

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

CATEGORÍA:

FEA HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

Orden SAN/44/2017, 24 de mayo, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso, mediante el sistema de concurso-oposición, a plazas de la categoría estatutaria de Facultativo Especialista de Área de Hematología y Hemoterapia en las Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria cuyas plazas se acumulan a las de la Oferta de Empleo Público del año 2017 por Orden SAN/27/2018

**EJERCICIO ÚNICO ELIMINATORIO
CUESTIONARIO TIPO TEST**

ADVERTENCIA:

NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE

1.- Según el artículo 54 de la Constitución, el Defensor del Pueblo:

- A Es designado por los ciudadanos para la defensa de sus derechos laborales.
- B Es designado por las Cortes Generales para la defensa de los derechos comprendidos en el Título I de la Constitución.
- C Es designado por el Rey para la defensa de los intereses de la Corona.
- D Es designado por el Presidente del Gobierno para la defensa de los intereses de la Administración del Estado.

2.- De acuerdo con el artículo 24 del Estatuto de Autonomía para Cantabria, señale en qué materia NO tiene competencia exclusiva la Comunidad Autónoma de Cantabria:

- A Cultura.
- B Artesanía.
- C Protección y tutela de menores.
- D Defensa y Fuerzas Armadas.

3.- Según el artículo 2 de la Constitución, la Constitución:

- A Se fundamenta en el pueblo español que la refrendó, único e indivisible y reconoce el derecho a la independencia de las nacionalidades y regiones que integran el territorio español.
- B Se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre todas ellas.
- C Se fundamenta en la monarquía parlamentaria, forma política del Estado español y reconoce el derecho a proclamar la República en las nacionalidades y regiones que integran el territorio español.
- D Se fundamenta en el Estado democrático y reconoce el derecho a la independencia de las nacionalidades y regiones que integran el territorio español.

4.- Una de las previsiones de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 14, es que los poderes públicos procederán, mediante el correspondiente desarrollo normativo, a la aplicación de la facultad de elección de médico en la atención primaria del Área de Salud, añadiendo además que:

- A En los núcleos de población de más de 25.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la zona de salud.
- B En las provincias de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de todas sus Áreas de Salud.
- C En los núcleos de población de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la ciudad.
- D En los núcleos de población de más de 25.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la ciudad.

- 5.- Atendiendo a lo establecido en el artículo 54 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en relación con los Planes de Salud, indique la respuesta correcta:**
- A Cada Diputación elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud. El Plan de Salud, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por la Comunidad Autónoma, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud de la Diputación.
 - B Cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud, el cuál se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, y deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud.
 - C Cada núcleo de población elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Áreas de Salud. El Plan de Salud de cada núcleo de población, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por la Diputación, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Zonas de Salud.
 - D Ninguna de las anteriores respuestas es correcta.
- 6.- De acuerdo con la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, sin perjuicio de las competencias que correspondan a otras autoridades, la vigilancia de salud pública tomará en cuenta, al menos, alguno de los siguientes factores:**
- A Las enfermedades no transmisibles.
 - B Las enfermedades transmisibles.
 - C Los problemas de salud relacionados con el tránsito internacional de viajeros y bienes.
 - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 7.- Según la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará un calendario único de vacunas en España. Indique en qué caso las comunidades autónomas podrán modificarlo:**
- A Sólo por razones epidemiológicas.
 - B En ningún caso.
 - C En cualquier caso, siempre que cuente con la aprobación de la mayoría absoluta del ejecutivo autonómico.
 - D En cualquier caso, siempre que se de preaviso al Consejo Interterritorial con al menos 2 meses de antelación.
- 8.- Según el artículo 8 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la prestación ortoprotésica está comprendida en:**
- A La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.
 - B La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
 - C La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud.
 - D La cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.
- 9.- De acuerdo con el artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, los programas de formación, ¿podrán prever trayectos de formación específica en función de las titulaciones de procedencia?:**
- A Si, es obligatorio en todo caso.
 - B Si, en caso de especialidades multidisciplinares.
 - C Cuando se trate de especialidades de un mismo tronco.
 - D No, el artículo 21 lo prohíbe expresamente.

- 10.- Según el artículo 23 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, los Especialistas en Ciencias de la Salud con, al menos, cinco años de ejercicio profesional como tales, podrán obtener un nuevo título de especialista por el procedimiento que se determine reglamentariamente. No se podrá acceder al tercer y sucesivos títulos de especialista por este procedimiento hasta transcurridos, al menos:
- A Cinco años desde la obtención del anterior.
 - B Ocho años desde la obtención del anterior.
 - C Sólo está permitida la obtención de dos títulos cada quince años.
 - D No existe un mínimo legal de años para obtener el tercer título de especialista.
- 11.- Según el artículo 9 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, dentro de un equipo de profesionales, ¿es posible la delegación de actuaciones?:
- A Sí, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación de actuaciones pueda producirse.
 - B No está permitida la delegación de actuaciones en el ámbito asistencial. En caso de ausencia del titular se acude a la encomienda de funciones.
 - C Sí, aunque es condición necesaria para la delegación, la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.
 - D Son correctas las respuestas a y c.
- 12.- De acuerdo con el artículo 2.7 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, está obligada a guardar la reserva debida:
- A La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica siempre y cuando ostente la condición de personal sanitario.
 - B La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica.
 - C La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica, excepto si ostenta la condición de personal sanitario.
 - D La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica, excepto si se trata de personal de gestión y servicios.
- 13.- De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en relación con el derecho a la información asistencial, señale la respuesta FALSA:
- A La información, como regla general, se proporcionará verbalmente.
 - B El paciente está obligado, en todo caso, a recibir información sobre su estado de salud.
 - C El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información.
 - D La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera y se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades.

- 14.- De acuerdo con la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el Sistema Sanitario Público de Cantabria está integrado, entre otros, por (señale la respuesta FALSA):
- A Los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Servicio Cántabro de Salud.
 - B Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de los municipios de la Comunidad Autónoma de Cantabria y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.
 - C Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Cantabria a través de la Consejería competente en materia de sanidad.
 - D Los establecimientos sanitarios de otras Administraciones públicas o de ámbito privado, cuando tengan financiación particular, en los términos que prevean los respectivos acuerdos, convenios, conciertos, o cualquier otro instrumento admitido en Derecho.
- 15.- De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el ciudadano, en aras de un correcto uso de los servicios sanitarios, está obligado a aceptar el alta:
- A Una vez hubiese finalizado su proceso asistencial.
 - B Cuando se hubiese comprobado que la situación clínica del paciente mejoraría prolongando su estancia.
 - C Cuando la complejidad del cuadro desaconseje su traslado a un centro de referencia.
 - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 16.- Según dispone el artículo 50 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, ¿cuál es el órgano superior de carácter consultivo y de participación dentro del Sistema Sanitario Público de Cantabria?:
- A El Consejo Consultivo Sanitario y Social de Cantabria.
 - B El Consejo Asesor de Salud de Cantabria.
 - C El Comité Cántabro de Salud.
 - D El Consejo Montañés de Salud.
- 17.- De acuerdo con el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Cantabria, la Zona de Salud Vargas, se encuentra en:
- A En el Area de Salud III: Centro.
 - B En el Area de Salud IV: Torrelavega.
 - C En el Area de Salud I: Santander.
 - D En el Area de Salud II: Laredo.
- 18.- De acuerdo con el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Cantabria, la Zona de Salud Alto Pas comprende los siguientes municipios:
- A Selaya, Villacarriedo, Saro y Villafufre.
 - B Corvera de Toranzo, Santiurde de Toranzo, San Pedro del Romeral, Luena y Vega de Pas.
 - C Liérganes, Riotuerto, Miera y San Roque de Riomiera.
 - D Guriezo y Villaverde.

- 19 .- De acuerdo con el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Cantabria, el Centro de Salud Reinosa se ubica:**
- A En la Zona de Salud Campoo-Los Valles.
 - B En la Zona de Salud Torrelavega – Cartes.
 - C En la Zona de Salud Besaya.
 - D En la Zona de Salud Polanco.
- 20 .- De acuerdo con el Decreto 3/2012, de 19 de enero, indique el órgano periférico correcto del Servicio Cántabro Salud, de entre los siguientes:**
- A Gerencia de Atención Primaria y Tecnologías de la Información.
 - B Gerencia de Atención Especializada del Área I: Hospital Comarcal de Santander.
 - C Gerencia de Atención Especializada Áreas III y IV: Hospital Comarcal Sierrallana.
 - D Todas las respuestas anteriores son incorrectas.
- 21 .- En los términos de la Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, los o las pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del sistema sanitario público de Cantabria, recibirán la misma en los siguientes plazos máximos:**
- A Ciento ochenta días en el caso de realización de pruebas diagnósticas especializadas.
 - B Setenta días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.
 - C Treinta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas.
 - D Sesenta días en el caso de procedimientos quirúrgicos.
- 22 .- De acuerdo con la Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, será causa de extinción del derecho a la garantía de atención sanitaria especializada:**
- A Solicitar dos veces el aplazamiento para recibir la atención sanitaria por la que está inscrito.
 - B La falta de asistencia justificada a la cita programada.
 - C El establecimiento de la contraindicación o no necesidad de la atención sanitaria especializada que motivó su inclusión en el registro, según informe médico, aceptado por el o la paciente.
 - D Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 23 .- Según el artículo 4.2 de la Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, en consulta externa programada y no urgente está garantizada la primera consulta en alguna de las siguientes especialidades:**
- A Neurocirugía, Neurología y Oncología médica.
 - B Cirugía infantil, Cirugía torácica y Ginecología.
 - C Otorrinolaringología, Ginecología y Cirugía cardio-vascular.
 - D Neurocirugía, Cirugía infantil y Ergometría.

