basadas en un meta-análisis de 18 estudios epidemiológicos, muestran que una ingesta regular de soja se relaciona con:





- A) Un incremento modesto, pero significativo del riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas.
- B) Un incremento modesto, pero significativo del riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres premenopáusicas.
- C) Una reducción modesta, pero significativa de padecer cáncer de mama.
- D) Un impacto nulo sobre el riesgo de padecer cáncer de mama.

126 - ¿Cuál de las siguientes NO es una ventaja de la Cirugía Asistida por Robótica respecto a la Laparoscopia Convencional?

- A) La posibilidad de una Visión Tridimensional del campo quirúrgico.
- B) Una mejor posición ergonómica.
- C) Una reducción del temblor.
- D) Un ahorro de costes.

127 - ¿Cuál de las siguientes alteraciones Electrocardiográficas es más frecuente durante la infusión de Paclitaxel?

- A) Taquicardia Supraventricular Paroxística.
- B) Taquicardia Sinusal.
- C) Prolongación del Intervalo QT.
- D) Bradicardia Sinusal transitoria.

128 - ¿Cuál de las siguientes moléculas no actúa como un inhibidor de PARP?

- A) Rucaparib.
- B) Iniparib.
- C) Niraparib.
- D) Talazoparib.

129 - En relación a las mutaciones en el Gen del Receptor de Estrógenos 1 en cáncer de mama, señale la opción correcta:





- A) Se encuentra presente en aproximadamente en un 30% de los casos de Cáncer de Mama de nuevo diagnóstico.
- B) Se trata de una mutación relativamente estable en el tiempo, poco modificada por la evolución de la enfermedad o sus tratamientos.
- C) Produce un cambio conformacional que provoca una activación del receptor de manera continuada con independencia de la presencia o no de ligando.
- D) Su presencia se relaciona con una pérdida de sensibilidad al tratamiento con Fulvestrant.

130 - En relación a Abiraterona, señale la respuesta correcta:

- A) Se trata de un Inhibidor no selectivo y reversible de CYP17.
- B) Su inhibición enzimática es aproximadamente 4 veces más potente que la producida por ketoconazol.
- C) Entre sus posibles efectos adversos, se encuentran la hiperpotasemia e hipotensión arterial.
- D) Uno de sus principales mecanismos de resistencia es la presencia de variantes en el Receptor de Andrógenos (AR-V7).

131 - ¿Cuál de las siguientes regiones o dominios de un Anticuerpo Monoclonal es la responsable de desencadenar la Citotoxicidad Celular Mediada por Anticuerpo mediante su interacción con las células efectoras del sistema inmune?

- A) La cadena pesada de la región variable del dominio Fab.
- B) La cadena ligera de la región variable del dominio Fab.
- C) La región constante del dominio Fab.
- D) El dominio Fc.

132 - ¿Cuál de los siguientes anticuerpos monoclonales NO se encuentra dirigido frente a un receptor de membrana?

- A) Bevacizumab.
- B) Panitumumab.
- C) Ramucirumab.
- D) Trastuzumab.





133 - Olaratumumab es un anticuerpo monoclonal cuyo mecanismo de acción se basa en:

- A) La unión a PDGFR.
- B) La unión a VEGFR2.
- C) La unión a EGFR.
- D) La unión a RANKL.

134 - En relación a los Criterios RECIST 1.1 empleados para la evaluación de la respuesta a tratamiento, una de las siguientes afirmaciones es FALSA. Escójala:

- A) Se define Respuesta Completa como la desaparición completa de la enfermedad (la afectación ganglionar ha de ser menos de 10 mm).
- B) Se considera Respuesta Parcial una reducción mayor o igual al 50% en la suma del diámetro mayor de las lesiones diana.
- C) Se considera Progresión de la enfermedad a un incremento del 20% o más, en la suma de los diámetros mayores de las lesiones diana.
- D) Se considera Enfermedad Estable a aquellos casos que no cumplen criterios ni de Respuesta Parcial ni de Progresión de la enfermedad.

