

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

ACCESO: LIBRE

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:
FEA REUMATOLOGÍA 2021

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con 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 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.**
- 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 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.
- 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 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.
- 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 CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

-
- 1 ¿Qué Título de la vigente Constitución Española de 1978 se dedica a los derechos y deberes fundamentales?**
- A) El Título Preliminar.
 - B) El Título II.
 - C) El Título I.
 - D) El título V.
- 2 Todos los siguientes son derechos reconocidos en el Estatuto de Autonomía de Andalucía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía), EXCEPTO:**
- A) Se reconoce el derecho a declarar la voluntad vital anticipada que deberá respetarse, en los términos que establezca la ley.
 - B) Todos tienen derecho a acceder a la formación profesional y a la educación permanente en los términos que establezca la ley.
 - C) Las mujeres tienen derecho a una protección integral contra la violencia de género, que incluirá medidas preventivas, medidas asistenciales y ayudas públicas.
 - D) Las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía una pensión complementaria a la del Estado, en caso de que esta fuera la mínima.
- 3 Entre los principios generales contemplados en el artículo 3 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) hay uno que se añadió con posterioridad a la aprobación del texto legal, en concreto en el año 2007. ¿Cuál es este principio general?**
- A) El principio de igualdad entre hombres y mujeres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.
 - B) El principio de que la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.
 - C) El principio de extender las prestaciones sanitarias a los extranjeros residentes en España y a los inmigrantes en situación de desamparo.
 - D) El principio de coordinación efectiva de las políticas y actuaciones públicas en materia de prestaciones sociales y asistenciales.

- 4 ¿Qué establece nuestro vigente Estatuto de Autonomía de Andalucía sobre los decretos-leyes?**
- A) Que son medidas legislativas provisionales que requieren de la convalidación expresa por el Parlamento en los 90 días subsiguientes a su promulgación, siendo automáticamente derogados en caso contrario.
 - B) Que son medidas de extraordinaria y urgente necesidad dictadas por el Consejo de Gobierno.
 - C) Que podrán emplearse para la aprobación de los presupuestos de Andalucía, siempre que sean posteriormente aprobados en el Parlamento tras un debate y votación de totalidad.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 5 El reciente Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo, ha establecido un nuevo órgano o centro directivo en el Servicio Andaluz de Salud, que se conoce por:**
- A) Dirección General de Familias, Cuidados Sociosanitarios y Atención a las Dependencias.
 - B) Dirección General de Planificación de Recursos.
 - C) Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria.
 - D) Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados
- 6 ¿Por qué normas legales se encuentra regulada la Agencia Española de Protección de Datos?**
- A) Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.
 - B) Real Decreto 389/2021, de 1 de junio.
 - C) Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 7 ¿A quién compete la creación, modificación o supresión de una categoría de personal estatutario, según establece el articulado del vigente Estatuto Marco (Ley 55/2003)?**
- A) Al Consejo Interterritorial del SNS.
 - B) A la Comisión de Recursos Humanos del SNS.
 - C) A cada Servicio de Salud en el ámbito territorial de sus competencias.
 - D) Al Ministerio de Sanidad.

- 8 Referido a la tarjeta sanitaria de Andalucía, ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?**
- A) La tarjeta sanitaria de Andalucía ha tenido varios modelos, por lo que habrá de asegurarse en su centro de salud que el que dispone es el vigente, ya que de lo contrario no se podrá acceder a la información que consta en la Base de Datos de personas usuarias.
 - B) Cuando cambia la situación de la persona titular de una tarjeta (por ejemplo si cambia la aportación sobre los medicamentos que le corresponde) es necesario cambiar la tarjeta sanitaria.
 - C) El centro de atención telefónica Salud Responde, disponible las 24 horas al día, 955 54 50 60, atiende las consultas sobre la tarjeta sanitaria de Andalucía.
 - D) Las personas con cobertura sanitaria pública que residen en Andalucía deben disponer de tarjeta sanitaria, a partir de los 18 años.
- 9 Si usted acude al Biobanco para llevar a cabo un estudio de investigación en el que precisa de determinadas muestras biológicas (MB), y le indican que tiene disponible una colección de MB que cumple sus criterios de selección pero que se trata de muestras anonimadas, ello significará:**
- A) Que usted no tendrá permiso para ponerse en contacto con las personas fuente de esas MB, ya que en su momento no dieron su consentimiento para ello.
 - B) Que usted no podrá identificar a las personas fuente de esas MB, puesto que los datos identificativos han sido disociados de manera permanente.
 - C) Que son MB procedentes de personas que desean permanecer anónimas en el proceso de su utilización en investigación.
 - D) Que son MB que no tienen ninguna información asociada a las mismas.
- 10 Según la Ley de Salud Pública de Andalucía (Ley 16/2011, de 23 de diciembre), a todo fenómeno de potencial riesgo para la salud de la población y/o de trascendencia social frente al que sea necesario desarrollar actuaciones de salud pública urgentes y eficaces, se denomina:**
- A) Crisis de salud pública.
 - B) Emergencia sanitaria.
 - C) Alerta sanitaria.
 - D) Alarma de salud pública.
- 11 ¿Cómo se conoce el organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que participan las 17 Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, creado en el 2002 y adoptado en 2003 por el Consejo Interterritorial como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS?**
- A) Medicina Basada en la Evidencia España.
 - B) GuíaSalud.
 - C) Colaboración Cochrane España.
 - D) CASPe.

12 Múltiples estudios realizados en los últimos veinte años nos han permitido conocer de manera bastante fiable la frecuencia y distribución de los efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria. Una revisión y síntesis de los mismos se muestra en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 (publicado por el MSSSI en 2016), donde se indica que la frecuencia en nuestro país -con cifras muy similares a las de países de nuestro entorno- se sitúa:

- A) En torno al 5% de los pacientes atendidos en hospitales (hospitalización y urgencias) y al 1-2% de los pacientes atendidos en centros de atención primaria.
- B) En torno al 2% de los pacientes atendidos en hospitales (hospitalización y urgencias) y al 9-10% de los pacientes atendidos en centros de atención primaria.
- C) En torno al 20-25% de los pacientes atendidos en hospitales (hospitalización y urgencias) y al 10-12% de los pacientes atendidos en centros de atención primaria.
- D) En torno al 9-12% de los pacientes atendidos en hospitales (hospitalización y urgencias) y al 1-2% de los pacientes atendidos en centros de atención primaria.

13 Referido a la voluntad vital anticipada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) La Declaración de Voluntad Vital Anticipada es la manifestación oral ante notario realizada por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones en materia sanitaria que deben respetarse en el caso de que concurren circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.
- B) El Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía (RVVAA) se crea al amparo de 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, aunque la norma (Decreto) que debe regular su organización y funcionamiento está pendiente de desarrollarse.
- C) Sólo pueden declarar y registrar su voluntad vital anticipada las personas mayores de edad.
- D) En el RVVAA se permite designar a una persona de confianza, un/a representante, para que decida las preferencias sobre los cuidados y tratamientos sanitarios que uno recibirá cuando no pueda expresar personalmente su voluntad.

- 14 El artículo 21 de la Ley 2/2010 (Ley "de Muerte Digna" de Andalucía), establece los deberes de los profesionales sanitarios respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), entre los que encuentran recogidos todos los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Reconoce la LET como un ejercicio de buena práctica clínica, cuando se emplea en una situación clínica que lo aconseje y para evitar la obstinación terapéutica.
 - B) Establece que la LET se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero o enfermera responsable de los cuidados, y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica.
 - C) Determina que la LET debe consensuarse con el paciente, debiendo éste firmar por escrito su consentimiento.
 - D) Obliga a que tanto la justificación de la LET, como la identidad y opinión de los profesionales sanitarios que intervienen en el caso, queden registradas en la historia clínica.
- 15 ¿Qué técnicas inferenciales permiten realizar afirmaciones sobre parámetros desconocidos de la población, a partir de la información contenida en una muestra?**
- A) Intervalos de confianza y contrastes de hipótesis.
 - B) Estimaciones estocásticas y test paramétricos.
 - C) Inferencias probabilísticas y pruebas robustas no paramétricas.
 - D) Test de la binomial y prueba de Poisson.
- 16 En relación con la epidemiología de las enfermedades reumáticas en España, es FALSO que:**
- A) La prevalencia estimada de artritis reumatoide (AR) en España en 2016 fue del 0,82%.
 - B) La prevalencia estimada de AR en España en 2016, considerando únicamente los casos para los que se confirmó que cumplían criterios ACR 1987, fue del 0,69%.
 - C) El estudio EPISER 2016 ha observado una prevalencia de LES en España de 210 casos por 100.000 habitantes.
 - D) El estudio EPISER 2016 ha demostrado una mayor prevalencia de LES en el medio urbano que en el rural.
- 17 ¿Cuál de las siguientes citoquinas es importante en la diferenciación de los linfocitos T CD4 vírgenes a fenotipo Th17?**
- A) IL-10.
 - B) IL-18.
 - C) IL-6.
 - D) IL-12.
- 18 Señale la afirmación correcta sobre las enfermedades inflamatorias inmunomediadas:**
- A) Afectan a una de cada 5 personas.
 - B) Su incidencia es menor en los países industrializados.
 - C) Las enfermedades autoinmunes dirigidas contra auto-antígenos ubicuos son sistémicas.
 - D) En las enfermedades autoinflamatorias se produce una pérdida de tolerancia inmunológica.

- 19 En relación con los anticuerpos presentes en el paciente con artritis reumatoide, indique la afirmación INCORRECTA:**
- A) El factor reumatoide se detecta de manera constante desde el inicio de la artritis reumatoide (AR).
 - B) Por técnicas de ELISA más sensibles, se puede detectar FR-IgM o IgA hasta 15 años antes del desarrollo de la artritis reumatoide (AR), incluso antes de que aparezcan los anticuerpos antipeptidos citrulinados (ACPA).
 - C) Los anticuerpos antipeptidos citrulinados (ACPA) pueden detectarse en familiares de primer grado de pacientes con artritis reumatoide (AR) y en el 1-8% de individuos sanos.
 - D) Los anticuerpos antipeptidos citrulinados (ACPA) se asocian a pérdida ósea y predicen la aparición de erosiones.
- 20 En relación con el complemento indique lo INCORRECTO:**
- A) Permite la destrucción de microorganismos comúnmente mediante el depósito de grandes cantidades (cientos de miles a millones) de C3b en un objetivo.
 - B) El sistema de complemento induce la vasoconstricción que evita la propagación del agente infeccioso.
 - C) La opsonización mediada por el complemento facilita la respuesta inmunitaria adaptativa.
 - D) El sistema de complemento promueve la liberación de los péptidos C3a y C5a, conocidos como anafilatoxinas.
- 21 En relación con la capilaroscopia, es FALSO que:**
- A) Es una prueba no invasiva que permite evaluar el lecho microvascular.
 - B) Se considera un megacapilar la presencia de un asa vascular con un diámetro de más de 50 micras.
 - C) Se considera patológico una disminución de densidad capilar inferior a 10 capilares por milímetro.
 - D) La presencia de tortuosidades se considerarán patológicas si aparecen en más del 10% del total de vasos observados.
- 22 En relación con las técnicas de imagen utilizadas en Reumatología, es FALSO que:**
- A) Para considerar patológicas las tortuosidades capilares apreciadas en la capilaroscopia deben estar presentes en por lo menos el 10% del total de los vasos observados.
 - B) El patrón gammagráfico en "cabeza de toro" es muy característico del SAPHO.
 - C) Se consideran megacapilares en la capilaroscopia a los que tienen un diámetro mayor de 20 μm .
 - D) La dosis de radiación cuando se realiza un PET-TC es de alrededor de 5 a 18 mSv.
- 23 ¿Cuál es el diagnóstico más probable en un paciente con monoartritis de rodilla aguda y febril, cuyo líquido sinovial tiene 39.000 células/ μL (91% polimorfonucleares); y que se autolimita en 6 días?**
- A) Artritis séptica.
 - B) Artritis gotosa.
 - C) Enfermedad de Behçet.
 - D) Artropatía psoriásica.

