

OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

CATEGORÍA:

FEA HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

Orden SAN/49/2022, de 29 de diciembre, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso, mediante el procedimiento de concurso-oposición para la estabilización de empleo temporal, a la condición de personal estatutario fijo en la categoría de Facultativa/Facultativo Especialista de Área de Hematología y Hemoterapia de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

EJERCICIO ÚNICO CUESTIONARIO TIPO TEST

ADVERTENCIA:

NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE

- 1.- Según el artículo 5 del Decreto 215/2019, de 14 de noviembre, de Estructura Básica del Servicio Cántabro de Salud, modificado por el Decreto 93/2022, de 29 de septiembre, son Funciones de la Subdirección de Asistencia Sanitaria:**
- A La administración y gestión de la Tarjeta Individual Sanitaria.
 - B La realización del análisis de costes, seguimiento y evaluación interna de la gestión presupuestaria.
 - C La tramitación de vacaciones, licencias y permisos.
 - D La propuesta, diseño y seguimiento de nuevos modelos de abordaje de los pacientes crónicos y pluripatológicos, así como a colectivos vulnerables o de especial necesidad.
- 2.- El artículo 1 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres dice:**
- A Las personas son iguales en dignidad humana, e iguales en derechos y deberes.
 - B Las mujeres y los hombres son iguales en dignidad humana, e iguales en derechos y deberes.
 - C Las personas son iguales ante la ley, e iguales en derechos y deberes.
 - D Las mujeres y los hombres son iguales ante la ley, e iguales en derechos y deberes.
- 3.- ¿Cuál de las siguientes es falsa en relación con la anemia ferropénica?**
- A Se asocia a hepcidina muy disminuida
 - B Es la causa más común de anemia en el mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo
 - C El tratamiento habitual se basa en Fe oral junto con protectores de la mucosa gástrica para mejorar la mala tolerancia de estos compuestos
 - D El síndrome ferropénico cursa con cambios epiteliales
- 4.- ¿Cuál es la principal función de la hepcidina?**
- A Activa la Ferroportina
 - B Inactiva la Ferroportina
 - C Activa la ferro-reductasa
 - D Inactiva la ferro-reductasa
- 5.-Cuál de los siguientes signos o síntomas NO es característico de la anemia ferropénica**
- A Cefaleas, mareos y acúfenos
 - B Palpitaciones, soplos y angina
 - C Subictericia, aumento de LDH y coluria
 - D Caída de pelo, uñas frágiles y coiloniquia
- 6.-Cuál de las siguientes NO es una fuente relevante de hierro en la alimentación**
- A Algunos vegetales como espinacas y acelgas
 - B Frutos secos
 - C Legumbres
 - D Leche

7.- En el estudio de anemia es FALSO que:

- A El hallazgo en el paciente de una anemia con reticulocitosis, implica el diagnóstico diferencial entre hemólisis, hemorragia o crisis reticulocitaria por recuperación tras una anemia carencial.
- B Los datos analíticos de destrucción celular, como el aumento de bilirrubina indirecta y de la lactatodeshidrogenasa (LDH), junto con la disminución de la haptoglobina, nos orientan al diagnóstico de hemólisis
- C En el caso de AHAI por anticuerpos calientes, es frecuente la presencia de rouleaux
- D Entre los defectos corpusculares, la esferocitosis hereditaria es la causa más frecuente de anemia hemolítica congénita

8.- En las anemias hemolíticas por déficit enzimáticos es FALSO que:

- A La mayoría de los pacientes varones con deficiencia de G6PD no presentan hemólisis crónica
- B En individuos con deficiencia de G6PD se ha observado una mayor frecuencia de ictericia neonatal, con riesgo de afectación neurológica (kernicterus) por niveles elevados de bilirrubina.
- C El déficit de piruvato kinasa se transmite de forma autosómica recesiva
- D La sospecha diagnóstica inicial en el déficit de piruvato kinasa viene dada por un punteado basófilo grosero en los hematíes, debido a una degradación anormal del ácido ribonucleico ribosómico.

9.- Respecto a la aplasia medular adquirida es FALSO que:

- A En la mayoría de los casos no se identifica una causa desencadenante de la enfermedad, y esta es calificada de idiopática
- B Cualquiera que sea la etiología, el daño medular se produce por dos mecanismos fundamentales: autoinmune o tóxico
- C El mecanismo autoinmune es el más frecuente e implica sobre todo a linfocitos B
- D Ocasionalmente, en el aspirado de médula ósea puede observarse celularidad normal o incluso aumentada, ya que en la AM pueden persistir focos de hematopoyesis activa (médula ósea "en damero"). Por ello, es fundamental la valoración de la biopsia ósea

10.- NO es típico del estudio medular en aplasia medular:

- A Descenso de la celularidad hematopoyética
- B Incremento del tejido graso
- C Disminución de los depósitos de hierro
- D Ausencia de infiltración de la médula ósea (neoplasia, fibrosis, sustancias de depósito)

11.- En un paciente varón de 19 años diagnosticado de aplasia medular muy grave se decide realizar un trasplante de médula ósea de hermano HLA-idéntico. Factores favorables sería todos EXCEPTO:

- A Menor intervalo diagnóstico-trasplante
- B Menor número de transfusiones pretrasplante
- C Ausencia de tratamiento inmunosupresor previo
- D Donante mujer

