

TEST 1

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

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA.

Según la RESOLUCIÓN de 19 de diciembre de 2024, de la Dirección Gerencia, por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en la Categoría de Facultativo/a Especialista de Área, en las instituciones sanitarias del Servicio Extremeño de Salud. (DOE nº 249, de 16 de diciembre)

El ejercicio consiste en:

- Responder a 152 preguntas (de las cuales 16 versan sobre el programa de materias comunes).
- Más 12 preguntas adicionales de reserva (de las cuales 2 versan sobre el programa de materias comunes).
- Tiempo: 180 minutos.
- Cada pregunta plantea cuatro respuestas alternativas, de las que SÓLO UNA es la correcta.
- Por cada TRES respuestas erróneas se restará UNA respuesta válida



1.- En una leucemia aguda (más de un 20% de blastos en médula ósea o sangre periférica según la clasificación FAB), el número mínimo de blastos mieloperoxidasa positivos según la clasificación FAB, para que sea de estirpe mieloide debe ser superior o igual a:

- a.- Un 1% de blastos Mieloperoxidasa positiva
- b.- Un 5% de blastos Mieloperoxidasa positiva
- c.- 20% de blastos Mieloperoxidasa positiva
- d.- 3% de blastos Mieloperoxidasa positiva

2.- El conteo de leucocitos por el principio de Coulter está basado en:

- a.-Forward Scatter (FS) light del paso de leucocitos por un flujo continuo
- b.- Side scatter (SS) light del paso de los leucocitos por un flujo continuo
- c.- Impedancia del fluido al pasar los elementos formes de la sangre por un orificio estrecho
- d.- Diferencia de potencial entre dos electrodos al pasar los elementos formes por una cámara de conteo

3.- Un paciente hospitalizado sin antecedentes de interés y que no recibe anticoagulantes, presenta un TTPa alargado, ¿Cual de las siguientes pruebas sería más útil en el diagnóstico?

- a.- Cuantificación de inhibidor
- b.-Realizar tiempo de trombina
- c.- Confirmar que la muestra no se ha extraído de una vía o catéter
- d.- Prueba de mezclas basal y tras incubación a 37°C

4.- ¿Cuál es el objetivo principal de un programa de garantía externa de calidad (EQA) en Hematología?

- a.- Medir la productividad del personal
- b.- Controlar los costes de reactivos
- c.- Asegurar la comparabilidad de resultados entre laboratorios
- d.- Formar a los técnicos en nuevas técnicas

5.- Si el control externo de calidad los resultados del laboratorio están fuera de los límites de consenso cuál te parece la actitud más correcta?:

- a.- No se reporta nada
- b.- Se repite sin cambiar nada
- c.- Se investiga la causa y se aplican acciones correctoras
- d.- Se cambia de proveedor sin más

6.-Un varón de 35 años con Hb de 12,7 g/dL, sin síntomas, consulta por resultado analítico. Según los criterios de la OMS, este hallazgo se interpreta como:

- a.- Valor normal, no precisa estudio
- b.- Anemia, al estar por debajo de 13 g/dL en varón
- c.- Pseudonormalidad fisiológica del 2,5% de la población.(Desviación estadística).
- d.- Anemia únicamente si presenta clínica

7.-Cuál de los siguientes signos o síntomas NO es característico de la anemia ferropénica

- a.- PICA
- b.- Anillo de Kayser-Fleischer
- c.- Coiloniquia
- d.- Rágades

8.- En una joven deportista con reglas abundantes que acude por cansancio y presenta 7 gr/dl con hipocromía y microcitosis y una ferritina de 5 ng/ml. NO cabe esperar:

- a.- Hepcidina elevada
- b.- Sideremia baja
- c.- Transferrina elevada
- d.- Receptor soluble de la transferrina elevado

9- Respecto a las indicaciones del tratamiento con hierro IV indique la opción

CORRECTA:

- a.- Está indicado en la anemia ferropénica grave en el segundo o tercer trimestre de la gestación
- b.- Para optimizar la eritropoyesis en programas de ahorro de sangre previo a la cirugía
- c.- En la insuficiencia renal asociado al uso de Eritropoyetina
- d.- En todos los anteriores está indicado

10.- Una de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

- a.- La causa más frecuente de déficit de vitamina B12 es la malabsorción
- b.- En pacientes que toman complejos polivitamínicos la vitamina B12 sérica puede ser normal y presentar una anemia megaloblástica, en esos casos la determinación de homocisteína puede ser de utilidad diagnóstica
- c.- El metil-malónico está elevado tanto en la anemia megaloblástica por déficit de fólico como de vitamina B12
- d.- En un anciano que desarrolla una demencia la causa puede ser un déficit de vitamina B12, aunque no tenga anemia ni macrocitosis

11.- El diagnóstico de anemia refractarias con sideroblastos ES FALSA:

- a.- Se considera un sideroblasto en anillo cuando hay más de 6 depósitos positivos por tinción de Perls (cuerpos sideróticos) y ocupan 1/3 del núcleo del eritroblastos
- b.- El porcentaje de sideroblastos en anillo debe ser mayor del 15%
- c.- La acumulación de hierro en el citoplasma se circunscribe a las mitocondrias por microscopia electrónica
- d.- Todas las anemias sideroblásticas adquiridas presentan la mutación SF3B1

12.- El síndrome de Vexar se caracteriza por todas excepto una:

- a.- Eritroblastos vacuolados
- b.- anemia macrocítica
- c.- policondritis

d.- Se presenta en la primera década de la vida

13.- La fragilidad osmótica eritrocitaria está disminuida en una de las siguientes anemias. Indíquela:

- a.- Anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes
- b.- Xerocitosis
- c.- Esferocitosis hereditaria
- d.- ADC II

14.- Señale la enzimopatía MÁS FRECUENTE:

- a.- déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa
- b.- déficit de piruvato kinasa
- c.- déficit de 5' pirimidin nucleotidasa
- d.- déficit de glucosafosfatoisomera

15.-En la Esferocitosis Hereditaria pueden esperarse todas estas complicaciones EXCEPTO una. Señálela:

- a.- Crisis de eritroblastopenia
- b.- Colelitiasis
- c.- Litiasis renal
- d.- Infección por neumococo tras la esplenectomía

16.- ¿Cuál es la complicación típica de la deferasirox en pacientes talasémicos?

- a.- Agranulocitosis
- b.- Nefrotoxicidad por alteración del filtrado glomerular
- c.- Retinopatía
- d.- Osteoporosis

17.- Entre los nuevos tratamientos en talasemias, Luspatercept actúa principalmente como:

- a.-Agente que secuestra ligandos de la superfamilia TGF- β , modulando la vía SMAD2/3 y favoreciendo la maduración eritroide terminal
- b.- Molécula que incrementa la expresión de hepcidina, reduciendo la absorción intestinal de hierro y la sobrecarga férrica
- c.- Fármaco que estimula la síntesis de hemoglobina fetal mediante activación de BCL11A y citocromo b5
- d.- Análogo de la eritropoyetina que promueve la proliferación temprana de progenitores eritroides en médula ósea

18.- Un joven ingresa por neumonía extrahospitalaria y anemia. El Coombs Directo es positivo por C3d. Indique las pruebas que considera indicadas:

- a.- Serología de Atípicas
- b.- Título de crioaglutininas
- c.- Test de Sickling
- d.- Las opciones a y b son correctas

19.- Un niño de 24 meses, previamente sano, después de un proceso febril es visto en Urgencias por palidez y hemoglobinuria. Tiene 5 gr de Hb/dl y un test de Coombs Directo positivo por C3d. Indique la prueba que solicitaría para diagnosticarlo:

- a.- Test de Donath Landsteiner
- b.- Test de Schilling
- c.- Test de resistencia globular osmótica
- d.- Anti DNA

20.- Un anciano previamente sano, consulta por cansancio y acrocianosis. En el hemograma tiene anemia, el Coombs Directo es positivo por C3d y tiene un pico monoclonal en sangre. ¿Qué prueba solicitaría para confirmar el diagnóstico?