- 24 Señale la afirmación correcta en relación con el dolor raquídeo lumbar:**
- A) La marcha sobre talones sirve para valorar las alteraciones en la raíz nerviosa L5.
 - B) La mielografía es más rentable que la Tomografía Computerizada (TC) para el diagnóstico de herniaciones del núcleo pulposos.
 - C) Debe mantenerse reposo en los primeros 5 días para evitar la sobrecarga.
 - D) En las discopatías intervertebrales el dolor empeora con el reposo y mejora con la actividad física.
- 25 En relación con el hombro doloroso, indique lo FALSO:**
- A) El dolor provocado por la afectación de la articulación acromio-clavicular se suele localizar en la zona superior de hombro.
 - B) La capsulitis adhesiva es más prevalente en pacientes diabéticos y en hipotiroideos.
 - C) En la bursitis subacromial refractaria se puede requerir la realización de bursectomía.
 - D) La rotura de la porción larga del bíceps frecuentemente requiere intervención quirúrgica.
- 26 En relación con la Fibromialgia, indique lo FALSO:**
- A) La diversidad de manifestaciones clínicas se enmarcan dentro del síndrome de sensibilización central.
 - B) No existen pruebas de imagen confirmatorias del diagnóstico.
 - C) Las determinaciones analíticas solo son necesarias cuando existe sospecha fundada de otra comorbilidad asociada.
 - D) El diagnóstico se realiza por la exclusión de otras enfermedades.
- 27 En relación con el síndrome del túnel del tarso, indique lo FALSO:**
- A) Se produce por la compresión del ciático poplíteo interno a su paso por el túnel tarsiano entre calcáneo y el retináculo flexor.
 - B) Provoca acorchamiento intermitente en la planta del pie y los dedos.
 - C) Mejora con la bipedestación prolongada.
 - D) El uso de taloneras rígidas o las infiltraciones locales pueden ser útiles en el control de síntomas.
- 28 ¿Cuál de las siguientes lesiones cutáneas en el lupus eritematoso sistémico NO es considerada crónica?**
- A) Paniculitis lobulillar linfoide.
 - B) Lupus tumidus.
 - C) Lupus discoide.
 - D) Papulo-escamoso.

- 29 ¿Cuándo recomendaría realizar ecocardiografía-doppler fetal para la detección precoz del desarrollo de bloqueo cardíaco congénito fetal (BCC) en pacientes con anticuerpos anti-Ro y anti-La positivos?**
- A) En pacientes sin antecedentes de BCC, se recomendaría semanalmente a partir de las 26ª semana y cada dos semanas a partir de la 34ª semana.
 - B) En pacientes con antecedentes de BCC, se recomendaría cada dos semanas a partir de las 10ª semana y semanalmente a partir de la 16ª semana.
 - C) En pacientes con antecedentes de BCC, se recomendaría semanalmente a partir de las 16ª semana y cada dos semanas a partir de la 26ª semana.
 - D) En pacientes con antecedentes de BCC, se recomendaría cada dos semanas a partir de las 16ª semana y semanalmente a partir de la 26ª semana.
- 30 ¿Cuál de las siguientes entidades, que cursan con oligo-poliartritis, tiene más frecuentemente distribución asimétrica?**
- A) Síndromes paraneoplásicos.
 - B) Lupus eritematoso sistémico.
 - C) Artritis vírica.
 - D) Artropatía amiloidea.
- 31 En relación con los antiinflamatorios no esteroideos, es cierto que:**
- A) El Diclofenaco, por su estructura química, es un derivado del ácido fenámico.
 - B) El Meloxicam tiene una semivida de eliminación plasmática corta.
 - C) El Naproxeno, por su estructura química, es un derivado del ácido propiónico.
 - D) La Indometacina, por su estructura química, es un derivado de las pirazolonas.
- 32 ¿Cuál de los siguientes fármacos está contraindicado durante el embarazo y lactancia?**
- A) Inmunoglobulinas intravenosas.
 - B) Micofenolato de mofetilo.
 - C) Sulfasalazina.
 - D) Ciclosporina.
- 33 Teniendo en cuenta la clasificación de los opioides según el receptor al que se unan y la función que ejerzan sobre él, es agonista parcial:**
- A) Morfina.
 - B) Buprenorfina.
 - C) Pentazocina.
 - D) Naloxona.
- 34 En relación a los FAME sintéticos convencionales, es FALSO que:**
- A) Sulfasalazina incrementa las concentraciones intracelulares de adenosina.
 - B) Leflunomida inhibe la proliferación de linfocitos T.
 - C) Los antimaláricos inhiben a las fosfolipasas A2 y C.
 - D) Micofenolato mofetilo inhibe la proliferación de linfocitos T y B.

35 En relación con los fármacos inhibidores de las JAKs (Janus cinasas), indique lo FALSO:

- A) Son moléculas análogas del ATP con el que compiten de manera reversible.
- B) Existen claros datos de selectividad de acción por el amplio margen terapéutico que tienen.
- C) Se aconseja precaución de su uso en pacientes con factores de riesgo de enfermedad tromboembólica.
- D) Algunos estudios de seguridad han puesto de manifiesto una mayor incidencia de determinados tumores en comparación directa con un fármaco anti-TNFalfa.

36 En relación con el tratamiento rehabilitador en las enfermedades reumáticas, indique lo FALSO:

- A) El ejercicio físico específico para la mano en los pacientes con artritis reumatoide, mejora la función y la fuerza de la misma.
- B) En pacientes con espondilitis anquilosante, los programas de ejercicios disminuyen la actividad de la enfermedad.
- C) En pacientes con lesión meniscal degenerativa, un programa de tratamiento conservador consigue los mismos resultados a medio y largo plazo que la meniscectomía.
- D) En pacientes con dolor lumbar, varias revisiones sistemáticas han demostrado que la artrodesis consigue mejores resultados que el tratamiento conservador.

37 En relación con el tratamiento quirúrgico de las enfermedades reumáticas, indique la respuesta verdadera:

- A) En la cadera, la sinovectomía artroscópica cerrada es recomendable en pacientes jóvenes con sinovitis sintomática con bajo grado de degeneración articular.
- B) Dada la mala calidad ósea de los pacientes reumáticos, en cadera se prefiere la utilización de prótesis cementadas, incluso en pacientes jóvenes.
- C) La duración del efecto beneficioso en más de 10 años de la osteotomía correctora la incluye como una opción terapéutica válida en pacientes con osteoartrosis y enfermedad reumática inflamatoria.
- D) La utilidad de la artroplastia de tobillo se ve limitada por el aumento en la tasa de complicaciones globales.

38 Respecto a la Artritis Reumatoide (AR):

- A) La susceptibilidad a AR se ha atribuido a una relación con la tercera región hipervariable de las cadenas DR β , de los aminoácidos 80 a 84.
- B) Los HLA-DR con mayor asociación a AR son: DRB*0401, DRB*0404, DRB*0101 y DRB*1402.
- C) El 20-25% de los pacientes con AR tienen indicios de infección por parvovirus B19 adquirida recientemente en el momento de la aparición de la enfermedad.
- D) El gen PTPN22 confiere un aumento del riesgo de al menos cuatro veces, sobre todo en poblaciones asiáticas.

- 39 Las características definidas por EULAR para describir la artralgia con riesgo de Artritis Reumatoide son todas las siguientes, EXCEPTO:**
- A) Síntomas más severos a primera hora de la mañana.
 - B) Dificultad para cerrar el puño en la exploración física.
 - C) Antecedente de familiar de primer grado con artritis reumatoide.
 - D) Síntomas localizados en articulaciones interfalángicas proximales.
- 40 En referencia a la artritis reumatoide (AR):**
- A) El ensayo clínico *Tigth Intensive Control of RA* fue el estudio original que puso de manifiesto la importancia de la estrategia *treat-to-target* (T2T).
 - B) El estudio *BeSt* puso de manifiesto que el uso intensivo del ajuste terapéutico no condujo a una mejoría clínica significativa que dependió, fundamentalmente, de la elección inicial de los fármacos (biológicos o FAMEsc).
 - C) El estado que alcanza el paciente (remisión o baja actividad) es menos importante que la mejoría porcentual (ACR20, ACR50 o ACR70).
 - D) *Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index* (RADAI) < 2,2 indica remisión de la enfermedad.
- 41 En referencia a la AR (artritis reumatoide):**
- A) Los antipalúdicos utilizados en el tratamiento de la AR pueden generar miopatía, siendo más frecuente con la Cloroquina.
 - B) Los antiinflamatorios no esteroideos utilizados de forma aislada no han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la escleritis asociada a AR.
 - C) Metotrexate no ha sido efectivo en el tratamiento de la escleritis asociada a AR.
 - D) La cirugía no es una opción en el tratamiento de la escleritis asociada a AR.
- 42 En artritis reumatoide (AR):**
- A) No se ha descrito en AR la afectación de la articulación manubrioesternal.
 - B) Cuando hay derrame pleural, el análisis del líquido suele ser un exudado con pH bajo, niveles normales de glucosa, niveles elevados de proteínas y LDH, y la citología muestra macrófagos y células gigantes multinucleadas.
 - C) El síndrome de Felty se asocia a la presencia del alelo HLA-DRB1*0401.
 - D) Los AINEs, glucocorticoides y Metotrexate empeoran la morbimortalidad cardiovascular, mientras que la mejoran los fármacos anti-TNF.
- 43 En relación con las Espondiloartropatías indique lo FALSO:**
- A) La prevalencia en Europa Occidental oscila entre el 0,2 y el 0,9%.
 - B) La prevalencia aumenta cuando se usan los criterios de clasificación del Grupo Europeo de Estudio de las Espondiloartropatías (ESSG).
 - C) Según los datos del estudio EPISER 2016 la prevalencia en España de Espondiloartritis Axial radiográfica es del 0,26%.
 - D) La prevalencia de Espondiloartritis periférica en Europa es superior al 35%.

44 En relación con los hallazgos en RNM de las Espondiloartropatías indique lo verdadero:

- A) El Edema de Médula Ósea (EMO) por resonancia describe lesiones óseas con señal intermedia en T1 y alta señal en T2.
- B) En secuencias STIR, el EMO se identifica como lesiones hipointensas.
- C) La metaplasia grasa es más visible en T2.
- D) Puede estar presente hasta en el 10% de los pacientes con dolor lumbar mecánico.

45 En Artritis Reumatoide (AR) es cierto que:

- A) La recomendación es iniciar el tratamiento con un FAMEsc, y el Metotrexate es la base del tratamiento. La pauta de escalada rápida hasta alcanzar los 20-25 mg en 20-24 semanas ha demostrado ser muy efectiva en el control de los síntomas.
- B) Las guías EULAR recomiendan el uso de FAMEsc en combinación en pacientes con respuesta insuficiente al primer FAME y sin factores de mal pronóstico.
- C) Golimumab es un anticuerpo monoclonal humano IgG4λ.
- D) Anakinra es un anticuerpo IgG1κ que se une a IL-1β.

46 Identifique la afirmación FALSA:

- A) Secukinumab inhibe la IL-17A.
- B) Certolizumab pegol induce la citotoxicidad dependiente de anticuerpos.
- C) Isekizumab tiene demostrado la inhibición del daño radiográfico en artritis psoriásica.
- D) Ustekinumab inhibe la subunidad p40 que comparten IL-12 e IL-23.

47 En relación con la artritis psoriásica (APso) es FALSO que:

- A) La uveítis ocurre en aproximadamente un 8% de los pacientes.
- B) La forma de afectación axial presenta mayor prevalencia de inflamación subclínica intestinal.
- C) La presencia de anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA) descarta el diagnóstico de APso.
- D) No existe relación entre la gravedad de la psoriasis y la gravedad de la APso.

48 En relación con las manifestaciones reumáticas asociadas a la enfermedad celíaca, indique lo FALSO:

- A) El alelo HLA-DQ2 y/o DQ8 aparecen en prácticamente la totalidad de los pacientes.
- B) Puede presentarse síntomas de artritis periférica o incluso de lumbalgia inflamatoria con sacroileitis.
- C) Puede asociar alteraciones autoinmunes, como una tiroiditis autoinmune.
- D) La respuesta de las manifestaciones articulares siempre ocurre tras la supresión del gluten de la dieta.

49 ¿Cuál de los siguientes fármacos NO tiene indicación actual para su uso en pacientes con Espondiloartritis axial no radiográfica?

- A) Certolizumab pegol.
- B) Secukinumab.
- C) Ixekizumab.
- D) Ustekinumab.