12.- En β -talasemia heterocigota (menor o rasgo talasémico) es FALSO que:

- A La Hb es normal o muy discretamente disminuida
- B Hay una reducción importante del volumen corpuscular medio (VCM) y de la hemoglobina corpuscular media (HCM)
- C Hay un recuento disminuido o normal de hematíes.
- D La amplitud de distribución eritrocitaria (ADE) suele ser normal o discretamente elevada

- 13.- Varón de 70 años que presenta hemoglobina de 12,5 gr/dl, VCM 59 fl y electroforesis capilar de hemoglobinas con HbA 94,5 % y HbA2 5,5 %. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
- A Beta Talasemia Minor
 - B Anemia Ferropénica
 - C Hemoglobinopatía C en heterocigosis.
 - D Alfa Talasemia Minor
- 14.- Respecto a las hemoglobinopatías es FALSO que:
- A La herencia de las Hb anormales sigue la genética mendeliana clásica
 - B Si los dos progenitores son heterocigotos para una variante de Hb, el 50 % de los hijos serán homocigotos, el 25 % serán normales y el 25 % portadores.
 - C Hay hemoglobinopatías adquiridas
 - D Cerca del 90 % de estas Hb anormales son sustituciones de un solo amino ácido
- 15.- En la Hemoglobinopatía S es FALSO que:
- A Los portadores tienen normalmente un 85% de Hb S
 - B La hemoglobinopatía S es la hemoglobinopatía más frecuente en el mundo, afecta al 8 % de la población negra americana y al 25 % de la africana en su forma heterocigota
 - C La distribución geográfica mundial mantiene un paralelismo con las zonas de mayor presencia de paludismo
 - D Los portadores del rasgo falciforme son normalmente sujetos asintomáticos
- 16.- Los siguientes genotipos se manifiestan como Anemia de Células Falciformes, EXCEPTO:
- A AS
 - B SS
 - C SD
 - D Sβ°
- 17.- En pacientes con anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes y panaglutinación en las pruebas de compatibilidad transfusional ¿cuál es la técnica de elección para detectar si el autoanticuerpo del paciente está enmascarando un aloanticuerpo clínicamente significativo?
- A Eluido
 - B Autoadsorción o aloadsorción
 - C Disociación
 - D Tratamiento enzimático
- 18.- En las anemias hemolíticas inducidas por fármacos, el mecanismo más frecuente implicado es:
- A Inmunocomplejos
 - B Hapteno
 - C Creación autoanticuerpo
 - D Oxidación

19 .- Respecto al síndrome de crioglobulinas frías señale la respuesta FALSA:

- A En casi todos los casos la única proteína detectada en los hematíes es el complemento
- B La forma aguda puede ocurrir en infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*
- C Es más frecuente que la anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes
- D La forma crónica puede asociarse a síndromes linfoproliferativos

20 .- Respecto a la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna señalar la proposición FALSA:

- A La hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) es una enfermedad muy infrecuente
- B Se caracteriza por hemólisis de predominio intravascular y posibilidad de fenómenos recurrentes de trombosis
- C La enfermedad se produce por una proliferación clonal de células progenitoras hematopoyéticas que presentan una mutación somática en el gen PIG-Z, situado en el brazo largo del cromosoma X
- D Los pacientes con HPN pueden tener pancitopenia en grado variable

21 .- Respecto a la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna señalar la proposición FALSA:

- A La HPN es una enfermedad grave, aunque su evolución clínica y su pronóstico son muy variables y dependen de la intensidad del defecto en el clon HPN
- B El eculizumab mejora la hemólisis, las necesidades transfusionales, pero no disminuye las trombosis
- C El curso típico es en brotes, y existen casos en los que hay remisión espontánea, pero es más frecuente la evolución a aplasia medular, leucemia aguda o síndrome mielodisplásico
- D El principal objetivo del tratamiento de la HPN es reducir la hemólisis y minimizar el riesgo de complicaciones sistémicas de la enfermedad

22 .- De los siguientes posibles tratamientos de la HPN cual no actúa inhibiendo C5:

- A Pegcetacoplan
- B Eculizumab
- C Ravulizumab
- D Crovalimab

23 .- ¿En cual de las siguientes situaciones no está indicada la profilaxis con folato?

- A Pacientes diagnosticados de Anemia Perniciosa
- B Mujeres embarazadas
- C Mujeres en periodo de lactancia
- D Situación de hemólisis crónica

24 .-Cuál de las diferentes asociaciones con respecto a las Anemias Megaloblásticas es INCORRECTA

- A Megaloblástica por Déficit de folato típica en vegetarianos estrictos
- B Absorción de Ac. Fólico en duodeno
- C Déficit de Factor Intrínseco y déficit de vit B12
- D Absorción de vit B12 en íleon