- a.- Niveles de vitamina B12
- b.- Título de crioaglutininas

- c.- Test de fragilidad capilar
- d.-. Anticuerpos anticardiolipina

21.- Sobre CD55 y la Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN), ¿cual de estas afirmaciones es FALSA?:

- a.- El CD55 se corresponde con el grupo sanguíneo Crome
- b.- El CD55 Se corresponde con el Decay accelerting factor (DAF)
- c.- El CD55 produce el bloqueo del complejo de ataque de membrana
- d.- Es la única proteína cuyo defecto no se debe a la mutación del gen PIGA

22.- ¿Cuál es la enfermedad que con más frecuencia se asocia a Hemoglobinuria paroxística nocturna?

- a.-La anemia aplásica
- b.- Síndrome mielodisplásico tipo anemia refractaria con sideroblastos en anillo
- c.- Anemia hemolítica autoinmune
- d.- Anemia refractaria tipo síndrome 5q- sensible a lenalidomida

23.- ¿Cuál de estas afirmaciones sobre la HPN ES FALSA?

- a.- Eculizumab es un inhibidor de C5
- b.- Ravulizumab es un inhibidor de C3
- c.- Está indicado la vacunación frente a gérmenes capsulados antes de comenzar terapia anticomplemento
- d.- Una de las causas de fallo de los agentes anticomplemento es el desarrollo de una anemia hemolítica extravascular

24.- La Hemoglobinuria paroxística nocturna NO se caracteriza por:

- a.-Población deficiente en CD55 y CD59 en hematíes
- b.-Población negativa en CD16 en los neutrófilos
- c.-Fosfatasa alcalina granulocitaria (FAG) alta en neutrófilos

d.-Población negativa a CD24 en neutrófilos

25.-Paciente mujer de 23 años de edad con el siguiente 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 probablemente de:

- a.- Anemia aplásica grave
- b.- Anemia aplásica menos grave (moderada)
- c.- Anemia aplásica muy grave
- d.- Ninguna de ellas

26.- Respecto al tratamiento de la Aplasia Medular (AM) adquirida con fármacos inmunosupresores, según las guías para el diagnóstico y tratamiento de las insuficiencias medulares del grupo español de trasplante hematopoyético y terapia celular (GETH) es CIERTO QUE:

- a.- Es indicación de primera línea en pacientes mayores de 50 años con AM grave o muy grave
- b.- La terapia inmunosupresora con ATG (Globulina Antitimocítica) y ciclosporina obtiene respuestas inferiores al 50% de los casos
- c.- La respuesta máxima al tratamiento inmunosupresor suele ser precoz (antes de un mes)
- d.- La aparición de enfermedad del suero obliga a suspender el tratamiento

27.-En relación a la Anemia de Fanconi (AF), señale la respuesta FALSA:

- a.- Los casos relacionados con el gen FANCR(RAD51), localizado en el cromosoma X,tienen herencia dominante
- b.- Entre los genes afectados en la AF, las mutaciones en el gen FANCA son las más frecuentes
- c.- La incidencia acumulada de Síndrome Mielodisplásico en la AF es del 50% a los cincuenta años
- d.- Los pacientes que sobreviven a la tercera década de la vida, tienen un riesgo muy alto de desarrollar cáncer de pulmón y de colon

28.-La neutropenia étnica benigna se observa con frecuencia en:

- a.-Asiáticos y europeos del norte
- b.-Africanos, yemeníes y judíos
- c.-Población latinoamericana
- d.- Caucásicos mediterráneos exclusivamente

29.- El síndrome de Shwachman-Diamond combina:

- a.- Aplasia medular + déficit inmunitario por alteraciones en CXCR4
- b.- Insuficiencia pancreática exocrina + displasia metafisaria + neutropenia autosómica recesiva
- c.- Disqueratosis congénita + hipoplasia eritroide + linfopenia
- d.- Pancitopenia global + ausencia de eosinófilos

30.- La mutación en CXCR4 se asocia clásicamente a:

- a.- Neutropenia cíclica
- b.- Síndrome WHIM
- c.- Enfermedad granulomatosa crónica
- d.- Shwachman-Diamond

31.- Respecto a las anemias diseritropoyéticas congénitas indique la opción INCORRECTA:

- a.- En ningún caso producen trombopenia
- b.-Presentan un grado variable de hemólisis periférica con escasa respuesta reticulocitaria.
- c.- El tipo II es la forma más frecuente
- d.- El único tratamiento curativo es el TPH alogénico

32.- Sobre el diagnóstico de las anemias diseritropoyéticas congénitas (ADC) indique la opción CORRECTA:

- a.- Las ADC cursan habitualmente con hemólisis intravascular
- b.- Salvo los casos dependientes de transfusión, la ferropenia es frecuente en las ADC
- c.- La ADC tipo II cursa con esferocitos y puede confundirse con una Esferocitosis Hereditaria (EH). La ausencia de un progenitor afecto y la mayor poiquilocitosis debe hacernos pensar en una ADC
- d.- Si el paciente con ADC tiene un hermano HLA idéntico debemos proponer el TPH como tratamiento de primera línea

33.- Respecto al mecanismo de acción del tratamiento con lenalidomida en síndromes mielodisplásicos indique la opción CORRECTA :

- a.- Maduración de precursores eritroides en médula
- b.- El mecanismo de acción consiste en activación del celebron y de la casein kinasa 1 alfa, produciendo la muerte celular de las células 5q- y sustitución por precursores normales
- c.- Solo funciona en pacientes con anemia sideroblástica
- d.- Los pacientes con TP53 responden mejor al tratamiento

34.- El diagnóstico de Leucemia Mielomonocítica crónica según la clasificación de la OMS 2016 exige que:

- a.- Exige una cifra de monocitos mayor de $1 \times 10^9/L$
- b.- Exige más de un 20% de blastos en médula ósea
- c.- La forma de CMM-1 (mielodisplásica) exige más de 5% de blastos en médula ósea
- d.- La forma de CMM-2 exige menos de 5% de blastos en sangre periférica

35.- Dentro de los síndromes mielodisplásicos que cariotipo se reconoce como favorable:

- a.- Del 20p
- b.- del 11q
- c.- del 12 p

d.- +8

36.-¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto a la leucemia mielomonocítica crónica

- a.- La médula ósea no suele mostrar signos de displasia
- b.- La cifra de leucocitos permite diferenciar entre los subtipos mielodisplásico y mieloproliferativo
- c.- La presencia de cariotipos complejos en médula ósea es muy frecuente
- d.- A diferencia de los síndromes mielodisplásicos no es frecuente encontrar alteraciones moleculares en el estudio de NGS

37.- La principal causa de mortalidad en pacientes con hemocromatosis no tratados es:

- a.- Insuficiencia cardíaca congestiva
- b.- Infecciones oportunistas
- c.- Carcinoma hepatocelular y cirrosis
- d.- Diabetes mellitus complicada

38.- El objetivo de los niveles de ferritina en fase de mantenimiento tras flebotomías es:

- a.- <500 µg/L
- b.- 50-100 µg/L
- c.- <400 µg/L
- d.- Indetectable

39.- Respecto a los estudios al diagnóstico de la LMC indique la opción CORRECTA:

- a.- La citogenética convencional (cariotipo de bandas) es fundamental en el diagnóstico del paciente con LMC, ya que aporta información relevante con impacto en la terapia
- b.- La FISH está indicada en caso de traslocaciones crípticas o cariotipo no valorable

- c.- Al diagnóstico es imprescindible determinar el tipo de transcrito (PCR cualitativa).
- d.- Todas las anteriores son correctas

40.- Respecto a la discontinuación de tratamiento en la LMC indique la opción INCORRECTA

