

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.- **A efectos 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, el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, se entiende por:**
- A Certificado médico.
 - B Información clínica.
 - C Documentación clínica.
 - D Historia clínica.
- 2.- **Según el artículo 25 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se considerarán justificadas en los términos que se determine en su legislación específica:**
- A Las ausencias parciales, pero no totales, al trabajo motivadas por la situación física o psicológica derivada de la violencia de género sufrida por una mujer funcionaria.
 - B Las ausencias parciales, pero no totales, al trabajo motivadas por la situación física o psicológica derivada de la violencia de género sufrida por una mujer funcionaria.
 - C Las ausencias totales o parciales al trabajo motivadas por la situación física o psicológica derivada de la violencia de género sufrida por una mujer funcionaria.
 - D Las ausencias totales o parciales al trabajo motivadas por la situación física, pero no psicológica, derivada de la violencia de género sufrida por una mujer funcionaria.
- 3.- **En relación al tratamiento sustitutivo con hierro intravenoso en la anemia ferropénica no es cierto que:**
- A Debe realizarse en lugares con acceso inmediato a medidas de tratamiento de posibles reacciones de hipersensibilidad
 - B Es necesario premedicar a todos los pacientes que van a recibir hierro carboximaltosa
 - C La dosis máxima de hierro sacarosa que debe administrarse en cada infusión es de 200 mgr
 - D El hierro intravenoso puede tener indicación en la anemia ferropénica del segundo y tercer trimestre del embarazo
- 4.- **Paciente mujer de 35 años que acude a su médico de atención primaria por presentar, desde hace 4 semanas astenia importante. En la exploración se observa palidez de piel y mucosas y fragilidad ungueal. Refiere reglas abundantes. En la analítica presenta anemia de 8.6 g/dl con un VCM de 75 fl. ¿Cuál de las siguientes alteraciones esperaría encontrar en la biología realizada?**
- A Reticulocitos corregidos superiores a un 3%
 - B Hepcidina aumentada
 - C Ferritina ligeramente aumentada
 - D Índice de saturación de la transferrina disminuído
- 5.- **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 Leche
 - D Legumbres

- 6.- En el tratamiento de la anemia ferropénica, cuál de las siguientes respuestas **NO ES CORRECTA**
- A Hay que iniciar tratamiento con hierro vo y mantenerlo hasta normalizar los niveles de Ferritina
 - B Se debe aconsejar tomarlo en ayunas y con vitamina C
 - C Es importante asociar un protector de mucosa gástrica ya que el hierro vo se tolera mal desde el punto de vista digestivo
 - D Hay que avisar al paciente de la posibilidad de presentar deposiciones oscuras
- 7.- **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
- 8.- **¿Cuál de los siguientes antibióticos se puede utilizar en pacientes con déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa (G-6PDH), con menor riesgo de que se produzca hemólisis?**
- A Sulfamidas
 - B Nitrofurantoina
 - C Ácido nalidíxico
 - D Eritromicina
- 9.- **¿Cuál es la anemia hemolítica más frecuente en la población caucásica?:**
- A Esferocitosis hereditaria
 - B Estomatocitosis hereditaria
 - C Déficit de piruvatocinasa
 - D Eliptocitosis hereditaria
- 10.- **La resistencia osmótica eritrocitaria está aumentada en una de las siguientes anemias. Indíquela:**
- A Anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes
 - B Xerocitosis
 - C Esferocitosis hereditaria
 - D Hidrocitosis
- 11.- **El diagnóstico de la aplasia medular grave incluye los siguientes parámetros, EXCEPTO:**
- A neutrófilos $< 0.5 \times 10^9/L$
 - B plaquetas $< 20 \times 10^9/L$
 - C reticulocitos $< 20 \times 10^9/l$
 - D neutrófilos $< 1.0 \times 10^9/L$

12.- Indique la causa más frecuente de Aplasia Medular Adquirida:

- A Ingesta de fármacos
- B Factores tóxico-ambientales
- C Idiopática
- D Radiaciones ionizantes

13.- Paciente varón de 23 años, previamente sano y sin antecedentes personales de interés, no toma ningún fármaco ni sustancias tóxicas. Acude a Urgencias por pancitopenia: Hb 6,4 g/dL, reticulocitos $12 \times 10^9/L$, leucocitos $0,3 \times 10^9/L$ (neutrófilos $0,1 \times 10^9/L$) y plaquetas $9 \times 10^9/L$. Ingresa para estudio de pancitopenia y tras realizar las pruebas diagnósticas correspondientes, es diagnosticado de aplasia medular muy grave. ¿Cuál sería su tratamiento de elección?