- 25.- **¿Cual de las siguientes es falsa con respecto a la Anemia Megaloblástica?**
- A Se trata de una anemia arregenerativa
 - B Ante su sospecha es importante iniciar tratamiento con ácido fólico cuanto antes
 - C En su patogenia participa una alteración en la síntesis de ADN
 - D Es característica la eritropoyesis ineficaz en la MO
- 26.- **¿A qué proteína se une la vitamina B12 en el tubo digestivo para poder ser absorbida?**
- A Factor Intrínseco
 - B Cobalamina
 - C Proteína R
 - D Transcobalamina
- 27.- **Señale cual de las siguientes afirmaciones es característica del síndrome mielodisplásico con sideroblastos en anillo**
- A mutación en gen SF3B1
 - B presencia de > 10% blastos en médula ósea
 - C asociación con del 5q
 - D antecedentes de terapias previas con alquilantes
- 28.- **Paciente varon de 80 años con síndrome mielodisplásico con Hb de 8gr/dl, recuento de neutrófilos normales y trombocitopenia de 100.000 con 4% blastos en médula y cariotipo normal. ¿Cuál sería su índice pronóstico calculado según IPSS-R?**
- A muy bajo
 - B muy alto
 - C alto
 - D intermedio
- 29.- **Señale cual de los siguientes fármacos no se utiliza en el tratamiento de los síndromes mielodisplásicos**
- A Luspatercept
 - B Azacitidina oral
 - C Lenalidomida
 - D Gemtuzumab ozogamicina
- 30.- **Según las guías NCCN 2024, en el tratamiento de la policitemia vera de bajo riesgo consideraremos que:**
- A No es necesario el control de los factores de riesgo cardiovascular
 - B Dosis bajas de acido acetil salicílico (80-100 mgr/día) son eficaces
 - C Se deben evitar las flebotomías
 - D En caso de síntomas B, está indicada la citorreducción con hidroxycarbamida

- 31 .- Señale cual de los siguientes criterios diagnósticos es considerado menor en el caso de la policitemia vera**
- A Hb >165 gr/L y Hto>49% en hombre y Hb>160 gr/L y Hto >48% en mujer
 - B Mutación V617F del gen JAK2
 - C Biopsia ósea con panmielosis o megacariocitos pleomórficos
 - D Niveles de eritropoyetina sérica inferiores al nivel normal
- 32 .- ¿Cuál de las siguientes técnicas es de elección en el seguimiento de enfermedad residual de leucemia mieloide crónica con SOKAL de bajo riesgo?**
- A Citometría de flujo cada 3 meses en médula ósea
 - B Citogenética convencional en médula cada 4 meses
 - C Determinación molecular cuantitativa mediante PCR específica
 - D Secuenciación masiva (NGS) de múltiples genes incluyendo BCR/ABL
- 33 .- En la leucemia mieloide crónica con mutación T315I, el inhibidor de tirosin quinasa más útil en función de la respuesta molecular es**
- A Imatinib a dosis altas
 - B Dosis altas de dasatinib
 - C Nilotinib
 - D Ponatinib
- 34 .- Sobre la neoplasia mieloproliferativa (NMP) con eosinofilia asociada a reordenamiento FIP1L1/PDGFRa (platelet derived growth factor receptor a) es cierto que**
- A Marcado predominio en mujeres (9:1)
 - B Se han descrito pacientes con mutaciones PDGFRa sin reordenamiento que son sensibles a imatinib
 - C Ausencia de afectación hepatoesplénica, cardiaca con vitamina B12 y triptasa disminuída
 - D Resistencia a imatinib en las formas con reordenamientos variantes (PDGFRa con otros genes)
- 35 .- Atendiendo a las clasificaciones según IPSS y DIPSS de la mielofibrosis, señale cual de los siguientes ES un factor pronóstico**
- A Plaquetas <50000
 - B Edad >45 años
 - C Leucocitos > 25x10⁹/L
 - D Cariotipo normal con ausencia de mutación JAK2
- 36 .- Varón de 66 años con pancitopenia, con mieleemia y 5% blastos, Hb 7 gr/dl con numerosos dacriocitos y anisopoiquilocitosis con 4% eritroblastos dismórficos y bazo de 17 cm. Atendiendo al diagnóstico mas probable, díriamos que**
- A No esperaría encontrar mutación V617F del gen JAK2 en el 50-60% de los casos
 - B La mutación de CALR se relaciona con pronóstico más favorable
 - C Los casos denominados "triple negativos" desde el punto de vista molecular, se relacionan con mejor pronóstico y respuesta al tratamiento
 - D La mutación de ASXL1 se relaciona con mayor supervivencia a largo plazo