- 24 .- Según la Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria, el certificado de garantía tendrá una vigencia de:**
- A Un año, contado desde la fecha de su expedición.
 - B Dos años, contados desde la fecha de su expedición.
 - C Dos años, contados desde la fecha de su solicitud.
 - D Cuatro años, contados desde la fecha de su solicitud.
- 25 .- De acuerdo con el artículo 42 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, señale cual de las siguientes NO constituye retribución básica del personal estatutario:**
- A Sueldo.
 - B Pagas extraordinarias.
 - C Trienios.
 - D Complemento específico.
- 26 .- En relación con la provisión de puestos de jefatura de servicio y de sección de atención especializada, el artículo 52 de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, dispone que:**
- A Quienes sean seleccionados obtendrán un nombramiento temporal para el puesto de cuatro años de duración, al término de los cuales serán evaluados a efectos de su continuidad en el mismo.
 - B Quienes sean seleccionados obtendrán un nombramiento permanente para el puesto, en el que continuarán hasta su jubilación.
 - C Quienes sean seleccionados obtendrán un nombramiento temporal para el puesto de tres meses de duración, al término de los cuales no podrán continuar en el mismo.
 - D Todas las respuestas anteriores son incorrectas.
- 27 .- De acuerdo con el artículo 85 de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, las faltas muy graves prescriben:**
- A A los tres años.
 - B A los tres meses.
 - C Al año.
 - D A los seis meses.
- 28 .- Según el Acuerdo Marco en salud laboral y participación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales en el Servicio Cántabro de Salud, la designación como delegado de prevención:**
- A Podrá recaer en cualquier trabajador que preste sus servicios en el Centro de Gestión de que se trate, con independencia de que sea representante de los trabajadores o carezca de tal condición, siempre que tenga una antigüedad en los establecimientos sanitarios del Servicio Cántabro de Salud de, al menos, doce meses.
 - B Requiere que el trabajador ostente la condición de representante de los trabajadores y tenga un antigüedad en los establecimientos sanitarios del Servicio Cántabro de Salud de, al menos, veinte años.
 - C Podrá recaer en cualquier trabajador, sin que sea necesario que preste servicios en el Centro de Gestión de que se trate y siempre que tenga una antigüedad en los establecimientos sanitarios del Servicio Cántabro de Salud de, al menos, quince años.
 - D Todas las respuestas anteriores son falsas.

29 .- De acuerdo con el artículo 26 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, las trabajadoras embarazadas tendrán derecho:

- A** A ausentarse del trabajo, sin derecho a remuneración, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, sin necesidad de avisar previamente al empresario ni justificar la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo.
- B** A ausentarse del trabajo, con derecho a remuneración, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, previo aviso al empresario y justificación de la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo.
- C** A que el empresario les retribuya los exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, pero obligatoriamente habrán de realizarse fuera de la jornada de trabajo.
- D** A realizar los exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto en el propio centro de trabajo, fuera de la jornada laboral.

30 .- De acuerdo con el artículo 4. 7º de Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, queda específicamente incluido en la definición de condición de trabajo:

- A** La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
- B** Las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
- C** Cualquier máquina, aparato, instrumento o instalación utilizada en el trabajo.
- D** Riesgo que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y que pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.

31 .- ¿Cuál es la determinación analítica más fiable para valorar ferropenia?:

- A** Ferritina sérica
- B** Hierro sérico
- C** Transferrina o capacidad total de fijación del hierro
- D** Índice de saturación de la transferrina

32 .- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO interfiere en la absorción del hierro oral?:

- A** Antihistamínicos
- B** Antiácidos
- C** Glucocorticoides
- D** Inhibidores de la bomba de protones

33 .- Respecto a la aplasia medular, indique la FALSA:

- A** La biopsia de médula ósea es fundamental para el diagnóstico
- B** El IFN gamma y el receptor Fas están implicados en la apoptosis de las células hematopoyéticas
- C** El Virus de la Hepatitis C es el responsable del 20% de las aplasias medulares
- D** Se pueden detectar alteraciones clonales en la médula ósea (SMD, LMA, HPN, etc) al mismo tiempo

- 34 .- Paciente mujer de 23 años de edad con hemograma: plaquetas 12.000/microL, 100 polimorfonucleares/microL, Hb 7,2 g/dl y biopsia de médula osea hipocelular severa sin otras alteraciones morfológicas ni presencia de células extrahematopoyéticas. Se trata de:**
- A Anemia aplásica severa
 - B Anemia aplásica no severa
 - C Anemia aplásica muy severa
 - D Ninguna de ellas
- 35 .- Los fármacos quelantes de hierro pueden provocar secundariamente un déficit de:**
- A Magnesio
 - B Cromo
 - C Zinc
 - D Vitamina B12
- 36 .- Paciente de 65 años de edad con VCM 62 fl, Hb 10 g/dl y 6.5×10^6 glóbulos rojos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
- A Anemia ferropénica
 - B Talasemia minor
 - C Anemia sideroblástica
 - D Anemia drepanocítica
- 37 .- Uno de los siguientes signos NO se observa en las talasemias graves, ¿cuál es?:**
- A Deformidades óseas
 - B Retraso del crecimiento
 - C Eritrosis facial
 - D Sobrecarga férrica
- 38 .- Respecto a la hemoglobinuria paroxística nocturna, señale la CIERTA:**
- A Debemos sospecharla ante anemia y/o hemoglobinuria, disnea, trombosis de localización atípica, dolor abdominal, insuficiencia renal
 - B El tratamiento depende de la gravedad del cuadro clínico pasando desde "watch and wait", por suplementos con hierro y fólico, alotraplante de médula ósea o eculizumab
 - C La trombosis es la principal causa de mortalidad
 - D Todas son correctas
- 39 .- ¿Cuál de las siguientes NO es una categoría de la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN)?:**
- A Variante
 - B Clásica
 - C Subclínica
 - D HPN en el contexto de otra patología de la médula ósea

- 40 .- En relación con el síndrome mielodisplásico con sideroblastos en anillo, es FALSO que**
- A Se asocia con la mutación de SF3B1
 - B La transformación a leucemia aguda es frecuente si asocia trombocitosis y mutación en TET2 o ASXL1
 - C El tratamiento con luspatercept favorece la maduración eritroide y disminuye la anemia
 - D Se define por la presencia de citopenias, mayor o igual al 15% de sideroblastos en anillo con menos del 5% de blastos en médula según la OMS
- 41 .- En relación con los síndromes mielodisplásicos, señale la afirmación CIERTA**
- A La cifra de hemoglobina basal y la dependencia trasfusional son los factores pronósticos más importantes en la evolución
 - B El índice pronóstico internacional revisado (IPSS-R) excluye la cifra de plaquetas
 - C La delección aislada del 5q se relaciona con con la presencia de sideroblastos en anillo y respuesta a los hipometilantes
 - D Un IPSS-R de 1 presenta medianas de supervivencia superiores a 8 años
- 42 .- Mujer de 65 años, fumadora, que acude a consultas con cefalea y prurito. En la exploración presenta esplenomegalia de 16 cm y los análisis muestran Hb 17 gr/dl y Hto de 52%. La mutación V617F en JAK2 es negativa en sangre evaluada por PCR. Con los datos anteriores se concluye lo siguiente:**
- A Se descarta el diagnóstico de síndrome mieloproliferativo crónico tipo policitemia vera si la eritropoyetina es inferior a lo normal
 - B No se beneficia de tratamiento específico con inhibidores de JAK2
 - C Tiene un síndrome de Gainsbock y la primera aproximación diagnóstica consiste en dejar de fumar
 - D El diagnóstico de policitemia vera requerirá biopsia ósea si se descarta mutación en JAK2
- 43 .- En relación con la patogenia y clínica de los diferentes síndromes mieloproliferativos crónicos, es CIERTO que**
- A Los niveles de eritropoyetina y trombopoyetina están elevados en ausencia de estímulos exógenos
 - B En la policitemia vera los fenómenos trombóticos se incrementan con el tiempo y son la principal causa de muerte
 - C Su origen radica en la mutación V617F de JAK2 en los precursores eritroides y plaquetarios maduros que se traduce en una desfosforilación de la proteína en presencia del ligando
 - D El tratamiento de elección en los pacientes de bajo riesgo es el interferón alpha por la ausencia de efectos secundarios y bajo riesgo leucemógeno
- 44 .- Paciente de 50 años asintomático, con leucemia mieloide crónica de reciente diagnóstico con SOKAL de riesgo intermedio. Inicia tratamiento con imatinib y está en respuesta molecular mayor a los dieciocho meses. Señale la afirmación CIERTA**
- A Según las recomendaciones de European LeukemiaNet es un criterio de alarma para considerar cambio de tratamiento a ITK de segunda generación
 - B Puede continuar con el tratamiento con imatinib monitorizando la enfermedad molecular periódicamente
 - C Debe solicitarse un análisis mutacional para detectar la mutación T315I y valorar el cambio a ponatinib
 - D Se consideraría la realización de citogenética si a los 24 meses de tratamiento no ha profundizado la respuesta molecular

