

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: LIBRE

**CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA INMUNOLOGÍA**

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla.**
- **El tiempo de duración de las dos pruebas es de tres horas.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. **PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.**
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba teórica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba práctica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

**CONTINÚA EN LA
CONTRAPORTADA**

-
- 1 El derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral son los derechos más básicos y primarios de todos los reconocidos en nuestra Constitución Española de 1978, en la medida en que la afirmación de los demás solo tiene sentido a partir del reconocimiento de éstos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referida a este tema es cierta?**
- A) La Constitución Española (CE) de 1978 reconoce este derecho fundamental en su artículo 13.
 - B) La CE establece la abolición, en cualquier circunstancia o situación, de la pena de muerte.
 - C) La CE establece que nadie, en ningún caso, pueda ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.
 - D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- 2 ¿Qué artículo del Estatuto de Autonomía para Andalucía señala que "corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios"?**
- A) Artículo 53.
 - B) Artículo 54.
 - C) Artículo 55.
 - D) Artículo 56.
- 3 La Ley 2/1998, de Salud de Andalucía establece, en su artículo 30, que las líneas directivas y de planificación de actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar la finalidad expresada en el objeto de dicha ley constituirán el Plan Andaluz de Salud, que será el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía. Así mismo establece que la vigencia será fijada en el propio plan. En la actualidad, el plan vigente es el IV, que estaba diseñado para el periodo 2013-2020, por lo que el pasado 16 de mayo de 2023, el Consejo de Gobierno firmó un Acuerdo por el que se aprueba la formulación de:**
- A) El V Plan Andaluz de Salud.
 - B) La Estrategia de Salud de Andalucía 2030.
 - C) El Plan Estratégico de Salud 2023-2028.
 - D) Ninguna de las anteriores es cierta.

- 4 Las llamadas Precauciones Estándar en la prevención frente al riesgo biológico establecen, entre otras premisas, que toda sangre humana o fluido biológico así como cualquier material que pueda transmitir infección debe considerarse infeccioso. En este sentido, ¿cuál es la medida preventiva más importante para reducir los riesgos de transmisión de agentes biológicos en nuestro ámbito laboral?**
- A) El uso de guantes.
 - B) El uso de máscaras y protectores faciales y oculares.
 - C) La eliminación de residuos.
 - D) El lavado de manos.
- 5 ¿A qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita la Escuela Andaluza de Salud Pública, según establece el Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo?**
- A) Secretaria General de Salud Pública e I+D+i en Salud.
 - B) Viceconsejería.
 - C) Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
 - D) Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.
- 6 Las Comisiones Hospitalarias constituyen uno de los pilares más importantes de la Política de Calidad de los centros sanitarios, constituyéndose como órganos colegiados de asesoramiento técnico a la Dirección del Hospital. ¿Por qué norma legal están reguladas las Comisiones Clínicas y otros órganos colegiados de participación y asesoramiento?**
- A) Por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
 - B) Por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
 - C) Por el RD 328/2004, de 11 de noviembre, por el que se regulan las Comisiones de Calidad en los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
 - D) Por el RD 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- 7 El vigente Contrato Programa 2023 del SAS con sus centros (Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células) establece tres perspectivas prioritarias, de forma que todos los objetivos se orienten hacia: (señale la FALSA)**
- A) El desarrollo de los profesionales.
 - B) Garantizar la accesibilidad.
 - C) Una asistencia humanizada.
 - D) La eficiencia.

8 Según se recoge en la Exposición de Motivos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, "El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones". Por otra parte (sigue el texto legal), en nuestra organización política solo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, y de ahí el objeto y ámbito de aplicación de esta Ley 44/2003. ¿Qué establece esta norma legal regulatoria de las profesiones sanitarias en nuestro país?

A) Esta ley regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia, dejando en manos de la Administración Sanitaria la regulación de las mismas en el ejercicio por cuenta ajena y en los servicios sanitarios públicos.

B) A efectos de esta Ley son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos.

C) La Ley establece en su artículo 2, tres grupos de profesiones sanitarias tituladas: de nivel licenciado, de nivel diplomado y de nivel de formación profesional.

D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

9 La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública es el deber que tiene la Administración de indemnizar a un sujeto cuando, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, causa una lesión o daño que el sujeto afectado no está jurídicamente obligado a soportar. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este tema es cierta?

A) Los procedimientos de responsabilidad patrimonial solo podrán iniciarse a solicitud de la persona interesada.

B) El medio de presentación dependerá de lo que establezca la normativa que regule este procedimiento: si el procedimiento es exclusivamente telemático, no podrá presentar la solicitud en una oficina de asistencia en materia de registros.

C) El plazo máximo que tiene la Administración para la Resolución/Notificación es de 2 meses tras la presentación de la solicitud.

D) En el caso de reclamaciones patrimoniales interpuestas por los ciudadanos ante el Servicio Andaluz de Salud (SAS), el órgano responsable de la tramitación de las mismas es la Dirección General de Gestión Económica y Servicios del SAS.

- 10 A la hora de evaluar la relación entre dos variables cuantitativas continuas, es cierto que:**
- A) Siempre es una buena idea examinar la relación entre las variables con una gráfica de dispersión.
 - B) Un coeficiente de correlación mide el grado en que dos variables tienden a cambiar al mismo tiempo, describiendo la fuerza de la asociación pero no la dirección de la relación.
 - C) La correlación de Pearson evalúa la relación logarítmica entre dos variables continuas.
 - D) La correlación de Spearman evalúa la relación lineal entre dos variables continuas.
- 11 Un estudio de investigación ha llevado a cabo un seguimiento de una gran muestra (multicéntrica y multinacional) de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico, para evaluar la supervivencia global en función del primer tratamiento oncológico recibido. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes sobre este estudio clínico es correcta?**
- A) Es un diseño clásico de casos y controles.
 - B) El análisis de supervivencia a usar será el método de Kaplan-Meier, al ser una muestra tan grande.
 - C) La estimación del riesgo será un hazard ratio (HR).
 - D) Este estudio no podría diseñarse como una cohorte retrospectiva o histórica, porque no podría determinarse con seguridad el evento o desenlace (muerte).
- 12 UpToDate está disponible para todos los profesionales del SNS, y es probablemente el recurso de información para la práctica clínica más usado en el mundo, considerándose un estándar para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. En la pirámide de Haynes, que clasifica las fuentes que debemos utilizar para encontrar las mejores evidencias en función de su relevancia, y establece una jerarquía de niveles en los que se encuentran las diferentes formas de presentar la información biomédica, ¿dónde se encuadraría el recurso UpToDate?**
- A) Nivel de Síntesis (revisiones sistemáticas)
 - B) Nivel de Sumarios (textos basados en la evidencia).
 - C) Nivel de Sinopsis (resúmenes basados en la evidencia).
 - D) Nivel de Sistemas (herramientas para la toma de decisiones basadas en la evidencia).
- 13 Marc Lalonde, en 1974 y siendo Ministro de Sanidad de Canadá, enunció un modelo que ha tenido una gran influencia en los últimos años, y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores. ¿Cuál de los siguientes factores determinantes de la salud, NO está contemplado en el Informe Lalonde como uno de estos cuatro?**
- A) Biología humana.
 - B) Atención sanitaria y organización de los sistemas de salud.
 - C) Medio ambiente.
 - D) Nivel socioeconómico.

- 14** Tras la aprobación de un nuevo medicamento por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y su comercialización y financiación pública en nuestro país, usted quiere llevar a cabo un estudio de investigación para evaluar la efectividad y seguridad de dicho fármaco en una población de pacientes en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo escrupulosamente las indicaciones aprobadas en su ficha técnica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas a este estudio de investigación es correcta?
- A) Es un ensayo clínico en fase IV (postcomercialización), y le será de aplicación el Real Decreto 1090/2015.
 - B) Es un estudio cuasiexperimental con medicamentos, tipo antes/después, y requiere aprobación por la AEMPS.
 - C) Es un estudio observacional con medicamentos, y le será de aplicación el Real Decreto 957/2020.
 - D) Es un estudio de vida real (o Real World Evidence, en inglés) y no requiere aprobación por un Comité de Ética de Investigación, al tratarse de práctica clínica habitual.
- 15** Los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) que se han ido priorizando en el SSPA son aquellos que representan la mayor parte de las patologías que se atienden en los centros sanitarios de nuestra Comunidad (como Cefaleas, Demencias, Anemias, Asma infantil, Insuficiencia cardiaca, etc.), hasta un total de 41 contenidos en los llamados Mapa 1 y Mapa 2. Indique en qué tipo o grupo de procesos incluiría estos Procesos Clínico-Asistenciales:
- A) Procesos operativos.
 - B) Procesos estratégicos.
 - C) Procesos de soporte.
 - D) Procesos de salud pública.
- 16** Los inflamomas que contienen detectores ALR (AIM2-like receptors) se activan ante la presencia en el citosol de:
- A) Flagelina.
 - B) ARN vírico.
 - C) LPS bacteriano.
 - D) ADN de doble cadena.
- 17** En la inmunodeficiencia causada por mutaciones en el gen de la cadena gamma común de receptores de interleukinas (gen IL2RG), NO resulta afectada la señalización de la:
- A) Interleukina 4 (IL-4).
 - B) Interleukina 6 (IL-6).
 - C) Interleukina 7 (IL-7).
 - D) Interleukina 9 (IL-9).