- 37 .- En relación con el tratamiento de mielofibrosis primaria, señale la respuesta incorrecta**
- A La eficacia del ruxolitinib es independiente del estado mutacional del JAK2 y puede disminuir síntomas y esplenomegalia
 - B El ruxolitinib se ha relacionado con aumento de infección vírica y TBC
 - C El momelotinib no es útil en paciente con anemia y mielofibrosis de alto riesgo
 - D El fedratinib se ha relacionado con encefalopatía de Wernicke
- 38 .- En una mujer gestante con trombocitemia esencial que requiere tratamiento citorreductor, señale la respuesta correcta**
- A El tratamiento de elección incluye dosis bajas de hidroxycarbamida y anagrelide
 - B El PEG interferon se ha mostrado seguro y eficaz en series retrospectivas
 - C Si la cifra de plaquetas >1000.000 se puede emplear busulfan
 - D Esta indicada la observación clínica sin tratamiento específico
- 39 .- Se considera resistencia al tratamiento con hidroxiurea en la trombocitemia esencial, cuando hay:**
- A Plaquetas >350.000 después de tres meses de tratamiento con 2 gr diarios o con >2,5 gramos en pacientes con peso > 80 Kg
 - B Aparición de fenómenos hemorrágicos en relación con trombocitopenia
 - C Plaquetas >400 x10⁹/L, leucocitos <2,5x10⁹/L y Hb <10 gr/dl con cualquier dosis de hidroxiurea
 - D Toxicidad hepática
- 40 .- Varón de 58 con trombocitosis persistente de 600.000/mL y mutación JAK2V617F, sin historia de trombosis ni sangrados o eventos vasculares. El tratamiento más adecuado para su enfermedad sería**
- A Hidroxiurea a dosis bajas
 - B Anagrelide
 - C Dosis bajas de aspirina
 - D Ruxolitinib como terapia diana
- 41 .- Considerando las indicaciones de trasplante de EBMT 2024**
- A En pacientes adultos con leucemia mieloide aguda con cariotipo complejo, el trasplante alogénico ofrece ventaja en la supervivencia respecto a quimioterapia
 - B En la leucemia linfoblástica aguda B ofrece ventaja en supervivencia sólo en los casos con genética de alto riesgo
 - C En la leucemia mieloide aguda con inv16 el trasplante alogénico ofrece ventajas respecto al autólogo
 - D En los linfomas B de célula grade refractarios a 2 líneas de terapia, el trasplante ofrece mejores supervivencias a largo plazo que la terapia con células CART
- 42 .- En relación con las indicaciones actuales de trasplante autólogo, es cierto que**
- A Es una indicación estandar en pacientes con mieloma múltiple de alto riesgo genético y edad < 65 años
 - B Es una indicación estandar en pacientes con linfoma del manto en segunda remisión
 - C No tiene indicación en pacientes con enfermedades autoinmunes refractarias
 - D Es una opción clínica en pacientes con LMA de riesgo favorable con enfermedad residual negativa tras quimioterapia

- 43 .- Considerando las complicaciones relacionadas con el trasplante hematopoyético autólogo, señale la afirmación incorrecta**
- A El acondicionamiento con busulfan oral y melfalán se relaciona con incremento de incidencia de enfermedad venoclusiva
 - B Los acondicionamientos no mieloablativos son los más frecuentes
 - C El signo más frecuente del síndrome de implante es la fiebre no infecciosa
 - D El síndrome de implante es mas frecuente si se emplea GCSF postrasplante
- 44 .- Señale el tratamiento que no considera adecuado para realizar profilaxis de enfermedad injerto contra receptor en trasplantes de donante no emparentado con disparidad**
- A Dosis altas de ciclofosfamida postrasplante
 - B Gammaglobulina antitimocítica
 - C Abatacept
 - D Micofenolato pretrasplante
- 45 .- Paciente en día +180 postrasplante alogénico de donante no emparentado HLA idéntico, tras cese de inmunosupresión presenta diarrea de 2500 cc/día, bilirrubina de 8 gr/dl con elevación de transaminasas y eritema que afecta el 30% de superficie corporal. El diagnóstico mas probable es**
- A Enfermedad injerto contra receptor aguda tardía
 - B Enfermedad injerto contra receptor crónica moderada
 - C Enfermedad injerto contra receptor crónica grave
 - D Hepatitis aguda
- 46 .- En relación con las complicaciones asociadas con el trasplante hematopoyético alogénico, señale la afirmación correcta**
- A La enfermedad injerto contra receptor crónica leve no se relaciona con mejor supervivencia libre de enfermedad
 - B La enfermedad injerto contra receptor crónica progresiva se asocia a mejor pronóstico y respuesta al ruxolitinib
 - C La enfermedad venoclusiva es más frecuente con acondicionamientos ablativos basados en busulfan
 - D La ciclofosfamida postrasplante protege de enfermedad injerto contra receptor aguda, crónica y de complicaciones cardiovasculares
- 47 .- La clasificación de la OMS incluye los siguientes tipos de leucemias mieloides aguda EXCEPTO:**
- A Neoplasias de células dendríticas plasmocitoides
 - B LMA con anomalías genéticas recurrentes
 - C LMA con cambios relacionados con la mielodisplasia
 - D Neoplasias mieloides relacionadas con el tratamiento
- 48 .- Entre las leucemias agudas con dianas moleculares específicas, NO tienen indicación de trasplante hematopoyético si se alcanza remisión completa con enfermedad residual negativa**
- A Leucemia mieloide aguda promielocítica
 - B LMA con KMT2A
 - C LMA hiperleucocitósica con FLT3-ITD de alto ratio
 - D LMA con mutación IDH1