- 45.- ¿Cuál de los siguientes factores NO se considera como factor pronóstico en la leucemia mieloide crónica?
- A Edad, tamaño de bazo, cifra de plaquetas y blastos en sangre
 - B Anomalías cromosómicas asociadas al cromosoma Philadelphia, especialmente de la ruta mayor
 - C Transcrito BCR-ABL >100.000 copias en sangre en el momento del diagnóstico
 - D Respuesta citogenética completa a los tres meses de iniciar tratamiento
- 46.- Varón de 55 años que consulta por síndrome general con pérdida de 10 Kg de peso en 4 meses y dolor abdominal. En la exploración presenta hepatomegalia de 5 cm y esplenomegalia de 20 cm. En los análisis tiene leucocitos: $25 \times 10^9/L$ (3% blastos), Hb: 8 gr/dl, plaquetas $80 \times 10^9/L$. En el frotis se observa intensa anisopoiquilocitosis y dacriocitos. En relación con la sospecha diagnóstica, es FALSO que
- A Los casos triple negativos (JAK2, CARL y MPL) tiene un pronóstico favorable y mayor supervivencia
 - B El cariotipo complejo, alteraciones en cromosomas 5, 7, 17 y reordenamiento de 11q23 se asocian con pronóstico desfavorable
 - C El trasplante alogénico está indicado en pacientes con DIPSS/plus intermedio 2 o alto
 - D El ruxolitinib es eficaz en el control de las manifestaciones hiperproliferativas tanto en pacientes JAK2 positivos como negativos
- 47.- En relación con el manejo terapéutico de la trombocitemia esencial, señale la afirmación CIERTA
- A En pacientes de bajo riesgo está indicada la profilaxis antitrombótica con AAS sólo si son triple negativos en el análisis genético
 - B Los pacientes menores de 60 años con antecedentes previos de trombosis venosas deben recibir tratamiento con AAS e interferón
 - C Los pacientes de alto riesgo deben recibir tratamiento citorreductor asociado o no a AAS como profilaxis primaria de trombosis
 - D Todos los pacientes deben recibir AAS dado que está incrementado el riesgo de trombosis respecto a la población general
- 48.- Mujer de 45 años con antecedentes de migrañas con aura, consumidora de AINES. En dos hemogramas consecutivos presenta ligera anemia (Hb:10-11 gr/dl, VCM: 82 fl) y aumento de plaquetas ($800 \times 10^9/L$, $1000 \times 10^9/L$). La mutación JAK2 V617 F es negativa. Con los datos anteriores, el diagnóstico sería:
- A Anemia ferropénica y se debe realizar tratamiento con hierro oral
 - B Una trombocitosis reactiva
 - C Una trombocitemia esencial JAK2 negativa con alto riesgo trombótico
 - D Si el perfil del hierro es normal, requiere la realización de biopsia ósea y determinación de otras mutaciones para el diagnóstico de síndrome mieloproliferativo crónico
- 49.- En relación con los anticuerpos monoclonales usados en Hematología, señale la respuesta CIERTA
- A El brentuximab vedotin es un anticuerpo quimérico usado en pacientes con linfoma anaplásico en recaída o refractario
 - B El daclizumab es un anticuerpo quimérico anti-CD25 usado en el tratamiento del linfoma T periférico
 - C El daratumumab es un anticuerpo humanizado anti-CD138 usado en el tratamiento de mieloma múltiple en recaída
 - D El rituximab es un anticuerpo humanizado anti-CD20 con indicación en el tratamiento del linfoma folicular, difuso de célula grande y marginal esplénico

- 50 .- En relación con los efectos tóxicos de la quimioterapia, señale la respuesta CIERTA**
- A La ictericia colestásica es característica de la mercaptopurina y contraindica su empleo
 - B La secreción inadecuada de ADH y el ileo paralítico son característicos de la ciclofosfamida a dosis altas
 - C El busulfan y el metrotrexate pueden provocar toxicidad pulmonar no dependiente de dosis
 - D La L-asparaginasa provoca sangrados cutáneo-mucosos en relación con hipoprotrombinemia y disfibrinogenemia
- 51 .- Atendiendo a las fuentes de células progenitoras hematopoyéticas utilizadas en los alotrasplantes, señale la afirmación CIERTA**
- A El resultado clínico del trasplante depende del número absoluto de células CD34 infundidas/Kg de peso de receptor y los resultados entre las diferentes fuentes se igualan si son $>5 \times 10^6/\text{Kg}$
 - B La reconstitución inmune T es óptima a los 12 meses si en el inóculo de sangre periférica los CD3 son $> 100 \times 10^6/\text{Kg}$
 - C La baja inmunorreactividad del cordón umbilical se relaciona con el menor número de CD3 infundido y se traduce en más EICR y fallo de implante
 - D Ninguna de las anteriores es correcta
- 52 .- Señale la afirmación CIERTA en relación con la determinación de quimerismo tras el trasplante hematopoyético**
- A El análisis mediante PCR digital en sangre permite la cuantificación absoluta del ADN del donante y puede servir como marcador de enfermedad mínima residual en el trasplante alogénico mieloablativo
 - B La detección por PCR a tiempo real basada en la determinación de SNP (single nucleotide polymorphism) en sangre no es útil en los 100 primeros días del trasplante alogénico con acondicionamiento no mieloablativo
 - C En las hemoglobinopatías el objetivo es conseguir quimeras completas del donante en los primeros seis meses para evitar riesgo de fallo de implante, por ello se requieren acondicionamientos mieloablativos
 - D En las leucemias agudas las quimeras mixtas se relacionan con incremento del riesgo de recaída
- 53 .- Se debe indicar la realización de trasplante hematopoyético alogénico en primera línea en pacientes sin comorbilidad con:**
- A Leucemia promielocítica aguda con mutación asociada de FLT3-ITD
 - B Leucemia mieloide aguda con inv16
 - C Leucemia linfoblástica aguda de precursores T tempranos
 - D Leucemia linfoblástica T del niño con enfermedad residual positiva en día +21
- 54 .- Son indicaciones estándar de trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos todas las siguientes, EXCEPTO**
- A Síndrome mielodisplásico en estadio avanzado
 - B Linfoma B difuso de célula grande en recaída quimiosensible post-autotrasplante
 - C Leucemia mieloide crónica en respuesta molecular con dasatinib
 - D Leucemia aguda linfoblástica Ph negativa de alto riesgo en primera remisión completa

- 55 .- Paciente varón de 50 años con linfoma folicular en segunda remisión completa, señale la opción terapéutica que considera CORRECTA**
- A Trasplante alogénico de hermano HLA idéntico por mayor supervivencia global respecto al autotrasplante
 - B Mantenimiento con Rituximab seguido de trasplante autólogo
 - C Trasplante autólogo acondicionado con poliquimioterapia tipo BEAM
 - D Trasplante autólogo acondicionado con poliquimioterapia seguido de radioinmunoterapia como mantenimiento
- 56 .- Señale cuál de las diferentes opciones NO es indicación estándar de trasplante autólogo**
- A Linfoma B difuso de célula grande con IPI alto y afectación extranodal en primera remisión completa
 - B Linfoma folicular en segunda remisión completa tras recaída precoz
 - C Linfoma del manto IIIA en primera remisión en paciente de 60 años
 - D Linfoma de Hodgkin estadio IIB en segunda remisión completa
- 57 .- Paciente de 18 años en día + 45 post- trasplante alogénico de donante no emparentado con disparidad antigénica en A por leucemia mieloide aguda en primera remisión. Recibió profilaxis de la EICR con ATG a dosis altas. En el día +21 presenta infección por CMV que se trata con ganciclovir durante 3 semanas con buena respuesta. En día +90 ingresa por fiebre, sudoración, mal estado general, adenopatías de 4 cm en cuello, axilas e ingles y pancitopenia. Entre las sospechas diagnósticas, debería considerar como primera posibilidad:**
- A La presencia de síndrome linfoproliferativo post-trasplante asociado a infección por EBV
 - B Síndrome de oclusión sinusoidal tardío
 - C Segundo episodio de infección por CMV
 - D Enfermedad injerto contra receptor atípica
- 58 .- ¿Cuál de las siguientes complicaciones precoces que pueden aparecer tras el trasplante de progenitores hematopoyéticos NO tiene un origen endotelial?**
- A Síndrome de prendimiento en el trasplante autólogo
 - B Síndrome de vasopermeabilidad en el trasplante alogénico haploidéntico post-administración de ciclofosfamida
 - C Hemorragia alveolar difusa en trasplante autólogo con trombocitopenia
 - D Neumonía criptogénica organizada en el trasplante alogénico no mieloablativo
- 59 .- En relación con el trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénicos en pacientes con leucemia mieloide aguda, señale la afirmación CIERTA:**
- A En el trasplante alogénico de donante no emparentado el empleo de sangre periférica disminuye la recaída frente a la médula ósea mejorando la supervivencia libre de enfermedad y EICH
 - B No hay diferencias en la supervivencia libre de enfermedad entre acondicionamiento ablativo y no mieloablativo en pacientes menores de 45 años, si están en primera remisión completa en el momento del trasplante
 - C La incidencia de EICH crónico y complicaciones tardías son similares en el trasplante ablativo y no mieloablativo
 - D La recaída es la segunda causa de muerte en pacientes con acondicionamiento ablativo