18 La proteína MyD88:

- A) Interviene en la transducción de señales provenientes de los TLR (toll-like receptors).
- B) Es un receptor de patrones moleculares asociados a patógenos.
- C) Es un factor transcripción que activa la transcripción de genes implicados en inflamación.
- D) Es una proteína adaptadora que interviene en el ensamblaje del inflamasoma.

19 Los linfocitos T citolíticos naturales (linfocitos NKT):

- A) No expresan el receptor de antígenos TCR.
- B) Expresan el receptor TCR gamma-delta.
- C) Expresan la molécula presentadora de antígenos CD1.
- D) Reconocen antígenos glucolipídicos.

20 La subclase 4 de la inmunoglobulina G (IgG4):

- A) Es la subclase más abundante, representando el 40% de la IgG total en suero.
- B) Activa eficazmente la vía clásica del complemento.
- C) Origina anticuerpos biespecíficos, capaces de reconocer dos antígenos diferentes.
- D) Es la subclase de IgG predominante en la respuesta a antígenos polisacáridos.

21 ¿Cuál es una de las principales funciones de los macrófagos M2 o macrófagos activados alternativamente?

- A) Inducir la cicatrización de los tejidos tras diversos tipos de lesión tisular.
- B) Estimular la respuesta inflamatoria.
- C) Fagocitar y destruir los microorganismos patógenos.
- D) Ejercer una acción citotóxica contra los parásitos helmintos.

22 La activación de los macrófagos por los linfocitos Th1 se produce mediante la secreción de la citosina:

- A) Interferón beta (IFN- β).
- B) Interferón gamma (IFN- γ).
- C) Factor de crecimiento transformador beta (TFG- β).
- D) Interleucina 10 (IL-10).

23 Considerando a las células presentadoras de antígeno (CPAs) profesionales, como aquellas que expresan moléculas MHC clase II de manera constitutiva, y que son capaces de captar, procesar y presentar los antígenos proteicos a los linfocitos T CD4+, ¿cuál de los siguientes tipos celulares no son CPAs profesionales en humanos?

- A) Linfocitos B.
- B) Neutrófilos.
- C) Macrófagos.
- D) Células endoteliales vasculares.

- 24 En un 5% de los pacientes con neumonía grave por SARS-CoV2, se han detectado errores congénitos de la inmunidad que afectan:**
- A) A la inmunidad mediada por los interferones tipo 1.
 - B) A la expresión de moléculas HLA clase II.
 - C) A la inmunidad mediada por el eje interleukina 12 / interferón gamma.
 - D) A la síntesis de los factores del complemento.
- 25 En la activación del complemento, ¿cuál es la C3-convertasa de la vía de la lectina?**
- A) C3bBb.
 - B) C4b2a.
 - C) C4b2aC3b.
 - D) Proteínas MASP.
- 26 ¿Qué genes están implicados en la inmunodeficiencia causada por defectos en la expresión de MHC clase I?**
- A) TAP1, TAP2, TAPBP.
 - B) CD45, CD3D, CD3E, STIM1.
 - C) CIITA, RFXANK, RFX5, RFXAP.
 - D) AID, UNG, CD40, CD40L.
- 27 ¿En qué inmunodeficiencia primaria, el trasplante de progenitores hematopoyéticos NO es una indicación totalmente establecida?**
- A) Síndrome hiper IgE autosómico dominante (STAT3).
 - B) Enfermedad granulomatosa crónica.
 - C) Síndrome de Wiskott-Aldrich.
 - D) Enfermedad linfoproliferativa ligada a X (XLP1 y XLP2).
- 28 El tratamiento de las inmnodeficiencias primarias (IDP) mediante terapia génica:**
- A) Está disponible para la mayoría de las IDP.
 - B) Se encuentra aún en fase experimental, actualmente no es una opción para ninguna IDP.
 - C) Actualmente existe terapia génica reglada para solo tres IDP.
 - D) Todas las inmunodeficiencias combinadas graves pueden tratarse con terapia génica.
- 29 La deficiencia de TLR7 causa susceptibilidad a sufrir:**
- A) Candidiasis mucocutánea.
 - B) Infecciones por micobacterias.
 - C) Infección grave por COVID-19.
 - D) Infección severa por VZV.
- 30 Mutaciones en el gen CTLA4 causan inmunodeficiencia al resultar directamente afectada la función:**
- A) De los macrófagos.
 - B) De los linfocitos T reguladores.
 - C) De los linfocitos T citotóxicos.
 - D) De los linfocitos B y las células plasmáticas.

- 31 La deficiencia de cadena ligera kappa de las inmunoglobulinas (gen IGKC):**
- A) Produce agammaglobulinemia autosómica recesiva.
 - B) Produce síndrome hiper IgM.
 - C) Da clínica de inmunodeficiencia común variable.
 - D) Es asintomática.
- 32 El elevado polimorfismo de las moléculas del complejo principal de histocompatibilidad (MHC), se debe a:**
- A) Procesos de recombinación génica.
 - B) Hipermutación somática.
 - C) Mecanismos epigenéticos de regulación génica.
 - D) Herencia de diferentes secuencias de ADN.
- 33 En el adulto, los precursores de los linfocitos T se originan en:**
- A) El timo.
 - B) El bazo.
 - C) La médula ósea.
 - D) El hígado.
- 34 En un recién nacido a término, la cuantificación de las inmunoglobulinas séricas mediante nefelometría es la siguiente: IgG 1.500 mg/dL, IgM 20 mg/dL, IgA indetectable. A la vista de estos resultados:**
- A) El diagnóstico es deficiencia selectiva de IgA.
 - B) Se debe investigar la causa de los niveles de IgG tan elevados.
 - C) Son valores normales para su edad.
 - D) Se debería investigar la posibilidad de un síndrome hiper IgM.
- 35 Una molécula de bajo peso molecular, incapaz de inducir la formación de anticuerpos por sí misma, pero sí cuando se une a una proteína, se denomina:**
- A) Adyuvante.
 - B) Superantígeno.
 - C) Epítipo.
 - D) Hapteno.
- 36 Las inmunodeficiencias primarias por deficiencia de anticuerpos, se manifiestan principalmente por infecciones recurrentes causadas por:**
- A) Bacterias intracelulares.
 - B) Patógenos oportunistas.
 - C) Microorganismos catalasa positivos.
 - D) Bacterias capsuladas.
- 37 Evolutivamente, el sistema inmune adaptativo hace su aparición con:**
- A) El surgimiento de los primeros organismos pluricelulares.
 - B) La aparición de los animales invertebrados.
 - C) La aparición de los animales vertebrados.
 - D) La evolución de los mamíferos.

- 38 Actualmente, en los países desarrollados, la principal causa no farmacológica de inmunodeficiencia secundaria es:**
- A) La malignidad hematológica.
 - B) La diabetes.
 - C) La infección por VIH.
 - D) Las enfermedades cardiovasculares.
- 39 La definición actual de las inmunodeficiencias primarias, o errores congénitos de la inmunidad:**
- A) No incluye las enfermedades autoinflamatorias.
 - B) Solo incluye entidades en las que las infecciones recurrentes son la principal o única manifestación.
 - C) Incluye entidades en las que la desregulación inmunológica y la autoinmunidad pueden ser la única manifestación.
 - D) Excluye los defectos que implican solo a células no hematopoyéticas.
- 40 Actualmente, y a nivel global, entre las tres principales causas de inmunodeficiencia secundaria en el mundo, NO se encuentra:**
- A) La malaria.
 - B) La infección por VIH.
 - C) Los tratamientos con inmunosupresores.
 - D) La malnutrición.
- 41 Los órganos linfoides primarios son:**
- A) La médula ósea.
 - B) La médula ósea y el timo.
 - C) La médula ósea y el bazo.
 - D) El timo y los ganglios linfáticos.
- 42 En el hemograma de un niño de 6 meses de edad, el conteo de linfocitos totales es de 9.000 células por microlitro. El estudio de las subpoblaciones linfocitarias muestra los siguientes porcentajes: CD3 70%, CD19 20%, CD56 10%. Diría que:**
- A) Los resultados constituyen un signo de alarma de inmunodeficiencia primaria.
 - B) Son valores normales para su edad.
 - C) Los resultados hacen sospechar un proceso linfoproliferativo crónico B.
 - D) Después de estos resultados se debe realizar la cuantificación de TRECS.
- 43 Sobre la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos, señale el enunciado correcto:**
- A) Requiere la intervención de los factores del complemento.
 - B) Los linfocitos B ejercen una acción citotóxica directa sobre la célula diana.
 - C) El reconocimiento de la célula diana se produce a través de receptores para el Fc.
 - D) Los anticuerpos penetran en la célula diana e inducen la apoptosis.

