

Cuestionario de examen de la fase de oposición correspondiente
a la especialidad de

REUMATOLOGÍA

según la

RESOLUCIÓN de 19 de diciembre de 2024, de la Dirección Gerencia, por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en la Categoría de Facultativo/a Especialista de Área, en las instituciones sanitarias del Servicio Extremeño de Salud.

Turno libre y discapacidad

08 de noviembre de 2025

El ejercicio consiste en:

- 152 preguntas (de las cuales 16 preguntas versan sobre el programa de materias comunes).
- Cada pregunta plantea CUATRO respuestas alternativas, de las que sólo UNA de ellas será la correcta.
- Por cada TRES respuestas erróneas se restará UNA respuesta válida.
- El cuestionario contiene además 12 preguntas adicionales, de las que 2 versarán sobre el programa de materias comunes. Estas preguntas sustituirán correlativamente a aquellas preguntas que, en su caso, sean objeto de anulación con posterioridad al inicio del ejercicio.
- Tiene 180 minutos para responder el cuestionario desde que dé comienzo el examen.

1. **La aparición de una enfermedad autoinmune está influenciada por diversos factores. Señale la INCORRECTA:**
 - A. Existe una heterogenicidad genética considerable, tanto en el plano individual como poblacional.
 - B. Las personas con síndrome de Klinefelter tienen una incidencia de lupus eritematoso sistémico mayor de lo esperado.
 - C. Existe una alta concordancia en enfermedades autoinmunitarias comunes entre gemelos monocigóticos.
 - D. Los estudios están descubriendo relaciones entre el microbioma, la alteración de la homeostasis del sistema inmunitario y las enfermedades autoinmunes.
2. **En relación a los mecanismos inductores de la autoinmunidad, señale la INCORRECTA:**
 - A. El virus de Epstein Barr favorece las respuestas inmunitarias innatas para el desarrollo de lupus eritematoso sistémico.
 - B. Las mutaciones monogénicas puntuales son las más habituales para desarrollar enfermedades autoinmunes.
 - C. La *Prevotella copri*, *Ruminococcus gnavus* y *Lactobacillus salivarius* se han implicado en el desarrollo de enfermedades autoinmunes.
 - D. Favorecen el desarrollo de enfermedades autoinmunes algunos tóxicos como sílice, asbestos, tricloroetileno, yodo o humo del tabaco.
3. **Con respecto al fármaco apremilast, señale la FALSA:**
 - A. Tiene una semivida 6-9 horas, lo que obliga a dosificarlo dos veces al día.
 - B. La respuesta ACR20 para artritis psoriásica a dosis de 30 mg cada 12 horas fue estadísticamente superior al placebo en 3 ensayos.
 - C. La respuesta ACR50/70 en 3 ensayos en pacientes con artritis psoriásica a dosis de 30 mg cada 12 horas, fue estadísticamente superior al placebo.
 - D. Las reacciones adversas más frecuentes son: diarrea, cefalea y náuseas.
4. **En relación al avacopan, señale la respuesta INCORRECTA:**
 - A. No produce toxicidad hepática.
 - B. Es un antagonista del receptor del complemento C5a.
 - C. Es una terapia coadyuvante en adultos con vasculitis asociadas a ANCA.
 - D. Puede reactivar la hepatitis B.
5. **El romosozumab es un anticuerpo monoclonal IgG2 humanizado anti-esclerostina. Lo tenemos disponible desde hace pocos años, señale la INCORRECTA:**
 - A. Aumenta la producción de RANKL por los osteocitos.
 - B. Tiene un efecto dual: estimula la formación y modelado óseo, e inhibe la resorción ósea.
 - C. La dosis recomendada son 210 mg al mes subcutáneo durante 12 meses.
 - D. El aclaramiento de romosozumab está disminuido en pacientes con enfermedad renal crónica.

6. **La afectación osteomuscular en el lupus eritematoso sistémico es muy frecuente. Señale la respuesta INCORRECTA:**
- A. Las roturas tendinosas son muy frecuentes.
 - B. Pueden producirse deformidades en las manos por laxitud ligamentosa o de la cápsula articular.
 - C. La afectación suele ser simétrica de rodillas, muñecas y pequeñas articulaciones de las manos.
 - D. Los derrames articulares suelen ser importantes.
7. **Tras una biopsia renal en una paciente con lupus eritematoso sistémico (con sedimento activo y aumento de la proteinuria y creatinina), te encuentras que tiene una nefritis lúpica con clase funcional V. La proteinuria se mantiene en >2g/día. ¿Qué tratamiento indicaría de primera elección?**
- A. Glucocorticoides+azatioprina.
 - B. Glucocorticoides+micofenolato mofetilo.
 - C. Glucocorticoides+bloqueo de sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA).
 - D. Glucocorticoides+ciclofosfamida.
8. **En esta misma paciente, si no se obtiene una respuesta a los 12 meses, ¿qué NO indicaría?**
- A. Inhibidores de calcineurina.
 - B. Ciclofosfamida oral.
 - C. Rituximab.
 - D. Ciclofosfamida intravenosa a dosis elevadas.
9. **En el lupus eritematoso sistémico sin afectación renal, las recomendaciones de tratamiento en un paciente con afectación considerada moderada y refractaria a primera línea. Señale cuál el régimen más adecuado de tratamiento:**
- A. Hidroxicloroquina+Belimumab ± Glucocorticoides.
 - B. Hidroxicloroquina+Ciclofosfamida ± Glucocorticoides.
 - C. Hidroxicloroquina+Rituximab ± Glucocorticoides.
 - D. Metotrexato+Rituximab ± Glucocorticoides.
10. **Ante la sospecha de un paciente con síndrome de Sjögren primario, el diagnóstico diferencial debe realizarse entre estas enfermedades, EXCEPTO:**
- A. Hepatitis B activa.
 - B. Sarcoidosis.
 - C. Amiloidosis.
 - D. SIDA.

11. **En el síndrome de Sjögren primario, todas son verdaderas SALVO:**
- A. Los antiRo/SS-A y antiLa/SS-B no parecen ejercer una función patógena en los mecanismos de la enfermedad.
 - B. La saliva de pacientes de estos pacientes contiene anticuerpos antiRo/SS-A y antiLa/SS-B.
 - C. Los anticuerpos contra el receptor muscarínico tipo 3 (anti-M3R) tienen una alta sensibilidad y especificidad demostrada.
 - D. Se han identificado otros autoantígenos, entre ellos la α -fodrina.
12. **De las manifestaciones extraglandulares en el Síndrome de Sjögren primario una es INCORRECTA, señálela:**
- A. Las manifestaciones extraglandulares son más frecuentes en pacientes con antiRo/SS-A, antiLa/SS-B y factor reumatoide positivos.
 - B. La fatiga somática ocurre en aproximadamente 70% de estos pacientes.
 - C. El eritema anular, la púrpura o la urticaria vasculítica son algunas de las manifestaciones cutáneas.
 - D. El subtipo de linfoma no Hodgkin más incidente es el linfoma linfoplasmocitoide.
13. **En el tratamiento del Síndrome de Sjögren primario, señala la INCORRECTA:**
- A. No existe ningún tratamiento que haya demostrado modificar su evolución.
 - B. Diversos estudios aleatorizados a doble ciego han encontrado resultados contradictorios con el uso de rituximab.
 - C. En ensayos clínicos, la ciclosporina oftálmica al 0'05% ha demostrado reducir los síntomas y signos del ojo seco.
 - D. El lifitegrast ha demostrado una mejoría de los síntomas de ojo seco frente a la ciclosporina oftálmica.
14. **Respecto a las pruebas de imagen en la arteritis de células gigantes, señale la FALSA:**
- A. La eco-Doppler ha demostrado utilidad en la valoración de la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.
 - B. Está confirmado el aumento de la sensibilidad de la biopsia de la arteria temporal guiada por ecografía.
 - C. El signo de compresión en ecografía de la arteria temporal tiene una sensibilidad del 77-79%, y una especificidad del 100%.
 - D. La RM de arterias craneales tiene la misma sensibilidad y especificidad que la ecografía.
15. **Según los criterios provisionales ACR/EULAR en los pacientes con sospecha de polimialgia reumática (PMR), señale la FALSA:**
- A. Para considerar el diagnóstico, el paciente debe cumplir: ser mayor de 50 años, dolor bilateral en hombros y aumento de VSG y/o PCR.
 - B. Una vez en el algoritmo, la puntuación varía si se realiza o no ecografía.
 - C. La ausencia de factor reumatoide o de anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado da 2 puntos.
 - D. Se requiere una puntuación de 5 para clasificarse como PMR, independientemente de si se puntúa en el algoritmo con o sin ecografía.

- 16. En la enfermedad de Takayasu, señale la CORRECTA:**
- A. Afecta preferentemente a mujeres mayores de 50 años.
 - B. La clínica sugestiva incluye: claudicación de extremidades, alteraciones visuales o síncope.
 - C. La VSG y PCR son de gran utilidad, por estar siempre elevados.
 - D. El PET-TAC se plantea como primera prueba de imagen en las recomendaciones EULAR.
- 17. En el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Takayasu, deben incluirse las siguiente enfermedades, EXCEPTO:**
- A. Sífilis.
 - B. Síndrome de Marfan.
 - C. Tuberculosis.
 - D. Enfermedad relacionada con IgG4.
- 18. Las vasculitis de grandes vasos se caracterizan por lo siguiente, EXCEPTO:**
- A. Histológicamente forma una inflamación granulomatosa en la capa media e íntima del vaso.
 - B. La enfermedad de Takayasu (ATK) es más frecuentes en raza asiática y la arteritis de células gigantes (ACG) en la caucásica.
 - C. La ATK típicamente muestra una expansión a la adventicia.
 - D. En el infiltrado inflamatorio de la ATK, el cociente de células CD4/CD8 es alto, y en la ACG es bajo.
- 19. Algunas manifestaciones sistémicas incluidas en los criterios clínicos del síndrome de Ehler-Danlos con hipermovilidad son los siguientes, EXCEPTO:**
- A. Piel fina o aterciopelada.
 - B. Miopía.
 - C. Dilatación aórtica.
 - D. Esclerodactilia.
- 20. En relación al síndrome de Marfan, señale la FALSA:**
- A. El gen FBN1 se localiza en el brazo largo del cromosoma 15.
 - B. Es más frecuente en varones.
 - C. Se hereda de forma dominante.
 - D. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos.
- 21. En la esclerodermia sistémica juvenil, señale la INCORRECTA:**
- A. Se ha descrito un mayor riesgo de afectación cardíaca en niños con miopatía.
 - B. La hipertensión pulmonar aparece en <10% de los casos.
 - C. Las pruebas funcionales respiratorias son muy sensibles.
 - D. La principal causa de muerte infantil por esta enfermedad son las manifestaciones cardíacas.