- 60 .- En relación con los resultados del trasplante alogénico en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda, señale la afirmación FALSA:**
- A En el trasplante alogénico de médula ósea de hermano HLA idéntico es suficiente la ciclosporina como profilaxis de la EICH
 - B Los resultados en supervivencia global a 4 años son similares en el trasplante alogénico de donante familiar y no emparentado
 - C Sólo se considera en primera remisión en pacientes con citogenética de alto riesgo y respuesta insuficiente a la quimioterapia
 - D El acondicionamiento con radioterapia, etopósido y/o ciclofosfamida se considera estándar en todos los pacientes
- 61 .- Dentro de las leucemia mieloides agudas, NO es una entidad genética propia reconocida en la clasificación de la OMS 2016**
- A La leucemia promielocítica con PML-RARA
 - B La leucemia mieloide aguda con inv3 o t(3;3); GATA2, MECOM
 - C La leucemia mieloide aguda con t(9;11); MLLT3-KMT2A
 - D La leucemia mieloide aguda con IKAROS mutado
- 62 .- Señale la asociación FALSA en relación con las características clínicas de las leucemias agudas:**
- A Adenopatías en leucemia linfocítica aguda
 - B Hipertrofia gingival en leucemia mieloide aguda M2 con eosinofilia
 - C Infiltración meníngea en leucemia linfocítica aguda y leucemia mieloide monocítica
 - D Masa mediastínica en leucemia linfocítica aguda T
- 63 .- Paciente de 52 años con 10×10^9 leucocitos/L en sangre, infiltración de encías y piel, diagnosticado de leucemia mieloide aguda M5 con cariotipo monosómico. En relación con la enfermedad y su tratamiento, señale la respuesta CIERTA**
- A Se considerará una leucemia de riesgo citogenético adverso si presenta más de dos monosomías excluyendo la pérdida aislada de X o Y
 - B Tiene indicación estándar de trasplante hematopoyético alogénico de donante familiar o no emparentado HLA idéntico solo si está en primera remisión completa
 - C La citogenética excluye su clasificación en la categoría de leucemia mieloide aguda con cambios relacionados con mielodisplasia (OMS)
 - D El tratamiento de inducción estándar debería incluir 5-azacitidina o decitabina dados los hallazgos citogenéticos
- 64 .- ¿Cuál de las siguientes leucemias NO está incluida dentro de las leucemias linfoblásticas B con alteraciones recurrentes según la clasificación de la OMS 2016?**
- A Leucemia linfoblástica B con t(8;21)
 - B Leucemia linfoblástica B con t(9;22)
 - C Leucemia linfoblástica B con t(1;19)
 - D Leucemia linfoblástica B con hiperdiploidía

- 65 .- Señale la afirmación CIERTA en relación con el tratamiento de la leucemia mieloide aguda**
- A La inclusión de análogos de purina en la inducción es un tratamiento estándar en los pacientes con citogenética adversa porque mejora la tasa de respuestas y tiene impacto en la supervivencia
 - B La adición de midostaurin al tratamiento de inducción mejora la tasa de respuesta y reduce la mortalidad en las leucemias de citogenética intermedia con FLT3-ITD
 - C En las leucemias mieloides agudas de citogenética adversa, la decitabina es el tratamiento estándar por su eficacia y baja toxicidad
 - D El CPX-351 (daunorrubicina y citarabina liposomal) es el nuevo tratamiento estándar en las leucemias mieloides aguda de novo porque disminuye la toxicidad de la inducción y aumenta la supervivencia
- 66 .- Es FALSO en el tratamiento de posremisión de la leucemia mieloide aguda no promielocítica que**
- A La citarabina a dosis intermedias o altas asociada o no con antraciclinas es el tratamiento estándar
 - B El trasplante de progenitores hematopoyéticos es una indicación en pacientes en primera remisión completa salvo en el subgrupo de riesgo citogenético favorable
 - C El mantenimiento con mercaptopurina puede considerarse en pacientes frágiles pues retrasa la recaída en los no candidatos a trasplante
 - D El tratamiento con hipometilantes como terapia de consolidación tras quimioterapia no es un tratamiento estándar y no ha demostrado superioridad respecto a la quimioterapia
- 67 .- Paciente de 32 años con leucemia linfoblástica aguda B común con cariotipo hiperdiploide en recaída precoz tras tratamiento con protocolo de alto riesgo, es FALSO que**
- A El trasplante alogénico de donante familiar o no emparentado idéntico es un tratamiento estándar
 - B El tratamiento con blinatumumab mejora las tasas de respuesta respecto a la quimioterapia con más de un 70% de las respuestas con EMR negativa
 - C El tratamiento con inotuzumab en perfusión continua durante 28 días obtiene un 80% de respuestas pero se asocia a síndrome de liberación de citoquinas
 - D Tiene indicación de profilaxis del sistema nervioso con quimioterapia intratecal
- 68 .- En relación con el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda Philadelphia positiva, señale la respuesta CIERTA**
- A La introducción de ruxolitinib en la inducción mejora las tasas de remisión molecular y permite que más pacientes lleguen al alotrasplante
 - B La quimioterapia estándar asociada a Rituximab en los casos CD20 positivos mejora la tasa de respuestas moleculares y tiene impacto en la supervivencia libre de enfermedad
 - C El imatinib asociado con quimioterapia no es útil en los casos que presenten anomalías cromosómicas asociadas
 - D El ponatinib asociado a hyperCVAD obtiene más de un 70% de respuestas moleculares completas tras la inducción y es activo frente a la mutación T315I
- 69 .- ¿Cuál de los siguientes es un factor pronóstico adverso en la Leucemia Linfática Crónica?**
- A Mutación MYD88
 - B del(13q)
 - C Expresión de ZAP70 alta
 - D Infiltración nodular en la biopsia ósea

- 70 .- ¿Cuál de las siguientes combinaciones de marcadores es característica en los linfocitos tumorales de la Leucemia Linfática Crónica (LLC)?**
- A CD5+/CD23+
 - B CD5-/CD23-
 - C CD5+/CD23-
 - D CD5-/CD23+
- 71 .- ¿Cuál de las siguientes es CIERTA con respecto al Ibrutinib en la Leucemia Linfática Crónica (LLC)?**
- A Se trata de un inhibidor de PI3K
 - B Su principal toxicidad es la mielosupresión
 - C Ha demostrado eficacia y está indicado en pacientes con alteraciones de mal pronóstico como la mutación de TP53
 - D No está aprobado para el tratamiento en primera línea
- 72 .- Paciente de 60 años con vida activa y sin comorbilidades con diagnóstico reciente de Leucemia Linfática Crónica con Linfocitosis: $30 \times 10^9/L$; Hb: 9.5 g/dl; Plaquetas: $80 \times 10^9/L$ y esplenomegalia >6 cm. No presenta del17p ni mutación de TP53. ¿Cuál de las siguientes opciones sería la opción terapéutica recomendada en primera línea?**
- A Observación
 - B FCR (Fludarabina, Ciclofosfamida y Rituximab)
 - C Venetoclax en monoterapia
 - D Ibrutinib + Rituximab
- 73 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la Leucemia de Linfocitos grandes granulares?**
- A Pueden ser de origen linfoide T y NK
 - B Es frecuente su asociación a neutropenia
 - C El tratamiento de elección se basa en Rituximab, esteroides y agentes alquilantes
 - D Generalmente tienen un curso indolente
- 74 .- Paciente varón de 68 años que refiere astenia y sudación profusa desde hace unas semanas. A la exploración destaca una esplenomegalia gigante. En el hemograma presenta una linfocitosis de $120 \times 10^9/L$. Morfológicamente son linfocitos de tamaño mediano (aproximadamente el doble de un linfocito pequeño) con citoplasma ligeramente basófilo y cromatina moderadamente condensada y un nucleolo muy prominente. Inmunofenotípicamente son FMC7 positivas y negativas para CD5, CD23 y CD43. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
- A Leucemia Linfática Crónica
 - B Tricoleucemia
 - C LNH de células del manto leucemizado
 - D Leucemia Prolinfocítica B