- 44 ¿Cuál es el tratamiento inicial recomendado de la polimialgia reumática?**
- A) Corticoides a dosis medias en la fase aguda y, posteriormente dosis bajas de mantenimiento durante un periodo más largo.
 - B) Bolos de esteroides durante 3 días, y posteriormente dosis elevadas de mantenimiento.
 - C) Dosis bajas de Metotrexato y Leflunomida.
 - D) Bolos de esteroides durante 3 días, y posteriormente dosis bajas de Metotrexato y Leflunomida de mantenimiento.
- 45 Paciente de 62 años, que consulta por haber estado en contacto cercano en las últimas semanas con una persona con una tuberculosis activa. El Mantoux es positivo (12 mm). Entre sus antecedentes destaca estar en tratamiento con anticoagulantes orales (Acenocumarol) por una trombosis venosa profunda hace unos meses. No refiere fiebre ni tos, y se encuentra asintomático. La Rx de tórax es normal. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más recomendable?**
- A) Isoniacida y Rifapentina durante tres meses.
 - B) Isoniacida y Rifampicina durante tres meses.
 - C) Isoniacida durante nueve meses.
 - D) Rifampicina durante cuatro meses.
- 46 ¿Cuál de las siguientes opciones se recomienda, como tratamiento temprano a demanda, contra los ataques de angioedema hereditario?**
- A) Lanadelumab.
 - B) Berotralstat.
 - C) Antifibrinolíticos.
 - D) Icatibant.
- 47 Mujer de 26 años, diagnosticada de lupus eritematoso sistémico, en tratamiento con Hidroxicloroquina, que consulta por sensación de debilidad generalizada que se ha instaurado progresivamente en los últimos 15 días. En la exploración física se aprecia palidez cutánea y en la analítica destaca Hb 7,4 gr/dL, Hcto 31 %, VCM 108. ¿Cuál de las siguientes determinaciones será más útil para decidir la actuación?**
- A) Haptoglobina.
 - B) Test de Coombs.
 - C) Vitamina B12.
 - D) Anticuerpos Antinucleares.
- 48 ¿Cuál de los siguientes alimentos se podría considerar con menos riesgo de transmitir anisakis?**
- A) Merluza.
 - B) Bonito.
 - C) Boquerón.
 - D) Mejillones.

- 49 Para considerar que una anafilaxia refractaria es muy probable, se necesita que se cumplan 2 criterios: Uno es presencia de anafilaxia después de la dosificación adecuada de epinefrina y el tratamiento médico dirigido por los síntomas (p. ej., bolo de líquido intravenoso para la hipotensión). ¿Cuál sería el segundo criterio?**
- A) Los síntomas iniciales no se han resuelto tras 2 dosis de epinefrina.
 - B) Los síntomas cardiovasculares se acentúan hasta provocar fibrilación ventricular.
 - C) La reacción inicial debe tratarse con 3 ó más dosis apropiadas de epinefrina (o el inicio de una infusión intravenosa de epinefrina).
 - D) Tras 3 bolos de corticoides ajustados al peso del paciente, no se soluciona el cuadro.
- 50 NCAPG es considerado como potencial marcador resistencia a Trastuzumab a través de la vía de señalización:**
- A) JAK/STAT3.
 - B) IRS-1/ErbB/PI3K/AKT.
 - C) Hippo/YAP1/TEAD.
 - D) Jagged-1/Notch-1.
- 51 De los siguientes, ¿cuál es un gen de alta penetrancia, que está relacionado con la susceptibilidad hereditaria de cáncer de mama?**
- A) BRCA1.
 - B) ATM.
 - C) PALB2.
 - D) CHEK2.
- 52 ¿A qué CD corresponde PD-L1?**
- A) CD274.
 - B) CD64.
 - C) CD321.
 - D) CD279.
- 53 ¿A qué CD corresponde PD1?**
- A) CD274.
 - B) CD64.
 - C) CD321.
 - D) CD279.
- 54 El proceso de inmunoección del cáncer, se refiere a la interacción cooperativa entre las células tumorales y el sistema inmunológico, que involucra las siguientes fases. Indicar la más correcta:**
- A) Edición tumoral, edición inmune y solapamiento.
 - B) Eliminación, equilibrio y escape.
 - C) Activación TIL, mutación neoantígenos y solapamiento.
 - D) Selección clonal, emigración de linfocitos específicos e internamiento de neoantígenos.

- 55 Señalar la INCORRECTA, en relación al Síndrome de Stevens–Johnson:**
- A) La erupción típicamente comienza como máculas eritematosas con centros purpúricos y bordes mal definidos.
 - B) Las lesiones se presentan primero en ambos codos y rodillas, antes de extenderse a otras áreas.
 - C) La distribución es simétrica, y suele respetar el cuero cabelludo, las palmas de las manos y las plantas de los pies.
 - D) Con el tiempo, a veces en cuestión de horas, se forman vesículas y ampollas, y luego la piel comienza a desprenderse.
- 56 En el diagnóstico de un proceso linfoproliferativo es fundamental el estudio molecular y del inmunofenotipo. La detección de la translocación 11:14 con afectación de la ciclina D1, es característica de un:**
- A) Linfoma del manto.
 - B) Linfoma folicular.
 - C) Linfoma de la zona marginal.
 - D) Linfoma linfoblástico.
- 57 En las infecciones leves a moderadas más prevalentes, para tratar una infección en un niño alérgico a la penicilina, de los siguientes antibióticos a los que el germen es sensible según el antibiograma, ¿cuál utilizaría?**
- A) Claritromicina.
 - B) Norfloxacino.
 - C) Imipenem.
 - D) Ceftriaxona.
- 58 En caso de que haya manifestaciones clínicas, ¿cuál es la forma clínica más frecuente de primoinfección por el virus del herpes simple tipo 1 en lactantes y niños pequeños?**
- A) Meningitis.
 - B) Genital.
 - C) Neumonía.
 - D) Gingivoestomatitis y faringitis.
- 59 ¿Cuál de las siguientes vacunas NO está recomendada, previamente a una esplenectomía electiva, en un adulto?**
- A) Vacuna antineumococo PPV 23.
 - B) Vacuna antimeningocócica C.
 - C) Vacuna antihaemophilus influenza B.
 - D) Vacuna antitetánica.
- 60 ¿Cuál de los siguientes tipos de vacunas contra la COVID-19, tiene la tasa de incidencia más baja de reacciones y dolor en el lugar de inyección?**
- A) Vacunas de ARN mensajero.
 - B) Vacunas con vector adenovírico.
 - C) Vacunas con virus inactivado.
 - D) Todas tienen la misma tasa de reacciones y dolor en el lugar de la inyección.

- 61 La reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS en inglés), es un ejemplo de reacción de hipersensibilidad de tipo:**
- A) Tipo I.
 - B) Tipo II.
 - C) Tipo III.
 - D) Tipo IV.
- 62 En relación a la interleukina 33 (IL-33), indique la afirmación FALSA:**
- A) Es un miembro de la familia de IL-1.
 - B) Juega un papel crucial en la homeostasis.
 - C) La vía IL-33/ST2 sólo es importante en la inflamación alérgica, y no participa en la no alérgica.
 - D) activa vías de señalización dependientes de Myd88 en células que expresan el receptor ST2 (IL-1RL1)
- 63 ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes de la alergia a medicamentos?**
- A) Dermatológicas.
 - B) Respiratorias.
 - C) Digestivas.
 - D) Urinarias.
- 64 La anemia hemolítica autoinmune es un ejemplo de hipersensibilidad tipo:**
- A) Tipo I.
 - B) Tipo II.
 - C) Tipo III.
 - D) Tipo IV.
- 65 La desgranulación de mastocitos y basófilos conduce a la liberación de mediadores, que orquestan las diversas manifestaciones sistémicas que definen la anafilaxia. Dichos mediadores incluyen los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Histamina.
 - B) Cisteinil leucotrienos (CysLT).
 - C) Anafilatoxinas.
 - D) Factor activador de neutrófilos.