- 49.- **La adición de gemzutumab ozogamicina a la quimioterapia estandar mejora la supervivencia en la leucemia**
- A LMA CBF
 - B LMA FLT3-TKD
 - C LMA secundaria a terapia
 - D Leucemia de linaje ambiguo con expresión de CD33
- 50.- **La leucemia mieloide aguda con alteración en región 11q23**
- A Es característica del anciano
 - B Puede ser una leucemia secundaria a tratamiento con inhibidores de topoisomerasa II
 - C Tiene un pronóstico favorable con trasplante autólogo
 - D Es característica de pacientes con síndrome de Down
- 51.- **Varón de 77 años con fibrilación auricular e insuficiencia renal leve y carcinoma de colón en remisión completa. Se diagnostica de leucemia mieloide aguda con cariotipo 45 X,-Y y ausencia de alteraciones genéticas de mal pronóstico. El tratamiento más indicado en el momento actual es:**
- A Revumenib por ser una LMA secundaria
 - B Idarrubicina y citarabina en perfusión continua
 - C Azacitidina y venetoclax
 - D Terapia paliativa con hemoderivados
- 52.- **¿Cuál de los siguientes antígenos NO es característico en la leucemia linfoblástica aguda B?**
- A CD19
 - B CD22
 - C CD10
 - D CD1
- 53.- **Señale la afirmación INCORRECTA en relación con el tratamiento con inotuzumab en la leucemia linfoblástica aguda**
- A Dentro de los efectos tóxicos se ha descrito aumento de la incidencia de síndrome de oclusión sinusoidal
 - B Consigue remisión pero no es capaz de negativizar enfermedad mínima residual
 - C Puede usarse en leucemias linfoblástica B que expresen CD22
 - D Es un anticuerpo monoclonal conjugado con inmunotoxina que se administra de forma intravenosa
- 54.- **Paciente de 45 años que acude a Urgencias por astenia, odinofagia y gingivorragias. En exploración presenta adenopatías cervicales, axilares e inguinales de 1 cm. Hemograma: 250X10⁹/l (75% linfocitos Cd19+,Cd10+,Cd79a+, Igs negativa, Cd45+), Hb: 6 gr/dl, Plaquetas: 50x10⁹/L. Bioquímica con LDH 800 U/L, Urico: 13 gr/dl, Bilirrubina 4 gr/dl. El diagnóstico mas probable es**
- A Leucemia linfática crónica B, estadio B
 - B Linfoma folicular B
 - C Linfoma de Burkitt
 - D Leucemia linfoblástica aguda B

- 55.- ¿Cuál de los siguientes marcadores NO esperaría que fuera positivo en los linfocitos tumorales de un paciente con LLC?
- A CD5
 - B CD23
 - C CD3
 - D CD19
- 56.- ¿Cuál de las siguientes asociaciones es INCORRECTA en relación con la leucemia linfática crónica?
- A Hipogammaglobulinemia e infección por organismos encapsulados
 - B Síndrome de Richter y genes de inmunoglobulinas no mutados
 - C Ibrutinib, inhibidor irreversible de tirosin quinasa de Bruton
 - D Delección 11q asociada a buen pronóstico
- 57.- ¿Cuál de los siguientes fármacos o combinaciones NO se considera indicado en el tratamiento de PRIMERA LINEA de la leucemia linfática crónica B sin delección o mutación de p53 y con IgHV no mutado según las guías GELLC 2023?
- A Acalabrutinib
 - B Zanubrutinib
 - C Venetoclax-obinutuzumab
 - D Pirtobrutinib
- 58.- Paciente de 78 años que en el seguimiento en consultas por una leucemia linfocítica crónica (LLC) presenta una leucocitosis lentamente progresiva. En el hemograma actual presenta 120.000 leucocitos con 87% de linfocitos, sin anemia ni trombopenia y numerosas sombras de Gumprecht. El paciente se encuentra asintomático, a la exploración no hay adenopatías palpables y en el estudio molecular llama la atención una delección de p53 y una cadena pesada no mutada. ¿Cuál sería la mejor actitud terapéutica?
- A No tratar
 - B Quimioterapia
 - C Imatinib
 - D Trasplante alogénico
- 59.- ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de iniciar tratamiento en un paciente con LLC
- A Hiperleucocitosis de rápida aparición y sudoración profusa
 - B Anemia hemolítica no controlada
 - C Trombopenia de 60.000/mm³ progresiva
 - D Delección de p53 en paciente asintomático con hemograma estable, sin citopenias.
- 60.- ¿Cuál de las siguientes asociaciones tratamiento - diana es incorrecta?
- A Venetoclax - Bcl2
 - B Idelalisib - PI3K
 - C Obinutuzumab - CD19
 - D Ibrutinib - BTK

61.- La mutación de qué gen se asocia a la tricoleucemia

- A MYD88
- B ZAP70
- C BRAF
- D MYC

62.- ¿Cuál de los siguientes síndromes linfoproliferativos, es de origen T?

- A Leucemia linfocítica crónica
- B Tricoleucemia
- C Linfoma folicular leucemizado
- D Micosis fungoide

63.- Paciente de 73 años que acude por astenia, cefalea y visión borrosa. En las pruebas complementarias realizadas se observa una IgM monoclonal de 5.3 g/dL y una infiltración por linfoma linfoplasmocítico en la MO. ¿Qué alteración genética aparece característicamente en las células tumorales?

- A Mutación de MYD88
- B t(11;14)
- C Mutación de FLT3
- D Delección de P53

64.- Entre las características de la leucemia prolinfocítica T, no esperaría encontrar

- A Hiperleucocitosis >100.000/microL
- B Adenopatías de gran tamaño
- C Anemia hemolítica
- D Hepatoesplenomegalia

65.- ¿Qué marca fundamentalmente el pronóstico en la Amiloidosis Primaria?

- A Grado de Proteinuria
- B Presencia de Neuropatía
- C Grado de afectación cardíaca
- D Niveles de Cadenas Ligeras Libres

66.- Señale la respuesta CORRECTA acerca de la gammapatía monoclonal de significado incierto.

- A Es muy infrecuente con una incidencia estimada de 1 caso por cada millón de habitantes/año.
- B Es muy frecuente la afectación renal.
- C Debe de ser controlada porque en ocasiones puede evolucionar hacia un mieloma múltiple.
- D Su pronóstico es infausto.