- a.- Únicamente serán candidatos aquellos pacientes que no hayan sufrido una crisis blástica y tengan respuesta molecular profunda
- b.- Solo pueden discontinuarse los pacientes con ITK de segunda generación
- c.- Aproximadamente el 50% de los pacientes que mantienen una respuesta molecular profunda RM4 o RM4-5 pueden discontinuar el tratamiento
- d.- La profundidad de respuesta y el tiempo de tratamiento son los principales factores que determinan el éxito de la discontinuación

41.- Respecto a la LMC en fases avanzadas indique la opción CORRECTA:

- a.- Cuando el paciente progresa desde la fase crónica se debe considerar la presencia de evolución clonal o nuevas mutaciones en el BCR-ABL1
- b.- Si el paciente progresa estando con imatinib debe cambiarse a un ITK de 2ª generación
- c.- Si el paciente debuta en fase blástica debe iniciarse un ITK (preferiblemente de segunda generación) y posterior TPH en pacientes candidatos
- d.- Todas las anteriores son correctas

42.- En cuanto a las mutaciones que dan lugar a la policitemia vera ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA?:

- a.- La activación de Jak2 V617F activa constitutivamente STAT5
- b.- El porcentaje de positividad del Jak2V617 es del 95% de los pacientes con policitemia vera
- c.- El porcentaje de mutación del exón 12 en pacientes con policitemia vera es del 2%
- d.- Un porcentaje del 30% con mutación V617F presentan mutaciones en el gen de calreticulina

43.- ¿Cuál de estas características NO ES PROPIA de la leucemia neutrofílica crónica?:

- a.- Es una neoplasia BCR-ABL1 negativa
- b.- La relación mieloeritroide esta desplazada hacia serie blanca en relación 10:1, con neutrofilia en sangre periférica
- c.- Las traslocaciones PDGFA, PDGFRB, FGFR1 Y JAK2 excluyen el diagnóstico
- d.- La positividad a la mutación CSFR3 no es característica de la enfermedad

44.- ¿Qué marcador de superficie suele estar AUSENTE en mastocitos normales pero presente en mastocitos neoplásicos?

- a.- CD117
- b.- CD25
- c.- CD45
- d.- CD11b

45.- De las siguientes, cuál es la complicación clínica MÁS frecuente en mastocitosis sistémica indolente

- a.- Insuficiencia medular
- b.- Anafilaxia recurrente
- c.- Osteomielofibrosis
- d.- Transformación a leucemia mastocítica

46.- La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) se define por:

- a.- Proliferación de macrófagos CD163+ sin CD1a
- b.- Proliferación e infiltración tisular por células dendríticas CD1a+ y CD207+ (langerina)
- c.- Acúmulo de mucopolisacáridos por déficit enzimático.
- d.- Infiltración por monocitos CD14+ CD16+

47.- El sarcoma de células de Langerhans se caracteriza por:

- a.- Evolución indolente y buen pronóstico
- b.- Neoplasia muy agresiva con células de Langerhans atípicas, hipercromasia y alto recuento mitótico

- c.- Inmunofenotipo CD1a–/CD207–
- d.- Afectación exclusiva del hueso

48.- Respecto a las tesarismosis o enfermedades por depósito lisosomal Indique la opción INCORRECTA:

- a.- Son debidas a un defecto en las enzimas lisosomales de los macrófagos que origina el acúmulo del sustrato correspondiente
- b.- Casi todas se transmiten con herencia autosómica dominante
- c.- En la enfermedad de Gaucher se acumulan Glucocerebrósidos
- d.- En casos de recambio celular aumentado como la LMC pueden verse células tesarismóticas

49.- Respecto a la Enfermedad de Gaucher indique la opción CORRECTA:

- a.- Generalmente se diagnostica en la infancia
- b.- Afecta especialmente a las personas de raza negra
- c.- Generalmente cursa con hipergammaglobulinemia
- d.- La muerte sobreviene generalmente antes de los dos años de vida

50.- El tratamiento de la leucemia aguda mieloblástica con mutación FLT3-ITD positiva cuál de estas afirmaciones ES FALSA:

- a.- Se asocia frecuentemente a t(6;9) (DEK-CAN MUTACIÓN)
- b.- En pacientes no frágiles está indicado 3+7 (3 días de antraciclinicos más 7 de citarabina) más Midostaurina
- c.- No está indicado en pacientes fit la utilización de Quirzatinib más 3+ 7 (3 días de antraciclinicos más 7 de citarabina)
- d.- Se asocia a mutación de NPM1 y a hiperleucocitosis

51.- Cual de estas afirmaciones sobre la leucemia aguda promielocítica es cierta:

- a.- Siempre se asocia a hiperleucocitosis

- b.- El grupo de mal pronóstico según los criterios de Sanz se caracteriza por tener una cuenta de leucocitos mayor de $5 \times 10^9/L$
- c.- El tratamiento de elección en los pacientes con riesgo bajo y moderado consiste en la combinación de ATRA + Trióxido de Arsénico
- d.- La tasa de respuesta completa no supera el 65% del total

52.- Cuál de estas entidades requieren más de un 20% de blastos en la clasificación de la OMS 2022 para definirla como leucemia aguda mieloblástica:

- a.- t(8;21)(q22;q22.1) con RUNX1::RUNX1T1 fusión
- b.- mutación CBFB::MYH11
- c.- t(6;9)(p23;q34), DEK-NUP214
- d.- mutacion BCR/ABL

53.- Paciente que ingresa por fiebre, nódulos violáceos en piel difusos y la presencia de leucocitosis de $73 \times 10^9/L$ con un porcentaje de blastos del 95%. Los blastos son morfológicamente grandes, agranulares y en espejo de mango. El fenotipo por citometría es CD34-, CD45RA+, CD4+, CD3-, CD123+(fuerte), CD56+, CD57-, CD303+(fuerte). La mieloperoxidasa es negativa por citometría. El diagnóstico más probable es:

- a.- Es un linfoma NK leucemizado
- b.- El fenotipo se corresponde con una leucemia linfoblástica tipo early pre T
- c.- El fenotipo y la clínica orienta a una neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides
- d.-El fenotipo corresponde con un Linfoma gamma delta hepatoesplénico

54.- Paciente de 45 años que acude a Urgencias por astenia, odinofagia y gingivorragias. En exploración presenta adenopatías laterocervicales y axilares de 1 cm y petequias en extremidades inferiores. Hemograma: $25 \times 10^9/L$ leucocitos (75% linfocitos Cd19+, Cd10+, Cd79a+, Igs negativas) Hb: 8 gr/dl, plaquetas: $75 \times 10^9/L$. Bioquímica: LDH 700 U/L, Úrico 12 gr/dl, Bilirrubina 3 gr/dl. Resto de parámetros normales. El diagnóstico mas probable es:

- A.- Linfoma folicular

- b.-Linfoma linfoblástico B tipo Burkitt
- c.- Leucemia linfoblástica aguda Pre-B común
- d.- Linfoma del manto

55.-En la leucemia linfoide aguda una de las siguientes anomalías estructurales citogenéticas conlleva un MAL PRONÓSTICO:

- a.-t(4;11)
- b.- del 6q
- c.- Hiperdiploidia
- d.-t(12;21)

56.- Según la clasificación de la OMS del 2022, las Early T precursor lymphoblastic leukemia se caracterizan por:

- a.- Ser todas CD3 positivas de superficie
- b.- Ser todas CD3 positivas en superficie y CD1a positivas
- c.- Ser CD3 citoplasmáticas positivas y CD1a y CD3 de superficie negativas
- d.- Ser todas CD3 superficie positivas y CD8 y CD5 de superficie positivas.