- 66 En relación a la búsqueda de un donante no relacionado de médula ósea o sangre periférica: de no localizarse un donante no emparentado ideal, cuando el tratamiento del paciente así lo requiera, se considerará donante no emparentado aceptable para efectuar el TPH-DnE, el que presente al menos:**
- A) Una única diferencia HLA en cualquier locus (donante 9/10 por alta resolución), o dos diferencias HLA (donante 8/10 por alta resolución), siempre que una de ellas, o ambas, recaigan en el DQB1.
 - B) Tres diferencias HLA, siendo una obligatoriamente en DQB1 locus (donante 7/10 por alta resolución).
 - C) Una única diferencia HLA por baja resolución en cualquier locus (donante 9/10 por baja resolución), o dos diferencias HLA por baja resolución (donante 8/10 por baja resolución), siempre que una de ellas, o ambas, recaigan en el DQB1.
 - D) Una única diferencia HLA por alta resolución, considerando tan solo los loci A, B y DRB1 (donante 5/6 por alta resolución).
- 67 En relación al control de contaminación ("wipe test"), todas las siguientes medidas son requeridas por estándares EFI, EXCEPTO una:**
- A) Descripción escrita de cómo eliminar una contaminación.
 - B) Si existe una contaminación, medidas tomadas para prevenir futuras contaminaciones.
 - C) Si existe una contaminación, evidencia de eliminación de la contaminación.
 - D) Comunicación al Comisionado EFI al detectarse cada contaminación, y posteriormente enviar las evidencias de haber solucionado el problema.
- 68 El microambiente tumoral es un sistema complejo compuesto por células cancerosas, células del estroma y células inmunitarias. Las células T reguladoras (Tregs) en el microambiente tumoral, pueden impedir la vigilancia inmunitaria de los tumores y suprimir las respuestas inmunitarias antitumorales. ¿Cuál es el principal marcador de Tregs, y que domina su función?**
- A) El factor de transcripción forkhead box protein 3 (FOXP3).
 - B) CD274.
 - C) CD279.
 - D) Contactina.
- 69 ¿Para cuál de los siguientes anticuerpos monoclonales, su diana es CTLA-4?**
- A) Cetuximab.
 - B) Nivolumab.
 - C) Ipilimumab.
 - D) Atezolizumab.
- 70 En relación a la Inmunoterapia adoptiva a través de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T), indique la correcta:**
- A) La primera generación consta de motivos CD28 ó 4-1BB.
 - B) La segunda generación contiene motivos tanto CD28 como 4-1BB.
 - C) La cuarta generación contiene genes que codifican IL-12 ó IL-18.
 - D) La quinta generación no contiene el receptor de IL-2.

- 71 En relación a la búsqueda de un donante no relacionado de médula ósea o sangre periférica: en la búsqueda en REDMO de donante no emparentado, se considera ideal aquel que presenta el siguiente requerimiento:**
- A) Presenta los mismos alelos HLA en alta resolución que el paciente en los loci A, B, C, DRB1 y DQB1 (donante con 10/10 identidades por técnicas de alta resolución). Es recomendable el estudio de los alelos DPB1 para valorar si, en caso de disponer de varios donantes, alguno de ellos tuviera un DPB1 idéntico o un “mismatch permisivo”, en cuyo caso sería el donante de elección.
 - B) Presenta los mismos alelos HLA en baja resolución que el paciente en los loci A, B, C, DRB1 y DQB1 (donante con 10/10 identidades por técnicas de baja resolución). Es recomendable el estudio de los alelos DPB1 para valorar si, en caso de disponer de varios donantes, alguno de ellos tuviera un DPB1 idéntico o un “mismatch permisivo”, en cuyo caso sería el donante de elección.
 - C) Presenta los mismos alelos HLA en alta resolución que el paciente en los loci A, B y DRB1 (donante con 6/6 identidades por técnicas de alta resolución). Es recomendable el estudio de los alelos C, DQB1 y DPB1 para elegir, en caso de disponer de varios donantes, el más compatible.
 - D) Presenta los mismos alelos HLA en alta resolución que el paciente en los loci A, B, C y DRB1 (donante con 8/8 identidades por técnicas de alta resolución). Es recomendable el estudio de los alelos DRB3/4/5, DQB1 y DPB1 para elegir, en caso de disponer de varios donantes, el más compatible.
- 72 De acuerdo con los resultados de un metanálisis reciente, el Metotrexato fue el fármaco de elección de primera línea más eficaz en algunas de las siguientes enfermedades, EXCEPTO en:**
- A) La artritis reumatoide.
 - B) La psoriasis moderada o extensa.
 - C) La artritis idiopática juvenil.
 - D) La enfermedad de Crohn moderada o intensa.
- 73 En un paciente con encefalitis límbica por anticuerpos anti-receptor de ácido aminobutírico (GABA), ¿qué síndrome paraneoplásico asociado es más probable?**
- A) Linfoma de Hodgkin.
 - B) Cáncer microcítico de pulmón.
 - C) Linfoma no Hodgkin.
 - D) Timoma.
- 74 El síndrome miástenico de Lambert-Eaton, se asocia a anticuerpos anti:**
- A) Receptor de acetilcolina muscular.
 - B) Canales de potasio dependientes del voltaje.
 - C) Canales de calcio dependientes del voltaje.
 - D) Tirosín quinasa muscular.

75 Los anticuerpos anti-Hu (ANNA-1):

- A) Son onconeuronales de superficie, y se asocian a neuroblastoma.
- B) Son onconeuronales de superficie, y se asocian a timoma.
- C) Son onconeuronales intracelulares, y se asocian a neuroblastoma.
- D) Son onconeuronales intracelulares, y se asocian a timoma.

76 Según la clasificación de la International Union of Immunological Societies (IUS) 2017, el síndrome de Aicardi-Goutieres1 (AGS1) es la deficiencia de:

- A) RNASEH2A.
- B) RNASEH2B.
- C) RNASEH2C.
- D) TREX1.

77 La diana de los anti-LGI1 es:

- A) Citoplasmática.
- B) Nuclear.
- C) Nucleolar.
- D) Todas son falsas.

78 Señale el tratamiento de elección en la crisis renal esclerodérmica:

- A) Corticoides.
- B) Anti-C5.
- C) Anti PD-1.
- D) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

79 De los siguientes alelos HLA, señale el que codifica una molécula DRB1 con el "epitopo compartido" que se asocia a la artritis reumatoide:

- A) DRB1*13:02
- B) DRB1*14:02
- C) DRB1*07:01
- D) Ninguno es correcto.

80 Señale la relación INCORRECTA:

- A) Anti-Yo (PCA-1) con neuropatía sensitiva.
- B) Anti-NMDAR con encefalítis límbica.
- C) Anti-m-GluR5 con encefalítis límbica.
- D) Anti-Tr (PCA-Tr) con degeneración cerebelosa paraneoplásica.

81 En el tratamiento actual de la fiebre mediterránea familiar, es FALSO que:

- A) Se utilice tratamiento con Colchicina diaria durante toda la vida.
- B) En determinados casos, se pueden utilizar inhibidores de IL-1 como tratamiento alternativo.
- C) El tratamiento de elección es Colchicina combinada con inhibidores de la IL-1.
- D) La complicación principal es la amiloidosis secundaria.

- 82 La haploinsuficiencia A20, está relacionada con:**
- A) Síndrome autoinflamatorio asociado al proteosoma.
 - B) Síndrome de Muckle Wells.
 - C) Enfermedad pediátrica hereditaria similar al Behçet.
 - D) Síndrome de Blau.
- 83 ¿Cuál de las siguientes enfermedades autoinflamatorias NO es una criopirinopatía?**
- A) Síndrome de Muckle Wells.
 - B) Síndrome de Hiper IgD.
 - C) FCAS.
 - D) CINCA/NOMID.
- 84 Según los criterios de clasificación Eurofever/PRINTO para fiebres recurrentes autoinflamatorias, en el caso de sospecha de síndrome periódico asociado a la criopirina (CAPS), se considerará que un paciente tiene “genotipo NLRP3 confirmatorio” sólo en caso de que:**
- A) Los dos genes NLRP3 presenten variantes, y estas sean patogénicas (P), probablemente patogénicas (LP) o de significado incierto (VUS).
 - B) Los dos genes NLRP3 presenten variantes, y estas sean P o LP.
 - C) Al menos uno de los genes NLRP3 presente variantes que sean P, LP o VUS.
 - D) Al menos uno de los genes NLRP3 presente variantes que sean P o LP.
- 85 Con respecto a los anticuerpos denominados C3NeF, es cierto que:**
- A) Se unen a la C3 convertasa de la vía clásica (C4bC2b), estabilizándola, de manera que no deja de escindir C3 y se produce un consumo masivo de C3.
 - B) Se unen a C4bC2b bloqueando este enzima, de manera que deja de escindir C3 y se produce acumulo de C3.
 - C) Se unen a la C3 convertasa de la vía alternativa (C3bBb), estabilizándola, de manera que no deja de escindir C3 y se produce un consumo masivo de C3.
 - D) Se unen a C3bBb bloqueando este enzima, de manera que deja de escindir C3 y se produce acumulo de C3.
- 86 Según la clasificación de la International Union of Immunological Societies (IUS) 2017, la deficiencia del antagonista del receptor de IL-1 (IL1RN) es:**
- A) Una enfermedad autoinflamatoria relacionada con el inflamasoma.
 - B) Una interferonopatía tipo 1.
 - C) Una enfermedad autoinflamatoria no relacionada con el inflamasoma.
 - D) Un defecto intrínseco de la inmunidad innata.
- 87 Respecto al síndrome PAPA (Pyogenic Arthritis, Pyoderma gangrenosum, Acne), señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) El patrón de herencia es autosómico dominante.
 - B) Se clasifica como interferonopatía.
 - C) Está relacionada con variantes en los exones 10 y 11 del gen PSTPIP1/CD2BP1.
 - D) La proteína PSTPIP1 interacciona con la pirina.