67.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en relación con el Mieloma Múltiple?

- A Es frecuente la aparición de lesiones óseas
- B La técnica de elección para evaluar la afectación ósea es la serie ósea radiológica por su elevada sensibilidad
- C La aparición de cadenas ligeras en orina se llama proteinuria de Bence Jones
- D El índice pronóstico internacional revisado (R-ISS) incluye Albúmina, Beta 2 Microglobulina, citogenética y LDH

68.- ¿Cuál de las siguientes no es una afectación característica de la amiloidosis?

- A Síndrome nefrótico
- B Macroglosia
- C Síndrome del túnel carpiano
- D Hipertensión Arterial

69.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos está actualmente aprobado y reembolsado en España para un paciente con un MM de nuevo diagnóstico de 75 años no candidato a trasplante?

- A Daratumumab-VRd
- B Daratumumab-Lenalidomida-Dexametasona
- C Isatuximab-Carfilzomib-Dexametasona
- D Teclistamab en monoterapia

70.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos aprobados para el MM está dirigido frente a GPRC5d?

- A Talquetamab
- B Teclistamab
- C Elranatamab
- D Idecabtagene Vicleucel

71.- ¿Cuál es el subtipo histológico más frecuente del linfoma de Hodgkin?

- A Predominio linfocítico nodular
- B Variante clásica, rica en linfocitos
- C Variante clásica, esclerosis nodular
- D Variante clásica, celularidad mixta

72.- ¿Cuál es el tratamiento de elección en un paciente con un Linfoma de Hodgkin clásico de nuevo diagnóstico en estadio I y sin factores de mal pronóstico?

- A R-CHOP x 2 + Radioterapia
- B ABVDx2 + Radioterapia
- C ABVDx6 + RTP
- D Brentuximab-ESHAP sin RTP

- 73.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos no es utilizado habitualmente para el tratamiento de la Enfermedad de Hodgkin?
- A Brentuximab-Vedotin
 - B Gemtuzumab
 - C Nivolumab
 - D Pembrolizumab
- 74.- ¿Cuál de las siguientes NO ES una complicación asociada a la terapia con células CAR-T
- A Hiperplasia mieloide (mielemia, poliglobulia y trombocitosis)
 - B Síndrome de liberación de citocinas
 - C Síndrome de neurotoxicidad (ICANS)
 - D Hipogammaglobulinemia
- 75.- ¿Cuál es la opción CORRECTA sobre el Linfoma Folicular?
- A Es la neoplasia más frecuente en niños
 - B Es un linfoma considerado agresivo, especialmente los de grado I
 - C Casi siempre se presenta en estadio localizado, siendo excepcional que debute en estadio avanzado
 - D Rara vez alcanza curación con los tratamientos habituales pero presenta largas supervivencias
- 76.- ¿Cuál alteración genética es característica del LNH de células del manto?
- A t(8;14)
 - B t(11;14)
 - C t(8;21)
 - D t(4;14)
- 77.- ¿Cuál de los siguientes factores no está incluido en el IPI para LNH agresivos?
- A Edad
 - B Estadio Ann-Arbor
 - C ECOG
 - D Hemoglobina
- 78.- En la etiopatogenia del LNH tipo MALT conjuntival se ha involucrado de forma típica la siguiente infección:
- A Helicobacter Pylori
 - B Chlamydia
 - C VIH
 - D Mycobacterium tuberculosis

- 79 .- Hablando de Rituximab en el contexto del tratamiento de la PTI, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:**
- A No tiene indicación aprobada en PTI
 - B La tasa de respuesta a largo plazo con rituximab es superior a la conseguida con la esplenectomía
 - C La tasa de respuesta inicial a dosis de 375 mg/m² /semana x 4 dosis está en el 40-60%
 - D Se ha evaluado hace tiempo en segunda línea como alternativa a la esplenectomía
- 80 .- La Trombopenia inmune primaria (PTI) se caracteriza por los siguientes enunciados excepto:**
- A Existencia de una trombocitopenia periférica, con normalidad del resto de las series
 - B Presencia de megacariocitos en la médula ósea
 - C Ausencia de autoanticuerpos anti-plaquetas
 - D Ausencia de enfermedad subyacente
- 81 .- En relación con el tratamiento de la PTI, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
- A Aproximadamente dos tercios de los pacientes responden a corticoides en primera línea,
 - B Con dexametasona se produce menor número de complicaciones hemorrágicas durante los 10 primeros días que con prednisona,
 - C Se recomienda una cifra de plaquetas > 50 x10⁹/Lprevio a esplenectomía.
 - D Cuando un agonista trombopoyético no funciona, no es factible el cambio a otro.
- 82 .- Aparte de hematomas y petequias, un paciente con PTI lo más probable es que, a la exploración física, presente uno de los siguientes hallazgos:**
- A Esplenomegalia
 - B Adenopatías
 - C Exploración física normal
 - D Hepatomegalia
- 83 .- Una joven de 25 años con menorragia desde la menarquia es remitida al Servicio de Hematología por sospecha de diátesis hemorrágica. El estudio de hemostasia muestra los siguientes resultados: Tiempo de protrombina 13 s (11,5-15,5), TTPA 38 s (30-40), Factor VIII: 63 UI/dl (50-150), VWF:Ag: 38 UI/dl (50-150), actividad de VWF:RCo: 15 UI/dl (45-150), actividad de VWF:CB: 35 UI/dl (45-150), agregación plaquetaria inducida por ristocetina (RIPA) reducida a 1,2 mg/ml, patrón de multímeros de VWF: normal. ¿Cuál es el subtipo más probable de enfermedad de von Willebrand?:**
- A Tipo 1
 - B Tipo 2A
 - C Tipo 2M
 - D Tipo 2N
- 84 .- La presencia de un inhibidor contra el FVIII/FIX representa la complicación más importante del tratamiento en el paciente con hemofilia. El método Bethesda nos permite cuantificar las unidades de inhibidor; 1 unidad Bethesda (UB) se corresponde con una reducción de actividad residual del FVIII de:**
- A 50%
 - B 55%
 - C 60%
 - D 70%