- 50 El acrónimo del síndrome SAPHO incluye todo lo siguiente, EXCEPTO:**
- A) Sinovitis.
 - B) Pustulosis.
 - C) Hiperostosis.
 - D) Osteomielitis.
- 51 Ante un niño de 5 años, que presenta episodios recurrentes (sólo 2 veces al año) de cuadro febril de 39°C de 10-12 días de duración, con aftosis oral, artromialgias y edema periorbitario unilateral con conjuntivitis, habría que pensar en:**
- A) Fiebre Mediterránea Familiar (FMF).
 - B) Síndrome de Majeed.
 - C) Síndrome periódico asociado al receptor del TNF (TRAPS).
 - D) Síndrome CINCA.
- 52 En relación con la Artritis Idiopática Juvenil, indique lo que es verdadero:**
- A) La determinación de FR y HLA-B27 son útiles en el diagnóstico.
 - B) La determinación de ANA es útil para valorar el riesgo de uveítis.
 - C) El análisis del líquido sinovial identifica unas características sinoviales levemente inflamatorias.
 - D) En fases activas el hemograma no se ve alterado.
- 53 El síndrome de activación macrofágica (SAM) puede complicar el cuadro de Artritis Idiopática Juvenil sistémica, y se caracteriza por todo lo siguiente, EXCEPTO:**
- A) Fiebre.
 - B) Pancitopenia.
 - C) Hepatomegalia.
 - D) Hiperfibrinogenemia.
- 54 Señala la respuesta correcta sobre la genética del lupus eritematoso sistémico (LES):**
- A) Se estima que los factores genéticos contribuyen en un 70% al total del riesgo del LES.
 - B) La concordancia entre gemelos dicigóticos es alta, en torno al 50%.
 - C) Los individuos HLA-DR2, DR3 y DQ tienen dos o tres veces más riesgo de padecer la enfermedad.
 - D) Con frecuencia se asocia a herencia monogénica por deficiencia del complemento o interferonopatías.
- 55 Según las Recomendaciones EULAR y la ERA-EDTA (*European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association*), el objetivo terapéutico en la nefritis lúpica es:**
- A) Reducción del 50% de la proteinuria basal en los 3 primeros meses.
 - B) Reducción del 90% de la proteinuria basal a los 6 meses.
 - C) Menos de 700 mg/g de albúmina/creatinina a los 12 meses.
 - D) Todas las anteriores son ciertas.

- 56 ¿Cuál de las siguientes es la manifestación hematológica más frecuente del lupus eritematoso sistémico (LES)?**
- A) Anemia hemolítica autoinmune.
 - B) Anemia aplásica.
 - C) Anemia hemolítica microangiopática.
 - D) Anemia de trastornos crónicos.
- 57 Señale el hallazgo más frecuente que esperaría encontrar en la biopsia renal de un paciente con púrpura de Schönlein-Henoch que presenta afectación renal:**
- A) Proliferación mesangial y depósitos de IgA (+++).
 - B) Depósitos subendoteliales difusos con o sin alteraciones mesangiales.
 - C) Depósitos subepiteliales globales segmentarios, con o sin alteraciones en el mesangio.
 - D) La mayoría de los glomérulos (>90%) globalmente esclerosados.
- 58 En el síndrome antifosfolipídico (SAF), el tratamiento de las trombosis venosas es:**
- A) Antiagregación de por vida.
 - B) Antagonistas de la vitamina K, con INR 2,0-3,0 de por vida.
 - C) Los anticoagulantes orales directos son el tratamiento de elección.
 - D) Combinación de antiagregación y anticoagulación oral (INR 3,0-4,0).
- 59 Señale la respuesta correcta respecto a las asociaciones clínicas del anticuerpo U3-RNP de la esclerosis sistémica:**
- A) Es frecuente la miopatía inflamatoria.
 - B) Es frecuente la asociación a neoplasias.
 - C) Es más frecuente en la forma cutánea limitada que difusa.
 - D) Es más frecuente en mujeres mayores.
- 60 Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con las manifestaciones extraglandulares del síndrome de Sjögren:**
- A) La artritis suele ser frecuente (50-60%) y de tipo poliarticular.
 - B) La afectación del Sistema Nervioso (SN) central es más frecuente que el SN periférico.
 - C) La afectación renal más frecuente es la nefritis intersticial o acidosis tubular.
 - D) La enfermedad pulmonar intersticial es la afectación pulmonar más frecuente.
- 61 Indique cuál de los siguientes es un factor de riesgo de crisis renal esclerodérmica:**
- A) Afectación cutánea limitada con anticuerpos anticentromeros.
 - B) Fenómeno de Raynaud de aparición precoz.
 - C) Dosis mayores de 10-15 mg/día de Prednisona.
 - D) Hipertensión arterial pulmonar.

- 62 Señale la respuesta correcta en relación con el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) de la esclerosis sistémica (ES):**
- A) En clase funcional II/III se recomienda iniciar tratamiento con un antagonista de los receptores de endotelina y un inhibidor de la fosfodiesterasa 5.
 - B) En la clase funcional IV la primera línea son los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 y el estimulador de la guanilato ciclasa.
 - C) En la ES el test de vasorreactividad es positivo en >50% de los casos.
 - D) El trasplante pulmonar no está indicado en estos pacientes, por la alta tasa de complicaciones.
- 63 La alteración histológica predominante en la dermatomiositis es:**
- A) La infiltración de linfocitos T CD8+ y macrófagos en el endomisio.
 - B) La infiltración de linfocitos B CD20+ y plasmáticas en perimisio.
 - C) La infiltración perivascular de células B y linfocitos T CD4+.
 - D) La infiltración de linfocitos T y eosinófilos perifasciculares.
- 64 Señale cuál de los siguientes fármacos biológicos NO se recomienda en los pacientes con síndrome de Sjögren primario para el tratamiento de las manifestaciones sistémicas:**
- A) Anti-TNF.
 - B) Rituximab.
 - C) Belimumab.
 - D) Abatacept.
- 65 Ante la presencia en un niño de menos de 2 años de una osteomielitis crónica multifocal, anemia y dermatosis neutrofílica, pensaremos en:**
- A) Síndrome de Majeed.
 - B) Síndrome Hiper IgD.
 - C) Deficiencia del antagonista del receptor de IL-1 (DIRA).
 - D) Artritis Idiopática Juvenil sistémica.
- 66 En un paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) y trombopenia de mecanismo autoinmune con sangrado activo, señale la respuesta correcta:**
- A) Los análogos de eritropoyetina están contraindicados.
 - B) El tratamiento de efecto más inmediato son las inmunoglobulinas intravenosas.
 - C) Se recomienda instaurar de entrada corticoides orales o en pulso con Rituximab.
 - D) La esplenectomía debe considerarse como terapia precoz.
- 67 ¿Cuál de los siguientes tratamientos recomendarías para una paciente de 30 años diagnosticada de nefritis lúpica clase IV, sin factores de mal pronóstico y con deseo de tener descendencia en el futuro?**
- A) Metotrexato.
 - B) Micofenolato de mofetilo.
 - C) Ciclofosfamida intravenosa en dosis bajas.
 - D) Rituximab.

- 68 ¿Cuál de los siguientes trastornos se clasifica como vasculitis de vaso mediano según la Conferencia de Chapel Hill 2012?**
- A) Enfermedad de Kawasaki.
 - B) Granulomatosis eosinofílica con poliangitis.
 - C) Arteritis de células gigantes.
 - D) Poliangitis microscópica.
- 69 Indique cuál de la siguientes características es común entre la arteritis de células gigantes (ACG) y la arteritis de Takayasu (ATK):**
- A) La edad de aparición.
 - B) Inflamación granulomatosa (principalmente de células T y macrófagos).
 - C) Predominio en raza caucásica.
 - D) Frecuente asociación a polimialgia reumática y edema distal con fovea.
- 70 En relación con las pruebas diagnósticas en la arteritis de células gigantes (ACG), es cierto que:**
- A) En las últimas recomendaciones EULAR 2018 se incluyen las pruebas de imagen (Ecografía, RMN y/o PET 18 FDG) e ignoran la biopsia de arteria temporal (BAT) para el diagnóstico de ACG craneal.
 - B) La resonancia magnética (RM) es la primera prueba de imagen que se debe realizar en pacientes con sospecha de ACG craneal.
 - C) El Angio-TAC nos puede ofrecer mayor resolución que la Angio-RM para visualizar vasos de menor calibre.
 - D) El estudio ecográfico de las arterias axilares tiene utilidad en pacientes con sospecha de ACG con ecografía de arteria temporal negativa.
- 71 Señale la respuesta correcta respecto a la arteritis de células gigantes (ACG):**
- A) La manifestación oftálmica menos común es la neuropatía óptica isquémica.
 - B) Aproximadamente entre 15-20% de los pacientes con ACG tienen clínica de polimialgia reumática al diagnóstico.
 - C) Aproximadamente un 50% de los pacientes con polimialgia reumática presentan una vasculitis subclínica.
 - D) Son excepcionales (< 5%) los casos que cursan con normalidad de los reactantes de fase aguda.
- 72 Indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con la poliarteritis nodosa clásica (PAN) y la poliangeítis microscópica (PAM):**
- A) La PAN afecta a vénulas.
 - B) En la PAN es frecuente la neuropatía periférica (50-80%).
 - C) En la PAM los p-ANCA son raros (< 10%).
 - D) En la PAM son raras las recurrencias.

- 73 Señale la respuesta FALSA en relación con la epidemiología de las vasculitis asociadas con ANCA (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos):**
- A) La prevalencia global es mayor en países de Europa.
 - B) La frecuencia se incrementa con la edad, alcanzando un pico entre los 65-75 años.
 - C) En Europa tiene mayor incidencia la poliangeítis microscópica (MPA) seguida de la granulomatosis con poliangeítis (GPA).
 - D) La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) es la menos frecuente.
- 74 ¿Cuál de las siguientes características, en combinación con otros hallazgos, apoyarían el diagnóstico de poliarteritis nodosa (PAN)?**
- A) Asma de inicio en adultos.
 - B) Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos.
 - C) Glomerulonefritis.
 - D) Antígeno positivo del virus de la hepatitis B.
- 75 Señale la respuesta correcta sobre la esclerosis sistémica (ES) juvenil:**
- A) La enfermedad pulmonar intersticial difusa es muy frecuente en la ES juvenil.
 - B) La ES difusa (ESd) es la más frecuente en la ES juvenil.
 - C) La crisis renal aguda es la principal causa de muerte en niños con ESd.
 - D) En los criterios de clasificación propuestos por la *Pediatric Rheumatology European Society* (PRES), ACR y EULAR, la presencia de fenómeno de Raynaud es un criterio mayor obligatorio.
- 76 Señale la respuesta FALSA en relación con la vasculitis urticarial hipocomplementémica (vasculitis Anti-C1q):**
- A) Se caracteriza por lesiones cutáneas urticariales dolorosas de menos de 24 horas de duración.
 - B) La forma hipocomplementémica se ha asociado con otras enfermedades autoinmunes.
 - C) La patogenia se cree que es inmunomediada mediante reacción de hipersensibilidad de tipo III.
 - D) En la forma hipocomplementémica, los anticuerpos anti-C1q se asocia a menor frecuencia de afectación pulmonar.
- 77 En relación con la etiopatogenia de la osteoartritis (OA), indique lo INCORRECTO:**
- A) La membrana sinovial en OA se caracteriza por la ausencia de infiltración de células linfoides.
 - B) Con la edad los condrocitos muestran un acortamiento de los telómeros indicativo de la senescencia.
 - C) Los osteofitos son formaciones derivadas de las células madre mesenquimales existentes en el periostio o en el tejido sinovial.
 - D) El TNFalfa es una citoquina condrodestructora al estimular la síntesis de metaloproteinasas.