- A Terapia inmunosupresora: ATG + ciclosporina
- B Trasplante alogénico de médula ósea de donante emparentado HLA-idéntico, en caso de disponer de dicho donante
- C Eltrombopag
- D No precisaría tratamiento para la aplasia medular e indicaría exclusivamente medidas de soporte: transfusión de hematíes para mantener Hb > 8 g/dL, transfusión de plaquetas para mantener > $10 \times 10^9/L$ y antibióticos+ antifúngicos profilácticos

14.- En relación a los cuadros clínicos que pueden presentarse en las Hemoglobinopatías indique la opción correcta:

- A La forma de presentación de la hemoglobinopatía H es como “hydrops fetalis”.
- B En la hemoglobinopatía S los individuos heterocigotos presentan frecuentemente síntomas oclusivos
- C En la beta-talasemia, niveles elevados de hemoglobina fetal (Hb F) como en la persistencia de HbF, pueden disminuir la gravedad de los síntomas
- D La hemoglobinopatía C no protege del riesgo de contraer malaria

15.- En las anemias hemolíticas de origen autoinmune señale la respuesta incorrecta:

- A En la anemia hemolítica por anticuerpos calientes aumenta el riesgo de fenómenos trombóticos
- B En la hemoglobinuria paroxística “a frigore” o enfermedad de Donath-Landsteiner el tipo de anticuerpo implicado es de tipo IgM
- C La anemia hemolítica por anticuerpos fríos puede asociarse a acrocianosis
- D La transfusión de hematíes está indicada en el tratamiento de la anemia hemolítica por anticuerpos calientes grave o con inestabilidad hemodinámica

16.- 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

- 17.- En el tratamiento de la hemoglobinuria nocturna (HPN) señale la opción correcta:
- A En la actualidad el pegcetacoplan, dirigido contra C3, está indicado como tratamiento específico de primera línea para la HPN
 - B La pauta de administración de ravulizumab es de una dosis de carga ajustada al peso el día uno y el día quince del tratamiento y posteriormente la misma dosis de mantenimiento cada 12 semanas
 - C El pegcetacoplan controla tanto la hemólisis intravascular como la extravascular mediada por C3
 - D El ravulizumab no se asocia con aumento de riesgo de infecciones por Neissería Meningitidis
- 18.- ¿Cuál de los siguientes datos de laboratorio NO es típico de la hemoglobinuria paroxística nocturna?:
- A Anemia
 - B Test Coombs directo negativo
 - C Disminución de los reticulocitos
 - D Trombocitopenia
- 19.- En el estudio de la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN), ¿cuál de los siguientes enunciados es cierto?
- A Los CD59 y CD55 están disminuidos y el CD14 y CD24 normales
 - B Cursa frecuentemente con fenómenos hemorrágicos
 - C Es frecuente encontrar clonas HPN en la aplasia medular
 - D Se trata de una anemia hemolítica preferentemente extravascular
- 20.- ¿Cuál de las siguientes es incorrecta en cuanto a la clínica de la anemia megaloblástica por déficit de ácido fólico?
- A Cursa con cambios epiteliales como glositis o lengua depapilada
 - B Es frecuente la aparición de alteraciones neurológicas
 - C Cursa con subictericia
 - D Cursa con síndrome anémico
- 21.- ¿Cual de las siguientes es falsa con respecto a la Anemia Megaloblástica?
- A Se trata de una anemia arregenerativa
 - B En su patogenia participa una alteración en la síntesis de ADN
 - C Ante su sospecha es importante iniciar tratamiento con ácido fólico cuanto antes
 - D Es característica la eritropoyesis ineficaz en la MO
- 22.- ¿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

- 23.- El ribete de Burton es una coloración azulada que aparece en las encías. ¿Con cuál de las siguientes anemias se asocia típicamente?
- A Anemia ferropénica
 - B Anemia sideroblástica por intoxicación con plomo
 - C Anemia perniciosa
 - D Anemia megaloblástica por déficit de Ácido Fólico
- 24.- ¿Qué síndrome mielodisplásico se caracteriza por la presencia de escasos blastos en médula, displasia en una o más líneas y mutación en SF3B1?
- A Síndrome mielodisplásico con sideroblastos en anillo
 - B Síndrome mielodisplásico con exceso de blastos tipo 1
 - C Síndrome mielodisplásico secundario a terapias previas
 - D Síndrome mielodisplásico con delección 5q
- 25.- Paciente mujer de 76 años con síndrome mielodisplásico con Hb de 9gr/dl, recuento de neutrófilos y plaquetas normales, 6% blastos mieloides en médula ósea y cariotipo normal, ¿Cuál sería el grupo pronóstico calculado según el IPSS-R?
- A Muy bajo
 - B Bajo
 - C Intermedio
 - D Alto
- 26.- 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 ácido 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
- 27.- ¿Cuál de los siguientes no es un criterio mayor de diagnóstico de 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
- 28.- Sobre la neoplasia mieloproliferativa (NMP) con eosinofilia asociada a reordenamiento FIP1L1/PDGFRa (platelet derived growth factor receptor a) es FALSO:
- A Marcado predominio en mujeres (9:1)
 - B Se han descrito pacientes con mutaciones PDGFRa sin reordenamiento que son sensibles a imatinib
 - C Frecuente afectación hepatoesplénica, cardíaca, leucocitosis, vitamina B12 y triptasa elevadas
 - D Gran sensibilidad a imatinib