- 75 .- ¿Cuál de las siguientes es CIERTA con respecto a la Leucemia-Linfoma T del adulto?**
- A Es una neoplasia de linfocitos T muy inmaduros
 - B La infección por el virus HTLV-1 está implicado en su patogenia
 - C Los linfocitos en sangre periférica y médula ósea tienen, característicamente, un núcleo "cerebriforme"
 - D La mayoría de los pacientes presentan una forma "smoldering" o asintomática
- 76 .- ¿Cuál de las siguientes exploraciones hay que tener en cuenta para evaluar los nuevos biomarcadores de malignidad (implican la necesidad de tratamiento) en los Mielomas sin presencia de clínica asociada?**
- A Plasmocitosis medular
 - B Ratio de cadenas ligeras libres
 - C Resonancia Magnética Nuclear
 - D Todos los anteriores
- 77 .- ¿Cuál de las siguientes alteraciones citogenéticas está asociada a MEJOR pronóstico en el Mieloma Múltiple?**
- A t(11;14)
 - B t(4;14)
 - C t(14;16)
 - D Deleción de 17p
- 78 .- ¿Cuál de las siguientes variables NO forma parte del sistema de estadificación R-ISS para el Mieloma Múltiple?**
- A t(4;14)
 - B PCR
 - C Albúmina
 - D Beta2-Microglobulina
- 79 .- ¿Cuál de estos fármacos utilizados en el mieloma múltiple NO está indicado ni aprobado por la agencia europea del medicamento (EMA) en primera línea?**
- A Bortezomib
 - B Lenalidomida
 - C Pomalidomida
 - D Ciclofosfamida
- 80 .- ¿Cuál de los siguientes NO es un subtipo de la Enfermedad de Hodgkin?**
- A Anaplásico
 - B Esclerosis nodular
 - C Celularidad Mixta
 - D Depleción Linfocítica

- 81 .- ¿Cuál de los siguientes sería el tratamiento de elección para una paciente joven recién diagnosticada de una Enfermedad de Hodgkin tipo Esclerosis Nodular en un estadio avanzado (III-B)?**
- A ABVD x2 ciclos + radioterapia en campo afecto
 - B ABVD x6 ciclos con o sin radioterapia en campo afecto
 - C Brentuximab Vedotin en monoterapia
 - D ABVD x 6 ciclos seguido de TASPE
- 82 .- ¿Cuál es el área ganglionar más frecuentemente afectada en la Enfermedad de Hodgkin?**
- A Abdominal y Retroperitoneal
 - B Cervical-Supraclavicular
 - C Axilar
 - D Inguinal
- 83 .- ¿Cuál de las siguientes asociaciones es FALSA en cuanto a las alteraciones genéticas detectadas en los LNH?**
- A t(8;14) - Burkitt
 - B t(14;18) - Folicular
 - C t(4;14) - Manto
 - D t(11;18) - MALT
- 84 .- ¿Cuál de las siguientes es CIERTA con respecto al LNH de Burkitt?**
- A Histológicamente presenta característicamente una imagen en cielo estrellado
 - B Su aparición está típicamente asociada a la infección por el CMV
 - C Es un tumor poco sensible a la quimioterapia
 - D La forma endémica o africana aparece más frecuentemente en mujeres de mediana edad
- 85 .- En el LNH difuso de células grandes B, ¿cuál de las siguientes alteraciones NO se asocia a pronóstico adverso?**
- A Expresión de BCL-2
 - B Reordenamiento de BCL-6
 - C Expresión de c-MYC
 - D Expresión de p53
- 86 .- ¿Cuál de los siguientes factores NO está incluido en el Índice Pronóstico Internacional (IPI) para los linfomas agresivos?**
- A Edad
 - B Estadio Ann-Arbor
 - C LDH
 - D Síntomas B

87.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA respecto a los Linfomas cutáneos?**

- A La micosis fungoide es una proliferación de linfocitos T maduros con fenotipo citotóxico (CD8)
- B El síndrome de Sezary presenta una afectación fundamentalmente cutánea sin afectación de sangre periférica ni adenopatías
- C La presencia de prurito es excepcional en estos pacientes
- D La micosis fungoide es considerada una enfermedad indolente con una mediana de supervivencia de 10 años o más

88.- **¿Cuál de los siguientes virus tiene un papel más relevante en la patogenia de los síndromes linfoproliferativos post-trasplante?**

- A VIH
- B Varicela Zoster (VVZ)
- C Epstein-Barr (VEB)
- D Citomegalovirus (CMV)

89.- **¿Cuál de las siguientes alteraciones bioquímicas NO suele aparecer en el contexto de un síndrome de lisis tumoral?**

- A Hiperuricemia
- B Hipofosfatemia
- C Hipocalcemia
- D Hiperpotasemia

90.- **Respecto a la PTI señale la respuesta FALSA**

- A El término clásico ha sido sustituido por el de trombocitopenia inmune primaria
- B Es un defecto adquirido que puede afectar a niños y adultos, en los que se produce una trombocitopenia inmune aislada con incremento de la destrucción plaquetaria, no asociada a otras condiciones o causas de trombocitopenia
- C Actualmente se consideran formas agudas las que se resuelven en menos de 4 meses, formas persistentes si se mantienen entre 4 y 12 meses y formas crónicas las que se mantienen más de 12 meses
- D Se caracteriza por existencia de una trombocitopenia periférica, con resto de series normales, presencia de megacariocitos en médula ósea, presencia de autoanticuerpos antiplaquetas y ausencia de enfermedad subyacente (diagnóstico de exclusión)

91.- **Respecto a la PTI en el adulto señale la respuesta FALSA**

- A Suele presentarse en mujeres jóvenes o de edad media, con un cuadro clínico caracterizado por una púrpura petequeal, hematomas y hemorragias en mucosas, o bien como una hemorragia aguda en diversos órganos o tejidos
- B El riesgo de hemorragia intracraneal es alto (más del 15%) y es menor en niños
- C En ocasiones se descubre en pacientes asintomáticos al realizar un hemograma por otros motivos
- D La exploración clínica fuera de los datos hemorrágicos es anodina. La presencia de esplenomegalia debe hacernos pensar en un proceso asociado

92.- Respecto a la exploración física en los trastornos de la hemostasia, señale la respuesta FALSA

- A Las petequias son lesiones rojizas y puntiformes, reflejo de la extravasación de hematíes del torrente circulatorio y su acumulación en la piel
- B Si las lesiones superan 1 cm, se denominan equimosis
- C Si aparecen en acúmulos se denominan púrpura
- D Las petequias palpables (con una zona central indurada) son sugestivas de la presencia de vasculitis, y se distinguen de las telangiectasias y angiomas, en que desaparecen con la presión, mientras que estas últimas no lo hacen

93.- En la evaluación clínica de un paciente con diátesis hemorrágica es FALSO que

- A Las hemorragias musculares e intraarticulares suelen denotar alguna alteración de los factores de coagulación
- B La menorragia puede ser el único síntoma en mujeres con enfermedad de von Willebrand o trombocitopenia moderada
- C Las petequias y equimosis son características de alteraciones en las plaquetas y no se ven en alteraciones vasculares ni en anomalías de los factores de coagulación
- D Es importante evaluar la historia hemorrágica personal y familiar del paciente

94.- Señale la proposición FALSA respecto las trombocitopatías hereditarias

- A En el síndrome de Bernard-Soulier hay una reducción de la adhesión plaquetar al subendotelio de la pared del vaso y una disminución de la sensibilidad de las plaquetas a la ristocetina
- B En la tromboastenia de Glanzman está alterada la agregación plaquetar
- C El síndrome de plaquetas grises se caracteriza por una incapacidad de las plaquetas para almacenar proteínas en los gránulos densos
- D Las alteraciones en las glicoproteínas de membrana plaquetar condicionan defectos en la adhesión o en la agregación plaquetaria

95.- En qué trombocitopatía hereditaria es típico el desarrollo de mielofibrosis precoz:

- A Síndrome de Bernard-Soulier
- B Tromboastenia de Glanzmann
- C Deficiencia de almacenamiento de gránulos densos delta
- D Síndrome de las plaquetas grises

96.- Señale la respuesta FALSA sobre el valor diagnóstico de las pruebas de coagulación:

- A Existe una prueba única que permite la evaluación global de la hemostasia primaria y de la coagulación
- B Los estudios de coagulación requieren que la muestra se extraiga y procese de forma correcta
- C La normalidad del tiempo de tromboplastina parcial activada sugiere la ausencia de anomalías en los factores XII, XI, X, IX, VIII, V y II
- D El alargamiento del tiempo de trombina puede sugerir un aumento en la actividad antitrombínica, presencia de productos de degradación del fibrinógeno, hipo/disfibrinogenemias o presencia de inhibidores directos de la trombina

97.- Respecto a la enfermedad de Von Willebrand señale la respuesta FALSA:

- A Es la causa más frecuente de hemorragia hereditaria, siendo expresión de un trastorno cuantitativo y/o cualitativo de la proteína transportadora del factor VIII, el factor de Von Willebrand
- B El estudio de la composición multimérica se usa para clasificar la enfermedad de Von Willebrand y hasta la fecha se han descrito tres tipos con subtipos diferentes
- C Al igual que otros defectos de la hemostasia primaria y a diferencia de la hemofilia, las manifestaciones hemorrágicas más importantes se producen en las mucosas (epistaxis, gingivorragias y metrorragias), salvo en el tipo III, el clínicamente más grave, en el que pueden aparecer hemorragias musculares y articulares
- D El tipo más frecuente, el I, se hereda con carácter autosómico recesivo