- 22. La enfermedad de Scheuermann es una osteocondrosis de los huesos de la columna, señale la respuesta FALSA:**
- A. Es más frecuente en el varón.
 - B. Su etiología es multifactorial.
 - C. Se produce en la columna como cifosis dorsal, provocando un acuñamiento anterior progresivo de dichas vértebras.
 - D. Suele aparecer antes de la pubertad.
- 23. En la enfermedad relacionada con IgG4, señale la afirmación INCORRECTA:**
- A. Es frecuente encontrar concentraciones séricas elevadas de IgG total, IgG4 e IgE.
 - B. La IgG4 puede elevarse en enfermedades como el síndrome de Sjögren, el lupus eritematoso sistémico o la artritis reumatoide.
 - C. La pancreatitis por IgG4 se relaciona con la presencia de autoanticuerpos circulantes.
 - D. Existen 4 fenotipos según la afectación orgánica.
- 24. En el diagnóstico diferencial entre el síndrome de Sjögren (SS) y la enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4), señale la respuesta INCORRECTA:**
- A. Las concentraciones séricas de IgG4 pueden estar elevadas en el SS.
 - B. El factor reumatoide y los antiRo no suelen expresarse en la ER-IgG4.
 - C. El SS no suele producir aumento del tamaño de las glándulas lagrimales.
 - D. La histopatología de la ER-IgG4 se define como focos de linfocitos adyacentes a acinos glandulares de aspecto normal.
- 25. En relación con la hemocromatosis, señale la FALSA:**
- A. Existen dos tipos de causas: las hereditarias y las adquiridas.
 - B. En las de causa hereditaria se produce un aumento de la hepcidina.
 - C. La determinación combinada de la saturación de la transferrina y los niveles séricos de la ferritina, constituyen el método más sencillo y adecuado de cribado.
 - D. A nivel articular el síntoma de presentación son artralgias en manos.
- 26. Algunas hemoglobinopatías pueden producir manifestaciones articulares, señale la INCORRECTA:**
- A. La osteopenia en la anemia drepanocítica es uno de los signos clínicos.
 - B. La drepanocitosis no produce dactilitis.
 - C. En la talasemia, los pacientes pueden experimentar cifosis y escoliosis por la osteoporosis.
 - D. La osteomielitis infecciosa en la drepanocitosis se produce más frecuentemente por microorganismos encapsulados.
- 27. En la enfermedad de Paget, señale la FALSA:**
- A. La mayoría de los casos son sintomáticos.
 - B. El síntoma principal es el dolor.
 - C. La complicación más frecuente es la artropatía degenerativa secundaria.
 - D. La deformidad ósea es una característica tardía.

28. **Dentro de las complicaciones en la enfermedad de Paget, señale la FALSA:**
- A. Sordera
 - B. Fracturas vertebrales.
 - C. Hipoparatiroidismo primario.
 - D. Estenosis de canal.
29. **Para el diagnóstico de la enfermedad de Paget existen diversas exploraciones complementarias, señale la FALSA:**
- A. La elevación de la fosfatasa alcalina ósea es una prueba analítica con una alta sensibilidad.
 - B. La gammagrafía ósea es más sensible que la radiología simple para detectar una lesión pagética.
 - C. El telopéptido aminoterminal del colágeno tipo I (NTX), se usa como marcador de resorción ósea.
 - D. En las fases iniciales, las lesiones en radiografía simple son predominantemente blásticas.
30. **La ecografía usada en enfermedades reumáticas es cada vez más común y nos aporta mucha información tanto diagnóstica como pronóstica. Indique la VERDADERA:**
- A. La sonoelastografía está validada para la evaluación de la piel en esclerodermia.
 - B. No sirve de guía para la punción de depósito de cristales.
 - C. El modo Doppler positivo muestra la actividad inflamatoria sinovial, lo cual es factor de mal pronóstico en la artritis reumatoide.
 - D. No sirve para el diagnóstico y seguimiento en pacientes con artrosis.
31. **En la capilaroscopia, vamos a evaluar lo siguiente, EXCEPTO:**
- A. Si vemos una tortuosidad capilar, ya la consideraríamos como patológica.
 - B. Las ramificaciones siempre son patológicas.
 - C. Se consideran megacapilares si su diámetro mayor supera 50µm.
 - D. Las hemorragias no siempre son patológicas.
32. **En la capsulitis adhesiva, señale la FALSA:**
- A. Es más prevalente en el hipertiroidismo.
 - B. En la RM, el engrosamiento del ligamento coracohumeral es bastante específico.
 - C. Aparece en el 2-5% de la población.
 - D. Se recomienda la determinación de hemoglobina glicosilada y TSH.
33. **La biopsia muscular es imprescindible en la mayoría de los casos de miopatía inflamatoria. Señale la CORRECTA:**
- A. Principalmente debe biopsiarse un músculo con una debilidad de 4 en la escala MRC.
 - B. La RM nos da poca información sobre el músculo afectado.
 - C. El músculo explorado por electromiografía es una buena opción para biopsiar.
 - D. La muestra recogida debe sumergirse en formol en el momento en el que se recoge.

34. El metotrexato es uno de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) más duradero y usado en monoterapia o como pieza fundamental de la terapia combinada para la artritis reumatoide (AR).

Señale la respuesta CORRECTA:

- A. Un mecanismo de acción importante del metotrexato (MTX), aparte del bloqueo de la dihidrofolato reductasa, es la mayor liberación de adenosina, un potente inmunosupresor.
- B. El MTX se almacena en su forma original en las células, lo que explica su efecto terapéutico prolongado.
- C. Para potenciar los efectos del MTX se propone bien fraccionar la dosis oral (en un margen de 12 h) cuando se usan cantidades superiores a 15 mg/semana o bien cambiar a la administración por vía subcutánea.
- D. La dosis de MTX no precisa ajustarse si la función renal está reducida, excepto en los mayores de 65 años con aclaramiento (ClCr) inferior a 30 ml/min

35. La inhibición de una sola citocina clave puede ser un tratamiento eficaz para las enfermedades inflamatorias con participación inmunitaria. Señale la opción INCORRECTA:

- A. El tratamiento con inhibidores del TNF demostró una elevada eficacia inicialmente en AR, APs y espondiloartritis axial y posteriormente en el tratamiento de Crohn, CU, AIJ, hidradenitis supurativa, uveítis y vasculitis (GEA y ACG).
- B. La combinación de un antiTNF con metotrexato logra beneficios añadidos en la AR.
- C. La inhibición de la interleucina (IL) 6 es un tratamiento eficaz en AR, así como en pacientes con arteritis de células gigantes que son resistentes al tratamiento con corticoides o que sufren un rebrote cuando se disminuye la dosis de los corticoides.
- D. La inhibición de la IL-1, es, por lo general, menos eficaz en la AR que la inhibición del TNF, mientras que los inhibidores de la IL-12/23 (eficaces en APs, la psoriasis y Crohn) , y de IL-17 (eficaces en APS, psoriasis y la espondilitis anquilosante) no han demostrado utilidad en AR.

36. Señale la opción CORRECTA respecto a la artritis psoriásica:

- A. Los criterios CASPAR están validados para el diagnóstico de artritis psoriásica
- B. La artritis psoriásica debe sospecharse en cualquier paciente con psoriasis y artritis con distribución articular asimétrica que coincida con características clínicas adicionales, como dactilitis, entesitis o dolor lumbar de tipo inflamatorio.
- C. La artritis psoriásica es una enfermedad progresiva. El 75 % de los pacientes desarrolla erosiones en los dos años siguientes al diagnóstico.
- D. Los estudios del tejido sinovial con las nuevas tecnologías unicelulares permiten en la actualidad distinguir la patología de la artritis psoriásica de la artritis reumatoide.

37. Respecto a la afectación radiológica de la artritis psoriásica (APs), señale la respuesta INCORRECTA:

- A. La progresión radiográfica en la APs es lenta en las primeras etapas del trastorno y menos del 25% de los pacientes con APs desarrolla cambios erosivos durante los dos primeros años de la enfermedad.
- B. En los ensayos clínicos de APs, la progresión radiográfica es una medida de resultado importante; sin embargo, con la excepción de la puntuación de Ratingen, no se ha desarrollado ningún sistema de puntuación específicamente para la APs.
- C. Los sistemas de puntuación empleados en los ensayos de APs (incluido el método de puntuación modificado de Sharp-van der Heijde, el más utilizado) se diseñaron y validaron para su uso en AR y posteriormente se modificaron para su uso en APs, a menudo sin incluir medidas de proliferación ósea.
- D. Ninguna de las medidas radiográficas existentes es lo suficientemente factible y sensible al cambio como para ser fácilmente aplicada en grandes estudios observacionales longitudinales.

38. Los pacientes de enfermedad de Behçet (EB) con enfermedad sistémica requieren terapia inmunosupresora, especialmente para prevenir la morbilidad y la mortalidad derivadas de la enfermedad no tratada. Pero una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

- A. En pacientes con afectación vascular, la terapia inmunosupresora no es el pilar del tratamiento, pero se recomienda su uso como adyuvante.
- B. Los corticosteroides sistémicos se utilizan a menudo como medidas de primera línea, pero generalmente se combinan con un agente inmunosupresor adicional.
- C. Para las manifestaciones oculares de la EB, la azatioprina se ha considerado la terapia ahorradora de corticosteroides de primera línea.
- D. Los antiTNF han demostrado eficacia en el tratamiento de las manifestaciones oculares, incluso en casos recalcitrantes, se pueden utilizar como tratamientos alternativos en las manifestaciones neurológicas cuando fracasan o no son tolerados otros inmunosupresores y son los más útiles en las manifestaciones gastrointestinales.

39. Respecto a la afectación del sistema nervioso central (SNC) por vasculitis NO es cierto que:

- A. La vasculitis que afecta al SNC se presenta con mayor frecuencia como manifestación de una vasculitis sistémica primaria o como una vasculitis secundaria en contextos como enfermedades o infecciones del tejido conectivo.
- B. En el lupus eritematoso sistémico, la afectación del SNC (microinfartos multifocales, atrofia cortical, infartos macroscópicos, hemorragia, desmielinización isquémica y desmielinización irregular) se presenta en el 14% al 80% de los adultos y en el 22% al 95% de los niños.
- C. El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible es uno de los síntomas más importantes de la vasculitis del sistema nervioso central, cursa con cefalea aguda y déficit neurológico y el tratamiento inicial incluye glucocorticoides sólo o en combinación con ciclofosfamida.
- D. La vasculitis primaria del sistema nervioso central se define como una vasculitis que se limita únicamente al cerebro, las meninges o la médula espinal. Inicialmente se describió como vasculitis granulomatosa del SNC, pero es una enfermedad heterogénea con diferentes hallazgos patológicos.