57.- En adultos, el umbral diagnóstico aceptado de linfocitosis absoluta es:

- a.- $>3 \times 10^9/L$
- b.- $>4 \times 10^9/L$
- c.- $>5 \times 10^9/L$
- d.- $>8 \times 10^9/L$

58.- La proporción normal de linfocitos circulantes T, B y NK en sangre periférica es aproximadamente:

- a.- T 40-50%, B 30-40%, NK 20-39%
- b.- T 60-80%, B 10-20%, NK 5-10%

- c.- T 20-30%, B 40-50%, NK 20%
- d.- T 70-90%, B 2-5%, NK 5-10%

59.- Respecto al diagnóstico de la LLC indique la opción CORRECTA:

- a.- Debe existir linfadenopatía y/o esplenomegalia
- b.- Es recomendable realizar un Body TAC y si es posible un PET-TAC en el estadiaje inicial de la enfermedad
- c.- Para el diagnóstico es necesario un aspirado de Médula Osea
- d.- Basta con detectar en SP una linfocitosis B clonal mayor de 5000/mm³ con el siguiente fenotipo: CD19+ CD5+ CD23+CD20+d IgS de superficie débil (Kappa o Lambda)

60.- Respecto al pronóstico de la LLC indique la opción INCORRECTA:

- a.- El estado mutacional de los genes variables de la cadena pesada de la IgS tiene valor pronóstico y el carácter mutado confiere un curso clínico más indolente
- b.- El carácter mutado o no mutado no cambia con la evolución de la enfermedad
- c.- La delección 13q14 tiene mal pronóstico
- d.- Las mutaciones de TP53 se deben solicitar antes de iniciar cualquier línea de tratamiento

61.- Respecto al tratamiento de la LLC indique la opción CORRECTA:

- a.- La supervivencia de los pacientes tratados con IBRUTINIB es similar a la población control de la misma edad
- b.- Para los pacientes con mutaciones de P53 es recomendable la terapia continua con ibrutinib
- c.- La terapia continua con ibrutinib se asocia a menos resistencias
- d.- Las respuestas a y b son correctas

62.- En una Tricoleucemia, al pasar la población tumoral por un citómetro de flujo, la población tumoral en que región se sitúa del histograma FSxSS:

- a.- En la región de linfocitos

- b.- En la región donde se sitúan los monocitos
- c.- Ocupando la región donde se sitúan los neutrófilos.
- d- En la región de debris del histograma de FSxSS

63.- Paciente de 58 años con una leucocitosis de $158 \times 10^9/L$, con un 95% de linfocitos, alguno con nucleolo y presencia de Esplenomegalia de 20 cm e infiltración cutánea perivascular. El fenotipo de CD3+/CD4+/CD8+. Cual es el diagnóstico y el tratamiento

- a.- Leucemia de linfocitos grandes granulares NK y metotrexate
- b.- Linfoma T leucemizado y CHOEP
- c.- síndrome de Sézary y Fototerapia extracorpórea
- d.- Leucemia prolinfocítica T y Alemtuzumab

64.- Cual es la droga de elección en el tratamiento de la tricoleucemia de primera línea:

- a.- Pentostatina
- b.- 2 cloro desoxiadenosina
- c.- Rituximab
- d- Bendamustina

65.- Cual es el marcador histoquímico característico de la tricoleucemia

- a.-Fosfatasa alcalina tartrato resistente
- b.-Fosfatasa alcalino tartrato sensible
- c.-Fosfatasa alcalina disminuida
- d.-Fosfatasa acida tartrato resistente

66.- Respecto al FLIPI (Follicular Lymphoma International Pronosctic Index), ¿cuál de los siguientes no es un factor pronóstico?:

- a.- Edad > 60 años

- b.- Hemoglobina < 12 g/dl
- c.- Trombocitopenia < 100.000
- d.- Estadío Ann Arbor III/IV

67.- De los siguientes factores, cual no se relaciona con riesgo de afectación de SNC en un paciente dignosticado de linfoma difuso de células grandes B, según las guías de GEL-TAMO

- a.- Afectación testicular o de mama
- b.- Reordenamiento de MYC asociado a reordenamiento de bcl-2y/o bcl-6
- c.- LDH elevada y más de una localización extraganglionar
- d.- ECOG ≥ 2

68.-La prueba de diagnóstico de un linfoma es:

- a.- TAC
- b.- PET/TAC
- c.- biopsia de médula ósea
- d.- biopsia de adenopatía/tejido afectado

69.- El índice pronóstico más útil en linfomas T periféricos (PIT) incluye todos EXCEPTO:

- a.- Edad > 60 años
- b.- ECOG ≥ 2
- c.- LDH elevada
- d.- $\beta 2$ -microglobulina elevada

70.- En linfomas T/NK nasales, ¿qué quimioterapia se considera adecuada?

- a.- SMILE
- b.- ABVD

c.- FOLFOX

d.- MOPP

71.- Respecto al diagnóstico de la Enfermedad de Hodgkin indique la opción CORRECTA:

- a.- La célula de Hodgkin por si sola no es suficiente para establecer el diagnóstico, pero puede indicar infiltración de un órgano si el diagnóstico ya ha sido establecido previamente.
- b.- La Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAFF) puede ser suficiente para el diagnóstico inicial si encontramos células de Reed-Sternberg
- c.- Hemos de realizar una biopsia de MO en todos los estadios avanzados
- d.- Todas las anteriores son correctas

72.- Respecto al tratamiento de la Enfermedad de Hodgkin en estadios avanzados (III y IV) en el adulto indique la opción CORRECTA siguiendo las guías de GELTAMO de linfoma de Hodgkin:

- a.- El tratamiento recomendado son 6 ciclos de ABVD
- b.- En pacientes con IPI >2 menores de 60 años puede optarse por el BEACOPP escalado
- c.- Si la PET tras dos ciclos de ABVD es negativa podemos eliminar la bleomicina en los ciclos siguientes (ABVD x 4)
- d.- Todas las anteriores son correctas

73.- El linfoma B asociado a cavidades está asociado a:

- a.- Infección por Herpes virus 6
- b.- Infección por Herpes virus 8/Virus del sarcoma de Kaposi
- c.- Infección por Herpes virus 1
- d.- Infección por Herpes virus 2

74.- ¿Cuál de los siguientes es un criterio menor en el diagnóstico del Síndrome de POEMS?

- a) Polineuropatía
- b) Trombocitosis/policitemia
- c) Lesiones óseas escleróticas
- d) Enfermedad de Castleman

75.-Sobre el ISS revisado en el mieloma, cuál de los siguientes no es criterio para definir estadio I:

- a) No alteraciones citogenéticas de alto riesgo
- b) LDH en rango normal.
- c) Albumina sérica $\geq 3,5$ g/dl.
- d) Beta 2-microglobulina $> 3,5$ mg/L

76.-En un paciente que recibe daratumumab ¿qué técnica NO es útil para transfundir hematíes de forma segura?

- a.- Tratar los hematíes utilizados en el escrutinio de anticuerpos irregulares con DTT
- b.- Realizar un fenotipo extendido antes de comenzar el tratamiento
- c.- Transfundir hematíes compatibles para el sistema Kell
- d.- Realizar autoadsorciones para evitar falsos positivos en el escrutinio de anticuerpos irregulares

77.-¿Cuál es la manifestación clínica más frecuente de la amiloidosis AL?

- a.- Neuropatía periférica distal progresiva
- b.- Restricción cardíaca con hipertrofia septal
- c.- Astenia y pérdida de peso
- d.- Macroglosia

78.- En la AL, la cadena implicada más frecuente es:

- a.- Kappa ($\approx 70-80\%$)
- b.- Lambda ($\approx 70-80\%$)
- c.- Pesada GAMMA
- d.- Pesada MU

79.- En un paciente con sospecha de amiloidosis AL con disnea progresiva y edemas, el ecocardiograma muestra fracción de eyección conservada. ¿Qué hallazgo refuerza más la sospecha diagnóstica de cardiopatía amiloide?