- 78 En relación con la osteoartritis (OA) cervical es FALSO que:**
- A) La afectación radicular secundaria por osteofitos que afectan a la raíz C7 provocan la abolición del reflejo bicipital.
 - B) El segmento afectado preferentemente es el C5-C6 y C6-C7.
 - C) El dolor irradia habitualmente a la zona occipital y zona superior de hombros.
 - D) Puede provocar dolor en reposo.
- 79 En relación con la clínica dolorosa de la osteoartritis (OA) indique lo FALSO:**
- A) En el mecanismo doloroso están implicadas fibras nociceptoras.
 - B) En el mecanismo doloroso se implican fibras mecanoreceptoras.
 - C) En fases avanzadas existe un componente de sensibilización central con dolor de características neuropáticas
 - D) Cuando aparece el dolor siempre se asocia a anomalías de OA visibles por radiografía simple.
- 80 Indique lo verdadero en relación con la artropatía asociada a cristales de ácido úrico (AU):**
- A) Los cristales presentan una birrefringencia débilmente positiva.
 - B) Los cristales adquieren un color amarillo al estar perpendicular al eje del compensador rojo de primer grado.
 - C) La ecografía es más sensible que la tomografía computerizada de doble energía (DECT) en detectar cristales.
 - D) Por ecografía los cristales de AU se depositan intracartilaginosos.
- 81 En relación con la artropatía asociada a cristales de pirofosfato cálcico (PFC), indique lo FALSO:**
- A) Los cristales de PFC se forman en la matriz pericelular de la matriz cartilaginosa.
 - B) Los cristales de PFC se forman sólo de manera excepcional en tejidos no cartilaginosos.
 - C) En el cartílago la mayoría del pirofosfato inorgánico se genera a partir del ATP extracelular.
 - D) La fosfatasa ácida se encarga de la degradación del pirofosfato inorgánico.
- 82 En caso de un adulto inmunocompetente con una artritis séptica, se recomienda hasta la recepción del cultivo o de la tinción Gram, tratamiento intravenoso empírico con:**
- A) Cloxaciclina 2gr/4h + Ceftriaxona 2gr/24 h
 - B) Ceftriaxona 2gr/24 h
 - C) Cloxaciclina 2gr/24 h
 - D) Ciprofloxacino 400 mg/8-12 h

- 83 Seleccione cuál de los siguientes fármacos inmunosupresores tiene mayor evidencia como tratamiento de primera línea para el lupus eritematoso sistémico (LES) extrarrenal:**
- A) Metotrexato.
 - B) Leflunomida.
 - C) Tacrolimus.
 - D) Azatioprina.
- 84 En relación con la Artritis Idiopática Juvenil, indique lo FALSO:**
- A) La fiebre, la artritis y el rash evanescente constituye la triada clásica de presentación de la forma sistémica.
 - B) La forma poliarticular factor reumatoide (FR) positivo afecta preferentemente a los varones.
 - C) La forma oligoarticular asocia ANA + en un 70-80%.
 - D) La forma poliarticular FR negativo es la forma más frecuente de las formas poliarticulares.
- 85 Se relacionan con la aparición de enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico (PFC), todos los siguientes trastornos, EXCEPTO uno:**
- A) Hipofosfatasa.
 - B) Hemocromatosis.
 - C) Hiperparatiroidismo.
 - D) Hiper magnesemia.
- 86 Ante un paciente de nuestro medio que presenta un cuadro agudo de mialgias y artralgias, con alta sospecha de ser secundario a una infección viral, se recomienda realizar las siguientes serologías, EXCEPTO:**
- A) Serología de Parvovirus B19.
 - B) Serologías de VHA, B y C.
 - C) Serologías de VEB.
 - D) Serología COVID-19.
- 87 En relación con las artritis piógenas indique lo FALSO:**
- A) El germen más habitual es el Staphylococo Aureus.
 - B) En niños el germen más habitual es el Estreptococo del grupo A.
 - C) Las Pseudomonas son habituales en pacientes inmunodeprimidos.
 - D) Hasta el 20% de los casos no se identifica el germen causal.
- 88 La determinación de serología es especialmente útil en artritis séptica por:**
- A) M. Tuberculosis.
 - B) Neisseria.
 - C) Brucella.
 - D) Streptococo.

89 Identifique el enunciado FALSO en relación con las artritis reactivas (ARe):

- A) La balanitis circinada ocurre hasta en el 50% de los pacientes.
- B) La afectación ocular se caracteriza por conjuntivitis uni o bilateral.
- C) En la mayoría de las ocasiones el episodio articular se resuelve en el primer año.
- D) La triada clásica de artritis, uretritis y conjuntivitis se da en todos los casos de ARe.

90 En relación con la Fiebre Reumática Aguda (FRA), es FALSO que:

- A) La afectación más grave es la Corea de Sydenham.
- B) Los criterios de Jones modificados incluye la monoartritis aséptica como criterio mayor en poblaciones de alto riesgo.
- C) El eritema marginado se asocia con la presencia de manifestaciones cardíacas.
- D) La histología del nódulo subcutáneo es similar al nódulo reumatoide.

91 Es correcto que:

- A) El tumor de células gigantes (osteoclastoma) es un tumor benigno pero localmente agresivo, que se caracteriza por grandes lesiones osteolíticas metafisarias.
- B) El condroblastoma se presenta como una lesión radiolúcida metafisaria y suele cursar con dolor.
- C) El fibroma condromixoide se presenta como lesión radiolúcida en metáfisis de adultos jóvenes.
- D) El osteocondroma o exóstosis ósea es el tumor óseo primario más frecuente, se localiza en la epífisis y es con frecuencia asintomático.

92 En la patogenia de la osteopatía hipertrófica paraneoplásica se ha involucrado fundamentalmente a la:

- A) Producción por el cáncer de factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGF) y factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF).
- B) Producción por el cáncer de factor de crecimiento de tejido conjuntivo (CTGF).
- C) Producción por el cáncer de la molécula de adhesión intercelular-1 (ICAM-1) y la molécula de citoadhesión vascular-1 (VCAM-1).
- D) Producción por el cáncer de la molécula de adhesión intercelular-1 (ICAM-1) y fosfoglicoproteína matricial extracelular (MEPE).

93 Respecto a las manifestaciones reumáticas del bloqueo de los *immune checkpoints*:

- A) La miositis suele manifestarse en las primeras cuatro semanas después del inicio del bloqueo de los *immune checkpoints*.
- B) Cuando hay miositis, generalmente los ANA y los anticuerpos específicos de miositis son positivos.
- C) La sarcoidosis es la manifestación reumática no musculoesquelética más frecuente.
- D) Los pacientes que parecen tener más riesgo de desarrollar Síndrome Sicca / Sjögren son aquellos con linfoma B difuso de células grandes en tratamiento con anti-PD1/PDL1.

94 En relación con las fracturas osteoporóticas:

- A) Las fracturas de fémur proximal representan aproximadamente el 20-25% de todas las fracturas osteoporóticas.
- B) Las fracturas de fémur proximal son más frecuentes en el varón, con una relación varón-mujer de 3 a 1, y la edad media se sitúa entre los 75-80 años.
- C) A pesar de que en los últimos años se ha avanzado considerablemente en el tiempo de cirugía y en los cuidados postoperatorios, la mortalidad de la fractura de cadera se sitúa entre el 3-5% en el primer año.
- D) Entre el 65-70% de las fracturas vertebrales son sintomáticas.

95 En relación con los Bisfosfonatos:

- A) Los bisfosfonatos tienen una disponibilidad oral de sólo el 12-15%.
- B) La absorción de los bisfosfonatos disminuye si se ingieren con fármacos que aumenten el pH gástrico.
- C) Los bisfosfonatos inhiben la farnesil pirofosfato sintasa.
- D) El clodronato es un bisfosfonato nitrogenado.

96 En la enfermedad ósea de Paget:

- A) Se han descrito inclusiones intracelulares, similares a nucleocápsides de paramixovirus (virus del sarampión), en los osteoblastos pagéticos.
- B) Hay datos que sustentan la base genética de la enfermedad y el gen que más se ha relacionado es el sequestosoma 1 (SQSTM1).
- C) La enfermedad es más frecuente en Asia y Sudamérica.
- D) La prevalencia de hipoparatiroidismo es mayor que en la población general.

97 El raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X (XLH):

- A) Es la causa más frecuente de osteomalacia hereditaria.
- B) Los niveles séricos de calcio suelen descender con elevación de los niveles de PTH.
- C) Los niveles séricos de 1,25-(OH)₂D están elevados.
- D) Los niveles séricos de FGF23 están descendidos.

98 Es correcto en el síndrome de dolor regional complejo (SDRC):

- A) En la patogenia de la enfermedad se han involucrado a interleucinas como IL-1 β , IL-6 o TNF α .
- B) No se objetivan factores precipitantes en al menos el 55-60% de los casos.
- C) El dolor es el síntoma más prominente, pero no se ha descrito alodinia.
- D) El inicio del SDRC generalmente ocurre entre la primera y segunda semana tras el factor precipitante.

99 Señale cuál de las siguientes manifestaciones sistémicas NO es características del síndrome de Ehler-Danlos:

- A) Miopatía metabólica.
- B) Luxaciones.
- C) Piel suave y elástica.
- D) Hernias abdominales recurrentes.

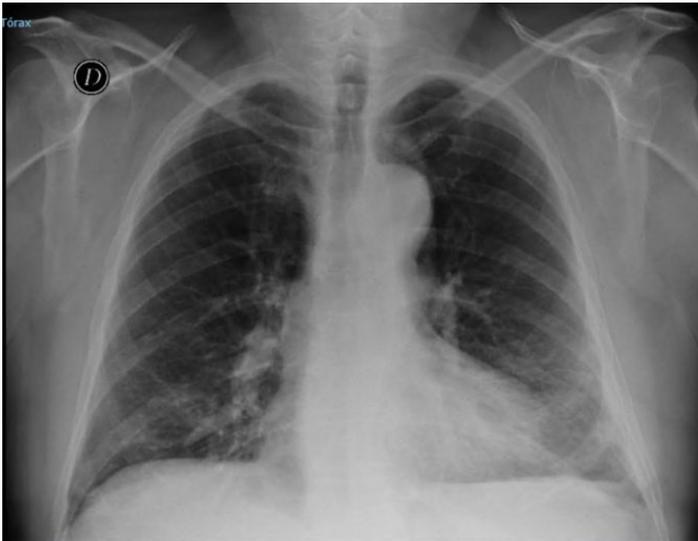
100 ¿Cuál de las siguientes enfermedades autoinflamatorias tiene como principal mecanismo patogénico la afectación de los componentes del inflamasoma (inflamatosomopatías)?

- A) Deficiencia de adenosinadesaminasa 2 (DADA2).
- B) Psoriasis asociada a CARD14 (CAMP5).
- C) Enfermedades inflamatorias asociadas a PSTPIP1 (PAID).
- D) Síndrome SAVI (*Sting-Associated Vasculopathy with onset in Infancy*).

CASO PRACTICO 1:

Varón 65 años. Trabajó en minas de piedra durante 12 años. No alergias conocidas a medicamentos. Sd. Metabólico (hiperuricemia, HTA, hiperglucemia, dislipemia). Exfumador 1 paq/día hasta hace 12 años. IQ: Apendicectomizado. Artritis Reumatoide FR/ACPA + con diagnóstico en 2006, y Espondiloartropatía HLA-B27 (+) en 2007. Tratamiento: MTX 15 mg sc, Hidrocloroquina 200mg (suspendido en 2008 por ineficacia), Infliximab de 2007 a 2008 (reacción infusional) y posteriormente Etanercept (de 2008 hasta la actualidad); Naproxeno según dolor. Evaluado en consulta en Junio 2021 con rigidez matutina de manos de aproximadamente 30 minutos, con artralgias inflamatorias en manos sin artritis. Niega efectos adversos con tratamiento biológico que se administra cada 10 días. No clínica lumbar inflamatoria. No clínica respiratoria, tos seca ocasional. Vacunado de neumococo recientemente. A la exploración no presenta artritis, solo dolor en carpo dcho. ACR: Tonos rítmicos sin soplos a 73 spm. Mínimos crepitantes en base izqda. AD 1 (carpo dcho) / AI 0. EVAp 20 / EVAm 20. DAS28= 3,03; SDAI= 6,2; CDAI= 5. BASDAI= 2. Analítica (Junio 2021): Hemograma: Leucocitos 9.590 (Fórmula normal); Hb 13,5 g/dL; Hcto 41,3%; VCM 88 fL; Plaquetas 232.000. Bioquímica: Glucosa 111 mg/dL; resto, incluidas Creatinina, Urea, Iones, Ac. úrico, Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos, LDH, AST, ALT, GGT, F. Alcalina, Calcio, Fósforo y Proteínas totales, dentro de la normalidad. VSG 23, PCR 12 (n< 10), FR 178 (N< 14), ACPA > 340. Se piden Radiografías de control, que se muestran a continuación.





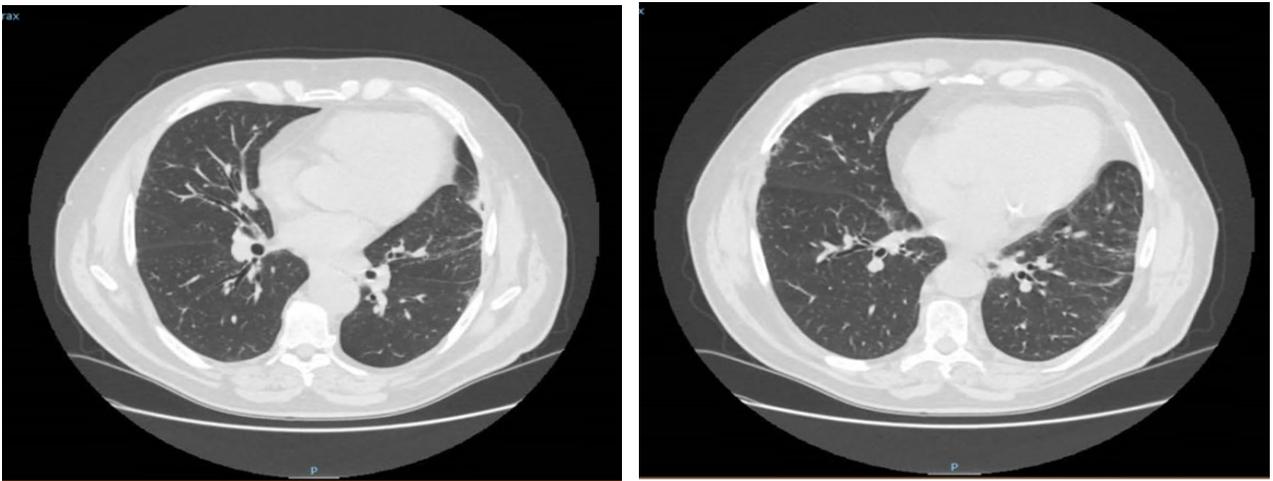
101 Ante este paciente, ¿qué respuesta le parece más correcta?