40. La poliarteritis nodosa (PAN) se caracteriza por una vasculitis necrosante de arterias predominantemente de calibre mediano, que se caracteriza por las siguientes, EXCEPTO:

- A. Presentarse con un inicio insidioso de hallazgos constitucionales, vasculitis cutánea, mononeuritis múltiple y síntomas relacionados con la isquemia del sistema orgánico afectado, como mialgia o dolor abdominal, con los reactantes de fase aguda aumentados.
- B. Los pacientes pueden presentar hematuria y proteinuria leve como resultado de un infarto renal, pero si presentan nefropatía glomerular debe descartarse otras causas.
- C. La PAN cutánea es una forma de vasculitis limitada a la piel y no se espera que evolucione a una enfermedad sistémica.
- D. En niños pequeños la PAN clásica se acompaña de deficiencia de ADA2.

41. Respecto a las vasculitis asociadas a los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) [VAA] es CIERTO que:

- A. Es una vasculitis necrosante que se localiza sobre todo en los vasos de tamaño mediano en múltiples sistemas orgánicos, con una afectación particularmente frecuente nasosinusal, pulmonar y renal.
- B. La prevalencia de las VAA ha aumentado desde la década de 1990, siendo la GPA la más prevalente en las poblaciones europeas, con un gradiente decreciente norte-sur, a diferencia de la PAM que es más frecuente en Grecia y España.
- C. La GPA, la PAM y la GEPA son enfermedades genéticas complejas. Las variaciones genéticas parecen influir más en el fenotipo morboso clínico que en la especificidad de los ANCA.
- D. Se observa una glomerulonefritis en algunos pacientes en el momento del diagnóstico de GPA y afecta hasta un tercio de los pacientes en algún momento del curso de la enfermedad, mientras que en la PAM es más frecuente en el momento del diagnóstico.

- 42. Se admite que los anticuerpos PR3-ANCA o MPO-ANCA son suficientemente específicos como para considerarlos diagnósticos en todos los siguientes casos de vasculitis muy probable, EXCEPTO:**
- A. En la isquemia digital diagnosticada por exploración física.
 - B. En la neuropatía no compresiva diagnosticada por estudios de conducción nerviosa.
 - C. En la hemorragia alveolar, diagnosticada mediante lavado broncoalveolar o cuando tras una hemoptisis presenciada la imagen de TAC es compatible con una hemorragia difusa.
 - D. Para confirmar la glomerulonefritis pauciinmune son suficientes los cilindros de eritrocitos en la orina si hay anticuerpos PR3-ANCA o MPO-ANCA.
- 43. Señale la opción INCORRECTA sobre el inflamosoma NLRP3 en la enfermedad autoinflamatoria:**
- A. Las mutaciones heterocigóticas con ganancia de función en NLRP3, se conocen comúnmente como síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS) o criopirinopatías.
 - B. El síndrome periódico asociado al TNF (TRAPS) es otro trastorno autoinflamatorio monogénico en cuya patogénesis es un factor clave la liberación del receptor de TNF.
 - C. Se ha demostrado la función de NLRP3 en enfermedades más comunes, reumatológicas (como la gota y la pseudogota) y no reumatológicas (como las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Crohn).
 - D. Las comorbilidades que aumentan la abundancia de ácidos grasos libres y el estrés oxidativo, como la obesidad, pueden impulsar la activación de NLRP3.
- 44. ¿Cuál es la opción CORRECTA sobre los cambios en los niveles de ácido úrico en la evolución de las especies?**
- A. La mayoría de los mamíferos presentan niveles séricos de urato igual o superior a 2 mg/dL.
 - B. Los estudios genéticos indican que el gen de la uricasa experimentó una mutación inactivadora a lo largo de múltiples linajes de homínidos, que dio lugar a la elevación de los niveles de urato en sangre.
 - C. Se acepta en general que la pérdida de producción de ascorbato podría haber generado una desventaja evolutiva antioxidante que fue compensada con el aumento de urato, como protector contra el envejecimiento y el cáncer.
 - D. La hipotensión causada por la dieta extremadamente baja en sal de los homínidos en el Mioceno dificultaba la transición al bipedalismo. La elevación de los niveles de urato proporcionó un mecanismo para restablecer la normotensión, a través de la lesión renovascular inducida por el urato.

45. Las miopatías inflamatorias NO guardan una de las siguientes características:

- A. Son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares que se caracterizan por debilidad muscular crónica, con aparición frecuente de autoanticuerpos y afectación infrecuente de otros órganos.
- B. Suelen presentarse acompañadas de niveles elevados de enzimas musculares séricas y electromiogramas anormales. En la histología puede mostrar diversos grados de inflamación y degeneración y regeneración de las fibras musculares.
- C. Los autoanticuerpos se unen típicamente a moléculas implicadas en la síntesis de proteínas y suelen asociarse con fenotipos clínicos distintivos.
- D. La mayoría de los pacientes afectados van a necesitar habitualmente tratamiento con glucocorticoides e inmunosupresores para controlar la enfermedad.

46. Los datos epidemiológicos de las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son escasos y poco uniformes. Señale la respuesta INCORRECTA entre las siguientes:

- A. Un porcentaje significativo de todos los pacientes con miositis (11% a 40%) presenta una enfermedad del tejido conectivo asociada, como esclerosis sistémica, LES, AR, sd de Sjögren, EMTC, PAN y sarcoidosis.
- B. Una proporción variable de pacientes con MII (4-40% según diferentes estudios) tienen asociada una enfermedad neoplásica, siendo esta asociación más frecuente en pacientes con PM o MCI que en aquellos con DM.
- C. La incidencia anual de MII puede variar entre poblaciones, pero generalmente es algo mayor en mujeres que en hombres. Los escasos datos disponibles sitúan la prevalencia de la MII en conjunto en 12 a 14 por 100.000 personas.
- D. Las MII pueden presentarse en cualquier grupo de edad, desde la primera infancia hasta la edad adulta avanzada: La edad promedio de inicio de PM es de 50 a 60 años, mientras la DM presenta dos picos (5-15 años y 45-65 años) y la MCI es más frecuente en mayores de 50 años.

47. El riesgo y la protección frente a las miositis conferidos por las asociaciones de HLA difieren significativamente entre diferentes grupos raciales-étnicos. Señale la opción VERDADERA:

- A. En pacientes negros/afroamericanos, DRB1*0301 y DQA1*0501 están fuertemente asociados con miositis.
- B. HLA-DRB1*0301, que es un factor de riesgo en blancos, es un factor protector en la población japonesa.
- C. El haplotipo HLA-B8/DR3/DR52/DQ2 se encuentra en una proporción significativa de pacientes con PM.
- D. Estudios recientes señalan una fuerte asociación de los alelos HLA-DRB1*0301, HLA-DQA1*0501 y HLA-DQB1*0201 con la miositis por cuerpos de inclusión (MCI).

- 48. Existen factores de riesgo ambientales potenciales para las miositis. Señale la opción INCORRECTA:**
- A. Virus, como el de la polio, HIV, hepatitis B y C y SARS-CoV-2, entre otros y vacunas como, la del tétanos, BCG, difteria, hepatitis B, hepatitis A
 - B. Además de estatinas y fibratos para los lípidos, se han comunicado casos de miositis con FAMES sintéticos convencionales, sintéticos dirigidos y biológicos, excepto con los antiTNF.
 - C. Exposición a radiaciones ultravioletas.
 - D. Inyecciones de colágeno.
- 49. Uno de los siguientes anticuerpos no es específico de miositis:**
- A. Anticuerpos antisintetasa, que incluye los anticuerpos anti-Jo-1, anti-EJ, anti-PL-7, anti-PL-12, anti-KS, anti-OJ, anti-Ha y anti-Zo.
 - B. Anticuerpos antipartículas de reconocimiento de señal (SRP)
 - C. Antiproteínas de unión al ADN de la helicasa de cromodominio 3 y 4 (Mi-2)
 - D. Anticuerpos anti PM-Scl.
- 50. Sólo una de las siguientes características se reconoce asociada a los anticuerpos Anti-C1NA dirigidos contra la 50-nucleotidasa citosólica 1ª:**
- A. Miositis por cuerpos de inclusión.
 - B. Miositis asociada a neoplasias.
 - C. Dermatomiositis con lesiones cutáneas prominentes.
 - D. Enfermedad pulmonar intersticial.
- 51. Debemos distinguir entre fiebre reumática aguda (FRA) y artritis postestreptocócica, aunque ambas tengan el mismo origen. Una de las siguientes aseveraciones sobre la FRA es INCORRECTA:**
- A. La FRA está precedida siempre por una infección por *Streptococo* del GA. El riesgo de padecer FRA después de una faringitis no tratada por *S. pyogenes* en personas predispuestas varía entre el 0,3 y el 3%
 - B. Los síntomas empiezan alrededor de 4-6 semanas después de una infección por EGA, con excepción de la corea, que comienza después de 8 semanas.
 - C. La cardiopatía reumática, la causa más frecuente de valvulopatía adquirida en el mundo, es responsable de uno de cada cuatro episodios de insuficiencia cardíaca en los países endémicos.
 - D. La inflamación suele ser más intensa en los niños de corta edad, que presentan con frecuencia más postración, fiebre y carditis, mientras que los adultos suelen tener una incidencia más alta de artritis.

52. Una de las siguientes afirmaciones sobre los bisfosfonatos NO ES CORRECTA:

- A. Los bisfosfonatos comparten una estructura química similar que da lugar a una redistribución rápida de la hidroxapatita sobre las superficies óseas o la excreción renal tras su absorción oral o infusión intravenosa.
- B. Tras suspender el tratamiento con bisfosfonatos (BF) aumenta la resorción ósea, primero aproximadamente al mes por la pérdida de BF en las superficies óseas y segundo, a los 5 años por la pérdida de BF atrapados en el interior del hueso formado durante el tratamiento previo.
- C. Los BF nitrógenados inhiben la resorción ósea a dosis diez veces más bajas que las que inhiben la mineralización.
- D. Los BF resultan de suma utilidad para la prevención de la pérdida ósea, el tratamiento eficaz de la osteoporosis y de la enfermedad de Paget ósea, así como para el tratamiento de las metástasis óseas cancerosas y de la hipercalcemia de las neoplasias malignas.