135 - Paciente de 58 años, sin comorbilidades significativas, diagnosticada de un Carcinoma Ductal Infiltrante de Mama cT2 cN1 M0, HER2 positivo, Receptores Hormonales positivos. Sometida a tratamiento sistémico Neoadyuvante con quimioterapia, trastuzumab y pertuzumab. Tras la intervención, se objetiva Respuesta Completa Patológica en el tumor primario ypT0, con persistencia de afectación ganglionar ypN1. Considerando la evidencia científica disponible, ¿cuál sería el tratamiento sistémico antiHER2 adyuvante más apropiado para esta paciente?

- A) Solo Trastuzumab hasta completar una año de Terapia antiHer2.
- B) Trastuzumab más Pertuzumab hasta completar una año de Terapia antiHER2.
- C) Solo Trastuzumab-Emtansina Adyuvante x 14 dosis.
- D) Solo Neratinib Adyuvante durante 12 meses.





136 - En pacientes con cáncer de mama metastásico y mutaciones en la línea germinal de BRCA, ¿cuáles de los inhibidores de PARP utilizados en monoterapia, han mostrado en ensayos aleatorizados, aumentar la Supervivencia Libre de Progresión cuando se comparan con quimioterapia?

- A) Olaparib y Niraparib.
- B) Olaparib y Rucaparib.
- C) Olaparib y Talazoparib.
- D) Veliparib y Niraparib.

137 - Una paciente de 56 años, sin comorbilidades, con un Carcinoma Ductal Infiltrante de Mama es remitida a la consulta de Oncología para valorar tratamiento adyuvante tras Tumorectomía y Biopsia de Ganglio Centinela. El estudio anatomopatológico muestra que se trata de un tumor de 9 mm, con ausencia de afectación axilar (pT1 pN0), HER2+++ , RE pos, RP neg, Grado 3, Ki67: 25%. ¿Qué estrategia de tratamiento propone como más adecuada en este caso?

- A) Quimioterapia Adyuvante + Trastuzumab durante un año + Terapia Endocrina + Radioterapia.
- B) Terapia Endocrina Adyuvante + Trastuzumab durante un año + Radioterapia.
- C) Quimioterapia Adyuvante + Trastuzumab y pertuzumab durante un año + Terapia Endocrina + Radioterapia.
- D) Terapia Endocrina Adyuvante + Radioterapia.

138 - ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA para una paciente con cáncer de mama metastásico, con Receptores Hormonales Positivos, Her2 negativo, que progresa a una primera línea de tratamiento con Inhibidor de Aromatasa No Esteroideo?

- A) La administración de Fulvestrant en asociación con Alpelisib aumenta la Supervivencia Libre de Progresión en las pacientes con mutaciones en PIK3CA.
- B) La combinación de Fulvestrant + Abemaciclib no aumenta la Supervivencia Global comparado con Fulvestrant en monoterapia.
- C) La combinación de Fulvestrant + Palbociclib es superior a Capecitabina en términos de Tiempo a la Progresión.
- D) Exemestano + Everólimus aumenta el Tiempo a la Progresión comparado con Exemestano en monoterapia.





139 - En el momento actual, ¿cuál de las siguientes opciones de tratamiento NO se considera adecuada en las guías clínicas como terapia adyuvante de pacientes con Melanoma Maligno IIIB/C tras resección completa?

- A) Nivolumab.
- B) Pembrolizumab.
- C) Dabrafenib + Trametinib en caso de presencia de mutaciones en BRAF V600.
- D) Ipilimumab.

140 - ¿Cuál de las siguientes opciones de primera línea de tratamiento le parece menos adecuada en pacientes con Melanoma Maligno Metastásico, con mutación en BRAF V600 que precisan rápida respuesta a tratamiento?

- A) Dabrafenib + Trametinib.
- B) Nivolumab + Ipilimumab.
- C) Vemurafenib + Cobimetinib.
- D) Encorafenib + Binimetinib.

141 - ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación con las mutaciones en BRAF V600 en el Melanoma Maligno?

- A) Se presentan con más frecuencia en pacientes con edad avanzada.
- B) Son más habituales en melanomas de extremidades.
- C) Se asocian a sensibilidad a tratamiento con inhibidores de MEK.
- D) Se asocian a resistencia a inhibidores de BRAF.