98.- Respecto al tratamiento de la enfermedad de von Willebrand, señale la respuesta FALSA:

- A La DDAVP, es un derivado de la vasopresina que libera factor Von Willebrand de los depósitos endoteliales y produce un aumento tanto del factor Von Willebrand como del factor VIII, que dura varias horas
- B Los antifibrinolíticos en altas dosis son un recurso útil en los episodios hemorrágicos, especialmente en las hemorragias mucosas y orales, aunque no deben usarse en pacientes con hematuria
- C La desmopresina es útil sobre todo en el tipo I. En los tipos 2 y 3 tiene escaso o ningún efecto. Puede usarse también en la pseudo-enfermedad de von Willebrand
- D Las intervenciones de cirugía mayor requieren tratamiento sustitutivo preoperatorio y postoperatorio

99.- Respecto al tratamiento de la Hemofilia A, señale la proposición FALSA:

- A Existen fármacos adyuvantes muy útiles, como la desmopresina y los antifibrinolíticos
- B Hay concentrados de factor VIII recombinante, obtenidos por ingeniería genética, que son eficaces e inocuos en cuanto al desarrollo de enfermedades transmisibles
- C Debe vacunarse contra la hepatitis B a todo hemofílico A recién diagnosticado
- D Los pacientes tratados con concentrados de factor VIII recombinante no desarrollan inhibidores

100.- Señale la respuesta FALSA respecto a la Hemofilia A:

- A La presencia de un inhibidor se sospecha cuando el TTPA no se acorta al mezclar el plasma del paciente con plasma normal
- B Los inhibidores se han clasificado en dos tipos: de baja y de alta respuesta
- C En los pacientes con inhibidor de baja respuesta, la acción del inhibidor se contrarresta aumentando la dosis del concentrado de factor VIII
- D En los pacientes con inhibidor de alta respuesta, la acción del inhibidor se contrarresta aumentando la dosis del concentrado de factor VIII en la mayoría de los casos y sólo ocasionalmente es necesario utilizar terapéuticas alternativas, como los complejos protrombóticos activados (FEIBA) o el factor VII recombinante

101.- La alteración MÁS prevalente de trombofilia hereditaria en pacientes con episodios tromboembólicos es:

- A Factor V Leiden
- B Mutación G20210A de la protrombina
- C Deficiencia de antitrombina
- D Deficiencia de proteína C

102 .- Señale la respuesta FALSA respecto a la deficiencia de antitrombina:

- A La prevalencia en la población general es baja
- B La mayoría de afectados son heterocigotos y presentan niveles de antitrombina entre el 40 y el 70%
- C Aumenta poco el riesgo de enfermedad tromboémbolica venosa frente a los individuos sin esta deficiencia
- D Puede condicionar cierto grado de resistencia a la heparina

103 .- Señale la proposición FALSA respecto a las trombofilias hereditarias:

- A En general, salvo alteraciones complejas, se acepta que el paciente afecto de trombofilia sin factores de riesgo adicionales, que presente su primer episodio trombótico sin riesgo vital, debe seguir una pauta temporal de tratamiento anticoagulante convencional
- B En los pacientes con más de un episodio trombótico o primer episodio de localización atípica (mesentérica o cerebrovascular) debe considerarse la anticoagulación indefinida
- C Los pacientes portadores asintomáticos no necesitan tratamiento salvo que concurren situaciones de riesgo, en cuyo caso deben instaurarse medidas de profilaxis antitrombótica
- D Las pacientes con trombofilia hereditaria pueden recibir tratamiento con anticonceptivos orales salvo que haya déficit combinados o la alteración sea homocigota

104 .- Señale la respuesta FALSA respecto a las heparinas:

- A Las heparinas de bajo peso molecular tienen mayor unión a proteínas plasmáticas, células endoteliales y macrófagos que la heparina no fraccionada
- B La administración terapéutica de Heparina no fraccionada debe buscar el alargamiento entre 1,5-2,5 del TTPA
- C La trombocitopenia inducida por heparina es más frecuente con heparina no fraccionada que con heparina de bajo peso molecular y prácticamente ausente con el fondaparinux
- D En caso de sobredosificación grave o hemorragia secundaria a la administración de heparina puede administrarse su antídoto, sulfato de protamina

105 .- Señale la respuesta FALSA sobre el tratamiento anticoagulante oral:

- A Se dispone de un antídoto específico para dabigatrán, el idarucizumab
- B Los anticoagulantes orales de acción directa se administran por vía oral a dosis fijas por su farmacocinética predecible, aunque hay que prestar atención a la función renal
- C Los anticoagulantes orales de acción directa están contraindicados en pacientes portadores de prótesis valvulares mecánicas
- D El tratamiento con dicumarínicos prolonga el Tiempo de protrombina y no el TTPA

106 .- Señale la proposición FALSA respecto a los fármacos antiagregantes:

- A Se utilizan principalmente en el tratamiento y prevención secundaria de la trombosis arterial
- B En general, la complicación más importante es el sangrado, especialmente si se administran en combinación con fármacos anticoagulantes
- C El ácido acetilsalicílico actúa inhibiendo de forma irreversible la acción de la ciclooxigenasa plaquetaria sobre el ácido araquidónico y, en consecuencia, impide la formación de tromboxano A₂
- D El clopidrogel es un antagonista del receptor plaquetar de la glicoproteína IIb/IIIa

107 .- Señale cuál NO sería una indicación del tratamiento trombolítico:

- A Tromboembolismo pulmonar masivo con inestabilidad hemodinámica
- B Obstrucciones agudas arteriales accesibles a cirugía
- C Ictus isquémico de reciente instauración
- D Infarto agudo de miocardio (cuando no se realice angioplastia)

108 .- Para el diagnóstico diferencial entre anemia ferropénica y anemia de enfermedad crónica nos serán útiles las siguientes determinaciones:

- A Velocidad de sedimentación globular y/o Proteína C reactiva
- B Índice de saturación de la transferrina
- C Ferritina
- D Todos los anteriores

109 .- En la púrpura trombótica trombocitopénica se deben considerar como diagnósticos diferenciales todos los siguientes, EXCEPTO

- A Síndrome HELLP
- B Hipertensión maligna
- C Síndrome antifosfolípido catastrófico
- D Síndrome de Evans

110 .- ¿Cuál de las siguientes asociaciones define BUEN pronóstico?

- A Leucemia Mieloblástica y t(8;21)
- B Síndrome Mielodisplásico y -7/7q-
- C Leucemia Mieloblástica y FLT3-ITD
- D Leucemia Linfoblástica y t(9;22)

111 .- En relación con las manifestaciones hematológicas de la enfermedad renal crónica, señale la afirmación CIERTA

- A Es característica la anemia normocítica normocrómica con reticulocitos elevados
- B La deficiencia de hierro es la causa más común de resistencia adquirida a la EPO
- C En pacientes urémicos con sangrados el tratamiento de elección son concentrados de fibrinógeno
- D El hierro oral no es eficaz porque la absorción gastrointestinal está disminuída en los pacientes con uremia

112 .- En relación con la infección micótica que puede afectar al paciente hematológico, señale la respuesta CIERTA

- A La profilaxis primaria con posaconazol ha disminuído la incidencia y mortalidad de la aspergilosis invasora en pacientes con leucemia mieloide aguda pero no en el trasplante alogénico
- B Dos determinaciones positivas de galactomanano en suero son criterio de diagnóstico probable de aspergilosis y fusariosis en pacientes con neutropenia profunda
- C La aspergilosis por A.terreus es una causa frecuente de galactomanano negativo
- D El isavuconazol es un tratamiento eficaz de la aspergilosis y de la mucormicosis

- 113 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA en relación con la histiocitosis de células de Langerhans?**
- A Es una enfermedad muy frecuente aunque asintomática en la población general
 - B La afectación ósea es muy infrecuente en niños
 - C El tratamiento de las formas localizadas se basa en la cirugía, los esteroides tópicos y la radioterapia
 - D La quimioterapia no tiene ningún papel en esta enfermedad
- 114 .- La entrevista o cuestionario al donante previa a la donación sirve para:**
- A Detectar donantes con mayor riesgo de padecer enfermedades transmisibles por sangre o relaciones sexuales
 - B Detectar donantes con infecciones sin test disponible para su diagnóstico
 - C Minimizar el riesgo de donaciones en periodo ventana
 - D Todas las anteriores
- 115 .- La reentrada de donantes con alteraciones analíticas es:**
- A El protocolo de medidas a realizar (test analíticos y tiempo de exclusión) tras una positividad para VIH, VHB y/o VHC
 - B Los donantes que vuelven a donar tras la primera donación
 - C Los donantes que regresan al centro de transfusiones/donaciones todas las ocasiones posibles en un año (3 para las mujeres y 4 para los hombres)
 - D Ninguna de las anteriores
- 116 .- ¿Qué rango de temperaturas establecen los estándares del CAT para el transporte de los concentrados de hematíes?:**
- A 1-10 °C
 - B 1-7 °C
 - C 0-6 °C
 - D 2-7 °C
- 117 .- Todos los siguientes son requisitos mínimos de calidad de los concentrados de hematíes, EXCEPTO:**
- A Concentración de hemoglobina mayor o igual de 40 g
 - B Concentración de leucocitos $<1 \times 10^6$
 - C Haber transcurrido más de 42 días desde su extracción
 - D Conservación entre 2 y 6°C
- 118 .- Respecto a los donantes de plaquetas mediante aféresis, ¿cuál de las siguientes es FALSA?:**
- A Se debe comprobar que no hayan tomado antiagregantes en los días previos a la extracción
 - B Se deben realizar todas las determinaciones analíticas igual que en el resto de las donaciones antes de liberar las plaquetas donadas
 - C Como pueden donar varias veces, no es necesario que firmen la hoja de consentimiento para cada donación sino una para todas las plaquetoaféresis
 - D Pueden donar más frecuentemente que los donantes de sangre exclusivamente, llegando a poder donar cada 48 horas, alcanzando como máximo 2 donaciones de aféresis de plaquetas a la semana y 24 al año