53. Entre los principales factores clínicos de riesgo de fracturas osteoporóticas se encuentra:

- A. Obesidad.
- B. Fractura antes de los 50 años.
- C. Tratamiento con anticonvulsivantes.
- D. Incapacidad para levantarse de una silla sin ayuda.

54. La osteoporosis es una enfermedad definida por una densidad ósea baja y por un deterioro de la microestructura, que disminuyen la fortaleza ósea y aumentan el riesgo de fractura. Señale la opción INCORRECTA:

- A. Más del 50% de los casos de osteoporosis en el hombre son secundarios.
- B. El tratamiento de la osteoporosis con recambio alto por deficiencia de estrógeno con fármacos antirresortivos y fármacos anabólicos puede disminuir las fracturas vertebrales nuevas.
- C. Los compuestos relacionados con la hormona paratiroidea y un anticuerpo contra la esclerostina aumentan la masa ósea trabecular y el grosor cortical, mejoran la fortaleza ósea y disminuyen las fracturas sin aumentar la maduración o la vida media del osteoblasto.
- D. Después de una pauta completa de PTH o del anticuerpo antiesclerostina es necesario un tratamiento antirresortivo para mantener la masa de hueso nuevo formado.

55. En la osteoporosis (OP) por glucocorticoides (GC) NO ES CIERTO que:

- A. La reducción de la resistencia ósea inducida por GC está causada por el incremento de la actividad osteoclástica.
- B. La reducción de la resistencia ósea inducida por GC está causada por la disminución de la actividad osteoblástica.
- C. La reducción de la resistencia ósea inducida por GC es más pronunciada después de los 6 primeros meses.
- D. Los Bisfosfonatos pueden prevenir las fracturas y la teriparatida puede invertir la OP por GC y disminuir las nuevas fracturas.

- 56. Entre los principales factores de riesgo de la artrosis, NO se incluye:**
- A. La edad y el sexo.
 - B. La obesidad y el síndrome metabólico.
 - C. El tabaco y el alcohol.
 - D. La genética.
- 57. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) ha desarrollado criterios para la clasificación de la artrosis de la mano, la cadera y la rodilla. Señale la opción CORRECTA:**
- A. Para la mano, solo se utilizan criterios clínicos, con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 98%.
 - B. Los criterios clínicos y radiológicos del ACR para artrosis de rodilla y artrosis de cadera son similares (s91/e80% y s91%/e79%, respectivamente) y son más útiles diferenciar a los individuos con artrosis temprana de los controles sanos que para diferenciar la artrosis de la artropatía inflamatoria.
 - C. Las definiciones radiográficas tienden a subestimar la prevalencia de la artrosis con respecto a los criterios del ACR.
 - D. EULAR y NICE también han desarrollado sus propios criterios de clasificación de artrosis, siendo los de EULAR los más sensibles para la artrosis de rodilla.
- 58. Elija entre las siguientes opciones la que engloba los criterios mínimos requeridos por ACR para el diagnóstico de artrosis de la mano:**
- A. Dolor, molestias o rigidez en la mano la mayoría de los días del mes anterior, agrandamiento de tejido duro en ≥ 2 de 10 articulaciones seleccionadas y menos de tres articulaciones metacarpofalángicas (MCF) inflamadas.
 - B. Dolor, molestias o rigidez en la mano la mayoría de los días del mes anterior, menos de tres articulaciones MCF inflamadas, agrandamiento de tejido duro en ≥ 2 de 10 articulaciones seleccionadas y deformidad en ≥ 2 de 10 articulaciones seleccionadas.
 - C. Dolor, molestias o rigidez en la mano la mayoría de los días del año anterior, menos de tres articulaciones MCF inflamadas, agrandamiento de tejido duro en ≥ 2 articulaciones interfalángicas distales (IFD).
 - D. Dolor, molestias o rigidez en la mano la mayoría de los días del mes anterior, agrandamiento de tejido duro en ≥ 2 articulaciones IFD, deformidad en ≥ 2 de 10 articulaciones seleccionadas y menos de dos articulaciones MCF inflamadas.

59. En el tratamiento de la artrosis, NO ES CIERTO que:

- A. Se centra principalmente en la mejoría sintomática y funcional, ya que aún no existen terapias aprobadas eficaces para modificar la progresión estructural de la enfermedad.
- B. Los abordajes de modalidades físicas son la base del tratamiento y las más utilizadas.
- C. Las terapias farmacológicas disponibles tienen una eficacia limitada y suelen producir efectos adversos, intolerancias o contraindicaciones. No obstante, los AINEs son agentes farmacológicos de primer a línea.
- D. El reemplazo articular (rodilla, cadera) es eficaz para la mayoría de los pacientes con artrosis avanzada, mientras que la menisectomía parcial artroscópica no ha demostrado ser mejor que la fisioterapia.

60. Uno de los siguientes datos epidemiológicos del dolor lumbar es INCORRECTO:

- A. El dolor lumbar es poco común en la primera década de vida.
- B. La prevalencia del dolor lumbar aumenta considerablemente durante la adolescencia. Alrededor del 40 % de los jóvenes de 9 a 18 años reportan haber tenido dolor lumbar en alguna ocasión.
- C. La prevalencia aumenta con la edad hasta los 60-69 años, y luego disminuye gradualmente.
- D. El dolor lumbar es más común en hombres, probablemente relacionado con el tipo de trabajo.

61. Entre las características neurológicas de la radiculopatía lumbosacra, NO se encuentra:

- A. La hernia discal clínicamente significativa en los niveles L1-2, L2-3 o L3-4 se observa con relativa frecuencia en las consultas por lumbalgia.
- B. La radiculopatía L4 suele deberse a la hernia del disco L3-L4 y puede comprometer la flexión dorsal y la sensibilidad medial del pie y el reflejo rotuliano.
- C. La radiculopatía de L5 que compromete la flexión dorsal del dedo gordo ipsilateral, altera la sensibilidad dorsal del pie sin afectar ningún reflejo osteotendinoso y suele estar relacionado con la hernia del disco L4-L5.
- D. La radiculopatía producida por la hernia del disco L5-S1 suele comprometer S1 y produce la alteración de la flexión plantar y la sensibilidad de la región lateral externa del pie así como hiperreflexia aquilea.

62. En el tratamiento de la lumbalgia crónica es CIERTO que:

- A. Los analgésicos opioides son una opción cuando se usan juiciosamente en una minoría de pacientes con dolor incapacitante severo.
- B. La eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la lumbalgia es moderada.
- C. En base a la evidencia existente se puede recomendar los gabapentinoides para el alivio del dolor en pacientes con lumbalgia con o sin radiculopatía.
- D. Inyecciones en puntos gatillo, articulaciones facetarias y bloqueos de raíces nerviosas son recomendables en muchos pacientes con lumbalgia crónica cuando han fracasado los tratamientos farmacológicos.

63. En circunstancias normales, la proteína SAA es captada por los macrófagos y degradada en los lisosomas. En pacientes con amiloidosis los monómeros de SAA sufren una escisión proteolítica para formar fibrillas AA que se depositan en los tejidos. Señale la respuesta CORRECTA:

- A. La resistencia a la proteólisis que permite la extensión de la estructura de lámina plegada β característica de la amiloidosis AA se la proporciona de gelsolina, una proteína que se une a la a los enlaces de las fibrillas AA.
- B. La latencia media entre el inicio de la inflamación y el diagnóstico de amiloidosis es de aproximadamente 25 años.
- C. La amiloidosis AA puede desarrollarse a los 12 meses, dependiendo en gran medida del grado de inflamación.
- D. La amiloidosis AA puede presentarse a cualquier edad, pero en la infancia la forma principal de amiloidosis que se observa es hereditaria.

64. Señale la opción INCORRECTA sobre la Fibromialgia (FM):

- A. Es un trastorno caracterizado por dolor musculoesquelético centralmente amplificado y mantenido, con evidencia objetiva de alteración del procesamiento del dolor en la médula espinal y el cerebro.
- B. Si bien el dolor es el síntoma característico de la FM, la fatiga, el sueño no reparador, las quejas cognitivas, la depresión y la ansiedad también tienen un impacto significativo en la calidad de vida relacionada con la salud.
- C. El diagnóstico de FM se basa en la anamnesis, resaltando la naturaleza generalizada del dolor musculoesquelético (presente en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura) y necesita la demostración de al menos 11 de 18 puntos gatillo dolorosos (alodinia generalizada).
- D. Los pacientes con otras enfermedades reumáticas tienen una mayor prevalencia de FM que la población general, y la presencia de FM comórbida afecta la evaluación de la actividad de otras enfermedades reumáticas.

65. Respecto a la FM, son ciertas las siguientes observaciones, EXCEPTO:

- A. La FM se identifica con frecuencia en pacientes atendidos principalmente por cistitis intersticial, síndrome del intestino irritable (SII), migraña y otras formas de cefalea, trastorno temporomandibular, sensibilidad química múltiple y síndrome de fatiga crónica.
- B. Con la FM se asocian todas las siguientes afecciones psiquiátricas: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad (incluido el trastorno de pánico), trastorno de estrés postraumático, fobia social y trastorno por abuso de sustancias.
- C. Existe una relación bidireccional entre el dolor y las enfermedades mentales, pero no se ha demostrado que los pacientes con FM tengan una conducta suicida aumentada con respecto a la población general.
- D. Si un paciente con FM presenta múltiples trastornos de amplificación del dolor o una comorbilidad de salud mental, el médico deberá determinar si el paciente debe ser tratado como si tuviera un trastorno de etiología central o si existe una razón clínica para el diagnóstico de múltiples trastornos diferentes y evitar el uso de múltiples medicamentos.