- 29.- **¿Cuál de las siguientes técnicas es de elección en el seguimiento de enfermedad residual de leucemia mieloide crónica con SOKAL de alto 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 Determinación molecular mediante secuenciación masiva (NGS) de múltiples genes
- 30.- **Señale la afirmación INCORRECTA 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, prácticamente la totalidad de los pacientes vuelven a conseguirla tras la reintroducción precoz del tratamiento
 - C Es criterio de selección que los pacientes esten en fase crónica
 - D Los pacientes que hayan cumplido 2 años de tratamiento con ITK de primera generación pueden iniciar la discontinuación
- 31.- **¿Cuál de los siguientes inhibidores de tirosin quinasa es mas eficaz en el tratamiento de la LMC con mutación T315I?**
- A Imatinib
 - B Bosutinib
 - C Nilotinib
 - D Ponatinib
- 32.- **Atendiendo a las clasificaciones según IPSS y DIPSS de la mielofibrosis, señale cual de los siguientes NO es un factor pronóstico**
- A Presencia de síntomas constitucionales
 - B Edad >65 años
 - C Leucocitos > 25x10⁹/L
 - D Cariotipo complejo
- 33.- **Varón de 60 años con pancitopenia, con mieleemia y 4% blastos, Hb 6 gr/dl con numerosos dacriocitos y anisopoiquilocitosis y 6% eritroblastos. En la exploración se detecta esplenomegalia gigante. Es cierto 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 La mutación de ASXL1 se relaciona con mayor supervivencia a largo plazo
 - D Los casos denominados "triple negativos" desde el punto de vista molecular, se relacionan con mejor pronóstico y respuesta al tratamiento
- 34.- **Con respecto al tratamiento de una paciente gestante con trombocitemia esencial que requiere tratamiento citorreductor ¿que considera correcto?**
- A El PEG interferon se ha demostrado seguro en series retrospectivas
 - B La hidroxiurea es el tratamiento de elección
 - C El busulfán es el tratamiento de elección si ha tenido trombosis
 - D Sólo debe hacerse observación ya que está contraindicado el tratamiento específico

- 35.- En la trombocitemia esencial, podemos hablar de resistencia a la hidroxiurea 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
- 36.- De acuerdo con las indicaciones de trasplante hematopoyético alogénico de la EBMT 2024,**
- A En pacientes adultos con leucemia mieloide aguda de alto riesgo, el trasplante alogénico ofrece ventaja en la supervivencia respecto a la quimioterapia
 - B En leucemia linfoblástica aguda en pacientes >50 años, solo ofrece ventajas en supervivencia en casos de genética adversa
 - C En leucemia mieloide aguda con genética de riesgo favorable ofrece ventajas en la supervivencia respecto al autólogo
 - D En los linfomas de célula grande refractarios a dos líneas de quimioterapia ofrece mejor supervivencia a largo plazo que la inmunoterapia basada en células CART
- 37.- Señale cual de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación con las indicaciones de trasplante hematopoyético autólogo:**
- A Es una indicación estandar en pacientes > 65 años con mieloma múltiple pentarefractarios
 - B Es una indicación estandar de tratamiento en pacientes con linfoma del manto en primera remisión completa
 - C Tiene categoría de opción clínica en pacientes con enfermedades autoinmunes refractarias
 - D Puede ser una opción clínica en pacientes con leucemia mieloide aguda de riesgo favorable y enfermedad mínima residual negativa
- 38.- En relación con las complicaciones relacionadas con el trasplante hematopoyético autólogo, señale la afirmación correcta:**
- A El acondicionamiento con busulfan y melfalán se relaciona con incremento de incidencia de enfermedad venoclusiva superior al 10%
 - B El síntoma mas frecuente de síndrome de implante es la fiebre no infecciosa
 - C Los acondicionamientos no mieloablativos son de elección en pacientes >60 años
 - D Se deben emplear acondicionamientos no mieloablativos si la enfermedad está en remisión completa
- 39.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO sería adecuado como profilaxis de enfermedad injerto contra huesped en un trasplante alogénico de donante no emparentado?**
- A Ciclosporina
 - B Micofenolato mofetilo
 - C Dosis bajas de ciclofosfamida pretrasplante
 - D Gammaglobulina antitimocítica

- 40.- **Paciente en día +80 postrasplante alogénico de donante no emparentado con disparidad antigénica en C. El acondicionamiento fue ablativo. Presenta cuadro clínico que cursa con diarrea de 2500 cc/día sin dolor abdominal, bilirrubina de 8gr/dl, eritema en 30% superficie corporal. El diagnóstico mas probable es:**
- A Enfermedad injerto contra receptor aguda grado 3
 - B Enfermedad injerto contra receptor aguda grado 4
 - C Enfermedad injerto contra receptor crónica moderada
 - D Síndrome de solapamiento entre enfermedad injerto receptor agudo y crónico
- 41.- **En relación con las complicaciones asociadas con el trasplante hematopoyético alogénico, señale la afirmación correcta:**
- A La enfermedad injerto contra receptor leve se relaciona con mejor supervivencia libre de enfermedad
 - B La enfermedad injerto contra receptor crónica progresiva se asocia a mejor pronóstico y respuesta al tratamiento con ruxolitinib
 - C La enfermedad venoclusiva tardía aparece con mas frecuencia en niños tratados con acondicionamientos no mieloablativos
 - D La ciclofosfamida postrasplante protege de enfermedad injerto contra receptor aguda, crónica y de complicaciones cardiovasculares
- 42.- **La clasificación de la OMS incluye los siguientes tipos de leucemias mieloides aguda EXCEPTO:**
- A LMA con anomalías genéticas recurrentes
 - B LMA con cambios relacionados con la mielodisplasia
 - C Neoplasias mieloides relacionadas con el tratamiento
 - D Neoplasias de células dendríticas plasmocitoides
- 43.- **Entre las leucemias mieloides agudas con dianas moleculares específicas, NO tienen indicación de trasplante si están en remisión completa y con enfermedad residual negativa**
- A La leucemia aguda promielocítica
 - B La LMA hiperleucocitósica FLT3 ITD
 - C La LMA con mutación IDH1
 - D La LMA con mutación KMT2A
- 44.- **¿Cuál de los siguientes antígenos NO es característico (NO SE EXPRESA) de la leucemia promielocítica aguda?**
- A CD33
 - B CD13
 - C CD56
 - D CD19
- 45.- **Señale la afirmación correcta en relación con el tratamiento con inotuzumab en la leucemia linfoblástica aguda**
- A Dentro de los efectos tóxicos no se ha descrito aumento de la incidencia de síndrome de oclusión sinusoidal
 - B No tiene eficacia en pacientes con linfoblástica en recaída que expresa CD20
 - C Consigue buenas tasas de respuesta pero no negativiza la enfermedad mínima residual
 - D Es un anticuerpo monoclonal anti-CD22 conjugado con inmunotoxina calicheamicina