- 119 .- ¿Cuál de los siguientes NO es un agente infeccioso transmisible por la sangre?:**
- A Babesia
 - B Creutzfeldt Jakob enfermedad clásica
 - C Trypanosoma cruzi
 - D Virus del Nilo
- 120 .- ¿En cuál de las siguientes circunstancias NO haríamos el grupo sérico?:**
- A Al paciente receptor en el test pretransfusional
 - B Al determinar el grupo del recién nacido
 - C En una unidad/bolsa de sangre, antes de liberarla para transfusión, de un donante conocido en su donación número 25
 - D Como parte del protocolo del trasplante cardiaco
- 121 .- De los siguientes aloanticuerpos eritrocitarios, ¿cuál de ellos produce frecuentemente reacción hemolítica transfusional aguda?:**
- A Anti-Xg
 - B Anti-Scianna
 - C Anti-Kidd a
 - D Anti-Raph
- 122 .- ¿Cuál de los siguientes aloanticuerpos eritrocitarios NO suele tener significación clínica (no provoca generalmente reacción aguda transfusional)?:**
- A Anti-Rh
 - B Anti-Kell
 - C Anti-Lewis
 - D Anti-Duffy
- 123 .- De las siguientes, ¿cuáles son causa de mal rendimiento de transfusión de plaquetas?:**
- A Fiebre
 - B Esplenomegalia
 - C Alotrasplante de médula ósea
 - D Todas las anteriores
- 124 .- ¿Cuál es el método más eficaz de elegir las plaquetas a transfundir para un paciente refractario a plaquetas?:**
- A Plaquetas HLA compatibles
 - B Plaquetas seleccionadas mediante prueba cruzada de plaquetas compatible
 - C Randomizadas
 - D A y B son correctas

- 125.- Si sospechamos varios aloanticuerpos eritrocitarios en la muestra de un paciente, ¿cuál de las siguientes técnicas nos será más útil para identificarlos?:
- A Adsorción
 - B Incubar a temperatura ambiente
 - C Eluído
 - D Dilución de la muestra
- 126.- ¿En cuál de los siguientes pacientes es menos probable que encontremos un aloanticuerpo eritrocitario?:
- A Varón de 30 años sin antecedentes personales de interés
 - B Paciente politransfundido
 - C Niño de dos meses de edad nacido de madre con anti-D conocido
 - D Mujer múltipara
- 127.- Los antígenos HLA-II están presentes en todos los siguientes, EXCEPTO en:
- A Plaquetas
 - B Linfocitos B
 - C Monocitos
 - D Macrófagos
- 128.- ¿Qué pruebas pretransfusionales son obligatorias realizar siempre antes de transfundir sangre excluyendo la extrema urgencia?:
- A Grupo y Rh de donante y receptor y escrutinio de anticuerpos irregulares en el receptor
 - B Grupo y Rh del donante y escrutinio de anticuerpos irregulares en el receptor y prueba cruzada serológica
 - C La prueba cruzada serológica debe realizarse en el caso en que el escrutinio de anticuerpos irregulares sea positivo
 - D A y C son correctas
- 129.- Las ventajas de no realizar la prueba cruzada serológica y realizar un cruce informático son:
- A Reducir el tiempo de entrega de los hemocomponentes y la cantidad de muestra necesaria para las pruebas pretransfusionales
 - B Reducir el gasto en reactivos
 - C Uso más eficiente de las existencias del banco
 - D Todas las anteriores
- 130.- Todas son indicaciones de las inmunoglobulinas inespecíficas a altas dosis con grado de evidencia IA, EXCEPTO:
- A PTI que precisa una elevación rápida de plaquetas por hemorragia grave o procedimiento invasivo
 - B Psoriasis grave
 - C Déficit secundario de anticuerpos IgG en pacientes con LLC y Mieloma múltiple
 - D Polineuropatías agudas (Síndrome de Guillain-Barré grave) y crónicas

- 131 .- En la actualidad, son indicaciones de transfusión de plasma todas las siguientes, EXCEPTO:**
- A Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) como solución de intercambio en el recambio plasmático terapéutico
 - B Como expansor de volumen, si fallan cristaloides y coloides
 - C Déficit congénito o adquirido de factores de coagulación, si no se dispone del concentrado o concentrados específicos de los factores de coagulación deficitarios
 - D Hemorragia activa de pacientes con déficit de factores no identificados que precisen un procedimiento invasivo
- 132 .- Qué hemoderivado produce con mayor frecuencia contaminación bacteriana / sepsis como reacción adversa a una transfusión:**
- A Concentrados de hematíes
 - B Plasma Fresco Congelado
 - C Concentrados de Plaquetas
 - D Concentrados de Granulocitos
- 133 .- La hemovigilancia es el conjunto de procedimientos de vigilancia organizados relativos a los efectos y reacciones adversas que puedan producirse:**
- A A lo largo de toda la cadena transfusional
 - B Sólo en el proceso de donación
 - C Sólo en el proceso de transfusión del hemocomponente
 - D En el período de conservación
- 134 .- En un paciente recién transfundido, si queremos conocer sus antígenos eritrocitarios más relevantes de forma exacta, deberíamos realizar:**
- A Genotipado eritrocitario
 - B Determinación de fenotipo eritrocitario mediante técnicas automáticas
 - C Adsorciones secuenciales
 - D Determinación de fenotipo eritrocitario mediante técnicas manuales
- 135 .- Respecto a las indicaciones para el uso transfusional de los concentrados de plaquetas, señale la respuesta FALSA:**
- A El uso terapéutico está indicado en los pacientes con trombocitopenia o trombocitopatía que tengan una hemorragia
 - B En pacientes que van a someterse a procedimientos invasivos o cirugía (no del SNC) se aconseja la transfusión de plaquetas si el recuento es menor de $80 \times 10^9/l$
 - C En aquellos pacientes con aumento de riesgo hemorrágico (fiebre, infección, disminución concomitante de factores de coagulación, heridas abiertas, tratamiento con fármacos que potencian sangrado) es razonable transfundir cuando el recuento es inferior a $20 \times 10^9/l$
 - D En general se acepta un umbral de $10 \times 10^9/l$ para la prescripción de plaquetas profilácticas

- 136 .- En la anemia hemolítica autoinmune mediada por anticuerpos calientes (AHAI) puede presentarse la necesidad de transfundir al paciente, pese a los riesgos que pueda implicar. En este caso, señale la proposición FALSA:**
- A El autoanticuerpo unido a los hematíes y el que está libre en suero hacen difícil el correcto tipaje ABO y Rh del paciente
 - B Se deben escoger las unidades con el fenotipo más compatible posible ya que estos pacientes tienen más facilidad para desarrollar aloanticuerpos
 - C Es importante descartar la presencia de aloanticuerpos asociados, particularmente en pacientes con transfusiones o embarazos previos
 - D La vida media de los hematíes transfundidos será la misma que en pacientes transfundidos sin AHAI
- 137 .- Después del D, ¿cuál de los siguientes antígenos es el más implicado en enfermedad hemolítica del recién nacido?:**
- A Antígeno C
 - B Antígeno c
 - C Antígeno E
 - D Antígeno e
- 138 .- Señale la proposición FALSA respecto a la profilaxis con gammaglobulina anti D, si hay posibilidad de aloinmunización frente al antígeno D:**
- A Tras el parto puede realizarse hasta 5 días después
 - B Se pauta también en la semana 28 del embarazo
 - C Debe realizarse tras un aborto espontáneo o inducido y tras un embarazo ectópico
 - D Debe realizarse tras cualquier exploración de riesgo de hemorragia transplacentaria (amniocentesis, biopsia coriónica, versión cefálica externa,...)
- 139 .- Respecto a la exanguinotransfusión en el caso de que se realice por incompatibilidad del D suele utilizarse concentrados de hematíes de grupo:**
- A O -
 - B Compatibles con el recién nacido Rh +
 - C Compatibles con el recién nacido, aunque sean incompatibles con la sangre materna, Rh -
 - D Todas las anteriores son ciertas
- 140 .- La exanguinotransfusión como tratamiento de la enfermedad hemolítica del recién nacido se plantea cuando se reúnen una serie de requisitos, entre ellos está:**
- A Hemoglobina < 12 gr/dL
 - B Bilirrubina indirecta > 4 mg/dL
 - C Test de Coombs directo de 3 ó 4 cruces
 - D Todas las anteriores
- 141 .- En relación con las complicaciones de las aféresis terapéuticas, señale la afirmación FALSA**
- A Las reacciones adversas son más frecuentes cuando usamos albúmina como sustituto
 - B Pueden dar lugar a alteración de los tiempos de coagulación por depleción de factores coagulantes
 - C Son frecuentes la hipocalcemia y la hipokalemia
 - D Pacientes que toman IECAS y se emplea albúmina como sustituto pueden tener cuadros de pseudoanafilaxia