- 66. Los dos mecanismos intrínsecos asociados con el riesgo de desarrollar trastornos musculoesqueléticos dolorosos crónicos, incluyendo FM, son la amplificación del dolor y el distrés psicológico. Señale la opción CORRECTA:**
- A. La amplificación del dolor puede estar relacionada con la sensibilización de las vías eferentes en la periferia o el SNC, que procesan la información codificada del dolor o el deterioro en los sistemas inhibitorios del SNC.
 - B. Un desequilibrio de la regulación emocional caracterizado por un sistema de amenaza y un sistema de calma hipoactivos, mediado por la red cingulada media-insular o de prominencia, se ha propuesto como un mediador neurofisiológico clave del distrés asociado con FM.
 - C. Pacientes genéticamente vulnerables desarrollan el fenotipo clínico de FM sin necesidad de exposiciones ambientales y desencadenantes.
 - D. Hay datos sólidos que sugieren que la obesidad es un factor de riesgo para la FM y está asociada con una mayor gravedad de la enfermedad y peores resultados funcionales en pacientes con FM.
- 67. En relación a Espondiloartritis ¿Qué población presenta MENOR prevalencia?**
- A. Caucásicos.
 - B. Asiáticos.
 - C. Africanos.
 - D. Latinoamericanos.
- 68. En una paciente con LES en la que el neonato nació con bloqueo AV ¿Cuál es el riesgo de recurrencia de bloqueo cardíaco congénito de un nuevo embarazo?**
- A. 0,5-2%
 - B. 3-5%
 - C. 10-17%
 - D. >35%
- 69. En la luxación atlo-axoidea de la Artritis Reumatoide, ¿qué respuesta es FALSA?**
- A. Su diagnóstico requiere un desplazamiento anterior del atlas con respecto a la apófisis odontoides igual o mayor a 7 mm.
 - B. Algunos pacientes presentan luxación posterior o superior.
 - C. Mayor riesgo en pacientes con alta actividad inflamatoria mantenida.
 - D. Existe erosión del ligamento transversal del atlas.
- 70. En la sinovial reumatoide, señale qué afirmación es FALSA:**
- A. La fuente principal de IL-6 son los sinoviocitos tipo B (Fibroblastos)
 - B. Los sinoviocitos tipo A (macrófagos) producen en la sinovial reumatoide IL-23 e IL-6.
 - C. IL6 y IL 23 promueven la respuesta Th2.
 - D. Tanto los sinoviocitos tipo A como las células dendríticas son productoras de las dos subunidades de IL-23 (p19 y p40) para formar IL-23 funcional.

- 71. El riesgo trombótico está asociado a los diferentes anticuerpos antifosfolípidos, señala la respuesta CORRECTA:**
- A. La doble positividad no confiere mayor riesgo que un Ac aislado.
 - B. El anticoagulante lúpico es el menos trombótico.
 - C. Los Acs anti beta2Glicoproteína I son más protrombóticos que los anticardiolipina (aCL).
 - D. Los Acs IgM de antibeta2Glicoproteína I y aCL son más protrombóticos que los IgG de los mismos tipos.
- 72. Entre los criterios de Clasificación del Síndrome Antifosfolípido NO está incluido:**
- A. Trombosis arterial, venosa o de vaso pequeño en cualquier órgano o tejido.
 - B. Una o más muertes de fetos > 10 semanas de morfología normal (por ECO o examen directo).
 - C. Nacimientos prematuros con menos de 34 semanas debido a eclampsia, preeclampsia o insuficiencia placentaria.
 - D. Positividad de serología antifosfolípido en dos ocasiones separadas 6 semanas.
- 73. ¿Cuál es la complicación más característica y peligrosa del Síndrome de Feltz, relacionada con aumento de mortalidad?**
- A. Cardiopatía isquémica.
 - B. Infecciones recurrentes por neutropenia.
 - C. Vasculitis sistémica.
 - D. Linfoma agresivo.
- 74. ¿Qué afección hematológica comparte un espectro clínico, genético y patogénico con el Síndrome de Feltz?**
- A. Leucemia aguda mieloide.
 - B. Leucemia de células grandes granulares T (TLGL).
 - C. Síndrome mielodisplásico.
 - D. Poliglobulia familiar.
- 75. En la enfermedad antimembrana basal glomerular es FALSO:**
- A. La biopsia renal muestra proliferación mesangial, glomerulonefritis segmentaria y focal, semilunas y ruptura de membrana basal.
 - B. El epítipo de los Ac AntiMB se encuentra en el dominio no colagenoso- 1 de la cadena alfa-3 del colágeno tipo IV.
 - C. El tratamiento puede requerir plasmaféresis, corticoides y ciclofosfamida. Las recaídas son infrecuentes (<3%).
 - D. Las secuelas crónicas tras hemorragia alveolar son frecuentes.
- 76. En la vasculitis crioglobulinémica, señala la CORRECTA:**
- A. El tipo I esta compuesto por Igs monoclonales especialmente tipo IgA.
 - B. El tipo II asocia componente monoclonal IgM y policlonal IgG.
 - C. El tipo III presenta componente monoclonal IgG e IgM.
 - D. El virus de la hepatitis C está presente en el 15% de los casos de crioglobulinemia mixta.

- 77. La vasculitis de Schönlein-Henoch se caracteriza por las siguientes particularidades, pero una es FALSA, señale cuál es:**
- A. Es una vasculitis leucocitoclástica de pequeño vaso mediada por inmunocomplejos con depósitos de IgA.
 - B. Es la vasculitis más frecuente en la infancia.
 - C. A menudo existe antecedente de infección de vías respiratorias altas.
 - D. En adultos la incidencia es mucho mayor en mujeres que en hombres.
- 78. Entre los niños de 12 a 24 meses es fisiológico encontrar:**
- A. Pie Plano rígido.
 - B. Genu varo marcado.
 - C. Genu Valgo moderado.
 - D. Inestabilidad persistente de cadera.
- 79. La displasia evolutiva de cadera en el lactante:**
- A. Nunca se detecta con ecografía.
 - B. Puede tratarse en fases iniciales con férula de Pavlik.
 - C. Se asocia a pie equino varo congénito en la mayoría de los casos.
 - D. No existe mayor riesgo en niñas ni en presentación podálica.
- 80. En edad pediátrica es FALSO:**
- A. La vasculitis más común es la que afecta a pequeño vaso con manifestaciones cutáneas.
 - B. Más de un 20% de niños con serología antifosfolípido positiva desarrolla trombosis venosa o arterial.
 - C. La trombosis venosa profunda (TVP) es la manifestación clínica más frecuente del SAF asociado al lupus pediátrico, seguido de Trombosis del seno cerebral, tromboembolismo pulmonar y trombosis arterial.
 - D. El anticuerpo que más predispone a evento trombótico es el Anticoagulante lúpico.
- 81. En la afectación intestinal del lupus pediátrico es cierto:**
- A. No existe serositis (peritonitis) lúpica primaria.
 - B. La pancreatitis no asocia morbimortalidad significativa.
 - C. Puede producirse infarto intestinal o perforación secundaria a vasculitis o trombosis.
 - D. Existe una hepatitis lúpica histológicamente distinta de la hepatitis primaria autoinmune.
- 82. En el Lupus pediátrico en relación con el adulto es MENOS frecuente encontrar:**
- A. Afectación renal.
 - B. Afectación hematológica.
 - C. Fotosensibilidad.
 - D. Afectación neurológica.

- 83. En osteomielitis diagnosticada en niños señala la respuesta FALSA:**
- A. Suele producirse por diseminación hematógena.
 - B. Asienta preferentemente a nivel vertebral y diáfisis de huesos largos.
 - C. El diagnóstico microbiológico es muy importante para la elección del tratamiento adecuado.
 - D. En niños mayores de 4 años los agentes más comunes son el *Sta. aureus* seguido de *Stp. pyogenes*.
- 84. ¿Cuál es la prueba de laboratorio más útil para monitorizar la respuesta al tratamiento en osteomielitis aguda?**
- A. Hemocultivo.
 - B. Procalcitonina.
 - C. Proteína C reactiva (PCR).
 - D. Factor reumatoide.
- 85. ¿Qué estudio de laboratorio es típico en un paciente con acidosis tubular renal tipo 1 con osteomalacia?**
- A. Hipofosfatemia y fosfatasa alcalina elevada.
 - B. Hipercalcemia.
 - C. Hiperglucemia.
 - D. Hiperfosfatemia.
- 86. Con respecto a las acciones de la hormona paratiroidea, señale la respuesta FALSA:**
- A. Su producción es estimulada por el sensor del calcio (CaSR).
 - B. A nivel renal disminuye la resorción de fosfatos.
 - C. En hueso, tiene acción directa sobre osteoblastos.
 - D. Aumenta la absorción intestinal del calcio a través del estímulo de la 1- α hidroxilación de la vitamina D.
- 87. En la Osteomalacia señala la respuesta correcta:**
- A. La secundaria a hipofosfatemia asociada a hipercalcemia se presenta con bajos niveles de fosfatasa alcalina y vitamina D (tanto 25-OHD como 1,25(OH)₂D).
 - B. La hipofosfatemia tumoral cursa con niveles bajos de FGF-23.
 - C. Siempre debe administrarse unido a vitamina D suplemento de fosfatos 1-3 gr/día.
 - D. En caso de Insuficiencia renal crónica (IRC) los valores de FGF-23 son elevados.
- 88. En la actualidad se han identificado tres marcadores de formación ósea. Indique la respuesta FALSA:**
- A. Osteocalcina.
 - B. Fosfatasa alcalina ósea.
 - C. CTX-1.
 - D. PINP.

89. ¿Cual es el síndrome paraneoplásico más frecuente?
- A. Osteoartropatía Hipertrófica.
 - B. RS3PE.
 - C. Osteomalacia tumoral.
 - D. Polimiositis.
90. Paciente adolescente asintomático con lesión osteolítica expansiva en metáfisis distal de fémur, multiloculada, de márgenes bien definidos, excéntrica dentro del hueso. En resonancia magnética (RM) presenta la coexistencia de sangre en diferentes estados de organización dentro de las cavidades. ¿Qué lesión sugiere?
- A. Osteomielitis.
 - B. Quiste óseo aneurismático.
 - C. Sarcoma de Ewing.
 - D. Displasia fibroquística.
91. ¿Cuál de las siguientes características es más típica de la artritis paraneoplásica (PA) comparada con artritis reumatoide clásica?
- A. Respuesta excelente a corticosteroides.
 - B. Positivización del factor reumatoide en el 90 % de los casos.
 - C. Predominio en extremidades inferiores y mala respuesta a FAME.
 - D. Patrón simétrico de pequeñas articulaciones.
92. ¿Cuál factor se ha identificado como un marcador específicamente elevado en los casos de RS3PE asociados a neoplasia, y podría predecir malignidad?
- A. VEGF.
 - B. bFGF (FGF2).
 - C. $\text{TNF}\alpha$.
 - D. MMP3.
93. ¿Con cual de estas situaciones NO se relaciona el desarrollo de hiperostosis idiopática difusa?
- A. Edad avanzada.
 - B. Resistencia a la Insulina.
 - C. HTA.
 - D. Hipertiroidismo.
94. ¿Qué afirmación es FALSA de la hiperostosis idiopática difusa?
- A. La característica radiológica típica son los osteofitos horizontales consecutivos que forman puentes óseos en el ligamento longitudinal vertebral del lado dcho. de la columna torácica.
 - B. La afectación de columna cervical puede dar lugar a disfagia e igualmente puede causar apnea del sueño.
 - C. No es infrecuente la aparición de calcificación heterotópica tras artroplastia de cadera.
 - D. A diferencia de la espondilitis anquilosante nunca hay sacroilitis radiológica.