88 Con respecto a los anticuerpos anti-U1-RNPs, es FALSO que:

- A) Prácticamente el 100% de los pacientes con enfermedad mixta del tejido conectivo (MCTD) presentan anti-U1-RNPs a títulos altos.
- B) La diana principal de estos anticuerpos, en la MCTD, es una molécula de 90kDa (U1-90K).
- C) Los U1-RNPs son componentes claves en el complejo de “splicing” y, por tanto, en el proceso de maduración del mRNA.
- D) La mayoría de los anticuerpos reconocen epítomos modificados en procesos celulares, como la apoptosis o la oxidación.

89 Señale la afirmación FALSA, sobre la enfermedad de Behçet:

- A) Es una enfermedad inflamatoria multiorgánica.
- B) Es una vasculitis sistémica que afecta predominantemente a las venas.
- C) Es una vasculitis sistémica que afecta por igual a las arterias y las venas.
- D) La prevalencia más elevada se encuentra en países de la denominada “ruta de la seda”, sobre todo en Turquía.

90 Según los criterios de clasificación Eurofever/PRINTO para fiebres recurrentes autoinflamatorias, en el caso de sospecha de fiebre mediterránea familiar, se considerará que un paciente tiene “genotipo MEFV confirmatorio” siempre que:

- A) Los dos genes MEFV presenten variantes, y estas sean patogénicas (P), probablemente patogénicas (LP) o de significado incierto (VUS).
- B) Los dos genes MEFV presenten variantes y estas sean P o LP.
- C) Uno de los genes MEFV presente variantes que sean P, LP o VUS.
- D) Uno de los genes MEFV presente variantes que sean P o LP.

91 Con respecto a las glomerulopatías C3, señale la respuesta correcta:

- A) Se debe a hiperactividad de la vía clásica del complemento, que conducirá a una producción excesiva de C3 y sus productos de degradación, que se depositarán en el glomérulo.
- B) Se debe exclusivamente a la presencia de autoanticuerpos frente a proteínas reguladoras de la vía alternativa del complemento.
- C) Todos los pacientes presentan bajos niveles de C3 en suero, de manera que, en caso de hipocomplementemia C3, se establece el diagnóstico si la historia clínica es compatible.
- D) El diagnóstico es histopatológico, presencia exclusiva o dominante de depósitos de C3 en el mesangio y/o a lo largo de las paredes capilares glomerulares en el estudio de la biopsia renal mediante inmunofluorescencia directa.

92 El patrón de inmunofluorescencia indirecta sobre células Hep-2, que se corresponde con anticuerpos anti-RNA polimerasa I, es:

- A) Nucleolar moteado grueso (AC-9).
- B) Nucleolar homogéneo (AC-8).
- C) Nuclear moteado fino (AC-4).
- D) Nucleolar granular (AC-10).

- 93 Un patrón citoplásmico reticular (AC-21) con inmunofluorescencia indirecta sobre Hep-2, se corresponde con anticuerpos anti:**
- A) Alfa actina.
 - B) PL-7.
 - C) M2.
 - D) Tropomiosina.
- 94 ¿Qué anticuerpo NO se asocia con dermatomiositis?**
- A) Anti-cN1A.
 - B) Anti-TIF1gamma.
 - C) Anti-Mi2.
 - D) Anti-MDA5.
- 95 Señale la combinación INCORRECTA, en cuanto enfermedad y gen asociado:**
- A) FCAS / NLRP3.
 - B) Síndrome de Majeed / NLRP12.
 - C) VEXAS / UBA1.
 - D) Síndrome de Blau / NOD2.
- 96 Señale la respuesta correcta, si encuentra un patrón centrosómico (AC-24) por inmunofluorescencia indirecta sobre Hep2:**
- A) Tiene un valor predictivo positivo alto para esclerodermia.
 - B) Se asocia a centrofilina.
 - C) Se asocia a pericentrina.
 - D) Ninguna es correcta.
- 97 En la tiroiditis de Hashimoto, es FALSO que:**
- A) Las formas secundarias puedan desencadenarse por administración de anticuerpos monoclonales bloqueantes de CTLA-4.
 - B) Patológicamente se caracterice por una marcada infiltración linfocítica del tiroides.
 - C) El hipotiroidismo incrementa la probabilidad de aborto.
 - D) La forma fibrosa sea más frecuente en hombres que en mujeres.
- 98 Con respecto a los anticuerpos anti-AQP4, es cierto que:**
- A) Característicamente se encuentran en suero de pacientes con encefalitis límbica.
 - B) Se consideran patogénicos mediante reacción antígeno-anticuerpo con fijación de complemento y citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos.
 - C) No se ha descrito correlación entre el título y la actividad de la enfermedad.
 - D) Sólo se detectan mediante "western-blot".
- 99 El mecanismo patogénico predominante de los anticuerpos de isotipo IgG4, es:**
- A) Activación del complemento.
 - B) Entrecruzamiento de receptores de superficie e internalización.
 - C) Bloqueo de la interacción entre proteínas.
 - D) Ninguna es correcta.

100 ¿Cuál es la complicación más frecuente, en un paciente con esclerosis sistémica en el que se detectan anticuerpos anti-RNA polimerasa III?

- A) Encefalitis autoinmune.
- B) Neoplasia.
- C) Tiroiditis autoinmune.
- D) Miositis necrotizante.

CASO PRÁCTICO 1:

Niña de 2 meses y medio de edad, con diarrea intensa y persistente durante las cuatro semanas previas, fiebre y retraso en el crecimiento. El embarazo fue a término y la niña fue saludable y con buen desarrollo durante las 7 primeras semanas de vida. A las 8 semanas comienza la diarrea sanguinolenta e intensa, y en el cultivo se identifica *Campylobacter jejuni*. A las 11 semanas, colitis con biopsias positivas para citomegalovirus. Varios episodios de otitis media. Niveles séricos de inmunoglobulinas normales. En el estudio de las subpoblaciones linfocitarias se observa un número muy bajo de linfocitos T y números normales de linfocitos B y de células NK. En los estudios de imagen se observó una Tetralogía de Fallot e hipoplasia tímica. Posteriormente sufre convulsiones por hipocalcemia grave.

101 El diagnóstico de la niña es:

- A) Síndrome CHARGE.
- B) Síndrome de Aicardi-Goutières.
- C) Síndrome de delección 11q.
- D) Síndrome de delección 22q11.

102 Entre otras manifestaciones clínicas asociadas a este síndrome, NO se encuentra:

- A) Facies dismórfica.
- B) Paladar hendido.
- C) Anomalías del sistema nervioso central.
- D) Displasia ectodérmica.

103 Para confirmar el diagnóstico, ¿qué prueba sería la menos adecuada?

- A) FISH.
- B) Cariotipo convencional.
- C) Array CGH (hibridación genómica comparada).
- D) MLPA.

104 Hay estudios que indican que la mayoría de las manifestaciones del síndrome se deben a la haploinsuficiencia para el gen:

- A) TBX1.
- B) CHD7.
- C) FOXP1.
- D) CXCR4.

105 Un síndrome con manifestaciones clínicas similares al diagnosticado en la niña es:

- A) El síndrome de Angelman.
 - B) El síndrome de delección 10p13-p14.
 - C) El síndrome de delección 1p36.
 - D) El síndrome de Kabuki.
-

CASO PRÁCTICO 2:

Paciente varón de 6 años de edad, que sufre un tercer episodio de adenitis cervical. El primer episodio fue a los 3 meses de edad, y el segundo a los 2 años. Ha tenido múltiples episodios de infecciones respiratorias de vías altas y bajas. Pasó sin complicaciones la varicela a los 3 años de edad. Antecedentes familiares: padres no consanguíneos y una hermana sana de 4 años.