- a.- Dilatación ventricular derecha con hipertensión pulmonar
- b.- Hipertrofia ventricular concéntrica con patrón restrictivo y bajo gasto
- c.- Hipocinesia difusa con fracción de eyección deprimida desde fases iniciales
- d.- Presencia de insuficiencia valvular mitral primaria

80.- Respecto a los quimioterápicos indique la asociación INCORRECTA:

- a.- BLEOMICINA Hiperpigmentación cutánea
- b.- ASPARRAGINASA Pancreatitis
- c.- CITARABINA Glaucoma Agudo
- d.- METOTREXATE Leucoencefalopatía

81.- Entre las terapias avanzadas aprobadas en la UE, la mitad están indicadas en enfermedades hematológicas. ¿Cuál de estas indicaciones NO ESTÁ FINANCIADA EN ESPAÑA EN LA ACTUALIDAD?

- a.- Exa-cel (Casgevy®) terapia génica para aumentar la HbF en la Beta-Talasemia
- b.- Tisagenlecleucel (Kyriam®) terapia CAR-T anti CD19 para la Leucemia Aguda Linfoblástica
- c.- Axicabtagene ciloleucel (Yescarta®) terapia CAR-T anti CD19 para el linfoma No Hodgkin
- d.- Idecabtagene vicleucel IDE-CEL Terapia CAR-T anti BCMA para el Mieloma

82.- Un paciente con leucemia aguda mieloblástica en el día +15 de la 1 consolidación con citarabina desarrolla fiebre, exantema macular rojizo en cara y tórax que se ulcera, infiltrados pulmonares inespecíficos. El paciente está en profilaxis fúngica con Isavuconazol. El galactomanano y el betaglucano tienen niveles normales. La biopsia demuestra la presencia de hongos tabicados, hialinos. El hemocultivo es positivo al hongo. El tratamiento de elección sería:

- A.- Amfotericina B
- B.- Posaconazol
- c.- Itraconazol
- d.- Voriconazol

83.- Del paciente anterior el hongo causante de la infección más probable sería:

- a.- Cunninghamella
- b.- Fusarium species
- c.- Rizhopus
- d.- Isospora belli

84.- Cual de estas infecciones se asocia a la leucemia-linfoma de células T del adulto:

- a.- Pneumocistis jirovecii y Strongyloides
- b.- Pneumococo y Salmonella
- c.- Aspergillus y Staphylococcus aureus
- d.- Yersinia enterocolitica y Mucor

85.- ¿Cuál de las siguientes NO es una complicación precoz del trasplante de progenitores hematopoyéticos?

- a) Fallo del injerto
- b) Enfermedad venooclusiva hepática
- c) trastornos oculares: cataratas, síndrome de ojo seco
- d) neumonitis intersticial

86.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO sería adecuado como profilaxis de enfermedad injerto contra huésped en un trasplante alogénico de donante no emparentado?

- a.- Ciclosporina
- b.- Micofenolato mofetilo
- c.- Dosis bajas de ciclofosfamida pretrasplante
- d.- Gammaglobulina antitimocítica

87.-En mielofibrosis primaria, el trasplante está indicado:

- a.- En todos los pacientes al diagnóstico
- b.- En pacientes intermedio-2 o alto riesgo según DIPSS 4
- c.- Solo en menores de 30 años
- d.- Cuando fallan los JAK-inhibidores

88.-Cuál de las siguientes inmunodeficiencias es indicación clara de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH alogénico)?

- a.- Agammaglobulinemia
- b.- Inmunodeficiencia común variable con desregulación inmune
- c.- Síndrome de 22q11 (DiGeorge parcial)
- d.- Defectos de la vía del complemento

89.- Según las indicaciones actuales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre el trasplante autólogo (auto-TPH) en el linfoma del manto (LCM) es FALSA?

- a.- El auto-TPH forma parte del tratamiento de primera línea en pacientes ≤65 años y sin comorbilidades limitantes
- b.- Se realiza como consolidación tras una inducción con dosis altas de Ara-C y al menos una respuesta parcial
- c.- El auto-TPH tiene un potencial curativo demostrado en el LCM
- d.- Tras el auto-TPH se recomienda mantenimiento con rituximab durante 3 años

90.- Respecto a las plaquetas indique la opción CORRECTA:

- a.- Los niveles circulantes de Trombopoyetina TPO están inversamente relacionados con la masa plaquetaria ya que las plaquetas tienen un receptor de alta afinidad para TPO
- b.- Existe una reserva medular de plaquetas activa en caso de hemorragia
- c.- La vida media de las plaquetas es de un mes
- d.- Los gránulos densos plaquetarios contienen trombomodulina

91.- Respecto a la hemostasia primaria indique la opción INCORRECTA:

- a.- Las principales proteínas adhesivas involucradas en la hemostasia primaria son el FvW, el colágeno subendotelial y el fibrinógeno
- b.- Bajo condiciones de alto flujo (arterias y microcirculación) la adhesión plaquetaria está mediada por la glicoproteína Ia/Ia que se une al colágeno.
- c.- El complejo glicoprotéico IIb/IIIa es el receptor más abundante en la superficie plaquetaria
- d.- Cuando la plaqueta se activa, el complejo Glicoproteico IIb/IIIa aumenta su afinidad por el fibrinógeno

92.-Cual de estas afirmaciones es cierta sobre el tiempo de tromboplastina parcial activado:

- a.- Mide únicamente la deficiencia de factor VIII y IX
- b.- Solamente está prolongado cuando los niveles de factor VIII está por debajo del 15%
- c.- Se prolonga cuando los niveles de factor VIII están por debajo del 35-45%
- d.- Se activa con tromboplastina tisular para activar el factor VII

93.- Un tiempo de protrombina prolongado indica:

- a.- Déficit de factor VIII
- b.-Déficit de factor VII
- c.- Déficit de factor XII
- d.- Déficit de factor XI

94.- ¿Qué otra determinación debería realizarse ante el siguiente estudio: TTPA prolongado, TP Normal, TT normal y determinación de FV del 40%, Factor VIII del 56%, Protrombina del 48%:

- a.- Factor II
- b.- Antitrombina
- c.- Anticoagulante lúpico
- d.- Fibrinógeno

95.-Respecto a la PTI señale la respuesta FALSA

- a.- En niños suele ser autolimitada, se resuelve espontáneamente en muchos casos
- b.- En niños 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.- si existe trombocitopenia grave y diátesis hemorrágica, el tratamiento de elección son los corticoides, no teniendo utilidad en estos casos las Inmunoglobulinas intravenosas

96.- En relación con la PTI, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- a.- Los test de determinación de anticuerpos antiplaquetarios son fundamentales en el diagnóstico
- b.- El diagnóstico de la PTI es por exclusión de otras causas de trombopenia
- c.- La relación entre el número de plaquetas y la clínica hemorrágica es muy variable
- d.- La definición actual de PTI persistente es aquella que perdura entre los 3 y 12 tras el diagnóstico

97.-En el algoritmo diagnóstico de la microangiopatía trombótica (MAT), una actividad de ADAMTS13 $<10\%$ sin anticuerpos inhibidores corresponde a:

- a.- SUH típico
- b.- PTT congénita (Upshaw-Schulman)

- c.- PTT adquirida autoinmune
- d.- MAT secundaria a fármacos

98.-En la PTT adquirida, la afectación cardíaca (IAM, arritmias) se debe principalmente a:

- a.- Toxicidad del recambio plasmático
- b.- Microtrombosis diseminada en la microcirculación coronaria
- c.- Efectos adversos de corticoides
- d.- Mutaciones en CFH

99.- Según el algoritmo diagnóstico de la CID de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia (ISTH) una de las siguientes afirmaciones ES CIERTA:

- a.- El algoritmo puede aplicarse a cualquier paciente con sangrado
- b.- Se considera el grado de trombopenia
- c.- Se considera la prolongación de TTPA
- d.- Todas las anteriores son correctas