- 46.- Paciente de 45 años que acude a Urgencias por astenia, odinofagia y gingivorragias. En exploración presenta adenopatías látero-cervicales y axilares de 1 cm y petequias en extremidades. Hemograma: $25 \times 10^9/L$ leucocitos (75% linfocitos Cd19+, Cd10+, Cd79a+, Igs negativa) Hb: 8 gr/dl, $75 \times 10^9/L$ plaquetas. Bioquímica: LDH 700 U/L, Uricio 12 gr/dl, Bilirrubina 3 gr/dl. Resto de parámetros normales. El diagnóstico más probable es:
- A Linfoma folicular
 - B Linfoma linfoblástico B tipo Burkitt
 - C Leucemia linfoblástica aguda B común
 - D Linfoma del manto
- 47.- La adición de gemtuzumab ozogamicina a la quimioterapia estandar mejora la supervivencia ¿de que tipo de leucemia?
- A LMA FLT3-TKD
 - B LMA CBF
 - C LMA secundaria a terapia
 - D Leucemia de linaje ambiguo
- 48.- ¿Cuál de las siguientes alteraciones genéticas se relaciona con la leucemia mieloide aguda secundaria a tratamiento con inhibidores de topoisomerasa II?
- A Alteraciones en región 11q23
 - B Delección 5q
 - C Delección 17q
 - D Delección 17p
- 49.- Varón de 77 años con fibrilación auricular e insuficiencia renal leve y carcinoma de colon en remisión completa. Se diagnostica de leucemia mieloide aguda con cariotipo 46XY y ausencia de alteraciones genéticas de mal pronóstico. El tratamiento más aconsejado en primera línea es:
- A Quimioterapia con idarrubicina y citarabina (3+7)
 - B Tratamiento basado en hipometilantes y venetoclax
 - C Terapia paliativa con transfusión de hemoderivados
 - D Vyxeos
- 50.- En la leucemia linfoblástica aguda B del adulto:
- A La profilaxis del sistema nervioso central no es necesaria si se emplea citarabina y metotrexate a dosis altas
 - B El tratamiento se basa sólo en inducción y mantenimiento
 - C La leucemia linfoblástica Ph+, a pesar de la introducción de los inhibidores de tirosinquinasa, se relaciona con mala respuesta al tratamiento y supervivencia cortas
 - D El tratamiento con blinatumumab puede negativizar la enfermedad mínima residual tanto en adultos como en niños
- 51.- ¿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

- 52.- De entre los siguientes, ¿Cuál es el inmunofenotipo más característico de la leucemia linfática crónica típica?
- A CD19+ CD5+, Cd23-, Igs Dim+
 - B CD19+, CD5-, CD23+, FMC7+
 - C CD19+, CD5+, CD23-, CD10+
 - D CD19+, CD5+, CD23+, Igs Dim+
- 53.- ¿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 Venetoclax- Obinutuzumab
 - C Zanubrutinib
 - D Ibrutinib
- 54.- Respecto a la leucemia prolinfocítica, señale la respuesta INCORRECTA
- A Representa el 5-10% de todos los síndromes linfoproliferativos crónicos
 - B Generalmente hay escasas adenopatías
 - C Es excepcional la presencia de esplenomegalia
 - D Puede existir hiperleucocitosis > 100.000/mm³
- 55.- Esperaría encontrar microabscesos de Pautrier en
- A Una leucemia promielocítica
 - B Una micosis fungoide
 - C Una leucemia prolinfocítica
 - D Una leucemia linfoblástica
- 56.- Varón de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial que presenta en una analítica rutinaria realizada por su médico de atención primaria un componente monoclonal IgG Lambda de 1.5 g/dl. Es derivado a hematología y se realiza un aspirado de MO que muestra un 8% de células plasmáticas. No presenta anemia, insuficiencia renal ni lesiones líticas en el TC de baja dosis realizado. Con estos datos, cuál considera la respuesta correcta.
- A Se trata de una GMSI IgG Lambda y únicamente realizaría seguimiento periódico cada 6 meses o 1 año
 - B Se trata de un MM asintomático e iniciaría tratamiento ante el elevado riesgo de progresión a sintomático
 - C Probablemente se trate de una amiloidosis primaria por ser lambda, tener un 8% de células plasmáticas y presentar hipertensión arterial e iniciaría tratamiento
 - D Podría tratarse de un plasmocitoma solitario y se trataría con radioterapia