106 En el estudio inicial del caso, ¿cuál de las siguientes pruebas sería prescindible?

- A) Exploración física.
- B) Biopsia de médula ósea.
- C) Subpoblaciones linfocitarias.
- D) Hemograma.

107 En la exploración física se observa retraso en el crecimiento (percentil 50 en peso y talla). Se detecta un absceso perianal y dermatitis atópica. No se observan anomalías óseas, articulares o dentales. En el cultivo del pus de drenaje de la adenitis se aisló *Staphylococcus aureus*. La determinación de los niveles de Inmunoglobulinas séricas detecta una IgE de 2.900 U/ml, con el resto de isotipos en la normalidad. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?

- A) Enfermedad granulomatosa crónica.
- B) Síndrome hiper IgE autosómico dominante.
- C) Fibrosis quística.
- D) Agammaglobulinemia de Bruton.

108 Para confirmar ese diagnóstico, ¿qué prueba realizaría?

- A) Test del sudor.
- B) Prueba de la dihidrorrodamina (DHR).
- C) Cultivo de linfocitos T con mitógenos.
- D) Secuenciación del gen STAT3.

109 En el estudio genético se detectó en el paciente una variante patogénica (una mutación de frameshift) que confirmaba el diagnóstico. La madre era portadora heterocigota de esa mutación, y en el padre no era portador. El gen afectado por la mutación es:

- A) CYBB.
- B) CYBA.
- C) STAT3.
- D) CFTR.

110 En el tratamiento del paciente, ¿qué fármaco NO está indicado?

- A) Itraconazol.
 - B) Interferón gamma.
 - C) Antagonistas del TNF.
 - D) Trimetoprima y Sulfametoxazol (TMP-SMX).
-

CASO PRÁCTICO 3:

Mujer de 40 años, que acudió hace años a nuestra consulta con un cuadro de artritis y dactilitis de inicio insidioso. En estos años, la paciente ha presentado afectación oligoarticular asimétrica (interfalángicas proximales y metatarsofalángicas y dactilitis). Una vez se completó el estudio, la paciente se diagnosticó de artritis psoriásica. El factor reumatoide y los ANA han sido negativos reiteradamente. Los niveles de VSG y PCR se han ido correlacionando con el grado de actividad de la enfermedad. El líquido sinovial de articulaciones afectas es de tipo inflamatorio.

111 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre biomarcadores en los pacientes con artritis psoriásica que reciben tratamiento con inhibidores del factor de necrosis tumoral α (anti-TNF- α), es INCORRECTA?

- A) Los pacientes que recibieron tratamiento con anti-TNF- α presentaban una reducción significativa en alguna subpoblación, tanto de linfocitos, como de macrófagos en el tejido sinovial.
- B) Los pacientes que recibieron tratamiento con anti-TNF- α presentaban una reducción en los marcadores de neoangiogénesis, tales como el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF).
- C) Los pacientes que recibieron tratamiento con anti-TNF- α presentaban un incremento significativo tanto en los linfocitos CD3+, como en los macrófagos CD68+ en el tejido sinovial.
- D) Los pacientes que recibieron tratamiento con anti-TNF- α presentaban reducción de forma significativa en las metaloproteinasas de la matriz en el tejido sinovial.

112 A la hora de plantear tratamientos con fármacos biológicos, ¿cuál de los siguientes NO se considera un Ac monoclonal?

- A) Adalimumab.
- B) Certolizumab.
- C) Etanercept.
- D) Infliximab.

113 En la historia clínica de este paciente se revisan los fármacos que se le han dado a lo largo de su evolución. ¿Cuál no tendría mucho sentido que se le hubiera suministrado, por no tener relación con el cuadro presentado anteriormente, y el paciente no referir otro tipo de sintomatología?

- A) Leflunomida.
- B) Etanercept.
- C) Infliximab.
- D) Vedolizumab.

114 En la monitorización de Infliximab, no detectamos niveles de este fármaco, y los niveles de Acs anti este fármaco son elevados. ¿Cuál de estos fármacos NO estaría indicado para continuar el tratamiento?

- A) Ustekinumab.
 - B) Adalimumab.
 - C) Biosimilar de Infliximab.
 - D) Biosimilar de Adalimumab.
-

CASO PRÁCTICO 4:

Paciente con infección recurrente por Clostridium difficile y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) subyacente. Se plantea la posibilidad de trasplante de microbiota fecal para mejorar su estado.

115 En relación al trasplante de microbiota fecal, en general, es cierto que:

- A) Consiste en transferir células madres hematopoyéticas de un donante sano al tracto gastrointestinal de un receptor.
- B) El objetivo es ayudar en el receptor a recuperar el equilibrio saludable de los microorganismos del intestino.
- C) El trasplante de microbiota fecal global consiste en el trasplante de microbiota fecal por medio de un enema, de una colonoscopia o de otros métodos, a una parte específica del tracto gastrointestinal.
- D) El trasplante de microbiota fecal único no debe realizarse en ningún caso.

116 En el caso concreto que nos atañe, ¿cuál es la recomendación o resultado del trasplante de microbiota fecal en el tratamiento de los pacientes con infección recurrente por Clostridium difficile y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) subyacente?

- A) El trasplante de microbiota fecal no se recomienda para los pacientes con EII e infección recurrente por Clostridium difficile.
- B) El trasplante de microbiota fecal puede empeorar los síntomas de la EII.
- C) El trasplante de microbiota fecal es eficaz en el tratamiento de la infección recurrente por Clostridium difficile en los pacientes con EII.
- D) El trasplante de microbiota fecal no es eficaz en el tratamiento de la infección recurrente por Clostridium difficile en los pacientes con EII.

117 ¿Cuál de los siguientes enunciados NO es correcto?

- A) El trasplante de microbiota fecal se asociaba con una mejor tasa de curación de la infección recurrente por Clostridium difficile en los pacientes con EII.
- B) La tasa de curación fue mejor con el trasplante de microbiota fecal global (92% de eficacia) que con el único (81% de eficacia).
- C) Los resultados fueron similares a los obtenidos en los pacientes con infección recurrente por Clostridium difficile sin EII.
- D) No se han observado efectos adversos en los pacientes con EII después del trasplante de microbiota fecal, lo cual indica que esta subpoblación no necesita un seguimiento posterior

118 En relación a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la infección por Clostridium difficile, señalar la afirmación INCORRECTA:

- A) Los pacientes con EII tienen mayor riesgo de desarrollar una infección por Clostridium difficile
 - B) Independientemente de la exposición a antibióticos, influye la alteración que presentan en su microbiota intestinal.
 - C) En estos pacientes, la inmunosupresión, y específicamente el uso de corticoides, se asocia a mayor riesgo de infección por Clostridium difficile.
 - D) La EII siempre se asocia a cuadros leves de presentación de la infección por Clostridium difficile.
-

CASO PRÁCTICO 5:

Mujer de 25 años, con antecedentes de asma bronquial alérgica por sensibilización a pólenes de gramíneas, y dermatitis atópica. Presenta de forma brusca hipotensión, taquicardia, urticaria y broncoespasmo tras ingerir cacahuets, y necesita ser trasladada a Urgencias.

119 El cuadro que se describe, se explicaría mejor por:

- A) Fibrilación auricular de bajo gasto.
- B) Choque anafiláctico secundario a la ingesta de cacahuets.
- C) Fibrosis quística reagudizada.
- D) Dermatitis atópica cronicada.

120 ¿Cuál sería el orden de los fármacos a administrar?

- A) Adrenalina intramuscular, seguida de un broncodilatador inhalado tipo SABA y Dexclorfeniramina intramuscular.
- B) Broncodilatador inhalado tipo SABA, seguido de Dexclorfeniramina intramuscular y Adrenalina intramuscular.
- C) Dexclorfeniramina intramuscular, seguido de broncodilatador inhalado tipo SABA y Adrenalina intramuscular.
- D) Broncodilatador inhalado tipo SABA, seguido de Adrenalina intramuscular y Dexclorfeniramina oral.

121 ¿Cuál es la dosis recomendada de Adrenalina intramuscular en el tratamiento del shock anafiláctico?

- A) 0,001 mg/ml (dosis de 0,01 nanog/kg, en adultos 0,5 nanogramos máximo).
- B) 1 mg/ml (dosis de 0,01 mg/kg, en adultos 0,5 mg máximo).
- C) 100 mg/ml (dosis de 0,1 mg/kg, en adultos 5 mg máximo).
- D) 1 g/ml (dosis de 0,01 g/kg, en adultos 0,5 g máximo).

122 Tras administrar el tratamiento del shock anafiláctico, ¿qué prueba de laboratorio estaría más indicada su solicitud, para ser evaluada posteriormente?