- 85.- En un paciente con Hemofilia A grave al que le administramos 50 UI/kg de concentrado de Factor VIII, ¿qué niveles de FVIII plasmáticos alcanzaremos, teóricamente, a los 30 min de la infusión?
- A 40%
 - B 60%
 - C 80%
 - D 100%
- 86.- En un paciente con trombocitopenia inducida por heparina (TIH) después de la exposición a Heparina No Fraccionada, ¿cuál de los siguientes fármacos empleados como tratamiento anticoagulante estaría CONTRAINDICADO en esta situación?:
- A Argatroban
 - B Fondaparinux
 - C Bivalirudina
 - D Bemiparina
- 87.- Señalar la respuesta FALSA con respecto a la antitrombina:
- A Se sintetiza en el hígado
 - B Su deficiencia homocigota suele producir letalidad embrionaria
 - C Los recién nacidos a término presentan niveles similares a los de los adulto
 - D El síndrome nefrótico es una causa de deficiencia adquirida de antitrombina
- 88.- ¿Cuál de las siguientes heparinas tiene un peso molecular medio más BAJO?:
- A Tinzaparina
 - B Bemiparina
 - C Enoxaparina
 - D Nadroparina
- 89.- En la trombosis venosa profunda (TVP) de miembros inferiores (MMII) se describe el signo de Homans, que consiste en:
- A Aumento del dolor en la pantorrilla con la presión de la masa muscular de los gemelos
 - B Dolor en la pantorrilla con la flexión dorsal forzada del pie
 - C Dolor en el hueco poplíteo al colocar la rodilla recta y realizar una flexión plantar forzada del pie.
 - D Presencia de tumefacción y edema con fovea en la pierna.
- 90.-Cuál de los siguientes anticoagulantes orales tiene una vida media más corta?
- A Warfarina
 - B Acenocumarol
 - C Fenprocumona
 - D Fluindiona

- 91.- **Paciente anticoagulado con acenocumarol que requiere de una dosis más baja de la esperada para mantener el INR deseado por su hematólogo. Entre las causas posibles NO está:**
- A Polimorfismos del CYP2C9.
 - B Enfermedad hepática.
 - C Malnutrición.
 - D Mutaciones en el gen que codifica para el factor II.
- 92.- **De los siguientes fármacos cual no inhibe la ciclooxigenasa**
- A Aspirina
 - B Trifusal
 - C Sulfinpirazona
 - D Dipiridamol
- 93.- **Paciente sin patología relevante, con un síndrome coronario agudo al que se le va a colocar un stent. ¿Cuál es el tratamiento recomendado para la antiagregación plaquetaria?**
- A Doble terapia combinando ácido acetilsalicílico y vorapaxar
 - B Doble terapia combinando ácido acetilsalicílico y clopidogrel
 - C Tratamiento único con ácido acetilsalicílico
 - D Tratamiento combinado de vorapaxar y clopidogrel
- 94.- **¿Cuál de los siguientes fármacos se ha demostrado útil en el tratamiento de los pacientes con PTT (Púrpura Trombótica Trombocitopénica) adquirida?:**
- A Eculizumab.
 - B Idarucizumab
 - C Caplacizumab
 - D Bevacizumab
- 95.- **Respecto a los componentes sanguíneos irradiados, señale la respuesta FALSA:**
- A Se recomienda que la dosis mínima alcanzada en el componente irradiado sea de 50Gy.
 - B Se recomienda transfundir los hematíes irradiados dentro de las primeras 24 horas post-irradiación si hay riesgo de hiperpotasemia
 - C Se recomienda no modificar la fecha de caducidad de las plaquetas irradiadas
 - D Se sugiere irradiar todos los componentes sanguíneos HLA seleccionados, cuando donante y paciente comparten un haplotipo HLA.
- 96.- **En cuanto al etiquetado de los componentes sanguíneos: La etiqueta portará información sobre los siguientes aspectos excepto uno:**
- A Identificación numérica o alfanumérica exclusiva de la donación.
 - B Nombre y dirección del Centro de Transfusión procesador
 - C Temperatura y condiciones de almacenamiento
 - D Hematocrito en el caso de los concentrados de hematíes.

97.- **Cuál de estos efectos adversos de la transfusión sanguínea es más frecuente?**

- A Enfermedad injerto contra el huésped postransfusional
- B Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión
- C Reacción alérgica
- D Contaminación bacteriana

98.- **En cuanto a la indicación de antifibrinolíticos como alternativa farmacológica a la transfusión de sangre alogénica una de las siguientes opciones NO se recomienda:**

- A Administración de ácido tranexámico en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor.
- B Administración de ácido épsilon-aminocaproico en pacientes sometidos a cirugía cardiaca.
- C Administración de ácido tranexámico en pacientes con hemorragia gastrointestinal.
- D Administración de ácido tranexámico en pacientes sometidos a cirugía ginecológica .