- 142 .- El comité de acreditación de transfusión (CAT), organismo de certificación de la calidad de la transfusión, utiliza para comprobar que ésta es adecuada:**
- A Sus propios estándares
 - B La norma ISO 16949
 - C La norma ISO 9001
 - D La norma ISO 14001
- 143 .- ¿Cuál de las siguientes es FALSA con respecto a los principios éticos relativos a los donantes de sangre?**
- A El donante debe otorgar expresamente el consentimiento a la donación de sangre
 - B Los donantes están exentos de responsabilidad de no perjudicar al receptor
 - C Los criterios de selección de donantes deben aplicarse para proteger la salud de los receptores y de los donantes
 - D Debería garantizarse el anonimato entre el donante y el receptor, excepto cuando tanto el donante como el receptor otorgan su consentimiento libre y expreso
- 144 .- ¿Cuál de los siguientes signos o síntomas NO está frecuente asociado a la Macroglobulinemia de Waldenström?**
- A Astenia
 - B Adenopatías
 - C Transtornos visuales
 - D Insuficiencia renal
- 145 .- Paciente de 72 años que acude por fiebre y astenia. En la exploración física destacan adenopatías axilares e inguinales de tamaño patológico junto con esplenomegalia moderada. En la analítica realizada aparece un componente monoclonal IgM de 3.5 g/dL. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO esperaría encontrar en las exploraciones complementarias?**
- A Infiltración de la médula ósea por Linfoma Linfoplasmocítico
 - B Presencia de la mutación de MYD88 en las células tumorales
 - C Lesiones líticas en huesos largos en el TC de baja dosis
 - D Fenómeno de Rouleaux o disposición de los hematíes en “pilas de moneda” en el frotis de sangre periférica
- 146 .- En relación con la infección por citomegalovirus en paciente hematológico con trasplante de progenitores hematopoyéticos, señale la respuesta CIERTA**
- A El riesgo de reactivación de CMV en el paciente con mieloma tratado con VRD previo al trasplante autólogo es del 15%
 - B El letermovir está indicado como profilaxis primaria sólo en pacientes con trasplante alogénico hematopoyético tratados previamente con CAMPATH, fludarabina o ATG
 - C Altos niveles de DNA viral en lavado broncoalveolar se asocian con neumonía por CMV y su ausencia tiene un alto valor predictivo negativo
 - D La monitorización periódica del CMV en el trasplante alogénico permite realizar una terapia preventiva precoz y ha permitido disminuir la incidencia de enfermedad digestiva pero no la pulmonar

147 .- ¿Qué es FALSO con respecto a la mononucleosis infecciosa?

- A Es frecuente la aparición de adenopatías cervicales
- B Se asocia a infección por el virus de Epstein-Barr
- C En el frotis se ven típicamente linfocitos pequeños con sombras de Gumprecht
- D Puede producir alteración de las pruebas de función hepática

148 .- ¿Cuál de las siguientes NO es una causa típica de esplenomegalia gigante?

- A Mielofibrosis idiopática
- B Anemia megaloblástica
- C Tricoleucemia
- D Kala-Azar

149 .- ¿Cuál de las siguientes NO se considera una enfermedad del sistema mononuclear fagocítico?

- A Enfermedad de Castleman
- B Linfohistiocitosis hemofagocítica
- C Histiocitosis de células de Langerhans
- D Enfermedad de Niemann-Pick

150 .- ¿Cuál de las siguientes NO es una ventaja de la transfusión autóloga?

- A Seguridad respecto a enfermedades infecciosas transmisibles por transfusión
- B Eliminación de los efectos inmunológicos asociados como la aloinmunización
- C No dependencia de la disponibilidad de sangre de donantes altruistas
- D Todas las anteriores son ventajas de la transfusión autóloga

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

151 .- ¿En cuál de las siguientes patologías hematológicas se observa hemólisis, eritropoyesis ineficaz y un exceso de cadenas alfa de la globina?:

- A Alfa-talasemia
- B Beta-talasemia
- C Anemia drepanocítica
- D Anemia hemolítica Autoinmune

152 .- Paciente de 35 años con leucemia aguda tipo L2 según la clasificación FAB, con inmunofenotipo HLA-DR-, CD3+, CD1a+,CD8-, CD7+, CD79a-, CD19-,CD22-,CD2-,CD34-. En el estudio citogenético se muestra cariotipo 46XY,t(11;14) (p15;q11). Con los datos anteriores, ¿cual de las siguientes afirmaciones es CIERTA?

- A El paciente tiene una leucemia/linfoma linfoblástico T de precursores T tempranos
- B Dada la presencia de t(11;14) podría considerarse la opción de tratamiento con lenalidomida en caso de recaída
- C La alteración citogenética confiere un pronóstico favorable con supervivencia global de 85% a 5 años con esquemas de quimioterapia intensivos basados en protocolos pediátricos
- D Ninguna de las anteriores es cierta

153 .- Respecto a la PTI señale la respuesta FALSA

- A En niños menores de 10 años el trastorno es autolimitado en la gran mayoría de los casos y se resuelve espontáneamente
- B En niños menores de 10 años el cuadro clínico típico se caracteriza por la aparición de una púrpura petequiral y de una trombocitopenia severa después de una infección viral o tras una vacuna con agentes vivos
- C En niños asintomáticos con cifras superiores a 30×10^9 /litro no se pondrá tratamiento y bastará vigilancia periódica
- D En niños, si existe trombocitopenia grave y diátesis hemorrágica, el tratamiento de elección son los corticoides, no teniendo utilidad en estos casos las Inmunoglobinas intravenosas

154 .- En la etiopatogenia de la anemia por enfermedad crónica están implicados todos los siguientes EXCEPTO:

- A Interleuquina 12
- B TNF alfa
- C Interleuquina 6
- D Interleuquina 1b

155 .- Señale la afirmación CIERTA en relación con la púrpura trombótica trombocitopénica adquirida

- A Se produce por mutación en A65 del gen ADAMTS13 y tiene un curso recidivante en relación con infecciones víricas
- B Tiene anticuerpos, normalmente IgG, dirigido frente a la metaloproteasa y presenta elevación de múltimeros de alto peso molecular del FvW
- C El caplacizumab puede usarse en el tratamiento ya que incrementa el nivel del ADAMTS13 en plasma facilitando la agregación plaquetaria
- D Se caracteriza por la presencia de anemia microangiopática con Coombs indirecto negativo, elevación de LDH y alteración en tiempos de coagulación

156 .- En relación con las diferentes infecciones que puede presentar el paciente hematológico, es FALSO que

- A Las neutropenias febriles de bajo riesgo en pacientes sin comorbilidad, ni factores asociados de inmunosupresión pueden tratarse con antibiótico oral y no requieren ingreso hospitalario
- B El pneumocystis jirovecii es una infección emergente en pacientes con mieloma refractario tratados con bortezomib y carfilzomib
- C Los inhibidores de TNF-alpha usados en EICR refractaria incrementan el riesgo de micosis invasora e infecciones víricas
- D El eculizumab facilita la infección por gérmenes encapsulados y requiere vacunaciones específicas

157 .- En relación con el procedimiento de escrutinio de enfermedades infecciosas de los donantes, los requisitos son:

- A Información al donante para autoexclusión, cuarentena y test de enfermedades infecciosas
- B Cuestionario, test de enfermedades infecciosas e información al donante para autoexclusión
- C Cuestionario, información al donante para autoexclusión y cuarentena
- D Cuestionario, cuarentena y test de enfermedades infecciosas

- 158.- **¿Cuál es la posible causa de que en una prueba pretransfusional, el escrutinio de anticuerpos irregulares sea positivo, la prueba cruzada incompatible, el Coombs Directo negativo y el autocontrol positivo?:**
- A Anticuerpos contra componentes del medio de amplificación
 - B Anemia hemolítica
 - C Anticuerpo anti-D
 - D Auto-anti-H
- 159.- **En países de nuestro entorno, ¿qué porcentaje aproximado de los efectos adversos asociados a transfusión se deben a transfusión de componentes erróneos o a la identificación errónea del receptor?:**
- A En torno al 60%
 - B En torno al 30%
 - C En torno al 20%
 - D En torno al 10%
- 160.- **Son indicaciones de aféresis terapéuticas, según ASFA (American Society for Apheresis) con un nivel de categoría I, todas las siguientes, EXCEPTO**
- A Recambio plasmático en púrpura trombótica trombocitopénica autoinmune
 - B Eritroaféresis en drepanocitosis con complicaciones
 - C Recambio plasmático en anemia hemolítica grave por crioaglutininas
 - D Recambio plasmático en síndrome de Guillain-Barré