- A) Triptasa sérica.
 - B) Translocación 11:14 y estudio de afectación de la ciclina D1.
 - C) Proteína catiónica del eosinófilo.
 - D) Proteína aniónica del eosinófilo.
-

CASO PRÁCTICO 6:

Mujer de 43 años, que presenta cuadro recurrente de urticaria, artralgias y edema de rodillas y tobillos, además de hiperemia conjuntival desde la infancia. Los síntomas duran de 1-3 días, y están relacionados con la exposición al frío. El cuadro cutáneo suele ser poco pruriginoso con un discreto ardor local. Pruebas diagnósticas: El examen histopatológico de las lesiones de la piel mostró discreto infiltrado inflamatorio perivascular linfocitario en la dermis, con algunos neutrófilos y eosinófilos, además de edema y agresión inflamatoria vascular, sugestiva de vasculitis neutrofílica de pequeños vasos. La inmunofluorescencia directa fue negativa para IgA, IgG, IgM y C3. RX de tórax y manos sin alteraciones. Valores de velocidad de sedimentación de globular y proteína C reactiva altos, niveles de C3 y C4 normales. Resultados de ANA, crioglobulinas, anticardiolipinas y anticoagulante lúpico persistentemente negativos. Se establece diagnóstico de Síndrome Autoinflamatorio Inducido por Frío (FCAS).

123 Indique dónde clasificaría esta enfermedad:

- A) Inflamatorias.
- B) Criopirinas.
- C) Síndrome de fiebre periódica.
- D) Todas son correctas.

124 Indique el gen relacionado con FCAS:

- A) TNFRSF1A.
- B) MVK.
- C) NLRP3.
- D) Todas son correctas.

125 Indique la respuesta correcta:

- A) CINCA/NOMID, Muckle-Wells y FCAS se asocian a variantes del mismo gen.
- B) El patrón de herencia en FCAS es autosómico recesivo.
- C) Si no se encontraran variantes patogénicas en el gen relacionado, se descartaría el diagnóstico.
- D) Ninguna es correcta.

126 Indique la respuesta INCORRECTA:

- A) La complicación más severa del FCAS es la amiloidosis.
- B) Se han descrito diferentes tipos de FCAS relacionados con distintos genes.
- C) El tratamiento de elección son los bloqueantes de IL-1.
- D) El tratamiento de elección es la Colchicina.

127 Señale la respuesta correcta:

- A) FCAS3 se asocia a variantes en NLRP12.
 - B) FACS3 se asocia a variantes en PLCG2.
 - C) FACS3 se asocia a variantes en NLRC4.
 - D) Sólo se ha descrito una forma de FCAS.
-

CASO PRACTICO 7:

Hombre de 65 años, con una historia de 3 meses de alteración de la marcha, corea generalizada y distonía cervical intermitente dolorosa. Presenta trastornos del sueño, cambios de humor e irritabilidad. El examen neurológico evidenció corea generalizada moderada, distonía del cuello, marcha inestable leve y disartria sutil sin signos de Parkinson ni limitación de los movimientos oculares. Tampoco se observaron anillos de Kayser-Fleischer, xantomas o signos de neuropatía. En la evaluación neuropsiquiátrica se encontró labilidad emocional sin deterioro neurocognitivo. Los datos analíticos no muestran alteraciones relevantes. Las serologías para VIH y bacterianas fueron negativas. Las pruebas genéticas excluyeron la enfermedad de Huntington y la principal ataxia espinocerebelosa similar a la enfermedad de Huntington. La resonancia magnética cerebral mostró depósitos paramagnéticos en los ganglios basales, la sustancia negra y el núcleo rojo. Una tomografía computarizada cerebral normal descartó calcificación. La videopolisomnografía mostró sueño fragmentado, inquietud motora, vocalizaciones, ausencia de sueño REM e índice de apnea-hipopnea de 57 (apnea severa del sueño). El paciente inicia tratamiento sintomático, pero unos meses después, su estado clínico empeora repentinamente con exacerbación, con disfunción bulbar e inestabilidad severa de la marcha. Se realiza punción lumbar, observándose en el LCR pleocitosis linfocitaria con ausencia de bandas oligoclonales. Ante la sospecha de patología autoinmune, se realiza determinación de anticuerpos antineuronales detectándose anticuerpos anti-IgLON5 en suero y LCR, por lo que se diagnostica Encefalitis Autoinmune con Anticuerpos anti-IgLON5.

128 Señale la afirmación correcta con respecto a IgLON5:

- A) Es una proteína de adhesión celular.
- B) Pertenece a la superfamilia de las inmunoglobulinas.
- C) Se ha relacionado con la inhibición tumoral.
- D) Todas son correctas.

129 Señale el isotipo de inmunoglobulina más frecuentemente encontrado en las series de pacientes descritas:

- A) IgG1.
- B) IgG2.
- C) IgG3.
- D) IgG4.

130 Señale el haplotipo HLA asociado con esta enfermedad:

- A) DRB1*10:01-DQB1*05:01
- B) DRB1*01:01-DQB1*05:01
- C) DRB1*04:01-DQB1*03:02
- D) DRB1*03:01-DQB1*02:01

131 Señale la afirmación correcta:

- A) Todos los pacientes presentan alteraciones en el sueño.
- B) Los pacientes presentan depósitos de proteína tau hiperfosforilada, principalmente en el tegumento del tronco encefálico y el hipotálamo.
- C) Se ha descrito respuesta completa, y persistente a largo plazo, al tratamiento con inmunoterapia, encontrándose remisión completa de síntomas en el 90% de los pacientes.
- D) Todas son correctas.

132 En relación con el tratamiento, señale la respuesta correcta con la evidencia actual:

- A) Monoterapia con Rituximab.
- B) Monoterapia con gammaglobulina intravenosa.
- C) Monoterapia con corticoides.
- D) Inmunoterapia combinada.

CASO PRÁCTICO 8:

Paciente mujer de 7 años, que acude a Atención Primaria por estreñimiento crónico y dolor abdominal persistente. Se objetiva retraso en el crecimiento y se sospecha enfermedad celiaca (EC). Según la guía ESPGHAM 2020:

133 La combinación más precisa y rentable y, por tanto, la que debe utilizarse en la evaluación inicial es:

- A) Determinación de presencia/ausencia de combinaciones HLA de riesgo.
- B) Cuantificación de IgA y determinación de anticuerpos IgA anti-endomisio (AAE-IgA).
- C) Cuantificación de IgA y determinación de anticuerpos IgA anti-trasglutaminasa (AATG-IgA).
- D) Cuantificación de IgA y determinación de anticuerpos IgA anti-péptidos deamidados de la gliadina (PDG-IgA).

134 Se puede establecer un diagnóstico sin biopsia si:

- A) La cuantificación de AATG-IgA es 10 veces superior al valor máximo de normalidad del ensayo, y los AAE-IgA son positivos en una muestra de suero distinta.
- B) La cuantificación de AATG-IgA es 10 veces superior al valor máximo de normalidad del ensayo.
- C) La cuantificación de AATG-IgA es 10 veces superior al valor máximo de normalidad del ensayo, y el paciente tiene factores HLA de riesgo.
- D) Ninguna es cierta porque la biopsia es obligatoria.

135 En pacientes con déficit de IgA, se puede establecer el diagnóstico sin biopsia si:

- A) La cuantificación de AATG-IgG es 10 veces superior al valor máximo de normalidad del ensayo, y los AAE-IgG son positivos en una muestra de suero distinta.
- B) La cuantificación de AATG-IgG es 10 veces superior al valor máximo de normalidad del ensayo.
- C) La cuantificación de AATG-IgG es 10 veces superior al valor máximo de normalidad del ensayo, y el paciente tiene factores HLA de riesgo.
- D) Ninguna es cierta porque la biopsia es obligatoria.

136 Señale la afirmación correcta, con respecto a la determinación de alelos HLA de riesgo en pacientes con sospecha de EC:

- A) Es de utilidad en pacientes con sospecha de falsos negativos en la serología.
- B) El valor predictivo positivo es alto.
- C) El valor predictivo negativo es bajo.
- D) Todas son correctas.

137 Señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Los pacientes con AATG-IgA y AAE positivos, pero con biopsia normal o con mínimas alteraciones histológicas, son considerados “celiacos potenciales”.
- B) Ante la sospecha de resultados falsos negativos en la serología, se debe revisar si la ingesta de gluten es baja.
- C) Los pacientes con historia familiar de hepatitis autoinmune, tienen mayor riesgo de EC que la población general.
- D) En ningún caso se puede establecer un diagnóstico definitivo sin biopsia.