100.- Respecto a la CID indique la opción INCORRECTA:

- a.- Niveles bajos de Factor VIII, sugieren una coagulopatía de origen hepático en lugar de CID
- b.- En el tratamiento de la CID, habitualmente no se recomienda el uso de complejo protrombínico ni de concentrados de factor VII
- c.- En caso de hipofibrinogenemia podemos usar concentrados de fibrinógeno.
- d.- La principal maniobra terapéutica es corregir la causa

101.- Una unidad Bethesda de inhibidor de factor VIII se DEFINE COMO:

- a.- Un ml de plasma del paciente inhibe 50% de factor VIII de 1ml de pool de plasma normal
- b.- Un ml de plasma del paciente inhibe 100% de factor VIII de 1 ml de pool de plasma normal
- c.- Un ml de plasma del paciente inhibe 100% de factor VIII de 2ml de pool de plasma normal
- d.- Un ml de plasma del paciente inhibe 100% de factor VIII de 4ml pool de plasma normal

102.- La mutación más frecuente causante de Hemofilia A severa es:

- a.- Mutaciones “non Sense” en el gen del factor VIII
- b.- Mutaciones en el splice del gen del factor VIII
- c.- Inversiones del intrón 22 del gen del factor VIII
- d.- Frameshift mutation

103.- De las siguientes, ¿Cual es la causa más prevalente de trombofilia hereditaria en pacientes caucásicos con episodios tromboembólicos?

- a.- Factor V Leiden
- b.- Mutación G20210A de la protrombina
- c.- Deficiencia de antitrombina
- d.- Deficiencia de proteína C

104.- Una de las siguientes NO es contraindicación absoluta para el tratamiento trombolítico:

- a.- Hemorragia interna activa
- b.- Proceso expansivo intracraneal
- c.- Pericarditis con derrame
- d.- Disección aórtica

105.- En la proteína S, alrededor del 60% circula unida a:

- a.- Fibrinógeno
- b.- C4b-BP (proteína transportadora)
- c.- Antitrombina
- d.- Factor IX

106.- Según las Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre síndrome antifosfolípido primario, explique por qué la detección de anticuerpos antifosfolípidos no incluidos en los criterios de clasificación (distintos a AL, aCL y a 2GPI), tiene un valor limitado en la práctica clínica.

- a.- Porque todos se asocian a trombosis recurrentes
- b.- Porque su utilidad clínica aún no está validada
- c.- Porque son más sensibles que los clásicos
- d.- Porque sustituyen a los criterios de Sidney

107.- Según las Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre síndrome antifosfolípido primario sobre la intensidad de anticoagulación (INR 2-3 vs. 3-4):

- a.- El INR 3-4 es más seguro que INR 2-3
- b.- No hay diferencias claras; se recomienda mantener INR 2-3 salvo recurrencia
- c.- Siempre se debe usar INR >4
- d.- INR no es útil en el seguimiento del SAF

108.-Uno de los siguientes NO supone una ventaja de las HBPM respecto a las heparinas no fraccionadas HNF

- a.- Menor incidencia de trombopenia
- b.- Menor incidencia de osteoporosis
- c.- Mas fácil de revertir con PROTAMINA
- d.- Efecto anticoagulante más inmediato

109.- Respecto a los antagonistas de la vitamina K (acenocumarol y Warfarina) una de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

- a.- Disminuye la síntesis hepática de los factores II, VII, IX y X
- b.- Su efecto anticoagulante es adecuado, desde las primeras 5 horas por inhibición del FVII
- c.- Son el tratamiento de elección en pacientes con prótesis valvulares mecánicas
- d.- Presentan menos incidencia de hemorragia cerebral que los AC de acción directa

110.- Respecto a los anticoagulantes de acción directa indique la afirmación CORRECTA:

- a.- En general no precisan monitorización, pero en caso de necesidad el efecto del rivaroxabán puede monitorizarse con el tiempo de trombina diluido
- b.- El idarucizumab es un anticuerpo monoclonal que se une al dabigatrán con más afinidad que la trombina
- c.- Para los inhibidores directos del factor II puede usarse el Andexanet alfa
- d.- El efecto de los inhibidores del factor X se revierte bien con plasma fresco congelado

111.- La trombopatía asociada a fallo renal se debe a:

- a.- Alteraciones del glicocálix del endotelio vascular
- b.- Alteraciones de la liberación de NO (óxido nítrico)
- c.- Alteración en la síntesis de prostaciclina
- d.- Todas las anteriores son ciertas

112.- Cual de estos factores de coagulación NO se encuentra disminuido en la cirrosis

- a.- Proteína C y S
- b.- Factor von Willebrand
- c.- Factor VII
- d.- Fibrinógeno

113.- Cuál de estas afirmaciones ES FALSA en cuanto a trastornos hematológicos y trombosis

- a.- No existe aumento de incidencia de tromboembolismo en los pacientes con Hemoglobinuria paroxística nocturna
- b.- El sangrado en las enfermedades mieloproliferativas (PV, MF, TE) es principalmente cutáneo
- c.- Los test de coagulación pueden estar falsamente prolongados en la policitemia vera debido a disminución del plasma y por tanto al exceso del citrato en los test de coagulación
- d.- Los pacientes con mutación de JAK2 V617 tienen un riesgo aumentado de trombosis y tromboembolismo pulmonar

114.- ¿Cuál es la proporción de componentes sanguíneos más recomendada en protocolos de transfusión masiva?

- a.- 1:1:1 (hematíes:plasma:plaquetas)
- b.- 2:1:1
- c.- 3:1:1
- d.- 1:2:1

115.- En un protocolo de transfusión masiva, ¿cuál es el valor objetivo de fibrinógeno recomendado para mantener hemostasia?

- a.- >100 mg/dL
- b.- > 150 mg/dL
- c.- >200 mg/dL
- d.- >250 mg/dL

116.- En un paciente con hemorragia masiva, el uso de ácido tranexámico es más eficaz si se administra:

- a.- Dentro de las 3 horas del inicio del sangrado
- b.- Después de 6 horas
- c.- Solo tras documentar hiperfibrinólisis
- d.- Al finalizar la reposición transfusional

117.- El antígeno D parcial significa:

- a.- Expresión reducida del antígeno D
- b.- Ausencia de todos los epítomos D
- c.- Falta de algunos epítomos específicos D
- d.- Expresión aumentada de D

118.- El sistema MNS se basa en antígenos localizados en:

- a.- Glicocofoforinas de membrana eritrocitaria
- b.- Proteínas del citoesqueleto
- c.- Complejo mayor de histocompatibilidad
- d.- Receptores de transferrina

119.- Respecto al fenotipo Bombay (Oh), señale lo CORRECTO:

- a.- Los pacientes no expresan antígeno H en eritrocitos ni en secreciones
- b.- Tienen el gen FUT2 funcional y secretan antígeno H en saliva
- c.- Presentan reacciones débiles con anti-H (lectina de *Ulex europaeus*)
- d.- No desarrollan anti-H, solo anti-A y anti-B

120.- Respecto a las pruebas pretransfusionales indique la opción CORRECTA:

- a.- La determinación del grupo ABO debe realizarse en hematíes (grupo hemático) y en el suero (grupo sérico) y en caso de discrepancias deben resolverse antes de la transfusión
- b.- En el caso de que la transfusión no pueda demorarse antes de resolver las discrepancias deben usarse solo hematíes del grupo O
- c.- En el caso del Rh (D) deben utilizarse anticuerpos monoclonales anti-D potentes QUE NO DETECTEN la variante DVI y de tipo IgM que aglutinan directamente a los hematíes.
- d.- Todas las anteriores son correctas

121.- ¿Entre los siguientes, qué anticuerpo eritrocitario está implicado con mayor frecuencia en las reacciones hemolíticas postransfusionales retardadas?