- A) Es una artritis reumatoide con posible afectación pulmonar por lo que suspendería tratamiento con Metotrexate por su claro efecto tóxico pulmonar.
- B) Es una complicación normal tras la vacunación neumocócica que se presente sobreinfección pulmonar oligosintomática.
- C) Dada la afectación pulmonar derivaría a neumólogo para valoración y seguimiento conjunto.
- D) Solicitaría en primer lugar tomografía computarizada de alta resolución de pulmón.

102 Se solicita cultivo de esputo, analítica con serologías, Mantoux y booster, con resultados negativos. Se cita en consultas, sigue con mínima tos no productiva matutina blanquecina sin disnea. No acropaquias. Pruebas de función respiratoria (PFR): SatO₂ basal 99%; FVC 3.300cc (97%); FEV₁ 2.630cc (98%); FEV₁/FVC 79%; TLC 5.520cc (92%); RV 1.990cc (86%); DLCO 83%; KCO 93%. Con estos datos, ¿qué repuesta le parece más correcta?

- A) Dada la normalidad de PFR no se necesita realizar más pruebas.
- B) La afectación puede estar en relación con sus antecedentes de trabajo en la minería por lo que estaría indicado una biopsia pulmonar de inicio.
- C) Solicitaría un lavado broncoalveolar.
- D) Es recomendable realizar una tomografía computarizada de alta resolución de pulmón que nos identifique el tipo de afectación existente.

103 En TC de Alta Resolución de Tórax (TACAR) de octubre/21 (ver imágenes más abajo), se identifican bandas de hipoventilación en llingula y pequeñas áreas de vidrio deslustrado subpleurales, de predominio en pulmón izquierdo. Algunos nódulos subpleurales y bronquioloectasias aisladas, en probable relación con su enfermedad de base. Adenopatía axilar derecha de tamaño significativo (16 mm). Colelitiasis. Ante estos datos, ¿qué afirmación le parece más correcta?



- A) La presencia de nódulos subpleurales son un dato de mal pronóstico, por lo que subiría el tratamiento a 20 mg semanales de Metotrexate.
- B) La afectación pulmonar es consecuencia a sus antecedentes de exposición laboral en la minería, por lo que no modificaría tratamiento.
- C) La presencia de vidrio deslustrado habla de la presencia de un patrón de afectación intersticial tipo NINE, por lo que se podría plantear un cambio de terapia biológica.
- D) Al ser un cuadro pulmonar inicial se requieren corticoides en pulsos IV/3 días.

104 Según las Recomendaciones 2022 de la SER/SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica), la actitud más adecuada en este momento es:

- A) Mantendría tratamiento del paciente con seguimiento cercano con exploraciones complementarias y cambiaría ante progresión de la misma.
- B) Cambiaría terapia biológica a Tocilizumab.
- C) Cambiaría terapia biológica a Rituximab.
- D) Cambiaría terapia biológica a Abatacept.

105 Aporta nuevo TC sin Contraste de Tórax, realizado en abril 2022 (6 meses después del anterior). Adenopatía axilar derecha de 17 mm (antes 16 mm), no adenopatías hilio-mediastínicas de tamaño significativo. No derrame pericárdico. Estudio comparativo con previo (de 14-10-2021), persiste infiltrado en vidrio deslustrado de predominio en lóbulos inferiores y mayor en LII, pequeñas áreas aisladas de bronquioloectasias bilateral. Pequeña hernia hiatal. Litiasis vesicular múltiple. Hallazgos persistentes, estables y sin cambios significativos con respecto a estudio previo. Con estos nuevos datos, indique la afirmación más correcta:

- A) Mantendría tratamiento del paciente con seguimiento cercano con exploraciones complementarias y cambiaría ante progresión de la misma.
- B) Cambiaría terapia biológica a Tocilizumab.
- C) Cambiaría terapia biológica a Rituximab.
- D) Cambiaría terapia biológica a Abatacept.

CASO PRÁCTICO 2:

Mujer diestra, 32 años, acude a urgencias por comenzar 2 horas antes con cefalea, afasia, hemiparesia y hemianopsia homónima derecha. Tiene historial de tres abortos espontáneos recurrentes y positividad para anticoagulante lúpico (AL) y anticuerpo anticardiolipina (ACA) IgG. Un año antes había tenido un embarazo a término y había recibido tratamiento con aspirina y heparina de bajo peso molecular (HBPM) durante todo el embarazo. Varias semanas después del parto suspendió el tratamiento y desarrolló una trombosis venosa profunda. Se reinició el tratamiento anticoagulante, primero con HBPM y posteriormente se pasó a anticoagulación oral con acenocumarol, con el que continúa. Al ingreso TA 130/85 mmHg, 95 lpm, Sat O₂ basal 97%; y en la analítica destacan hemoglobina 10,9 g/dL, plaquetas 120.000/mm³, PCR 15 mg/L, INR 2,1. Se realiza un TC craneal simple, con resultado normal.

106 Los mecanismos patogénicos de trombosis en esta paciente incluyen:

- A) Incremento de la síntesis de óxido nítrico endotelial.
- B) Incremento en la expresión de Factor tisular.
- C) Deficiencia de proteína S.
- D) Reducción en la expresión del receptor 2 de la apolipoproteína E (ApoER2).

107 De las siguientes pruebas, ¿cuál es la que realizaría de manera más urgente?

- A) Angio-TC arterial cerebral y troncos supraaórticos.
- B) Resonancia magnética cerebral.
- C) Angio-resonancia de senos venosos cerebrales.
- D) Eco-doppler de troncos supraaórticos.

108 El resultado de la prueba que usted solicitó confirma su diagnóstico de sospecha. A continuación, ¿qué tratamiento indicaría a la paciente?

- A) Anticoagulantes orales directos y antiagregación.
- B) Antagonistas de la vitamina K con INR de 3,0-4,0 y antiagregación.
- C) Antagonistas de la vitamina K con INR de 2,0-3,0 y antiagregación.
- D) Anticoagulantes orales directos y control de los factores de riesgo cardiovasculares.

109 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el manejo de la paciente, en caso de refractariedad al tratamiento anterior?

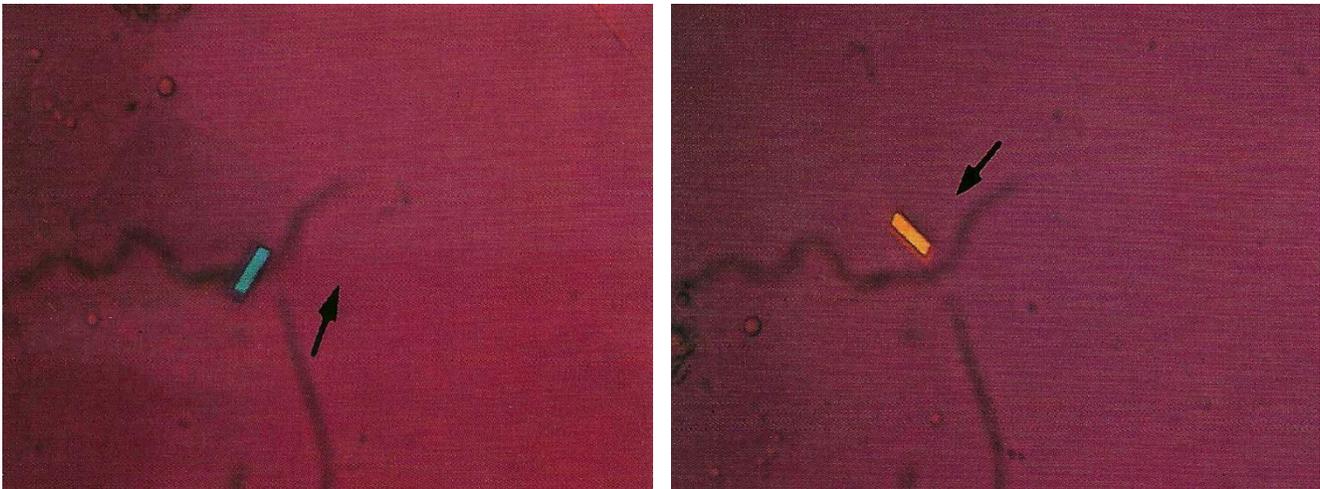
- A) Rituximab no ha mostrado utilidad en la prevención secundaria de la trombosis.
- B) La Hidroxicloroquina inhibe la interacción entre las plaquetas y los factores de la coagulación.
- C) El uso de Ciclofosfamida se ha asociado con aumento de la supervivencia al reducir la activación endotelial.
- D) Las estatinas han mostrado utilidad en la prevención primaria y secundaria de episodios cardiovasculares.

110 Señale la respuesta correcta en relación con el tratamiento de otras posibles manifestaciones que podrían aparecer en esta paciente:

- A) La anticoagulación en la enfermedad valvular cardíaca asociada a anticuerpos antifosfolípidos se aconseja solo si existe riesgo de tromboembolismo secundario, y no para la disfunción valvular.
- B) En un 5-10% de los pacientes se produce trombocitopenia y el manejo se hará como en la púrpura trombocitopénica inmune.
- C) Se ha demostrado la utilidad de la terapia anticoagulante en las manifestaciones neurológicas no incluidas en los criterios de clasificación, como corea o lesiones esclerosis-múltiple-like.
- D) El riesgo de trombosis en portadores de anticuerpos antifosfolipídicos está incrementado en mujeres en comparación con varones.

CASO PRÁCTICO 3:

Mujer de 59 años de edad que acude a Consulta de Reumatología con historia de poliartralgias de 4-5 años de evolución, que 2 años antes de su consulta se había centrado especialmente en rodillas con dolor mecánico en las mismas. Había sido diagnosticada por su Médico de Atención Primaria (MAP) de un síndrome artrósico y tratada con ibuprofeno en las fases de más molestias con buena respuesta. Una semana antes de su consulta actual presenta dolor importante e inflamación en rodilla izquierda que no mejora esta vez de forma adecuada con Ibuprofeno. No fiebre, no pérdida ponderal, no astenia, no otra sintomatología destacable. Antecedentes: hipertensión arterial leve, histerectomía total con 46 años y operada de hernia umbilical. La exploración clínica apreciaba buen estado general, talla 1,66 m, peso 69 kg, afebril, normotensa, auscultación cardio-respiratoria normal, no visceromegalias, no adenopatías, exploración neurológica básica normal. Exploración aparato locomotor: dolor moderado a la percusión y movilización de raquis cervical y lumbar, y deformidad de ambas rodillas con aumento de calor local en la izquierda que presenta derrame articular importante y limitación marcada a la flexión de la misma. La analítica básica realizada apreciaba leucocitos totales $13.840/\text{mm}^3$ con neutrófilos de $10.250/\text{mm}^3$, hemoglobina 11,8 g/dl, hematocrito 35,8 %, VSG 59 mm a la 1ª hora y PCR 2,18 mg/dl (N: 0-0,5). Se realizó artrocentesis obteniéndose 35 cc de líquido sinovial.



111 Ante el estudio del líquido sinovial mostrado en las imágenes (microscopio de luz polarizada compensada x 400), el diagnóstico más probable sería:

- A) Artritis microcristalina por depósito de cristales de urato monosódico.
- B) Artritis microcristalina por depósito de cristales de pirofosfato cálcico.
- C) Artritis microcristalina por depósito de cristales de fosfato cálcico básico.
- D) Artritis microcristalina por depósito de cristales de colesterol.

112 Tras solicitar nuevos datos complementarios se llegó al diagnóstico etiológico del cuadro de la enferma y se pautó el tratamiento adecuado. Tras el tratamiento etiológico realizado a esta paciente, los depósitos de microcristales ya establecidos:

- A) Desaparecerán por completo.
- B) Probablemente permanezcan igual.
- C) Seguirán aumentando.
- D) Desaparecerán casi por completo.