99.- **Para la transfusión de receptores menores de 4 meses de edad, señale la respuesta correcta:**

- A Deben implementarse medidas para reducir la exposición de los neonatos a múltiples donantes.
- B Siempre deben emplearse componentes irradiados.
- C No es necesario que las pruebas pretransfusionales incluyan el escrutinio de anticuerpos irregulares.
- D En la elección del concentrado de hematíes no hay que tener en cuenta la compatibilidad ABO con el neonato

100.- **En relación a la transfusión de extrema urgencia, señale en enunciado INCORRECTO según los estándares en hemoterapia (CAT (5a edición. Rev. 2022):**

- A Los receptores con grupo ABO desconocido deben recibir hematíes de grupo O.
- B Los receptores en los que el grupo ABO haya sido estudiado y pueda garantizarse pueden recibir sangre de su mismo grupo o ABO compatible.
- C No es necesario que el médico solicitante documente que la situación es suficientemente urgente como para transfundir sin pruebas de compatibilidad
- D En la etiqueta de la unidad de hematíes debe constar que las pruebas de compatibilidad no se han completado

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

101.- **¿Cuál de estas anemias hemolíticas adquiridas es de mecanismo NO inmune?**

- A Anemias hemolíticas inmunomedicamentosas.
- B Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido.
- C Anemias hemolíticas transfusionales.
- D Anemias hemolíticas por acción de agentes tóxicos y oxidantes

102.- **Señale la afirmación CORRECTA en relación con la discontinuación del tratamiento con ITK en pacientes con leucemia mieloide crónica**

- A En pacientes seleccionados, la probabilidad de respuesta molecular mantenida tras la suspensión del tratamiento con ITK es del 50%
- B En caso de pérdida de respuesta tras la suspensión, la introducción precoz no evita la progresión a fases avanzadas
- C Se puede realizar en pacientes en fase crónica y en fase acelerada
- D Los pacientes que hayan cumplido 2 años de tratamiento con ITK de primera generación pueden iniciar la discontinuación

103 .- En la leucemia linfoblástica aguda B del anciano NO ES CIERTO que

- A La profilaxis del sistema nervioso central no es necesaria si se emplea citarabina y metotrexate a dosis altas
- B Debe añadirse al tratamiento un inhibidor de tirosin quinasa en caso de ser Ph+
- C Puede usarse el inotuzumab en caso de recaída
- D Los esquemas libres de quimioterapia en el caso de las Ph+ basados en inmunoterapia y ITK obtienen mejor supervivencia a largo plazo

104 .- En la leucemia prolinfocítica B debe considerarse siempre un diagnóstico diferencial con

- A Linfoma folicular
- B Linfoma del manto
- C Linfoma difuso de célula grande
- D Linfoma de zona marginal

105 .- Señale el tratamiento NO INDICADO en primera línea en paciente con enfermedad de Waldenstrom sintomática

- A Rituximab-ciclofosfamida-dexametasona
- B Rituximab-bendamustina
- C Zanubrutinib
- D Rituximab-venetoclax

106 .- Un paciente de 21 años acude a urgencias por notarse una adenopatía a nivel cervical. El paciente se encuentra asintomático. En la biopsia el diagnóstico es de linfoma Hodgkin (esclerosis nodular) y en el PET/TAC se observa afectación mediastínica, asociado a captación en ambas axilas y áreas supraclaviculares, todos ellos inferiores a 5 cm. ¿Cuál es el estadio de Ann Arbor?

- A IA
- B IB
- C IIA
- D IIB

107 .- La terapia Car-T no está aprobada en la siguiente indicación:

- A LNH de células grandes difuso
- B Mieloma Múltiple
- C LNH de células de manto
- D Leucemia Linfática Crónica

108 .- Señale la opción CORRECTA respecto a los linfomas no Hodgkin:

- A Los linfomas indolentes pueden transformarse a agresivos
- B Los de fenotipo T son los más frecuentes
- C Son más frecuentes en niños siendo excepcionales en los adultos
- D El subtipo más frecuente es el linfoma marginal

- 109 .-** Paciente de 70 años que consulta por la aparición de una adenopatía axilar de 2 cm. El resultado de la biopsia muestra un patrón nodular y está compuesto principalmente por células pequeñas (centrocitos) y algunas células más grandes (centroblastos). Fenotípicamente son CD19, CD20 y CD10 positivos y negativos para el CD5 y CD23. En la FISH se observa t(14;18). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
- A LNH de células grandes difuso
 - B LNH esplénico de la zona marginal
 - C LNH folicular
 - D LNH del manto
- 110 .-** Son sugerencias que permiten guiar la discontinuación del tratamiento con agonistas de la trombopoyetina en los pacientes con Trombocitopenia inmune primaria, todas menos una. Señale la respuesta incorrecta:
- A Se debe contar con la aprobación del paciente.
 - B Deben existir recuentos estables de plaquetas mayores o iguales a $50-100 \times 10^9/L$
 - C La reducción de la dosis debe ser paulatina
 - D La duración de la respuesta debe ser inferior a tres meses