- a.- Anti-Fy^a
- b.- Anti-JK^a
- c.- Anti-M
- d.- Anti-K

122.- Una mujer O positivo, con antecedentes de varios embarazos, necesita ser transfundida y presenta un escrutinio de anticuerpos irregulares positivos en fase de Coombs. El test de Coombs Directo es negativo y en el panel no podemos identificar la especificidad. Cuando usamos un panel ficinado solo aglutinan las células C (+). ¿Cuál de las siguientes posibilidades le parece más probable?

- a.- Puede tener un anti C + un anti D
- b.- Puede tener un anti C + un anti JK_a
- c.- Puede tener un anti C + un anti Fy_a
- d.- Puede tener un anti C + un anti E

123.- Las indicaciones de transfusión según la AABB de componentes sanguíneos incluyen todas EXCEPTO una de las siguientes:

- a.- Transfusión de sangre en pacientes con enfermedad de células depranocíticas con alto riesgo de infarto cerebral (medido por Doppler intracraneal)
- b.- Transfusión de plaquetas profilácticas en trombocitopenia arregenerativa cuando el conteo de plaquetas sea inferior a $10 \times 10^9/L$
- c.- Siempre se debe diferir la transfusión, aunque esté clínicamente indicado (fallo cardíaco, compromiso circulatorio) en caso de anemia hemolítica autoinmune o incompatibilidad de las unidades
- d.- Si no hay alteraciones clínicas, se debe intentar mantener una política restrictiva en cuanto a transfusión (niveles de 7-8 g/dl de Hemoglobina). Si hay alteraciones clínicas (por ejemplo: síndrome coronario agudo) este dintel no está recomendado

124.- En cuanto al manejo de la PTT con plasma fresco, cuál de estas afirmaciones es cierta:

- a.- La infusión de plasma fresco da resultados similares a la plasmaféresis
- b.- El intercambio con plasma libre de crioprecipitados es superior a la de plasma congelado normal demostrado por un ensayo fase 3
- c.- Está indicado en el síndrome hemolítico urémico secundario a SHIGA toxin
- d.- Está indicado en el síndrome hemolítico urémico por déficit congénito de factores del complemento salvo de CD46 (membrane cofactor protein)

125.-Indique cuál de los siguientes antígenos eritrocitarios tiene mayor capacidad inmunógena:

- a.- Kell
- b.- Jk^b
- c.- Fy^a
- d.- Jk^a

126.- ¿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 un donante conocido en su donación número 10
- d.- Como parte del protocolo del trasplante cardiaco

127.-¿Cuál de los siguientes anticuerpos no se relaciona con la anemia hemolítica del recién nacido?

- a.- Anti-C
- b.- Anti-E
- c.- Anti-Le^a
- d.- Anti-Kell

128.- Qué parámetro define la viabilidad de los hematíes almacenados?

- a.- Aumento de potasio extracelular
- b.- Recuperación in vivo $\geq 75\%$ a las 24h post-transfusión
- c.- Disminución del 2,3-DPG
- d.- Incremento de lactato

129.- La caducidad de hematíes irradiados se limita a:

- a.- 14 días desde irradiación o fecha de caducidad original (la que ocurra antes)
- b.- 28 días desde irradiación
- c.- 7 días desde irradiación
- d.- 42 días totales siempre

130.-La lesión pulmonar aguda asociada a transfusión (TRALI) se caracteriza por:

- a.- Edema pulmonar no cardiogénico
- b.- Aumento de la presión venosa central
- c.- Hemoptisis masiva
- d.- Infiltrado pulmonar unilateral

131.- De las siguientes definiciones incluidas en los Estándares en Hemoterapia de la Fundación CAT ¿Cuál le parece CORRECTA?

- a.- Anticuerpo clínicamente significativo: anticuerpo capaz de acortar la vida de los hematíes
- b.- Acción correctiva: sanción aplicada por incumplimiento o no conformidad de un proceso
- c.- Casi incidente: cualquier error que casi se produce durante el proceso transfusional
- d.-Equipo crítico: Miembros de la auditoría interna dedicados a revisar los procedimientos

132.- Según los Estándares en Hemoterapia de la Fundación CAT la gestión de riesgo se debe basar en:

- a.- El conocimiento científico, la experiencia en el proceso y las expectativas y necesidades de las partes interesadas (donantes, pacientes, personal, autoridades, proveedores...)
- b.- El análisis de los potenciales efectos, su evaluación cuantitativa y las acciones planificadas para su tratamiento y monitorización
- c.- El nivel de esfuerzo, formalización y documentación de la gestión del riesgo debe ser proporcional al nivel de riesgo previsto
- d.- Todas las anteriores son correctas

133.- La anafilaxia grave postransfusional se relaciona típicamente con:

- a.- Déficit de IgA y anti-IgA
- b.- Incompatibilidad ABO
- c.- Exceso de citocinas
- d.- Sobrecarga de volumen

134.- La principal causa de discrepancia serológica en ancianos al tipificar ABO es:

- a.- Mutaciones puntuales en el exón 7 de ABO
- b.- Hipoproducción de isoaglutininas naturales por disminución de la inmunidad humoral
- c.- Expresión aumentada de antígeno H
- d.- Autoanticuerpos fríos con especificidad anti-I

135.- ¿A que tipo de infección fúngica se asocia típicamente La imagen de halo invertido?:

- a.- Infección por aspergillus
- b.- Infección por Mucor
- c.- Infección por fusarium
- d.- Infección por Pneumocistiis

136.- Un paciente con leucemia aguda linfoide presentaba el siguiente inmunofenotipo CD19+, CD10+, Cylg-, Smlg+. La sospecha diagnóstica es de:

- a.- LAL-proB
- b.- LAL-preB común
- c.- LAL-preB
- d.- LAL-B

137.- Según el artículo 1.1 de la Constitución Española, España se constituye en un Estado:

- a.- Constitucional y democrático de Derecho
- b.- Igual y democrático de Derecho
- c.- Libre y democrático de Derecho
- d.- Social y democrático de Derecho

138.- Según el artículo 1.2 de la Constitución Española, la soberanía nacional reside en:

- a.- Los poderes del Estado
- b.- El pueblo español
- c.- La Monarquía Parlamentaria
- d.- La Constitución

139.- Según el artículo 2 de la Constitución Española, la Constitución se fundamenta en:

- a.- La justicia, la libertad y la seguridad y promover el bien de cuantos integran la Nación
- b.- La libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político
- c.- La indisoluble unidad de la Nación española
- d.- En los poderes del Estado

140.- De acuerdo con el artículo 43 de la Constitución, compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de:

- a.- Medidas preventivas
- b.- Las prestaciones
- c.- Los servicios necesarios
- d.- Todas son ciertas

141.- En relación con el derecho a la vida y a la integridad física y moral, establece el artículo 15 de la Constitución Española establece que:

- a.- Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral
- b.- Los españoles tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral
- c.- Los extranjeros tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral
- d.- Los españoles tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, salvo que los poderes públicos establezcan lo contrario

142.- Dentro de los derechos fundamentales y libertades públicas de la Sección 1ª del Capítulo II del Título I de la Constitución Española, se encuentra:

- a.- El derecho a la protección de la salud
- b.- El derecho al honor
- c.- El derecho a un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos
- d.- Las tres anteriores son ciertas

143.- Es un principio rector de la política social y económica, según la Constitución Española:

- a.- El derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada
- b.- La libertad de empresa
- c.- El derecho a la propiedad privada y a la herencia
- d.- Todas son ciertas

144.- Dice la Constitución Española que los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social:

- a.- Sí, es su artículo 14
- b.- Sí en su artículo 2
- c.- Sí, en su artículo 22
- d.- La Constitución Española no regula el derecho a la igualdad