142 - Uno de los siguientes NO es un factor de riesgo para el desarrollo de Carcinoma Escamoso de Piel Múltiple. Indíquelo:

- A) Xeroderma Pigmentosum.
- B) Vitíligo.
- C) Albinismo.
- D) Inmunosupresión tras trasplante de órgano sólido.





143 - En pacientes con Carcinoma Cutáneo de Células Basales múltiples, recurrentes, superficiales, en diversos estudios se ha mostrado útil el tratamiento tópico con dos fármacos. SEÑÁLELOS:

- A) Imiquimod y 5FU.
- B) 5FU y Tacrolimus.
- C) Imiquimod y Tacrolimus.
- D) Inteferon y Tacrolimus.

144 - ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del tratamiento con Denosumab en pacientes con metástasis óseas es correcta?

- A) Su mecanismo de acción se basa en la unión a RANKL.
- B) Su administración en pacientes con metástasis óseas se realiza cada 6 meses (dos dosis anuales).
- C) Comparado con Ácido Zoledrónico, presenta una menor tasa de Osteonecrosis Mandibular.
- D) La dosis más adecuada en pacientes con metástasis óseas es de 60 mg por vía subcutánea.

145 - La presencia de Síndrome de Vena Cava Superior en pacientes con Cáncer de Pulmón es más frecuente en:

- A) Carcinoma No Microcítico de tipo Epidermoide.
- B) Carcinoma No Microcítico de tipo Adenocarcinoma.
- C) Carcinoma Microcítico.
- D) Tumor Carcinoide.

146 - En relación con el tratamiento con Eribulina en pacientes con Cáncer de Mama Metastásico, señale la respuesta correcta:

- A) En un ensayo fase III se mostró superior a Capecitabina en pacientes previamente tratadas con antraciclinas y Taxanos (aumento de supervivencia global).
- B) En un ensayo fase III se mostró superior a otros tipos de quimioterapia en Primera Línea de tratamiento en términos de Supervivencia Libre de Progresión.





C) Aumenta la supervivencia global en pacientes pretratadas al menos con Taxanos y Antraciclinas, cuando se compara con otros tipos de quimioterapia (a elección del clínico tratante) o mejor tratamiento de soporte.

D) Aumenta la Supervivencia Libre de Progresión, pero NO la Supervivencia Global comparado con mejor tratamiento de soporte en pacientes politratadas.

147 - Señale la opción falsa. La dosis de radioterapia administrada depende de:

- A) Tipo de tumor y su localización.
- B) El volumen de la enfermedad.
- C) El uso de agentes radiosensibilizantes.
- D) La edad del paciente.

148 - Sobre la quimioterapia neoadyuvante en pacientes con metástasis hepáticas del cáncer colorrectal, señale la falsa:

- A) Permite conocer la quimiosensibilidad de la enfermedad.
- B) La secuencia ideal del tratamiento para las metástasis hepáticas resecables no está claramente definido.
- C) Permite asegurar el tratamiento sistémico sin riesgo de retraso secundario a una potencial morbilidad quirúrgica.
- D) La adyuvancia tras resección de las metástasis hepáticas es un tratamiento estándar.

149 - Acerca del manejo sintomático de la ascitis tumoral, señale la opción falsa:

- A) El agente diurético más comúnmente usado es la espironolactona con rango de dosis de 150 a 450 mg al día.
- B) En cuanto a la paracentesis, estudios randomizados han demostrado diferencias en supervivencia entre pacientes tratados con albúmina frente a otros expansores.
- C) Los riesgos adicionales de la paracentesis incluyen perforación, sangrado, fístula, peritonitis y sepsis.
- D) La paracentesis evacuadora tiene indicación en el manejo paliativo domiciliario.