CASO PRÁCTICO 9:

Paciente de 33 años, residente en Valencia, que consulta por presentar en la mejilla derecha una placa eritemato-anaranjada tras picadura de insecto, que ha ido creciendo lentamente hasta alcanzar 1,5 cm y que en las últimas semanas se ha ulcerado y cubierto de una escamocosta. La lesión solo le origina discretas molestias si se rasca. Entre sus antecedentes destaca psoriasis en placas en tratamiento con Adalimumab subcutáneo. Tiene buen estado general, y no toma otros fármacos ni refiere alergias a medicamentos.

138 ¿A qué se debe, más probablemente, el cuadro que presenta?

- A) Leishmaniasis cutánea o botón de Oriente.
- B) Enfermedad del suero.
- C) Virus Zika.
- D) Lupus eritematoso sistémico agudizado.

139 ¿Qué tratamiento le indicaría, teniendo en cuenta que la clínica parece una forma típica paucisintomática de presentarse este cuadro?

- A) Isotretinoína oral.
- B) Antimoniato de Meglumina intralesional.
- C) Amoxicilina oral.
- D) Corticoesteroides sistémicos.

140 ¿Qué comentario de los siguientes, sobre los niveles de Adalimumab, es INCORRECTO?

- A) No todos los momentos son adecuados para que la determinación de niveles de Adalimumab tenga valor clínico.
 - B) La presencia de Acs anti-adalimumab indicaría que no debería darse tampoco su biosimilar.
 - C) La presencia de Acs anti-adalimumab no contraindica el uso de otro Anti-TNF alfa, como Infliximab.
 - D) La presencia de DQA1*03:01 se ha demostrado que está asociada a mayor riesgo de aparición de Acs anti-adalimumab y de anti-infliximab.
-

CASO PRÁCTICO 10:

Varón de 68 años que presenta lesiones cutáneas dolorosas de varios años de evolución y episodios febriles de 38-39°C. La biopsia de piel fue compatible con una dermatosis neutrofílica o Síndrome de Sweet. Además padece de poliartritis recidivante, acompañada de inflamación intensa y condritis en pabellón auricular. Unos años después del inicio de los síntomas dermatológicos desarrolló un síndrome mielodisplásico. El estudio de autoinmunidad fue negativo para anticuerpos anti-nucleares, anti-citoplasma de neutrófilos, anti-péptido cíclico citrulinado y anti-fosfolípidos. Se realizó, mediante secuenciación NGS, un estudio genético de síndromes autoinflamatorios, sin resultados concluyentes. En el estudio citológico de la médula ósea se observó la presencia de vacuolas citoplasmáticas en los precursores granulocíticos.

141 ¿Qué diagnóstico es el más probable, de los siguientes?

- A) Síndrome de Griscelli tipo 2.
- B) Síndrome de Hermansky-Pudlak tipo 2.
- C) Síndrome VEXAS.
- D) Síndrome de Bloom.

142 El diagnóstico se confirmaría si se encuentra una mutación en el codón 41 del gen:

- A) RAB27A.
- B) UBA1.
- C) AP3B1.
- D) BLM.

143 La proteína codificada por el gen en cuestión, está implicada en:

- A) El ensamblaje del inflamasoma.
- B) Procesos de ubiquitinación.
- C) Quimiotaxis y adhesión.
- D) Organización del citoesqueleto.

144 No había antecedentes de este síndrome en la familia del paciente. Esto es debido:

- A) A que es una enfermedad autosómica recesiva.
- B) A que la penetrancia de la enfermedad es incompleta.
- C) A que se trata de un gen ligado al cromosoma X.
- D) A que la enfermedad se debe a una mutación somática.

145 En el tratamiento de la enfermedad, además de corticoides, se emplea:

- A) Terapias bloqueantes de la IL-1.
- B) Interferón gamma.
- C) Antagonistas del TNF.
- D) Monoterapia con anti-CTLA4 y anti-PD1.

CASO PRÁCTICO 11:

Mujer de 23 años, con padres y hermanos sanos, que desde los 3 meses de edad y cada 3 a 6 meses, presenta episodios febriles de hasta 39 °C de 7 a 20 días de duración, asociado a eritema macular en tronco y extremidades superiores no pruriginoso, en ocasiones palpables, mialgias intensas en relación a las zonas de eritema y edema palpebral uni o bilateral. Durante los episodios refiere dolor abdominal y artralgias transitorias de grandes articulaciones. Desde los 8 años de edad, por sospecha de artritis juvenil, se trata con Prednisona en dosis de hasta 60 mg/día, observándose respuesta parcial con disminución de la duración sintomática de los cuadros. A los 12 años de edad, debido a un marcado dolor abdominal, se intervino por sospecha de apendicitis aguda. Los hallazgos operatorios fueron de un apéndice sano, pero abundante fibrina en toda la cavidad abdominal. A los 16 años de edad, en una colonoscopia, se encontró un eritema ileal inespecífico cuya biopsia sugirió una enfermedad inflamatoria intestinal, que posteriormente se descartó por los resultados de varios estudios endoscópicos y de imágenes del intestino delgado. Hallazgos de laboratorio: durante las crisis se encuentra marcada leucocitosis con neutrofilia. Velocidad de sedimentación elevada y anemia normocítica normocrómica. Se realizan múltiples estudios microbiológicos que resultan negativos. Los estudios de autoinmunidad, función tiroidea, complemento e inmunoglobulinas, incluida IgD, sin hallazgos de interés. Se sospecha un síndrome autoinflamatorio.

146 De acuerdo a la anamnesis, y teniendo en cuenta los criterios Eurofever/PRINTO 2019, ¿cuál de los siguientes síndromes hereditarios de fiebres recurrentes es el más probable?

- A) Fiebre mediterránea familiar (FMF).
- B) Síndrome de fiebre periódica asociado al receptor de TNF (TRAPS).
- C) Síndrome periódico asociado a la criopirina (CAPS).
- D) Deficiencia de mevalonato quinasa (MKD).

147 En el estudio genético se encuentra una variante de significado incierto (VUS) en heterocigosis en el gen TNFRSF1A, sin hallazgos de interés en el resto del estudio. Según los criterios Eurofever/PRINTO 2019, es cierto que se trata de:

- A) Un “genotipo no confirmatorio” de TRAPS, por lo que se descarta la clasificación en esta patología.
- B) Un “genotipo no confirmatorio” de TRAPS, por lo que la paciente se clasificaría como tal si cumple al menos dos de los criterios clínicos.
- C) Un “genotipo no confirmatorio” de TRAPS, por lo que la paciente se clasificaría como tal si cumple al menos uno de los criterios clínicos.
- D) Ninguna es cierta, estos criterios no incluyen los resultados de estudios genéticos.

148 Con respecto a las variantes patogénicas descritas en el gen TNFRSF1A, en pacientes con TRAPS, es cierto que:

- A) Las variantes asociadas a TRAPS se definen como estructurales, ya que interrumpen el plegamiento del dominio extracelular.
- B) La mayoría de los pacientes con TRAPS son portadores de variantes sin sentido, que afectan a uno de los residuos de cisteína implicados en la formación de enlaces disulfuro en CRD1 y CRD2.
- C) La variante patogénica más común T79M afecta la formación de un enlace de hidrógeno altamente conservado, que es crucial para el plegamiento de proteínas.
- D) Todas son ciertas.

149 Indique la respuesta correcta, en cuanto a los hallazgos descritos en pacientes con TRAPS:

- A) Altos niveles de TNFR1 soluble.
- B) Respuesta exacerbada frente a infecciones triviales.
- C) Bajos niveles de citocinas proinflamatorias, como IL1 β , TNF α o IL-6.
- D) Todas son ciertas.

150 Indique qué tratamiento podría ser adecuado en esta paciente:

- A) Bloqueantes de TNF (Etanercept)
- B) Inhibidores de la IL-1 (Anakinra o Canakinumab).
- C) Inhibidores de la IL-6 (Tocilizumab).
- D) Todas son ciertas.

151 Las trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) son mallas liberadas al espacio extracelular por los neutrófilos, que atrapan e inmovilizan a los microbios. Estas mallas están compuestas principalmente por:

- A) Ácidos nucleicos.
- B) Filamentos de actina.
- C) Microtúbulos.
- D) Proteínas similares a las mucinas.

152 NO constituye un signo de alarma de inmunodeficiencia primaria en un niño:

- A) Dos sinusitis graves en el último año.
- B) Dos otitis nuevas en el último año.
- C) Dos sepsis de cualquier origen.
- D) Dos neumonías en un año.

153 ¿En qué inmunodeficiencia NO se ha demostrado la eficacia del tratamiento con Sirolimus (Rapamicina)?

- A) Síndrome PIK3-delta activado (APDS).
- B) Síndrome IPEX.
- C) Linfohistiocitosis hemofagocítica.
- D) Síndrome linfoproliferativo autoinmune (ALPS).

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS Opositoras:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS Opositoras Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.