145.- Según el artículo 6.2 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud, el personal estatutario sanitario se clasifica atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso. Es personal de formación universitaria: Señala la incorrecta:

- a.- Licenciados con título de Especialista en Ciencias de la Salud
- b.- Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud
- c.- Técnicos superiores
- d.-Diplomados sanitarios

146.- El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos individuales, según su Estatuto Marco:

- a.- A la libre sindicación
- b.- A la actividad sindical
- c.- A la huelga, garantizándose en todo caso el mantenimiento de los servicios que resulten esenciales para la atención sanitaria a la población
- d.- A la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones

147.- El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a. según el artículo 19 del Estatuto Marco:

- a.- Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables
- b.- Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada
- c.- Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos en relación con las funciones propias de su nombramiento, y colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo
- d.- Todas son ciertas

148.- Según el artículo 21 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud, son causas de pérdida de la condición de personal estatutario fijo:

- a.- La renuncia
- b.-La sanción disciplinaria firme de separación del servicio
- c.- La pena principal o accesoria de inhabilitación absoluta y, en su caso, la especial para empleo o cargo público o para el ejercicio de la correspondiente profesión
- d.- Todas son ciertas

149.- Según el artículo 26.2 del Estatuto Marco del personal estatutario, el personal estatutario fijo podrá solicitar voluntariamente prolongar su permanencia en servicio activo siempre que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento:

- a.- Hasta cumplir, como máximo, los 68 años de edad
- b.- Hasta cumplir, como máximo, los 70 años de edad
- c.- Hasta cumplir, como máximo, los 72 años de edad
- d.- Hasta cumplir, como máximo, los 75 años de edad

150.- Corresponde a la Asamblea de Extremadura de conformidad con el artículo 16 del Estatuto de Extremadura:

- a.- El ejercicio de la potestad legislativa de la Comunidad Autónoma
- b.- Ostentar la más alta representación de la Comunidad Autónoma
- c.- Ejercer la representación ordinaria del Estado en la Comunidad Autónoma
- d.- Toda son correctas

151.- El Presidente de Extremadura, de acuerdo con el artículo 25.1 del Estatuto de Autonomía, será elegido por la Asamblea de Extremadura:

- a.- De entre los ciudadanos de Extremadura y nombrado por el Rey
- b.- De entre los miembros de los partidos políticos, y nombrado por el Rey
- c.- De entre personas de reconocido prestigio de Extremadura, y nombrado por el Rey
- d.-. De entre los miembros de la Asamblea de Extremadura y nombrado por el Rey

152.- Según el artículo 29 del Estatuto de Autonomía, la Asamblea de Extremadura puede exigir la responsabilidad política del Presidente de la Comunidad Autónoma mediante la adopción de una moción de censura:

- a.- Por mayoría de tres quintos
- b.- Por un quince por ciento de los miembros de la Cámara
- c.- Por mayoría absoluta
- d.- Por mayoría simple

PREGUNTAS DE RESERVA

1.- Respecto a la nomenclatura de los Anticuerpos Monoclonales (AcMo) indique la opción INCORRECTA:

- a.- La nomenclatura debe indicar la forma individual del producto, la patología para la que se usa y la especie de la que se obtiene
- b.- El sufijo MAB indica que se trata de un anticuerpo monoclonal
- c.- TUXIMAB Indica AcMo antitumoral de ratón
- d.- ZUMAB Indica AcMo humanizado

2.- Cual de estas afirmaciones sobre el tratamiento con Letemovir ES CORRECTA:

- a.- No está indicado en pacientes sometidos a trasplante alogénico
- b.- Está indicado como tratamiento en cualquier infección por Citomegalovirus pero su duración está limitada a 100 días
- c.- Está indicado en la profilaxis de citomegalovirus en el trasplante alogénico de progenitores y su duración es de 100 días aunque puede prolongarse
- d.- Está indicado en el tratamiento de infección por citomegalovirus en el trasplante alogénico de progenitores hematopoyético y su duración puede prolongarse indefinidamente

3.- La encefalitis por Herpes simple 6 en pacientes sometidos a terapia CART cual de estas es una afirmación CIERTA:

- a.- No se confunde con los síntomas de ICANS
- b.- El tratamiento de elección es aciclovir a dosis altas
- c.- El tratamiento de elección es el ganciclovir
- d.- No da secuelas tras la infección tales como la amnesia y déficits intelectuales

4.- La tricoleucemia variante (actualmente leucemia/linfoma esplénico con nucleolo prominente) se caracteriza por:

- a.- Responder de la misma manera a análogos de purina que la leucemia de células peludas
- b.- El inmunofenotipo es idéntico en cuanto a expresión de CD20, CD22 y FMC7 con alta expresión de CD103 similar a la de la tricoleucemia pero CD25 suele ser negativo y CD200 suele ser negativo
- c.- La mutación de BRAF V600 está presente en todos los casos
- d.- La infiltración esplénica se reduce a la pulpa blanca

5.- La mutación de NPM1 se caracteriza por:

- a.- Es la mutación más frecuente en las leucemia agudas mieloblásticas secundarias
- b.- La mutación de NPM1 mutado produce la localización de NPM1 en el citoplasma de las células leucémicas
- c.- Solamente se asocia citológicamente a núcleo en cáliz de los blastos cuando se produce la mutación de FLT3-ITD
- d.- Tiene mal pronóstico cuando se trata con Venetoclax-azacitidina en pacientes ancianos

6.- La clasificación OMS de 2017 tiene una entidad dentro de las Leucemias con cambios genéticos recurrentes no reconocida en las clasificaciones del 2022. ¿Cuál de estas es?:

- a.- RUNX1
- b.- t(8;21)
- c.- inv (16)
- d.- t(15;17)

7.- ¿Cuál de estas afirmaciones sobre las técnicas de agregación plaquetaria es FALSA?:

- a.- En el tipo 2B de von Willebrand la agregación plaquetaria está disminuida con dosis bajas de Ristocetina
- b.- Las dosis altas de Ristocetina en pacientes con enfermedad de von Willebrand producen una agregabilidad disminuida de las plaquetas
- c.- La prueba de agregación plaquetaria se basa en la turbidimetría de plasma rico en plaquetas
- d.- La agregabilidad plaquetaria frente a ristocetina está disminuida en la enfermedad de Bernard-Soulier

8.- En la PTT adquirida, el caplacizumab actúa uniéndose a:

- a.- Dominio A1 del factor von Willebrand
- b.- Dominio catalítico de ADAMTS13
- c.- Subunidad C3b de la convertasa
- d.- Receptor Fc de células B

9.- El tipo de mutación más frecuente en una hemofilia B es:

- a.-Grandes inserciones/delecciones del gen del factor IX
- b.- Mutaciones non-Sense
- c.- Mutaciones “missense”
- d.- Mutaciones del “Splice

10.- Los estándares CAT determinan que Todo Centro o Servicio de Transfusión (CT/ST) debe disponer de un Comité de Calidad. Entre sus funciones una de las siguientes NO está incluida:

- a.- Controlar el cumplimiento de los objetivos de calidad
- b.- Planificación de la formación
- c.- Responder a las quejas y reclamaciones
- d.- Planificación de las auditorías internas

11.- De conformidad con lo indicado en el artículo 49 de la Ley General de Sanidad, ¿quién deberán organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios básicos de la presente Ley?

- a.- El Estado
- b.- El Ministerio de Sanidad
- c.- Las Comunidades Autónomas
- d.- Las Corporaciones Locales

12.- Según el artículo 56 de la Ley General de Sanidad, como regla general el Área de Salud extenderá su acción a una población:

- a.- No inferior a 100.000 ni superior a 200.000 habitantes.
- b.- No inferior a 200.000 ni superior a 250.000 habitantes
- c.- No inferior a 250.000 ni superior a 300.000 habitantes
- d.- No inferior a 300.000 ni superior a 500.000 habitantes