150 - En la enfermedad metastásica del cáncer colorrectal, señale la falsa





- A) Pembrolizumab o nivolumab, solos o en combinación con ipilimumab, pueden ser una opción en primera línea en casos de dMMR/MSI-H.
- B) Aflibercept se recomienda en segunda línea en combinación con FOLFIRI o irinotecán en progresión a primera línea sin irinotecán.
- C) TAS-102 es un tratamiento válido para pacientes que han progresado a las terapias estándar, bien sea antes o después de regorafenib.
- D) El tratamiento con regorafenib no está indicado en progresión a TAS-102.





PREGUNTAS DE RESERVA DE LA PARTE GENERAL

151 - Según la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la prestación ortoprotésica se encuentra incluida:

- A) En la cartera común básica.
- B) En la cartera común suplementaria.
- C) En la cartera común de servicios accesorios.
- D) En la cartera de servicios complementaria de las Comunidades Autónomas.

PREGUNTAS DE RESERVA DE LA PARTE ESPECÍFICA

152 - En el tratamiento de la Neoplasia Trofoblástica Gestacional de alto riesgo, ¿qué respuesta es correcta?

- A) La neoplasia Gestacional de alto riesgo se define como los estadios II y III de la FIGO con un índice pronóstico mayor o igual a 7 además del estadio IV de la FIGO.
- B) El tratamiento con Metotrexate en monoterapia inicial en esquema de 5 u 8 días, alcanza curaciones entre el 70-90% de los casos.
- C) Los factores asociados con peor pronóstico son la ausencia de respuesta a la primera línea y la existencia de metástasis vaginal y/o pulmonar.
- D) El tratamiento poliquimioterápico con esquemas alternantes EMA/CO o EMA/EP, tienen un uso limitado por su alta toxicidad y se consideran indicados como rescate tras fallo al tratamiento de primera línea.

153 - La necesidad de implementar la caracterización molecular que guie la elección de una terapia oncológica determinada, ha implicado el diseño de nuevos tipos de ensayos clínicos en la oncología de precisión. Señale la respuesta correcta:

- A) Los ensayos “umbrela” son estudios de histología agnóstica, enfocados a una variedad de tumores que portan una mutación genética específica, usando un único agente diana por mutación.
- B) Los ensayos “basket” basados en la enfermedad, utilizan múltiples agentes terapéuticos diana en el mismo tipo de tumor que portan mutaciones diferentes. Pueden ser randomizados o no randomizados.





C) Los estudios “basket” de histología independiente utilizan múltiples agentes terapéuticos diana en una variedad de tumores que portan mutaciones diferentes.

D) En los estudios de “respondedores excepcionales”, en un paciente con cualquier tipo de tumor que tiene un inusual beneficio clínico, la caracterización de esos tumores puede definir una firma molecular cuyo poder predictivo puede ser testado a posteriori en un ensayo clínico para esa determinada población.

154 - ¿Cuál de los siguientes parámetros o características forman parte de la herramienta “Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia (CISNE)”, utilizada para la predicción de complicaciones en pacientes con neutropenia febril?

A) Enfermedad cardiovascular crónica.

B) Diabetes mellitus.

C) Hipercalcemia.

D) Trombopenia < 100.000.

155 - Señale la falsa:

A) Estudios clínicos indican que la composición de la microbiota intestinal modula la respuesta a la inmunoterapia.

B) La administración de probióticos que contienen *Lactobacillus acidophilus* a pacientes con cáncer, puede mejorar la efectividad de terapias como el cisplatino y la radioterapia.

C) Una de las aplicaciones del tratamiento con bacterias como terapias anticáncer es el uso del bacilo Calmette Guérin en el cáncer de vejiga superficial.

D) El cáncer de vesícula biliar no se relaciona con la disbiosis de la microbiota intestinal.

156 - Respecto del Timoma es verdad:

A) Los timomas solo metastatizan en pulmón y/o pleura.

B) La actual estadificación vigente del timoma es la de Masaoka de 1981.

C) La miastenia gravis se asocia al timoma en menos del 20% de los casos.

D) Todos los timomas son malignos.





157 - Respecto de las mutaciones conductoras de Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), es verdad:

- A) La mutación D842V de PDGFRA es resistente a Imatinib.
- B) La mutación KIT exón 11 es poco sensible a Imatinib.
- C) La mutación KIT exón 9 es muy sensible a Imatinib.
- D) La inactivación de Succinato deshidrogenasa (SDH) es frecuente en GIST.