113 En el diagnóstico diferencial de una de las preguntas anteriores de este caso clínico se mencionó a los cristales de colesterol. Estos se han encontrado en el líquido sinovial de:

- A) Artritis reumatoide.
- B) Artrosis.
- C) Gota tofácea crónica.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

114 En el diagnóstico diferencial de una de las preguntas anteriores de este caso clínico se mencionó los depósitos de cristales de pirofosfato cálcico. Estos, de entre las siguientes entidades, NO se han asociado de forma fehaciente con:

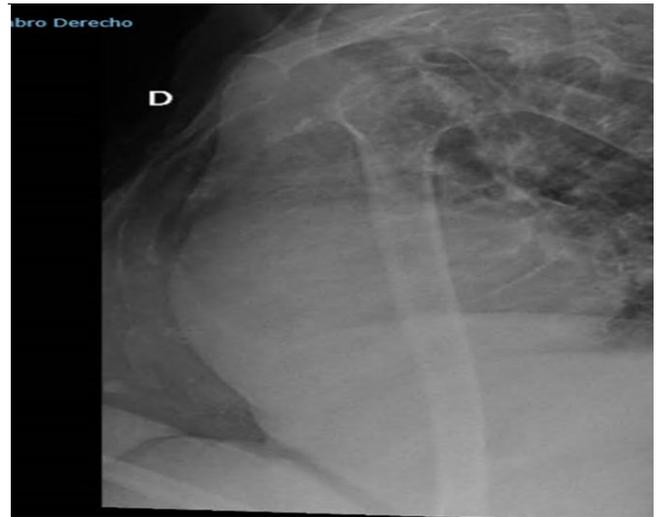
- A) Hipertiroidismo.
- B) Enfermedad de Wilson.
- C) Ocronosis.
- D) Raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X.

115 En el diagnóstico diferencial de una de las preguntas anteriores de este caso clínico se mencionó a los cristales de fosfato cálcico básico. Estos se han encontrado en:

- A) Lupus Eritematoso Sistémico.
- B) Sarcoidosis.
- C) Hiperparatiroidismo primario y secundario.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

CASO PRACTICO 4:

Varón de 75 años, remitido por dolor en Hombro Dcho. ANTECEDENTES PERSONALES: No Alergias medicamentosas. No Diabetes Mellitus. No dislipemia. No cardiópata conocido. HTA con insuficiencia renal leve en seguimiento por Nefrología. Bronquiectasias en tratamiento con broncodilatadores. Intervenido de prótesis de rodilla dcha. en 2015. Tratamiento habitual: Pregabalina, Nevibolol/Hidroclorotiazida, Esomeprazol, Olmesartan, Doxazosina 8 mg, Bromuro de Aclidinio inh, Budesonida inh. y Paracetamol. ENFERMEDAD ACTUAL: Remitido a consultas de Reumatología en enero/22 por cuadro de dolor en hombro dcho. de 6 meses de evolución que se ha empeorado desde hace 1 mes tras caída accidental sobre parrilla costal dcha. que requirió asistencia en Urgencias donde se constató la presencia de 2 fracturas costales y luxación de hombro.



Evaluado dos días después nuevamente en urgencias por traumatólogo de guardia por dolor en hombro dcho. (Informado como: "Hombro derecho tumefacto con liquido articular; a la exploración pasiva no presenta inestabilidad y un buen balance articular algo limitado en últimos grados; dificultad para la movilización activa, sospechando posible lesión del manguito rotador. Se aconseja reposo relativo manteniendo el miembro en cabestrillo y analgesia"). Remitido desde médico de atención primaria por cuadro de dolor de ritmo nocturno que le dificulta el descanso a pesar de paracetamol 1gr cada 12 h. Ha tomado diclofenaco con mejoría, pero ya no lo toma por elevación de cifras tensionales. Dolor prácticamente todo el día con dificultad para levantarlo. No refiere síndrome febril. No afectación inflamatoria a otros niveles. No psoriasis ni otros datos por órganos y aparatos. No datos de conectivopatía. **EXPLORACIÓN FÍSICA**



Brazo en cabestrillo. Regular estado general por dolor. Eupneico. TA 130/95, Tª 36.8°C. Cabeza y cuello: No adenopatías cervicales. No bocio. No aftas orales. Temporales simétricas. ACR: tonos rítmicos sin soplos a 90 lpm. Murmullo vesicular conservado con algunos roncus aislados en bases. Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación. EESS: Eritema y aumento de tamaño de hombro dcho. Codos, carpos, sin artritis. Nódulos de Heberden en dedos. No dolor

en masas musculares proximales. EEII: Caderas libres. Rodillas con cepillo sin artritis. Tobillos con leve edema. Pies con hallux valgus bilateral. No aporta analítica reciente y no se realizó analítica en el episodio de urgencias.

116 Ante este cuadro clínico, la actitud más adecuada sería:

- A) Asociar AINEs a bajas dosis hasta resolución del cuadro.
- B) Iniciar analgésicos orales a dosis terapéuticas.
- C) Realizar artrocentesis.
- D) Iniciar tratamiento antibiótico empírico.

117 Además de ajuste del tratamiento, y previo consentimiento informado, se realiza artrocentesis de hombro dcho. evacuándose 10 cc del siguiente líquido articular:



Tras la realización de BM test al líquido sinovial, que presenta glucosa de 73 mg/dL, se realiza infiltración de Triancinolona 1cc (40mg) + Mepivacaína (1cc). Se envía el líquido a cultivo y a bioquímica, con resultado de: Glucosa 68 mg/dL; Proteínas 4 g/dL; Hematíes 93.500 mm³; Leucocitos 23.812 mm³; Polimorfonucleares 94%. En relación con este líquido sinovial, indique la respuesta correcta:

- A) Es un líquido inflamatorio muy sugestivo de una artritis séptica.
- B) Es un líquido inflamatorio muy sugestivo de una artritis microcristalina.
- C) Es un líquido inflamatorio muy sugestivo de una sinovitis villonodular.
- D) Es un líquido inflamatorio muy sugestivo de una lesión traumática.

118 Se cita al paciente a los 20 días, con realización previa de analítica general y radiografía de hombro, que se muestra a continuación.



Acude con persistencia del dolor y limitación a la movilidad de hombro. Resultado de la analítica solicitada: Hemograma completo: Leucocitos: 5.190 (N 3.330, L 970); Hb 10.6 g/dL Hto: 34%; Plaquetas: 226.000. Bioquímica: Creatinina 1.56 mg/dL; Urico 6,3 mg/dL, LDH 324 U/L (N < 246); Resto incluidas Glucosa, Urea, Proteínas totales, Colesterol total y fraccionado, Triglicéridos, AST, ALT, GGT, Fosfatasa Alcalina, CPK, hierro y calcio dentro de parámetros normales. Sistemático de orina: Proteínas 100 mg/dL. Hematíes Positivo (60) x 1/μL. Nitritos Negativo. Sedimento urinario: Leucocitos: 1-5; Cilindros Hialinos: escasos. VSG: 30 mm/h (< 20); Proteína C reactiva (alta sensibilidad): 4.70 mg/L (< 10.00); ANA y ACPA negativos. Factor reumatoide: 16.2 UI/mL (< 14.0). Con los datos actuales obtenidos, indique la afirmación más correcta:

- A) Es sugestivo de una necrosis ósea avascular postraumática.
- B) Es sugestivo de una artritis séptica rápidamente destructiva.
- C) Es sugestivo de la consecuencia de una luxación no tratada con la adecuada inmovilización.
- D) Es sugestivo de una artritis microcristalina.

119 Aunque todas pueden estar indicadas, de las siguientes pruebas hay una que permitiría información adicional y estaría más indicada que el resto. Señálela:

- A) Análisis de líquido sinovial, microscopía y cultivo.
- B) Ecografía de hombro.
- C) TAC de hombro.
- D) Resonancia magnética de hombro.

120 Ante la sospecha clínica, de todas las pruebas ¿cuál es la que confirmaría el diagnóstico de lo que presenta el paciente?

- A) Análisis de líquido sinovial con rojo alizarina.
- B) Ecografía de hombro.
- C) TAC de hombro.
- D) Resonancia magnética de hombro.

CASO PRACTICO 5:

Mujer de 61 años, sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Consulta por cuadro de vértigo autolimitado y síndrome febril sin foco infeccioso de 3 días de evolución. La paciente refiere dolor agudo lumbar irradiado hacia pierna izquierda de 2 meses de duración. Posteriormente comenzó con hipoestésias, parestesias y alodinia en ambos pies. En la exploración neurológica los reflejos aquileos están abolidos. Se realiza una resonancia magnética cerebral y presenta imagen compatible con ictus isquémico. Se realiza un estudio neurofisiológico compatible con mononeuropatía múltiple axonal sensitivo-motora severa. En la analítica destaca: hemoglobina 10,6 d/dl, leucocitos 4.500/mm³, linfocitos 3.000/mm³, plaquetas 450.000/mm³, VSG 90 mm/h, Cr 3,2 mg/dl, FG 19 ml/min, ácido úrico 6,5 mg/dl, iones normales, PCR 79 mg/l. En un control analítico rutinario hace 6 meses todos estos valores eran normales.

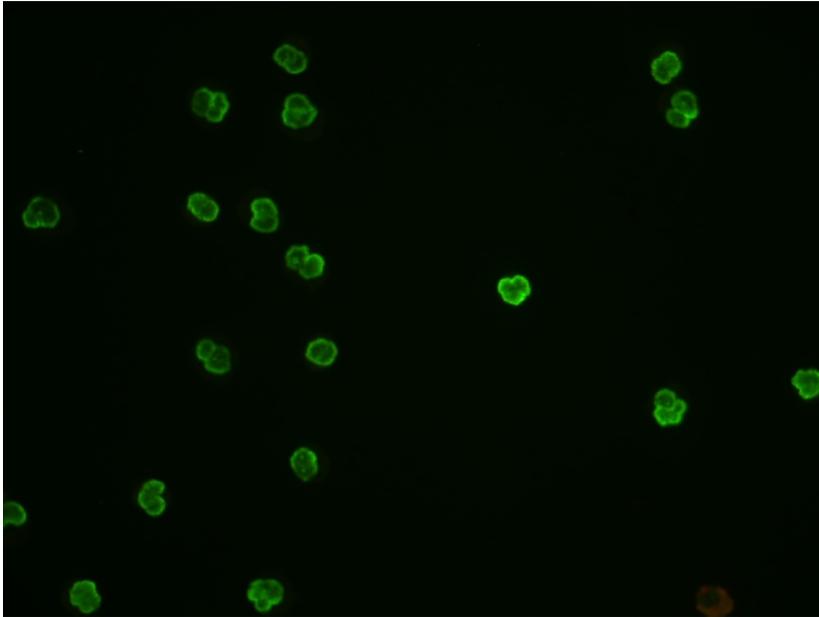
121 ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico más probable del daño neuropático?

- A) Infeccioso.
- B) Desmielinizante.
- C) Isquémico.
- D) Tóxico-metabólico.

122 ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias NO realizaría de forma prioritaria a la paciente?

- A) Perfil de autoinmunidad.
- B) Biopsia de nervio.
- C) Biopsia renal.
- D) Serología virus de la hepatitis y VIH.

123 Le llega el siguiente resultado de una de las pruebas que ha solicitado:



Considerando su resultado y el contexto clínico, ¿qué otros hallazgos se podrían encontrar?

- A) Adenopatías calcificadas hiliares bilateral.
- B) Pleuritis y derrame pleural.
- C) Microaneurismas en arterias arcuatas, interlobares.
- D) Capilaritis pulmonar.