- 57.- ¿Cuál de los siguientes NO es una manifestación clínica característica del Mieloma Múltiple?
- A Dolores óseos
 - B Adenopatías
 - C Insuficiencia renal
 - D Hipercalcemia
- 58.- ¿Cuál de las siguientes es falsa con respecto a la Gammapatía Monoclonal de Significado Incierto (GMSI)?
- A Es una entidad frecuente en la población general
 - B Por definición presenta menos de un 10% de células plasmáticas en la MO
 - C Tiene un riesgo elevado de transformación a Mieloma Múltiple (20% al año)
 - D El estándar de manejo es la abstención terapéutica (no tratar).
- 59.- Paciente de 75 años que presenta un componente monoclonal en suero de 3.5 g/dL, 25% de células plasmáticas en la médula ósea, Hb de 10.5 g/dl, Creatinina de 3 mg/dl y lesiones líticas diseminadas en el esqueleto.Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA respecto a este paciente.
- A Con estos datos es probable que pueda ser diagnosticado de Mieloma Múltiple
 - B Los estudios citogenéticos son importantes para evaluar su pronóstico
 - C Dada la clínica que presenta es probable que la inmunoglobulina sea IgM
 - D Requiere tratamiento de forma relativamente urgente
- 60.- ¿Cuál de los siguientes NO se encuentra dentro de los criterios de alto riesgo R-ISS en un paciente con Mieloma Múltiple?
- A Albúmina
 - B B2-microglobulina
 - C Ferritina
 - D Deleción de p53
- 61.- ¿Cuál de las siguientes alteraciones NO implica un pronóstico adverso en un paciente con Mieloma Múltiple?
- A Deleción de p53
 - B t(14;16)
 - C t(11;14)
 - D Amplificación de 1q
- 62.- ¿Cuál de las siguientes combinaciones NO está aprobada para el tratamiento de los pacientes con Mieloma Múltiple de nuevo diagnóstico?
- A Dara-VTd
 - B DRd
 - C Dara-MPV
 - D Dara-KRd

- 63.- **¿Cuál es el subtipo histológico más frecuente del linfoma de Hodgkin?**
- A Variante clásica, rica en linfocitos
 - B Variante clásica, esclerosis nodular
 - C Variante clásica, celularidad mixta
 - D Variante clásica, depleción linfoide
- 64.- **Cuál de los siguientes tratamientos NO utilizaría en un paciente con un linfoma de Hodgkin**
- A Ibrutinib
 - B Brentuximab
 - C Nivolumab
 - D Radioterapia
- 65.- **Paciente varón de 56 años con adenopatía supraclavicular de 3 cm de diámetro de tres años de evolución, de crecimiento lento, no dolorosa. A la exploración no se detectan otras anomalías. En la anamnesis dirigida el paciente niega fiebre, astenia o pérdida de peso. En la analítica no se aprecian alteraciones significativas. Señale la respuesta CORRECTA:**
- A Lo mas probable es que se trate de un cuadro infeccioso, por lo que daremos antibióticos y reevaluaremos en 1 mes
 - B La prueba diagnóstica de elección es una PAAF
 - C Deberíamos hacerle como primera aproximación diagnostica una biopsia de médula Ósea
 - D Ninguna de las anteriores es correcta
- 66.- **Señale la respuesta CORRECTA respecto al linfoma de Burkitt**
- A Es un linfoma de crecimiento indolente
 - B La variante endémica se asocia característicamente con afectación de la pierna
 - C El despistaje y prevención de la afectación del SNC es obligado en esta entidad por su frecuente tropismo por el SNC
 - D Esta entidad raramente se cura con los tratamientos estándar
- 67.- **Señale la opción CORRECTA en paciente con Linfoma folicular**
- A Su afectación en edad adulta es excepcional y por tanto debemos de dudar de este diagnóstico en pacientes no pediátricos
 - B Es el prototipo de linfoma indolente
 - C La actitud de esperar y ver, no es una opción terapéutica en este tipo de linfomas, debiendo siempre de tratarse nada mas se establece el diagnóstico
 - D En estadios localizados la radioterapia está contraindicada porque generalmente son radio-refractarios
- 68.- **La prueba de diagnóstico de un linfoma es**
- A El TAC
 - B El PET/TAC
 - C La biopsia de médula ósea
 - D La biopsia ganglionar