158 - El tratamiento recomendado de Sarcoma de partes blandas de extremidades, estadio II (T1N0M0 G2-3), es:

- A) Resección radical (R0) más Radioterapia pre o postoperatoria.
- B) Resección radical (R0) sola.
- C) Resección radical (R0) más Radioterapia postoperatoria más Quimioterapia adyuvante.
- D) Resección radical (R0) más Quimioterapia adyuvante.

159 - Con respecto al estudio FLOT-4 en el tratamiento perioperatorio del cáncer gástrico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- A) El esquema FLOT es inferior en tasa de respuesta completas patológicas frente al esquema ECF.
- B) El esquema FLOT es superior en supervivencia global frente al esquema ECF.
- C) El esquema FLOT mostró mayor porcentaje de efectos adversos g3-4 que el esquema ECF.
- D) El esquema FLOT es de elección en pacientes con ECOG 2.

160 - Con respecto a la primera línea de tratamiento del cáncer gástrico metastásico HER-2 positivo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- A) El tratamiento de elección es la combinación de Fluoropirimidina y Cisplatino con Ramucirumab.
- B) El tratamiento de elección es la combinación de Fluoropirimidina y Cisplatino con Pertuzumab.





C) El estudio ToGA mostró aumento en supervivencia global con la asociación de Trastuzumab a Cisplatino y Fluoropirimidina.

D) En el estudio ToGA los pacientes con HER-2 IHQ 1+, mostraron mayor beneficio con la asociación de Trastuzumab que aquellos IHQ3+.

161 - ¿En qué tumores, las mutaciones oncogénicas en MET fueron primeramente identificadas?

- A) Cáncer de pulmón.
- B) Melanoma.
- C) Cáncer Renal.
- D) Cáncer de Tiroides.

162 - ¿Cuál de estos fármacos NO es un antiandrógeno de 2ª generación?

- A) Apalutamida.
- B) Bicalutamida.
- C) Darulotamida.
- D) Enzalutamida.

163 - Una de las siguientes afirmaciones en relación al estudio fase III "TNT", realizado en pacientes con cáncer de mama metastásico Triple Negativo, es FALSA, señálela:

- A) En el grupo global de pacientes, Carboplatino obtuvo una tasa de respuestas objetivas superior a Docetaxel.
- B) En el grupo global, la Supervivencia Libre de Progresión fue comparable con Carboplatino y Docetaxel.
- C) En las pacientes con mutación germinal de BRCA la tasa de respuestas fue superior para Carboplatino.
- D) En las pacientes con mutación germinal de BRCA la Supervivencia Libre de Progresión fue superior para Carboplatino.

164 - En pacientes premenopáusicas con Cáncer de Mama y Receptores Hormonales Positivos, la administración de Tamoxifeno Adyuvante durante más de cinco años de tratamiento (estudios ATLAS y ATTOM) ha demostrado que:





- A) Existe una reducción del riesgo de recidiva en el tratamiento prolongado cuando se compara con el estándar de cinco años.
- B) No existen diferencias en supervivencia libre de enfermedad ni en supervivencia global cuando se prolonga tamoxifeno más de cinco años.
- C) El uso prolongado de Tamoxifeno incrementa la mortalidad por causas no relacionadas con el cáncer de mama cuando se prolonga más de cinco años.
- D) El uso de Tamoxifeno durante más de cinco años se relaciona con más probabilidad de fracturas y otros eventos esqueléticos.

165 - Acerca del carcinoma de canal anal, señale la falsa:

- A) Las tasas de recaída locorregional tras tratamiento radical con QT/RDT se sitúan entre el 10% y el 30%.
- B) El tratamiento de elección tras la recaída locorregional es la cirugía de rescate con intención radical.
- C) Las lesiones perianales pequeñas, bien diferenciadas y superficiales, pueden ser tratadas con una escisión local con márgenes negativos.
- D) En la recaída locorregional tras tratamiento con QT/RDT la opción terapéutica es siempre paliativa.