124 Según las guías ACR de 2021, esta paciente debería tratarse con una de las siguientes opciones:

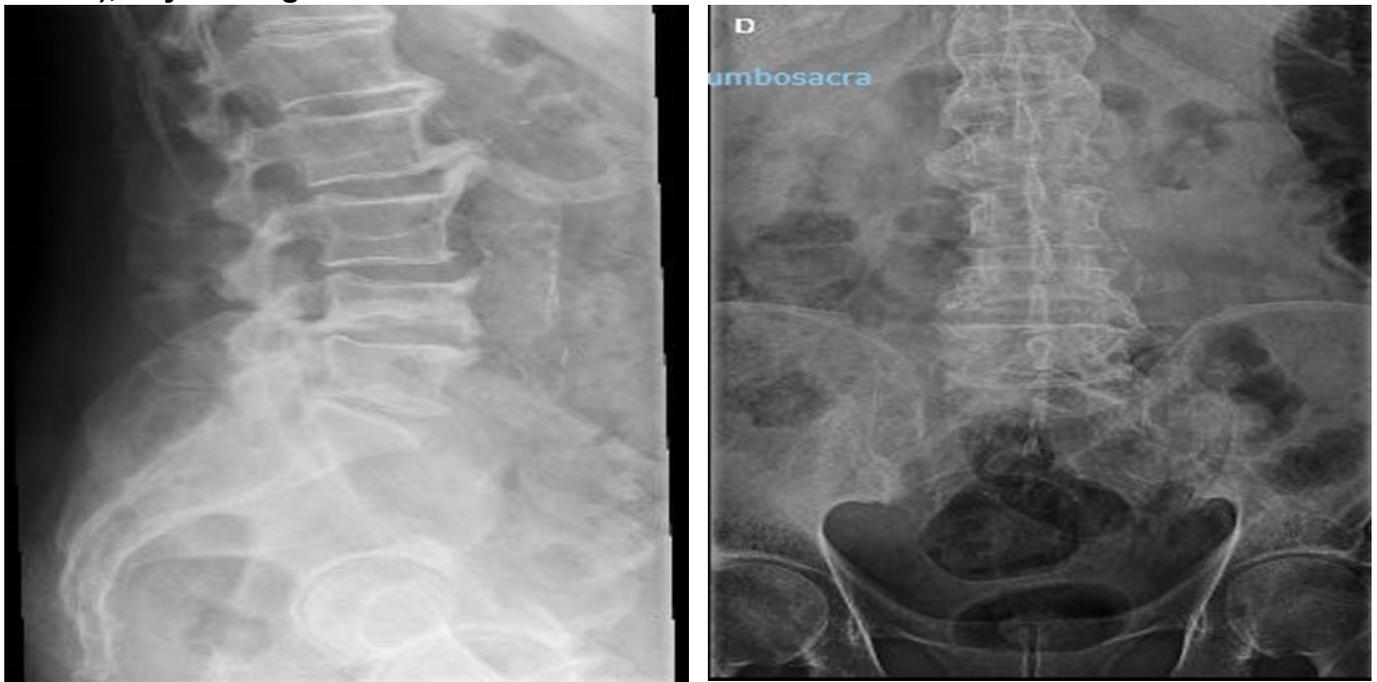
- A) Rituximab y bolos de Metilprednisolona.
- B) Metilprednisolona oral a dosis de 1 mg/kg de peso hasta mejoría clínica.
- C) Inmunoglobulina intravenosa 2 mg/kg y Prednisona 1 mg/Kg/día.
- D) Plasmaféresis y Rituximab 1.000 mg días 1 y 15.

125 ¿Cuál de los siguientes fármacos y/o sus mecanismos de acción podría añadirse al tratamiento inicial, elegido en la pregunta anterior, para limitar el uso de glucocorticoides en el paciente?

- A) Tacrolimus.
- B) Un inhibidor del receptor C5a del complemento.
- C) Proteína de fusión que bloquea la coestimulación de linfocitos T.
- D) Azatioprina.

CASO PRÁCTICO 6:

Varón de 79 años de edad que acude a Consulta de Reumatología por dolor lumbar fundamentalmente mecánico desde dos meses antes de su consulta sin antecedente traumático. Fue diagnosticado por su Médico de Atención Primaria (MAP) de agudización de su cuadro artrósico y tratado con ibuprofeno y paracetamol, con mala respuesta. El paciente manifiesta incremento importante de su dolor la semana previa a su consulta, dificultándole incluso el descanso nocturno a pesar de añadir al tratamiento Tramadol. No fiebre, pérdida ponderal de 3-4 kg en los últimos 5-6 meses, apetito escaso, parestesias en miembros inferiores. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, arritmia, hipertiroidismo secundario a amiodarona, síndrome artrósico e hipertrofia benigna de próstata. La exploración clínica apreciaba talla 1,75 m, peso 71 kg, afebril, normotenso, auscultación cardio-respiratoria normal, no visceromegalias, no adenopatías y dificultad para la bipedestación con imposibilidad para la deambulación. Exploración aparato locomotor: Dolor importante a la percusión y movilización de raquis lumbar, marcada contractura paravertebral lumbar, maniobra de Lasègue dudosa, reflejos conservados. La analítica básica realizada por su MAP presentaba: leucocitos totales $12.550/\text{mm}^3$ con neutrófilos de $8.290/\text{mm}^3$, hemoglobina 11,7 g/dl, hematocrito 35,6 %, urea 64 mg/dl (N: 10-50), creatinina 1,7 mg/dl (N: 0,5-1,2), VSG 79 mm a la 1ª hora y PCR 3,63 mg/dl (N: 0-0,5). La nueva analítica realizada en consulta hospitalaria presentó como datos añadidos: calcemia 10,1 mg/dl (N: 8,6-10,2), fosfatemia 3,5 mg/dl (N: 2,5-5), creatinina 2 mg/dl, urea 78 mg/dl, LDH 491 U/l (N: 230-460), VSG 95 mm a la 1ª hora, PCR 8,32 mg/dl y proteínas totales 9,8 g/dl (N: 6,5-8,7). Se realizó estudio radiológico simple de raquis lumbar (AP y lateral), cuyas imágenes se muestran a continuación.



- 126 El diagnóstico más probable de entre los siguientes, desde el punto de vista radiológico, ante el referido estudio de imagen, sería:**
- A) Espondiloartrosis.
 - B) Osteoporosis.
 - C) Espondilitis infecciosa.
 - D) Espondiloartrosis y osteoporosis con aplastamiento vertebral.
- 127 Ante una vértebra colapsada solitaria en un varón de la edad del paciente de este caso clínico, el diagnóstico menos probable entre los siguientes sería:**
- A) Granuloma eosinófilo.
 - B) Enfermedad neoplásica.
 - C) Trauma.
 - D) Osteoporosis.
- 128 Ante el cuadro clínico del paciente, los datos analíticos básicos y el estudio radiológico ya mencionado se solicitó, entre otras exploraciones, Gammagrafía ósea con ^{99m}Tc-HDP. La Gammagrafía ósea con ^{99m}Tc-HDP puede aumentar su captación:**
- A) En las regiones óseas con hipoperfusión vascular.
 - B) En las zonas con incremento de la actividad osteoblástica.
 - C) En zonas con actividad osteolítica pura.
 - D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- 129 Ante el cuadro clínico, los datos complementarios que ya conoce y la edad del enfermo, el estudio analítico complementario más importante que solicitaría para el diagnóstico etiológico sería:**
- A) β 2-microglobulina y marcadores de remodelado óseo.
 - B) Proteinograma, inmunoglobulinas e inmunofijación.
 - C) Calcemia, fosfatemia, PTHi, vitamina D.
 - D) Marcadores tumorales.
- 130 En el diagnóstico diferencial de una de las preguntas anteriores se mencionó a la osteoporosis. Este paciente fue tratado con ácido Zoledrónico. Respecto a este fármaco, es cierto que:**
- A) Los bisfosfonatos inhiben la vía del mevalonato-colesterol.
 - B) El ácido Zoledrónico reduce el riesgo de fractura vertebral y no vertebral, pero dentro de estas últimas no reduce el riesgo de fractura de cadera.
 - C) El ácido Zoledrónico no tiene, en ficha técnica, la indicación de tratamiento en la osteoporosis por corticoides.
 - D) El ácido Zoledrónico es un bisfosfonato nitrogenado amino-alquilado no heterocíclico.

CASO PRÁCTICO 7:

Niña de 10 años de edad, previamente sana y sin antecedentes de interés. Tres meses antes de su ingreso inicia síntomas constitucionales con fiebre prolongada intermitente, astenia, malestar general, artromialgias generalizadas y dolor en hombros con sensación de debilidad y pérdida de fuerza más acusado en hombro izquierdo. Cefalea bitemporal y dolor abdominal inespecífico. Al examen físico: paciente con sensación de enfermedad, presión arterial (PA) 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) 77 latidos por minuto, saturación de O₂ (SatO₂) 95%. A la exploración general no presenta adenopatías. Cutáneo: livedo reticularis más acusada en MMSS con frialdad de predominio en MS izqdo. Cardiopulmonar: soplo aórtico pansistólico de grado II/VI. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias. Puño-percusión renal bilateral negativa. Locomotor: dolor a la abducción de hombros con limitación dolorosa más acusada en hombro y brazo izquierdos sin signos inflamatorios. No artritis a ningún nivel. Neurológico: pupilas isocóricas, reactivas a la luz, no déficit neurológicos.

131 Aunque todas pueden ser útiles, ¿cuál de las siguientes le parece más adecuada para su orientación diagnóstica?

- A) Valoración de pulsos.
- B) Estudio analítico con determinación de reactantes de fase aguda.
- C) Determinación de ANA y anticuerpos antifosfolipídicos.
- D) Determinación de enzimas musculares.

132 Los exámenes de laboratorio al ingreso arrojaron los siguientes resultados:

Leucocitos 15.600/mm³, Neutrófilos 70.5%, Hemoglobina 10 g/dL Hematocrito 31.5%, VCM 72.1 fL, Plaquetas 663.100/mm³. Tiempo de protrombina 76%. INR 1.3, TTPa 38,5 seg., VSG: 60 mm/h; PCR: 130.5 mg/L. Bioquímica: ALT 55 (N < 50), AST 44 (N < 35), CK 234 (N < 200), LDH 300 (N < 250), resto normal. Orina con sedimento: normal, proteínas/ Crt negativas. Mantoux: negativo. Serología para sífilis (VDRL): negativa, HIV: negativa, y virus de hepatitis (VHA, VHB, VHC) negativas, ANA, anti-ADN, ACA, Anti-B2 GP, ANCA, ASPA negativos, FR negativo, IgA 409 mg/dl, IgG 1.260 mg/dl, IgM 262 mg/dl, C3 135 mg/dl, C4 18,3 mg/dl. Radiografía de tórax normal. La paciente, durante su ingreso, presenta varios episodios de cefalea y ortostatismo requiriendo asistencia para deambular pero sin presentar focalidad motora. En un episodio de ortostatismo se encontró que la presión arterial no se detectaba, con los siguientes signos vitales: FC: 126/min, FR: 18/min y SatO₂: 96%. En el examen físico se encuentra fiebre, sensación de debilidad muscular más marcada en brazo izquierdo, sin signos de déficit neurológico focal. No datos de bajo gasto cardiaco o de compromiso respiratorio. Ante esta situación clínica, ¿cuál de estas exploraciones apoyará más a la sospecha diagnóstica?

- A) Electrocardiograma.
- B) Valoración de tensión arterial en extremidades.
- C) Estudio neurofisiológico (ENG-EMG) de MMSS y MMII.
- D) RNM craneal.

133 Durante los episodios de ortostatismo presentaba pulsos radiales, humerales y carotídeos disminuidos, mientras que los pulsos pedios, poplíteos e inguinales se encontraban presentes, con buena intensidad, corroborándose que en miembro superior izqdo. la presión arterial no era detectable y sí en miembros inferiores (130/80 mmHg). Se realiza doppler arterial de extremidades superiores, en el que se evidenció una marcada hiperplasia de la íntima a nivel de las arterias carótidas comunes y disminución de la luz vascular de 75% en la carótida izquierda, con marcada disminución del flujo, lo que dificulta la visualización de las arterias subclavias de manera bilateral, con escaso flujo en la parte distal de las arterias radial y ulnar del brazo izquierdo. El doppler de los vasos abdominales y pélvicos muestra hallazgos dentro de parámetros normales. Aunque todas pueden ser útiles, ¿en este contexto qué exploración permitiría confirmar la sospecha diagnóstica y la actividad?

- A) Angio-TC Ao.
- B) Angio-RM Ao.
- C) PET-TAC con F¹⁸-Fluorodesoxiglucosa (FDG-PET).
- D) Angiografía.

134 Con todo lo expuesto y encontrado, ¿qué diagnóstico le parece más probable en este niño?

- A) LES Juvenil.
- B) Dermatomiositis Juvenil.
- C) Síndrome antifosfolípido primario.
- D) Arteritis de Takayasu.

135 En base a la orientación clínica, y en la fase aguda de la enfermedad, ¿qué tratamiento NO estaría indicado?

- A) Antiagregación plaquetaria.
- B) Angioplastia con colocación de stent vía percutánea en la zona estenótica.
- C) Pulsos de glucocorticoides combinado con fármacos inmunosupresores.
- D) Terapia biológica con Tocilizumab.

CASO PRÁCTICO 8:

Mujer de 50 años que es derivada a consulta de Reumatología por fenómeno de Raynaud de más de 10 años de evolución, artralgiás desde hace un año y, desde hace 3 meses, tiene disnea que se ha ido intensificando con afectación moderada de su actividad física, sin ortopnea ni disnea paroxística nocturna. En la exploración física tiene telangiectasias en cara y escote, pequeña úlcera distal en 2º dedo de la mano dcha., hipoventilación en bases pulmonares a la auscultación cardiopulmonar y no presenta edemas. En analítica que aporta de su Médico de Atención Primaria presenta un hemograma y bioquímica anodino, y anticuerpos antinucleares positivos (título 1/640). Entre las pruebas solicitadas se encuentran: Pruebas de función respiratoria: FVC 79%; FEV₁ 90%; DLCO-SB 77%; Ecocardiograma no concluyente; Cateterismo cardiaco derecho muestra PCP de 6 mmHg, mPAP de 40 mmHg, que en el test vasodilatador pasa a 30 mmHg. TACAR de tórax donde se aprecia enfisema leve

paraseptal, sin vidrio deslustrado.