- 69.- Paciente de 62 años que acude a consultas por adenopatías generalizadas y astenia. Analíticamente presenta leucocitosis con linfocitosis, anemia y discreta trombopenia. En el análisis por inmunofenotipo se detecta una población clonal B con expresión de CD20 y CD43, el estudio citogenético revela una t(11;14) y a nivel molecular se observa sobreexpresión de bcl-1. Con estos datos, ¿cuál sería su diagnóstico?
- A Linfoma de zona marginal
 - B Leucemia linfocítica crónica
 - C Linfoma de células del manto
 - D Leucemia mieloide crónica
- 70.- Paciente de 25 años que acude a urgencias con anemia y masa bulky abdominal. En sangre presenta leucocitosis con 40% células blásticas CD19+,CD20+ con IgM en superficie. Con los datos mencionados podemos decir que
- A El tratamiento debe incluir imatinib porque el paciente tiene una leucemia linfoblástica Philadelphia
 - B El paciente tiene una leucemia/linfoma linfoblástico T y debe tratarse con quimioterapia seguida de trasplante alogénico
 - C Es probable que presente reordenamiento de c-myc y se pueda curar con quimioterapia intensiva y Rituximab
 - D Presenta un linfoma folicular leucemizado y la actitud más adecuada es la observación
- 71.- Respecto a los linfomas de alto grado, señale la respuesta correcta
- A Habitualmente presentan adenopatías de rápida aparición y crecimiento
 - B Es excepcional el desarrollo de lisis tumoral
 - C Son generalmente incurables
 - D Un paradigma es el LNH marginal
- 72.- Paciente de 59 años que es referido a consulta por detectarse en un bultoma cervical derecho un linfoma folicular. A la exploración presenta adenopatías a nivel cervical, axilar e inguinal bilateral siendo el tamaño máximo de 3 cm a nivel inguinal derecho. El estudio de médula evidencia infiltración medular de un 70% de linfocitos de pequeño tamaño que presentan translocación 14;18. El paciente se encuentra asintomático. ¿Qué estadio de Ann Arbor tiene?
- A IIIB
 - B IVA
 - C IIB
 - D IVB
- 73.- Señale la opción CORRECTA respecto a los linfomas no Hodgkin:
- A Los linfomas indolentes son siempre curables
 - B Son extremadamente raros en adultos
 - C El subtipo más frecuente es el marginal esplénico
 - D Los de fenotipo B son los más frecuentes

- 74.- Paciente de 31 años que, tras haber estado en la India hace un año, refiere fiebre de hasta 38.3°C todas las tardes desde hace 3 meses, asociado a adelgazamiento de 4 Kg de peso en ese periodo, sudoración profusa, disnea y tos seca más intensa al acostarse. A la exploración destaca plétora facial, ingurgitación yugular y adenopatías cervicales bilaterales. Señale la respuesta correcta.
- A No hay duda de que la causa más probable de este paciente, por el antecedente epidemiológico, es una tuberculosis activa e iniciaría inmediatamente antituberculosos
 - B Si se confirma un linfoma y solicito un PET para completar el estudio y hay captación infraabdominal, sería un estadio IIA
 - C Si se confirma un linfoma y solicito un PET para completar el estudio y hay captación infraabdominal, sería un estadio IIB
 - D Hay que descartar una masa mediastínica
- 75.- ¿Qué marcador se utiliza para diferenciar si un linfoma B difuso de célula grande procede del centro germinal (GCB) o centro activado (ABC)?
- A MUM1
 - B CD10
 - C BCL6
 - D Todos los anteriores
- 76.- Paciente de 73 años, asintomático, que es estudiado por una adenopatía axilar derecha de un año y medio de evolución. El diagnóstico histológico es compatible con linfoma folicular grado I y existe infiltración medular en el estudio de extensión. ¿qué translocación en el estudio genético esperaría encontrar?
- A t(9;22)
 - B t(14;18)
 - C t(11;14)
 - D t(8;14)
- 77.- ¿Qué tipo de células se utilizan en la actualidad para realizar un tratamiento con CAR en un paciente con un linfoma de células grandes o leucemia linfoblástica B?
- A Células mesenquimales
 - B Células madre hematopoyéticas
 - C Linfocitos B
 - D Linfocitos T
- 78.-Cuál de las siguientes NO es una complicación de la terapia CAR-T
- A Síndrome de liberación de citocinas
 - B Neurotoxicidad
 - C Enfermedad injerto contra receptor
 - D Citopenias

- 79.- **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 La duración de la respuesta debe ser inferior a tres meses
 - B Se debe contar con la aprobación del paciente
 - C Deben existir recuentos estables de plaquetas mayores o iguales a $50-100 \times 10^9/L$
 - D La reducción de la dosis debe ser paulatina
- 80.- **Respecto a la trombocitopenia inmune primaria, todas las afirmaciones son correctas salvo una:**
- A No se conoce con exactitud la alteración inmune que la produce
 - B Los pacientes con PTI presentan un riesgo aumentado de sufrir trombosis tanto arterial como venosa
 - C El frotis de sangre periférica es esencial para el diagnóstico
 - D Una PTI se considera crónica cuándo persiste más de 6 meses desde el diagnóstico
- 81.- **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
- 82.- **Paciente de 8 años que acude a la consulta por epíxtasis de repetición y gingivorragias al cepillarse los dientes. No toma fármacos de forma crónica y tiene una hermana con una clínica similar. Usted orientaría el diagnóstico a:**
- A Hemofilia A
 - B Déficit de factor XIII
 - C Enfermedad de von Willebrand
 - D Déficit de vitamina K
- 83.- **En un paciente con sospecha de trombocitopenia inducida por heparina e insuficiencia renal grave con un aclaramiento de creatinina de 15 ml/min, ¿Cuál de los siguientes anticoagulantes elegiríamos?**
- A Argatrobán
 - B Fondaparinux
 - C Dabigatrán
 - D Tinzaparina
- 84.- **En el caso de un paciente con sangrado, en el que se quiera revertir el efecto de la Heparina No Fraccionada, se administrará:**
- A Sulfato de protamina
 - B Plasma fresco
 - C Idarizucimab
 - D Factor VII