95. En un paciente con espondilitis anquilosante asociado a colitis ulcerosa en la que fracasa el tratamiento con adalimumab ¿Qué tratamiento propondría de los siguientes?
- A. Secukinumab.
 - B. Baricitinib.
 - C. Apremilast.
 - D. Ustekinumab.
- 96.Cuál de los siguientes índices se utiliza específicamente para evaluar la movilidad espinal en espondilitis anquilosante?
- A. BASDAI.
 - B. BASFI.
 - C. BASMI.
 - D. ASDAS.
97. ¿Cuál es el principal predictor radiográfico de progresión estructural en la columna vertebral en pacientes con espondilitis anquilosante?
- A. Presencia de erosiones en sacroilíacas.
 - B. Presencia de sindesmofitos basales.
 - C. Elevación de PCR aislada.
 - D. Edad de inicio menor de 20 años.
98. ¿De las siguientes cuál es la manifestación extrarticular más frecuente asociada a espondilitis anquilosante?
- A. Psoriasis.
 - B. Enfermedad de Crohn.
 - C. Colitis ulcerosa.
 - D. Insuficiencia Aórtica.
99. La capsaicina tópica se utiliza en dolor crónico por su acción sobre:
- A. Receptores opioides.
 - B. Receptores vanilloides TRPV1.
 - C. Canales de calcio tipo L.
 - D. Receptores GABA.
100. En la Espondilodiscitis tuberculosa es CIERTO que:
- A. Habitualmente, el disco intervertebral se destruye más precozmente que en las espondilodiscitis bacterianas.
 - B. En la espondilodiscitis tuberculosa, con mayor frecuencia que en la bacteriana, puede observarse afectación de múltiples niveles vertebrales contiguos o incluso saltatorios.
 - C. Los abscesos paravertebrales son de menor tamaño y menos frecuentes que en las espondilodiscitis bacterianas.
 - D. Radiológicamente, en resonancia magnética la señal del disco puede conservar la altura y mostrar un patrón de señal hiperintenso en T1 y variable en T2, con captación tras gadolinio iv.

- 101. Un paciente diagnosticado de espondilitis axial HLA B27 (+) acude a urgencias de Oftalmología por ojo rojo doloroso con disminución de la agudeza visual, diagnosticándose de uveítis anterior aguda, primer episodio. Está en tratamiento con AINEs por su afectación axial con aceptable control de los síntomas y los reactantes de fase aguda son normales. ¿Cuál es la actitud que tendríamos que tener a continuación?**
- A. Tratamiento tópico con corticoide tópico y ciclopléjico y vigilancia posterior del episodio.
 - B. Solicitar quantiferon, Mantoux y Rx de tórax e iniciar tratamiento con adalimumab, previa actualización de calendario vacunal.
 - C. Tratamiento con corticoide v.o. a dosis medias, pues la posibilidad de complicaciones a nivel ocular es alta al tener el HLA B27 (+).
 - D. Iniciar tratamiento con Metotrexate para controlar la sintomatología ocular y evitar las recurrencias.
- 102.Cuál de los siguientes hallazgos NO es cierto en la RMN de las articulaciones sacroiliacas:**
- A. La erosiones son hipointensas en T1 e hipertensas en STIR.
 - B. Los sindesmofitos son hipointensos en todas las secuencias.
 - C. El edema medula ósea es hipointenso en T1 e hipertenso en STIR.
 - D. La esclerosis es hipertensa en T1 e hipointensa en STIR.
- 103. Cual de los siguientes hallazgos NO es cierto en la RM de columna:**
- A. Entre un 10-30% de los pacientes no tiene lesiones activas en sacroiliacas y sí en columna.
 - B. Las lesiones inflamatorias en las esquinas anteriores y posteriores en más de tres sitios es altamente sugestiva de EspA.
 - C. El signo de Andersson, definido por lesiones en los ángulos vertebrales anteriores, no es patognomónico de la espondilitis, y se presenta también en patología degenerativa, enfermedad de Paget, enfermedad de Sheuermann o DISH.
 - D. ASAS define que los cambios grasos en las esquinas vertebrales, especialmente si está en varios sitios, aumenta la probabilidad de EspA, especialmente en el grupo de edad más joven.
- 104. Con respecto al uso de la RM en el diagnóstico de las espondiloartritis axial y, de acuerdo a criterios ASAS, señale cuál de las siguientes respuestas es FALSA:**
- A. Una RM positiva de columna según criterios ASAS ya es vía de entrada de los criterios de clasificación.
 - B. El remplazo graso es una lesión crónica, se manifiesta hipertensa en T1 e hipointensa en STIR.
 - C. Para ser RM (+) se precisa edema de médula ósea como lesión hiperintensa en STIR en al menos dos cortes consecutivos o más de una lesión en el mismo corte en localizaciones típicas.
 - D. El edema de médula ósea se detecta en el 90% de los pacientes con EspA pero no es patognomónico y puede aparecer hasta en un 20% de individuos sanos.

- 105. NO tiene indicación para el tratamiento de la espondiloartritis axial no radiográfica**
- A. Secukinumab.
 - B. Etanercept.
 - C. Tofacitinib.
 - D. Bimekizumab.
- 106. NO forman parte de los criterios de clasificación ACR-EULAR de 2013 de la esclerosis sistémica**
- A. Fenómeno de Raynaud.
 - B. Telangiectasias.
 - C. Afectación esofágica.
 - D. Esclerodactilia.
- 107. Señale cuál de las siguientes condiciones es catalogada como esclerosis sistémica grave según la escala de Medsger:**
- A. Antecedentes de crisis renal esclerodérmica con Cr 1.5 a 2.4 mg/dl.
 - B. Debilidad muscular distal grave.
 - C. Úlceras en la punta de los dedos.
 - D. Arritmia en el ECG, FEVI 45-49%
- 108. Son factores de riesgo para el desarrollo de una crisis renal esclerodérmica todos los siguientes EXCEPTO:**
- A. Anticuerpos anti-ARN polimerasa III.
 - B. Enfermedad cutánea difusa temprana.
 - C. Uso de corticoides.
 - D. Hipertensión arterial previa al diagnóstico.
- 109. Dentro de los criterios de clasificación de la enfermedad de Still del adulto NO se encuentra:**
- A. Artralgias/artritis.
 - B. Rash/eritema maculopaular asalmonado.
 - C. Fiebre en picos superior a 39°C.
 - D. Odinofagia.
- 110. En un paciente diagnosticado de enfermedad de Still del adulto con fiebre, poliartritis crónica y odinofagia, si no se controla con AINEs y esteroides, señale cuál sería la secuencia, por orden de preferencia, de fármacos a utilizar:**
- A. Metotrexate, anti-TFN, Anakinra, Tocilizumab.
 - B. Metotrexate, anti-TNF, Tocilizumab, Anakinra
 - C. Metotrexate+Salazopirina, anti-TNF, Canakinumab, Sarilumab.
 - D. Metotrexate, Tacrolimus, anti-TNF, Canakinumab, Tocilizumab.
- 111.Cuál de los siguientes condicionantes NO supone un peor pronóstico en la escala de valoración de las vasculitis necrotizantes (FFS):**
- A. Edad mayor de 65 años.
 - B. Insuficiencia cardíaca sintomática.
 - C. Insuficiencia renal.
 - D. Afectación ORL.

- 112. NO es una categoría de la Artritis Idiopática juvenil una de las siguientes:**
- A. Artritis sistémica.
 - B. Artritis indiferenciada.
 - C. AIJ monoarticular ANA (+).
 - D. AIJ poliarticular FR (-).
- 113. Una paciente de 11 años diagnosticada de artritis idiopática juvenil sistémica acude a urgencias por mal estado general, fiebre mayor de 40° y rash cutáneo. Los resultados analíticos muestran una VSG de 3, una PCR de 6 mg/dl, ferritina 4500 e hipertransaminasemia. ¿Qué tratamiento es el más indicado en este caso?**
- A. Corticoides intravenosos a dosis altas.
 - B. Fármacos biológicos anti-interleucina 1 o 6.
 - C. Colchicina.
 - D. Ciclosporina A junto con corticoides intravenosos.
- 114. A pesar del tratamiento iniciado anteriormente, la paciente continúa con fiebre en picos, ferritina elevada, hipertransaminasemia y trombocitosis, ¿qué fármaco estaría indicado utilizar a continuación?**
- A. Plasmaféresis.
 - B. Anakinra intravenoso.
 - C. Tocilizumab intravenoso.
 - D. Inmunoglobulinas intravenosas.
- 115. La uveítis anterior crónica asociada a la AIJ es la causa más frecuente de ceguera en países industrializados, requiriendo un diagnóstico, seguimiento y tratamiento adecuados. En relación con el tratamiento, ¿cuál es el orden adecuado a utilizar?**
- A. Primero corticoides tópicos, segundo metotrexato y, por último, anti-TNF (junto con metotrexato o no).
 - B. Anti-TNF junto con metotrexato al diagnóstico.
 - C. Metotrexato junto con corticoides tópicos y fármacos anti-interleucina 6 como alternativa.
 - D. Corticoides tópicos exclusivamente y metotrexato en casos extremos.
- 116. Traen a consulta una niña de 3 años con artritis de ambas rodillas a la que usted diagnostica de una artritis idiopática juvenil oligoarticular, ¿qué les recomendaría a los padres de esta paciente en relación con el seguimiento ocular?**
- A. No precisa estudio ni seguimiento ocular.
 - B. Es preciso descartar una uveítis con una evaluación oftalmológica y si esta es normal se pueden quedar tranquilos, sin precisar nuevas revisiones.
 - C. La uveítis cursa habitualmente con dolor de ojos, enrojecimiento y problemas de visión, se les explica a los padres que si la paciente presenta síntomas acudan a oftalmología con urgencia.
 - D. Recomendar una revisión inicial y un seguimiento posterior a definir según los resultados de autoinmunidad.