136 ¿Cuál de las siguientes respuestas consideraría la opción de tratamiento más adecuada?

- A) Iniciar tratamiento con Micofenolato de mofetilo.
- B) Iniciar tratamiento con antagonistas del calcio.
- C) Iniciar tratamiento con Metotrexato.
- D) Iniciar tratamiento con Prostaciclina intravenosa.

137 A pesar del tratamiento instaurado, la disnea ha pasado de moderados a mínimos esfuerzos. ¿Cuál de los siguientes tratamientos recomendaría?

- A) Rituximab + Corticoides 1 mg/kg/día.
- B) Antagonistas de los receptores de endotelina con inhibidores de la fosfodiesterasa 5.
- C) Ciclofosfamida intravenosa de inducción, seguida de mantenimiento con Micofenolato de mofetilo.
- D) Inhibidores de la fosfodiesterasa-5 con estimulantes de la guanilato ciclasa.

138 En relación con los resultados del estudio de autoinmunidad y de la capilaroscopia, señale cual es la opción más adecuada que esperaría encontrar:

- A) Anticentrómero. Capilaroscopia: dilataciones capilares con megacapilares.
- B) Anti-ARN polimerasa III. Capilaroscopia: megacapilares y múltiples hemorragias.
- C) Anti-Topoisomerasa 1. Capilaroscopia: capilares entrecruzados.
- D) Anti Scl-70. Capilaroscopia: dilataciones capilares con abundantes zonas de ausencia.

139 Además de las pruebas complementarias que se le han realizado a la paciente al acudir a la consulta de Reumatología, y que ya han sido descritas previamente, ¿cuál de las siguientes pruebas consideraría indispensable como prueba de cribado de afectación visceral para completar su estudio?

- A) PET-TAC.
- B) Manometría esofágica.
- C) Gammagrafía de perfusión con talio cardiaca.
- D) Biopsia cutánea.

140 Señale en cuál de las siguientes entidades NO presenta fenómeno de Raynaud:

- A) Escleromixedema.
- B) Enfermedad mixta del tejido conectivo.
- C) Síndrome de POEMS.
- D) Fascitis eosinofílica.

CASO PRACTICO 9:

Varón de 47 años, que acude a Consulta por presentar astenia, artralgias generalizadas y debilidad de las cinturas escapular y pelviana de un año de evolución que relaciona con un síndrome de “latigazo cervical” sufrido en el año 2016. En los últimos 2-3 meses ha empeorado, con aparición de parestesias y sensación de pérdida de fuerza en manos y miembros inferiores, junto con disnea de grandes esfuerzos, sin otra clínica cardio-respiratoria. Refiere alternancia de diarrea / estreñimiento, saciedad precoz y disfunción eréctil ocasional. No lumbalgia inflamatoria, no tumefacción articular, no talalgia ni otros síntomas articulares. Tampoco fenómeno de Raynaud, ni disfagia u odinofagia, ni pérdida ponderal, ni anorexia. Antecedentes personales de colon irritable (2017), síndrome de latigazo cervical (2016) y hernia discal lumbar L5-S1 (2016). Consumo de 3-4 cervezas/día y exfumador (unos 10 cig/d) desde hacía 4 años. No toma medicación de modo regular, ocasionalmente Diazepam 5 mg, ni refiere alergias medicamentosas. Antecedentes familiares: su padre falleció del “corazón” a los 55 años por “colagenosis”, un hermano con enfermedad de Crohn y tía materna fallecida por muerte súbita. La exploración física objetiva buena coloración de piel y mucosas, lengua geográfica, edemas palpebrales bilaterales, no adenopatías cervicales ni bocio, TA 138/80 mmHg, 75 lpm, eupneico, afebril, auscultación cardio-respiratoria sin hallazgos patológicos, abdomen globuloso, blando y depresible con dolor a la presión profunda de hipocondrio derecho con ruidos conservados. La exploración vascular no muestra edemas, ni datos de trombosis venosa profunda, con pulsos radiales, femorales, poplíteos y pedios conservados. Neurológicamente, pares craneales normales, fuerza 4/5 en cintura escapular y pelviana, así como a nivel distal, con disminución de la sensibilidad superficial y dolorosa en manos y pies, hiporreflexia generalizada, tono conservado sin apreciarse atrofas. Signos de Tinel y Phalen positivos de manera bilateral. Analítica: Hemograma y coagulación básica normales, VSG 31 mm/h; Bioquímica, CK 774 U/l (N: 0-190), PCR 1,85 mg/dl (N: 0-0,5), calcemia, fosforemia, hormonas tiroideas, PTH y vitamina D normales, proteinograma normal, ácido úrico 7,3 mg/dl (N: 3,5-7,2), factor reumatoide, ACPA y ANA negativos, proteinuria en orina 24 h de 1.690 mg/24 h, proteinuria de Bence-Jones negativa.

141 En los datos analíticos expuestos existe una elevación de CK. Esta enzima suele estar elevada en:

- A) Deficiencia de maltasa ácida, variante del adulto.
- B) Disferlinopatía.
- C) Distrofia muscular de Duchenne.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

142 Entre las pruebas complementarias para llegar al diagnóstico definitivo de este paciente se realizó estudio mediante gammagrafía ósea con ^{99m}Tc -HDP, que se muestra a continuación.



Ante esta prueba de imagen, desde el punto de vista gammagráfico, el diagnóstico más probable sería:

- A) Enfermedad metabólica ósea.
- B) Enfermedad metastásica.
- C) Enfermedad por depósito amiloide.
- D) Artritis séptica.

143 En el contexto del cuadro clínico de este paciente, la prueba que más aportaría para el diagnóstico, de entre las siguientes, sería:

- A) Gammagrafía con octeótrido.
- B) Biopsia de glándula salival menor.
- C) Electroneuromiograma.
- D) TAC toraco-abdomino-pélvico.

144 Dentro de las respuestas de la pregunta anterior estaba, como prueba que más podría aportar al diagnóstico, la gammagrafía con octeótrido, que se puede utilizar para la detección de tumores mesenquimales fosfatúricos que pueden asociarse a osteomalacia inducida por tumores (OIT). En ese sentido es cierto que:

- A) En la patogenia de la OIT se ha implicado a la fosfatona FGF-33.
- B) La localización más frecuente de los tumores mesenquimales fosfatúricos es en extremidades inferiores.
- C) El tratamiento médico de la OIT se realiza con fósforo y colecalciferol.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

145 Dentro de las respuestas de una pregunta anterior estaba, como prueba que más aportaría al diagnóstico, la biopsia de glándula salival menor. En ese sentido es cierto que:

- A) En los criterios de clasificación del Síndrome de Sjögren de ACR/EULAR de 2016, la biopsia con histopatología positiva (≥ 1 foco/4 mm²) tiene una puntuación de 2 puntos.
- B) En los primeros criterios de clasificación *American-European Consensus Group* (AECG) del Síndrome de Sjögren de 2002, no se hacía mención a las características histopatológicas de la biopsia de glándula salival menor.
- C) La tinción con rojo Congo sólo pone de manifiesto el amiloide AL y el AA.
- D) Un resultado negativo de la tinción de rojo Congo no descarta el diagnóstico de amiloidosis.

CASO PRÁCTICO 10:

Varón de 56 años de edad, con debilidad muscular proximal progresiva de extremidades superiores e inferiores y disfagia de 4 meses de evolución. Sin antecedentes familiares de interés. Toma Enalapril y estatinas por hipertensión arterial e hipercolesterolemia desde hace 2 años. En la exploración física presenta abducción de hombro 0/5, flexión de codo 1/5 y flexión dorsal de muñeca 4+/5, bilateral. En la analítica urgente: hemoglobina 8,8 d/dl, leucocitos 2.640/mm³ (linfocitos 590/mm³, neutrófilos 1.550/mm³), plaquetas 117.000/mm³, VSG 131 mm/h; Creatinina 3,44 mg/dl, FG 19 ml/min; CK: 60.169 U/L; GOT 1.890 U/L, GPT 678 U/L, GGT 664 U/L, bilirrubina total 0,91 mg/dl, albumina 1,37 g/dl, PCR 138 mg/l, procalcitonina 0,1ng/mL; gasometría: pH 7.437, pCO₂ 29 mmHg, bicarbonato 19 mmol/L.

146 Señale la afirmación correcta en relación con el estudio neurofisiológico realizado al paciente:

- A) El estudio mostró potenciales de unidad motora polifásicos de amplitud y duración reducidas.
- B) Los hallazgos tienen una alta sensibilidad y especificidad en este tipo de afectación en comparación con otros trastornos neuromusculares.
- C) Ayuda a localizar los mejores sitios para tomar la biopsia muscular.
- D) Todas las anteriores son correctas.

147 ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor el papel de la RM muscular en la evaluación del paciente?

- A) La RM muscular puede mostrar edema e infiltración grasa consecuencia de los cambios musculares agudos, pero no la atrofia derivada del daño tardío.
- B) Los cambios en la RM muscular son estáticos y no se pueden utilizar como marcador de respuesta al tratamiento.
- C) Los hallazgos de la RM muscular son específicos y ayudan a distinguir entre diferentes tipos de miopatías.
- D) Los cambios en la RM de la piel y la fascia afectan a la visualización del edema muscular en la dermatomiositis, por lo que la RM no es útil cuando se sospecha este diagnóstico.

148 Señale cual es la opción más adecuada sobre los resultados de las pruebas complementarias y orientación diagnóstica que esperaría encontrar para este paciente:

- A) Análisis inmunológico: Ac. anti-cN1A positivos. Biopsia: infiltrado inflamatorio perivascular y presencia de vacuolas ribeteadas. Diagnóstico: miositis por cuerpos de inclusión.
- B) Análisis inmunológico: Ac. anti-HMG-CoA reductasa positivos. Biopsia: necrosis coagulativa y regeneración de fibras musculares con escaso infiltrado inflamatorio. Diagnóstico: miopatía necrosante inmunomediada.
- C) Análisis inmunológico: Ac. anti-TIF-1 gamma positivos. Biopsia: infiltrado inflamatorio perivascular y células en anillo. Diagnóstico: dermatomiositis.
- D) Análisis inmunológico: Ac. Anti-Jo1 positivos. Biopsia: infiltrado inflamatorio, necrosis coagulativa y regeneración de fibras musculares. Diagnóstico: Síndrome antisintetasa.

149 Señale cuál de los siguientes consideraría el tratamiento más indicado:

- A) Prednisona entre 0,5-1 mg/kg/día + Metotrexato.
- B) Bolos de Metilprednisolona + Ciclofosfamida.
- C) Bolos de Metilprednisolona + Micofenolato de mofetilo + Inmunoglobulinas.
- D) Prednisona entre 0,5-1 mg/kg/día + Rituximab.

150 Tras varios días con el tratamiento previo instaurado, el paciente continúa con disfagia y en la exploración muscular: abducción de hombro 0/5, flexión de codo 1/5. ¿Qué recomendaría añadir a continuación?

- A) Tacrolimus y hemoperfusión.
- B) Ciclofosfamida y rehabilitación.
- C) Tocilizumab y terapia deglutoria compensatoria.
- D) Rituximab y sonda nasogástrica transitoria.

151 En relación con la estructura y fisiología del hueso, es cierto que:

- A) La vida media del osteoblasto es de 6-8 semanas.
- B) Los osteoclastos tienen una vida media de 2 semanas y comprenden del 20-22% de las células óseas.
- C) El ligando del receptor activador del factor nuclear κ B es una proteína transmembrana de la familia del TNF.
- D) Al cabo de un año se renueva un 25-30% del hueso cortical, pero sólo un 3-4% del hueso trabecular.

152 En relación con la etiopatogenia de las Espondiloartropatías es cierto que:

- A) Una de las hipótesis recoge la tendencia a formar homodímeros de su cadena ligera en la superficie celular.
- B) La IL-23 induce en el linfocito Th17 la expresión del factor de transcripción ROR- γ t.
- C) Al estímulo de la IL-23 responden, además de los linfocitos Th17, los linfocitos T γ ammadelta pero no las células NKT.
- D) Los pacientes con Espondiloartritis axial presentan incremento de las actinobacterias que producen un polisacárido con capacidad mucolítica que induce la secreción de TNF.

153 ¿Qué anticuerpo solicitaría en un paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) que desarrolla una mielitis transversa?

- A) Antigangliósidos.
- B) Antiproteína ácida fibrilar glial C (GFAP).
- C) Antiacuaporina-4.
- D) Ac. Anti-glutamato descarboxilasa, GAD65.

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 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 DEJARLO 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 ESTAS 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.