- 85.- **Paciente anticoagulado con dabigatrán que acude a Urgencias por hemorragia grave con compromiso vital. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas sería la más adecuada en este caso?**
- A Administración de idarucizumab
 - B Administración de vitamina K a dosis altas
 - C Administración de sulfato de protamina
 - D Administración de plasma fresco congelado
- 86.- **¿Cuál de los siguientes fármacos suele producir una disminución del INR en los pacientes anticoagulados con acenocumarol?**
- A Fenitoína
 - B Amiodarona
 - C Fenofibrato
 - D Carbamacepina
- 87.- **Los anticoagulantes orales de acción directa están contraindicados en:**
- A Embarazadas
 - B Población pediátrica
 - C Pacientes portadores de válvula protésica cardiaca biológica
 - D Pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda
- 88.- **¿Cuál de los siguientes fármacos potencia el efecto anticoagulante de la Warfarina?**
- A Rifampicina
 - B Amiodarona
 - C Vitamina K
 - D Paracetamol
- 89.- **Paciente en tratamiento con acenocumarol por una fibrilación auricular permanente. Tiene 81 años, es hipertenso y diabético. Función renal y hepática normales. Presenta controles de INR muy erráticos, de tal forma que su tiempo en rango terapéutico es bajo. ¿Cuál cree que es una buena opción terapéutica para este paciente?:**
- A Cambiar a AAS
 - B Cambiar a heparina de bajo peso molecular
 - C Cambiar a un anticoagulante de acción directa
 - D Suspender la anticoagulación
- 90.- **¿Qué precaución se debe tener al utilizar los antagonistas del receptor plaquetar de la glicoproteína IIb/IIIa?**
- A Riesgo de trombocitopenia grave
 - B Riesgo de trombosis arterial
 - C Riesgo de hipertensión
 - D Riesgo de reacciones alérgicas

91.- La dosis de carga de clopidogrel para una angioplastia primaria es:

- A 600 mg
- B 90 mg
- C 120 mg
- D 75 mg

92.- ¿Cuál de los siguientes fármacos antiagregantes provoca una inhibición reversible de la función plaquetar?:

- A Ácido acetilsalicílico
- B Prasugrel
- C Clopidogrel
- D Ticagrelor

93.- Paciente mujer de 42 años. Sin antecedentes personales relevantes. Nunca ha estado embarazada. Nunca se ha transfundido. No toma ninguna medicación previamente a este episodio. Es traída al Servicio de Urgencias por su familia por fiebre, cefalea y conversación incoherente. La familia refiere clínica de menos de una semana de evolución de fiebre elevada, cefalea y desorientación progresivas. A su llegada al Servicio de Urgencias presenta fiebre y un de Glasgow de 5. La paciente es valorada de inmediato en el Servicio de Urgencias por Neurología, quien solicita analítica y TC de cráneo. El TC de cráneo urgente descarta patología aguda intracraneal. En la analítica destaca una cifra de hemoglobina de 7 gr/dL, VCM 89 fL, reticulocitos 8.2%, Plaquetas $15 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas reticuladas 32.5, Bilirrubina Indirecta 3.5 mg/dL, LDH 895 U/L, prueba de antiglobulina directa negativa, Creatinina en 1.2 mg/dL, INR en 1.02. Señale la respuesta INCORRECTA:

- A Por las características analíticas se trata de una anemia regenerativa y con parámetros analíticos de hemólisis elevados, sin deterioro de función renal y sin coagulopatía asociada, debemos de solicitar un frotis de sangre periférica para valorar la presencia de esquistocitos, que nos orientarán hacia el diagnóstico de anemia hemolítica microangiopática (MAT)
- B Si confirmamos la presencia de esquistocitos en el frotis de sangre periférica, la sospecha clínica de MAT es elevada. Debemos calcular el Plasmic Score, predictivo de riesgo diagnóstico de PTTa y, debemos solicitar con carácter urgente y previamente a transfusión, niveles basales de actividad e inhibidor de Adamts 13
- C No debemos iniciar en ningún caso tratamiento para la PTTa hasta que no tengamos los resultados de la actividad basal del Adamts-13, ya que el riesgo de mortalidad asociado a la PTTa es muy bajo, sobre todo en las primeras horas desde el diagnóstico
- D Con un resultado de Plasmic Score de 7, de alto riesgo de PTTa, deberíamos iniciar tratamiento urgente con esteroides, recambios plasmáticos terapéuticos y, si fuera posible, con Caplacizumab, para evitar la alta mortalidad asociada al diagnóstico de PTTa

94.- ¿Qué serología no se realiza a los donantes?

- A Sífilis: pruebas serológicas
- B Antígeno de superficie del virus de la hepatitis A (VHA)
- C Anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana I/II (VIH)
- D Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (VHC)

95 .- Respecto a la serología obligatoria a realizar a los donantes, señale la respuesta CORRECTA:

- A Realizar serología de Virus del Nilo Occidental solo en los meses de diciembre y enero
- B La serología de enfermedad de Chagas ya no hace falta que se realice
- C Ya sólo se realizan pruebas genómicas para todos los virus implicados
- D A pesar de las pruebas realizadas para la detección de agentes infecciosos (serología y detección genómica) existe aún un riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas por transfusión, no fácil de precisar y que varía según la zona geográfica de España

96 .- Los donantes que han visitado una zona de riesgo de transmisión del Virus del Nilo Occidental:

- A Deben ser rechazados hasta pasados dos meses tras abandonar la zona de riesgo
- B Pueden ser aceptados si tras 2 semanas no han tenido síntomas
- C Pueden ser aceptados si se realiza una prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NAT) en muestra individual con resultado negativo
- D Deben ser diferidos durante 28 días después de salir del área de riesgo a menos que se obtenga resultado negativo en una prueba serológica

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

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

98 .- Con relación a la transfusión de pacientes con anticuerpos anti H:

- A Debe realizarse siempre con hematíes O
- B La presencia de aloanti-H no suele ser significativa clínicamente
- C La presencia de autoanticuerpos frente a H y HI suele ser clínicamente significativa
- D La presencia de anticuerpos anti-H potentes o reactivos a 37°C, en pacientes con grupo sanguíneo A1 o B aconsejan no utilizar sangre del grupo O para transfundir a estos pacientes

99 .- Paciente de 78 años que es valorado por su médico de atención primaria por presentar, desde hace meses, astenia, cefalea, acúfenos y visión borrosa que se ha acentuado de forma importante en las últimas semanas. En la analítica realizada se observa un componente monoclonal IgM Kappa. Se realiza una biopsia de MO que muestra una infiltración por linfoma linfoplasmocítico. ¿Qué alteración esperaría encontrar en las células tumorales?

- A Mutación de BRAF
- B Mutación de MYD88
- C Mutación de JAK2
- D Mutación de BTK

100 .- ¿Cuál de los siguientes tratamientos se asocia típicamente con un posible efecto "flare"(aumento agudo y transitorio del componente monoclonal) en la Macroglobulina de Waldenström?

- A Ibrutinib
- B Fludarabina
- C Rituximab
- D Bortezomib

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

101 .- El cráneo en cepillo es un signo radiológico característico de una de las siguientes anemias congénitas. Señálela:

- A Hb S heterocigota
- B Anemia de Cooley
- C Esferocitosis hereditaria
- D Hemoglobinopatía C

102 .- Indique en qué situación de las siguientes se produce un aumento de la afinidad de la hemoglobina por el O₂:

- A Metahemoglobinemia hereditaria
- B Acidosis
- C Aumento de 2,3-DPG
- D Aumento de la temperatura

103 .- ¿Cuál de estos fármacos ocasiona anemia hemolítica inmunomedicamentosa por el mecanismo del hapteno?

- A Penicilina
- B L-dopa
- C Quinina
- D Procainamida

104 .- Señala la respuesta correcta en relación a las anemias megaloblásticas:

- A Los niveles de homocisteina y ácido metilmalónico están elevados tanto en el déficit de B12 como en el déficit de ácido fólico
- B Hasta un 20% de la vitamina B12 ingerida puede ser absorbida en el tubo digestivo mediante difusión pasiva
- C La determinación de anticuerpos frente a factor intrínseco es una prueba poco sensible pero muy específica para el diagnóstico de anemia perniciosa
- D Los alimentos que contienen mayor cantidad de vitamina B12 son de origen vegetal

105 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con la leucemia mieloide aguda con mutación FLT3?

- A En el estudio RATIFY se demostró una mayor supervivencia con la adición de midostaurina a la tratamiento con quimioterapia estandar
- B La influencia de la mutación sobre el pronóstico es independiente de la carga alélica de la mutación
- C El papel principal de FLT3 es codificar para factores relacionados con la regulación de la metilación
- D Su estabilidad durante la evolución de la enfermedad lo convierte en un buen marcador para monitorizar enfermedad mínima residual

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

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

107 .- Varón de 23 años que acude a urgencias por disnea de moderados esfuerzos asociado a fiebre intermitente y sudoración profusa nocturna de 2 meses de evolución. En la radiografía de tórax se observa un ensanchamiento mediastínico y en la biopsia se observa importante esclerosis y presencia de células de Reed-Sternberg. Señale la respuesta más correcta.

- A Lo más probable es un linfoma B difuso de célula grande mediastínico primario
- B El estadiaje de Ann Arbor es IA
- C El paciente tiene un linfoma de Hodgkin
- D Sin el hemograma no puedo descartar un linfoma linfoblástico T

108 .- Señale la respuesta CORRECTA respecto al Linfoma B Difuso de Célula grande

- A Es el prototipo de linfoma indolente
- B Se caracteriza por un patrón de crecimiento en forma de folículos
- C El PET/TAC es de gran valor en el estadiaje de esta enfermedad
- D La Biopsia de bazo es la única prueba diagnóstica con utilidad en este linfoma

109 .- ¿Qué tipo de linfoma de bajo grado está muy relacionado con un fenómeno inflamatorio crónico previo (infeccioso o conectivopatía)?

- A El linfoma MALT
- B El linfoma del manto
- C El linfoma de Burkitt
- D El linfoma difuso de célula grande

110 .- En el tratamiento de la Hemofilia A adquirida es FALSO que:

- A Se debe realizar un control del sangrado con tratamiento hemostático independientemente del título de inhibidor y niveles de FVIII
- B La eficacia de los agentes by-pass es previsible y disponemos de pruebas de laboratorio útiles para monitorizar su eficacia
- C Se debe iniciar al diagnóstico el tratamiento erradicador del inhibidor
- D Se debe realizar el tratamiento de la enfermedad subyacente y evitar procedimientos invasivos