- 117. Cuál de los siguientes fármacos NO es útil en la afectación sistémica de la AIJ:**
- A. Metotrexate
 - B. Rilonacept
 - C. Tocilizumab
 - D. Inmunoglobulinas intravenosas.
- 118. NO es una complicación de la AIJ poliarticular:**
- A. Síndrome de activación macrofágica.
 - B. Enfermedad pulmonar intersticial.
 - C. Alteraciones del crecimiento.
 - D. Uveítis anterior crónica.
- 119. En relación a las vasculitis en la infancia, señale la afirmación CORRECTA:**
- A. La enfermedad de Kawasaki es la vasculitis pediátrica más frecuente.
 - B. Las manifestaciones clínicas de PAN son indistinguibles de la del adulto porque su presentación es más frecuente en adolescentes.
 - C. Aunque la púrpura de Schönlein-Henoch es benigna en la mayoría de los casos y su curso es autolimitado, hasta un tercio de los niños presentan recurrencias.
 - D. En la granulomatosis con poliangeítis pediátrica la presentación más frecuente es la clínica articular, cutánea y gastrointestinal.
- 120. Cuál de los siguientes NO forma parte de los criterios de clasificación de la arteritis de Takayasu pediátrica de EULAR/PRINTO/PRESS:**
- A. Alteraciones angiográficas en pruebas de imagen.
 - B. Elevación de reactantes de fase aguda.
 - C. Hipertensión arterial.
 - D. Histopatología: inflamación granulomatosa en las paredes de los vasos.
- 121. En la arterias de Takayasu de presentación pediátrica, es más frecuente en relación a la presentación del adulto:**
- A. Afectación de aorta ascendente
 - B. Arterias renales
 - C. Hipotensión
 - D. Rectantes de fase aguda normales
- 122. Cuál de los siguientes vasculitis NO es monogénica:**
- A. Haploinsuficiencia de A20.
 - B. Síndrome SAVI.
 - C. Síndrome de Cogan.
 - D. Deficiencia de adenosin deaminasa.

123. Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la etiología de las artritis piógenas:

- A. La *Neisseria gonorrhoeae* era la causa más frecuente de artritis séptica en el adulto sexualmente activo en la década de los 70 y 80, pero actualmente el germen más frecuente en adultos es el *S.aureus*.
- B. La mayoría de las artritis sépticas producidas por SARM se producen en el ámbito hospitalario.
- C. En niños menores de 4 años la causa más frecuente de artritis séptica por gram negativos es la *Kingella kingae*.
- D. La *Pseudomona aeruginosa* es un patógenos frecuente en usuarios de drogas por vida parenteral y tiene especial tropismo por articulaciones grandes como cadera o rodilla.

124. Valoramos un paciente en planta intervenido hace 4 meses de prótesis de rodilla. Ingresa por sintomatología de reciente aparición de dolor, tumefacción de la rodilla, asociado a febrícula de 37.8°C sin gran afectación del estado general. A la exploración hay derrame articular moderado y la rodilla está ligeramente caliente. Señale cuál de las siguientes afirmaciones en relación al cuadro que presenta es CIERTA:

- A. El paciente presenta probablemente una artritis séptica y el germen más frecuentemente implicado en este caso es el *S.aureus*.
- B. En caso de confirmarse una artritis séptica protésica la infección se ha adquirido durante el acto quirúrgico.
- C. Las técnicas isotópicas nos van a aportar información valiosa en el diagnóstico diferencial.
- D. En la gran mayoría de los casos tarde o temprano, además del tratamiento antibiótico, es necesario el recambio quirúrgico de la prótesis.

125. Señale la respuesta VERDADERA:

- A. La causa más frecuente de eritema nodoso son las infecciones postestreptocócicas.
- B. La colitis ulcerosa presenta con mayor frecuencia eritema nodoso que la enfermedad de Crohn.
- C. Los fármacos que con más frecuencia causan eritema nodoso son los inhibidores de la bomba de protones.
- D. La biopsia del eritema nodoso en la sarcoidosis no es patognomónica, por lo que no es necesaria la biopsia en la mayoría de los casos si el cuadro clínico es altamente sugestivo.

126. NO son manifestaciones articulares asociados a los inhibidores de puntos de control inmunitario:

- A. Capsulitis adhesiva.
- B. RS3PE.
- C. Tríada artritis-uretritis-conjuntivitis.
- D. Rotura de tendón de Aquiles.

127. Señale la respuesta CORRECTA:

- A. El desarrollo de enfermedades reumáticas en el contexto de los inhibidores de puntos de control inmunitario, se produce siempre por exacerbación de una enfermedad autoinmune subyacente o silente previa al cáncer.
- B. Las manifestaciones articulares inflamatorias son las más frecuentes y aparecen al inicio de la inmunoterapia y desaparecen tras la suspensión del tratamiento.
- C. Las miopatías inflamatorias inducidas por los inhibidores de puntos de control inmunitario se presentan de forma precoz, generalmente tras la 2ª o 3ª administración del fármaco y excepcionalmente más allá del 5º- 6º mes.
- D. El tratamiento de estas manifestaciones se hace en función de la gravedad de los síntomas, primero analgésicos/AINEs, pudiendo utilizar esteroides e inmunosupresores. Los fármacos biológicos están contraindicados por el efecto negativo que estos fármacos tiene sobre la evolución del tumor.

128. La afectación musculoesquelética de la sarcoidosis se caracteriza por todas las siguientes EXCEPTO por una, señale cuál es:

- A. Aparece en el 50-60% de los pacientes.
- B. Se caracteriza por un patrón oligoarticular de grandes articulaciones y predominio por MM.II.
- C. Puede asociarse a erosiones articulares y cambios óseos.
- D. La miositis granulomatosa difusa es muy poco frecuente pero se asocia a mal pronóstico.

129. NO es una presentación de uveítis sarcoidea:

- A. Atrofia sectorial del iris.
- B. Vaculitis retiniana.
- C. Depósitos subcorneales en grasa de carnero.
- D. Edema macular quístico.

130.Cuál de los siguiente fármacos NO utilizaría en una sarcoidosis refractaria:

- A. Etanercept.
- B. Rituximab.
- C. Apremilast.
- D. Tofacitinib.

131. En cuanto a la actividad de la enfermedad en las pacientes con artritis reumatoide cuando se quedan embarazadas, señale la FALSA:

- A. En torno al 50% mejoran clínicamente.
- B. Mejoran la PCR.
- C. Mejoran la VSG.
- D. A pesar de reintroducir la medicación tras el parto, un 40% sufren brote.

132. En la mujeres embarazadas con espondilitis se ha descrito:

- A. Mayor actividad en el primer trimestre.
- B. Mayor actividad en el tercer trimestre.
- C. Mayor frecuencia de uveítis.
- D. Mayor frecuencia de artritis periférica.

- 133. Cuales de los siguientes fármacos entrañaría mayor riesgo durante el embarazo a en pacientes con enfermedades reumáticas:**
- A. Salfasalacina.
 - B. Ciclosporina.
 - C. Azatioprina.
 - D. Dexametasona.
- 134. Según el artículo 4 de la Ley de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura, los pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura, serán atendidos dentro de los plazos que se expresan a continuación:**
- A. 360 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas. 180 días naturales para acceso a primeras consultas externas. 90 días naturales para la realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas.
 - B. 210 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas. 90 días naturales para acceso a primeras consultas externas. 60 días naturales para la realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas.
 - C. 180 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas. 60 días naturales para acceso a primeras consultas externas. 30 días naturales para la realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas.
 - D. 280 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas. 150 días naturales para acceso a primeras consultas externas. 95 días naturales para la realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas.
- 135. La Ley de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura, tiene por objeto, señale la INCORRECTA:**
- A. Hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
 - B. Establece los principios generales a los que se somete la actuación de los poderes públicos de Extremadura en materia de igualdad entre mujeres y hombres y en la erradicación de la violencia de género.
 - C. Regula las medidas y recursos dirigidos a promover y garantizar la efectiva igualdad de oportunidades y de trato en todos los ámbitos de la vida.
 - D. Establece medidas parciales para la insensibilización, prevención y detección de la violencia de género, con la finalidad de erradicarla de la sociedad.

- 136. Según lo establecido en el artículo 4 de la Ley de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura, es CIERTO que:**
- A. Se entiende que cualquier tipo de trato favorable relacionado con el embarazo, la maternidad o la paternidad constituye discriminación directa por razón de sexo.
 - B. El uso no sexista del lenguaje consiste en la utilización de expresiones lingüísticamente correctas sustitutivas de otras, correctas o no, que invisibilizan el femenino o lo sitúan en un plano secundario respecto al masculino.
 - C. Se entiende por representación equilibrada aquella situación que garantice la presencia de mujeres y hombres de forma que, en el conjunto de personas a que se refiera cada sexo, ni supere el 70% ni sea menos del 20%.
 - D. Se entiende por acoso sexual la situación en que se produce cualquier comportamiento, exclusivamente físico de índole sexual, con el propósito de atentar contra la dignidad de una persona.
- 137. Según el artículo 1 de la Constitución Española, la soberanía nacional reside en:**
- A. El pueblo español, del que emanan los poderes del Estado.
 - B. El Presidente del gobierno y el Consejo de Ministros.
 - C. El Rey y las Fuerzas Armadas.
 - D. El Senado y las Comunidades Autónomas.
- 138. Según el artículo 3 de la Constitución Española, la lengua española oficial del Estado es:**
- A. El castellano.
 - B. El catalán.
 - C. El castellano y las oficiales de las Comunidades Autónomas (catalán, gallego y euskera).
 - D. El gallego.
- 139. Según el artículo 7 de la Constitución Española, los sindicatos de trabajadores y las asociaciones empresariales:**
- A. Contribuyen a la defensa y promoción de los intereses económicos y sociales que les son propios.
 - B. Expresan el pluralismo político.
 - C. Concurren a la formación y manifestación de la voluntad popular.
 - D. Son instrumento fundamental para la participación política.
- 140. Según el artículo 1 del Estatuto de Autonomía de Extremadura, los poderes de la Comunidad Autónoma de Extremadura emanan:**
- A. Del pueblo, de la Constitución y del Estatuto de Autonomía de Extremadura.
 - B. De la Asamblea de Extremadura.
 - C. De sus instituciones de autogobierno.
 - D. Del defensor del pueblo y de la defensora de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

- 141. Según el artículo 40 del Estatuto de Autonomía, las leyes de la Asamblea de Extremadura se publicarán:**
- A. Solo en el Boletín Oficial de la Asamblea.
 - B. Solo en el Diario Oficial de Extremadura.
 - C. Solo en el Boletín Oficial del Estado.
 - D. En el Diario Oficial de Extremadura y en el Boletín Oficial del Estado.
- 142. Según el artículo 6 del Estatuto de Autonomía de Extremadura, los derechos fundamentales de los extremeños son los establecidos en:**
- A. La Constitución.
 - B. El Estatuto de Autonomía.
 - C. La Ley de Gobierno y Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
 - D. La Ley de Salud de Extremadura.
- 143. La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, tiene por objeto:**
- A. Establecer las bases reguladoras de la relación funcional general del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.
 - B. Desarrollar las bases reguladoras de la relación laboral general del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.
 - C. Establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.
 - D. Derogar las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.
- 144. Según lo previsto en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, NO es una causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo:**
- A. La excedencia voluntaria.
 - B. La renuncia.
 - C. La sanción disciplinaria firme de separación del servicio.
 - D. La jubilación.
- 145. El personal estatutario NO ostenta alguno de los siguientes derechos colectivos, según se prevé en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud:**
- A. A la libre sindicación.
 - B. A la actividad sindical.
 - C. A la huelga, garantizándose en todo caso el mantenimiento de los servicios que resulten esenciales para la atención sanitaria a la población.
 - D. A la percepción puntual de las retribuciones e indemnizaciones por razón del servicio en cada caso establecidas.

- 146. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias, según establece ley artículo 6 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, estarán orientadas:**
- A. A la promoción de la salud.
 - B. A que los poderes públicos promuevan seguros privados de salud, como medida de ahorro público.
 - C. A que las listas de espera quirúrgicas se puedan gestionar de manera que se priorice el interés particular sobre el sanitario.
 - D. A la eliminación paulatina de la atención próxima, eliminando zonas de salud.
- 147. Según lo previsto en el artículo 38 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, es competencia exclusiva del Estado:**
- A. La sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.
 - B. Las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue
 - C. Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria, de los municipios, aunque estas competencias correspondan a los Ayuntamientos.
 - D. Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado
- 148. La Ley de Salud de Extremadura tiene por objeto:**
- A. La ordenación y regulación del Sistema Sanitario Privado de Extremadura como parte integrante del Sistema Nacional de Salud.
 - B. La ordenación y regulación del Sistema Sanitario Público de Extremadura como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, así como la creación del Servicio Extremeño de Salud.
 - C. La ordenación y regulación del Sistema Sanitario tanto Público como Privado de Extremadura
 - D. La ordenación y vigilancia del adecuado funcionamiento de los centros sanitarios públicos y privados de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- 149. Las prestaciones ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Extremadura serán:**
- A. Como máximo, las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.
 - B. Las correspondientes a la atención sanitaria primaria únicamente.
 - C. Como mínimo, las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.
 - D. Las establecidas para la atención sanitaria especializada no incluidas en el Sistema Nacional de Salud.

150. Según la Ley de información sanitaria y autonomía del paciente en Extremadura, es situación de excepción a la exigencia del consentimiento:

- A. Cuando existe riesgo leve para la salud pública a causa de razones sanitarias de acuerdo con lo que establece la legislación reguladora de esta materia.
- B. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
- C. Cuando el paciente sea menor o esté incapacitado legalmente.
- D. Si el paciente hubiera designado previamente a una persona, a efectos de la emisión en su nombre del consentimiento informado.

151. La norma que aprueba los Estatutos del Servicio Extremeño de Salud, es:

- A. El Real Decreto 1/2021, de 5 de enero.
- B. El Decreto 221/2008, de 24 de octubre.
- C. La Ley 39/2015, de 1 de octubre.
- D. La Ley 3/2005 de 8 de julio.

152. El órgano superior del Servicio Extremeño de Salud, según se recoge en el artículo 4 de sus Estatutos, es:

- A. La Dirección Gerencia.
- B. La Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- C. La Consejera de Salud y Servicios Sociales.
- D. La Presidenta de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

PREGUNTAS DE RESERVA

1. **Respecto a las enfermedades hereditarias del tejido conectivo, señale la FALSA:**
 - A. Tienen en común la alteración de proteínas estructurales de la matriz intracelular.
 - B. La osteogénesis imperfecta se produce por alteración del colágeno tipo 1 o de proteínas asociadas.
 - C. El síndrome de Marfan es causado por mutaciones en el gen FBN1 que codifica la fibrilina 1.
 - D. El síndrome de Ehlers-Danlos tiene una prevalencia de 1/50000 nacimientos.

2. **La osteocondrosis integra un conjunto heterogéneo de enfermedades. Señale la CORRECTA:**
 - A. La etiología es bien conocida.
 - B. Son alteraciones inflamatorias del crecimiento óseo en los centros de osificación.
 - C. La enfermedad de Osgood-Schlatter se presenta más frecuentemente de manera unilateral.
 - D. La enfermedad de Kienböck afecta al escafoides tarsiano.

3. **El sistema inmunológico utiliza un número limitado de receptores de reconocimiento de patrones codificados en la línea germinal para detectar patrones moleculares asociados a patógenos y daños (PAMP o DAMP, respectivamente). NO ES CIERTO que:**
 - A. Los inflamasomas son complejos multiproteicos extracelulares formados por sensores, caspasas, proteínas adaptadoras, reguladoras y chaperonas que actúan como sensores inmunes innatos capaces de reconocer y responder rápidamente a señales de patógenos y peligro.
 - B. La activación del inflamasoma provoca la liberación de interleucina (IL)-1 β e IL-18, y un tipo de muerte celular conocido como piroptosis.
 - C. La regulación de la activación del inflamasoma se produce a múltiples niveles, incluyendo la transcripción, la modificación postraducciona, las interacciones proteína-proteína y la señalización de receptores.
 - D. De los inflamasomas, el NLRP1 fué el primero en ser descrito y proporcionó evidencia de la oligomerización del inflamasoma y su dependencia del dominio de activación y reclutamiento de caspasas (ASC) de la proteína tipo speck relacionada con la apoptosis, mientras que el NLRP3 es el que se activa por los desencadenantes más diversos.

4. **Inflamasomas implicados en enfermedades autoinmunes y otras enfermedades inflamatorias humanas. Señale la asociación INCORRECTA:**
 - A. NLRP1: Vitiligo, DM tipo I, Enfermedad celiaca, Esclerodermia, Tiroiditis autoinmune, Addison.
 - B. NLRP12: Colitis ulcerosa, Fiebre periódica.
 - C. NLRP3: Sd. Schnitzler, AR, LES, Enfermedad inflamatoria intestinal, Enfermedad celiaca, DM tipo I, Trombocitemia esencial.
 - D. CARD8: Crohn, EA, AR, Sd. FEAPA.

5. **El enfoque inicial del tratamiento del S de Felyt debe ser: Señale la respuesta CORRECTA:**
- A. Inicialmente, empleo de metotrexato, en caso de neutropenia severa puede asociarse factor estimulador de colonias de granulocitos (G-SCF).
 - B. Esplenectomía precoz.
 - C. Ciclofosfamida.
 - D. Pueden añadirse otros FAMES, nunca asociar biológico por riesgo infectivo.
6. **En la hipofosfatasa se producen estos hallazgos, MENOS:**
- A. Osteomalacia.
 - B. Graves anomalías esqueléticas y dentarias en infancia.
 - C. En adulto produce fracturas de stress y atípicas.
 - D. Habitualmente causa hipercalcemia con brotes de tendinitis cálcica.
7. **La Queiroartropatía diabética es una manifestación osteomuscular de la Diabetes Mellitus. Señale la respuesta FALSA:**
- A. Se produce por cambios en la microcirculación sanguínea.
 - B. Hay contractura en flexión de las MCF (metacarpofalángicas) y de las IFP (interfalángicas proximales) de las manos.
 - C. Es más frecuente en la Diabetes Mellitus tipo II.
 - D. Su existencia indica mala evolución de la diabetes.
8. **Con respecto a la esclerosis sistémica y el embarazo, señale la afirmación CORRECTA:**
- A. Permanece estable en un 60% de los casos, un 20% empeoran y un 20% mejora.
 - B. La afectación cutánea tiende a progresar.
 - C. El fenómeno de Raynaud empeora.
 - D. Las formas de ES difusa más tardías (>4 años) presentan mayor riesgo de complicaciones.
9. **En relación con la firma electrónica del personal al servicio de las Administraciones Públicas, el artículo 43 prevé, señale la CORRECTA:**
- A. Cada empleado podrá elegir el sistema de firma electrónica que quiere utilizar, siempre que acredite su identidad.
 - B. Cada Administración Pública determinará los sistemas de firma electrónica que debe utilizar su personal, los cuales podrán identificar de forma conjunta al titular del puesto de trabajo o cargo y a la Administración u órgano en la que presta sus servicios.
 - C. Cada centro directivo determinará los sistemas de firma electrónica que puede utilizar su personal y les dará a elegir entre ellos.
 - D. La Administración General del Estado determinará los sistemas de firma electrónica que debe utilizar el personal público, los cuales únicamente identificarán a la Administración u órgano en la que presta sus servicios.

- 10. Según establece el artículo 4 de la Ley de información sanitaria y autonomía del paciente en Extremadura, es SITUACIÓN DE EXCEPCIÓN al derecho a la información asistencial:**
- A. Cuando existe riesgo leve para la salud pública a causa de razones sanitarias de acuerdo con lo que establece la legislación reguladora de esta materia.
 - B. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
 - C. Cuando el paciente sea menor o esté incapacitado legalmente.
 - D. Si el paciente hubiera designado previamente a una persona, a efectos de la emisión en su nombre del consentimiento informado.
- 11. Según lo establecido en el artículo 15 de la Ley General de Sanidad, señale lo CORRECTO:**
- A. Los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios, sin necesidad de que se hayan superado las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria.
 - B. Cada Comunidad Autónoma acreditará servicios de referencia, a los que únicamente podrán acceder los usuarios del Servicio de Salud de esa Comunidad.
 - C. Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios.
 - D. El Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará servicios de referencia, a los que podrán acceder, excepcionalmente, algunos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, aunque no se hayan superado las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de la Comunidad Autónoma donde residan.
- 12. Según se establece en el artículo 12 de los Estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud, es CIERTO que:**
- A. Contra los actos y resoluciones dictados por los distintos órganos del Servicio Extremeño de Salud se podrán interponer los recursos correspondientes en los términos establecidos en la Ley del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, pero nunca aquellos previstos en la legislación de procedimiento administrativo de carácter general.
 - B. Los actos y resoluciones del Director Gerente agotan la vía administrativa.
 - C. Los actos y resoluciones del Director Gerente, sólo algunas veces, agotan la vía administrativa. Cuando agotan la vía administrativa, contra ellos cabe recurso de alzada ante el titular de la Consejería de la que dependa el SES.
 - D. Los actos y resoluciones del Director Gerente no son susceptibles de recurso alguno.