



PRUEBAS SELECTIVAS CONVOCADAS PARA EL INGRESO EN LA CATEGORÍA DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA, POR ORDEN SAN/140/2020, DE 14 DE FEBRERO, PUBLICADA EN EL BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN NÚM. 36, DE FECHA 21 DE FEBRERO DE 2020

**FASE DE OPOSICIÓN
ÚNICO EJERCICIO**

ADVERTENCIAS

NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE.

- Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- El tiempo máximo establecido en las bases de la convocatoria para la realización de este ejercicio es de 180 minutos.
- Preguntas de la parte general del programa: nº 1 a 30
- Preguntas de la parte específica del programa: nº 31 a 150
- Preguntas de reserva de la parte general del programa: nº 151 a 153
- Preguntas de reserva de la parte específica del programa: nº 154 a 165



1.- El Presidente de la Gerencia Regional de Salud es:

- a) El Director Gerente.
- b) El Consejero de Sanidad.
- c) El Secretario Gerente.
- d) El Director económico, presupuestario y financiero.

2.- En relación con los órganos de selección del personal estatutario, señale la afirmación correcta:

- a) Sus miembros deberán ostentar la condición de personal fijo o interino de cualquier administración pública, no pudiendo participar el personal eventual.
- b) La mitad de los componentes debe tener una titulación superior a la exigida en la convocatoria.
- c) Sus miembros deberán ser empleados públicos en plaza o categoría para cuyo ingreso se requiera titulación igual o superior a la exigida a los candidatos.
- d) Sus miembros deberán pertenecer a la Administración Pública que convoca el proceso selectivo.

3.- En relación con la promoción interna, señale la afirmación correcta:

- a) El personal seleccionado por el sistema de promoción interna tendrá preferencia para la elección de plazas con respecto al personal seleccionado por el sistema de acceso libre.
- b) Es requisito de participación en procesos selectivos mediante el sistema de promoción interna haber prestado servicios como personal estatutario fijo, al menos, un año en la categoría de procedencia.
- c) Las plazas que no se provean por el sistema de promoción interna han de reservarse para la siguiente convocatoria de proceso selectivo.
- d) Puede participar el personal estatutario fijo de cualquier servicio de salud perteneciente al Sistema Nacional de Salud.

4.- En relación con la oferta de empleo público, señale la afirmación correcta:

- a) El cupo de plazas reservadas para ser cubiertas por personal con un grado de discapacidad igual o superior al treinta y tres por ciento, en ningún caso será superior al siete por ciento o al porcentaje vigente para la Administración de la Comunidad de Castilla y León.
- b) La oferta de empleo público se aprueba por la Junta de Castilla y León y se publica en el "Boletín Oficial de Castilla y León".
- c) La oferta de empleo público incluye todas las plazas existentes y cubiertas con personal, así como las nuevas necesidades de personal detectadas.
- d) Ha de aprobarse, al menos, cada dos años.

5.- Según la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León, el personal sustituto:

- a) Es personal interino.
- b) Es contratado ante ausencias por vacaciones, permisos y excedencias sin reserva de plaza.
- c) Cesa por incorporación a la plaza de un nuevo titular.
- d) Será nombrado por periodos no superiores a tres meses.

6.- Quién puede participar en el concurso de traslados:

- a) Sólo el personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León.
- b) El personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León y del resto de Servicios de Salud, que participará con otros requisitos.
- c) El personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León y del resto de Servicios de Salud, con las mismas condiciones y requisitos.
- d) El personal estatutario fijo e interino del Servicio de Salud de Castilla y León.

7.- La duración del nombramiento como personal directivo o como Jefe de Servicio asistencial:

- a) Tendrá una duración de cuatro años, sin poder presentarse nuevamente.
- b) Tendrá una duración de cuatro años, pudiendo participar, quien lo ocupara hasta ese momento, en la nueva convocatoria que se efectúe.
- c) Tendrá una duración de cuatro años prorrogables por otros dos.
- d) No tiene límite de duración.

8.- La condición de personal estatutario fijo se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:

- a) Superación de proceso selectivo, nombramiento, juramento o promesa de cumplir las obligaciones del cargo y toma de posesión.
- b) Superación del proceso selectivo y toma de posesión.
- c) Superación del proceso selectivo, elección de la plaza, nombramiento y toma de posesión.
- d) Ninguna de las opciones anteriores es correcta.

9.- En relación con la jubilación, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

- a) La jubilación puede ser forzosa, voluntaria o prolongada.
- b) La prolongación de la permanencia en el servicio activo se concederá por dos años, renovables anualmente.
- c) Se puede solicitar la prórroga en el servicio activo cuando, en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, queden seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación.
- d) Se puede solicitar la prolongación de la permanencia en el servicio activo hasta cumplir, como máximo, setenta y cinco años.

10.- En relación con la historia clínica, señale la afirmación correcta:

- a) La historia clínica ha de archivarse en formato digital, independientemente de que se encuentre también en otros soportes.
- b) La historia clínica identifica a los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales de cada paciente.
- c) Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica como mínimo, cuatro años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- d) Una vez finalizado el proceso asistencial, sólo tiene derecho a recibir un informe de alta el paciente o en su caso, su representante legal.

11.- A los efectos del Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica, se considera documentación pasiva:

- a) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial primaria ni especializada en 3 años.
- b) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial en 5 años, salvo en atención especializada, en cuyo caso bastará que hayan transcurrido como mínimo 3 años sin actividad asistencial.
- c) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial primaria en 3 años.
- d) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial especializada en 2 años.

12.- Es un derecho de las personas en relación con la salud:

- a) La confidencialidad de la información referida al patrimonio genético.
- b) Recibir información sobre su salud y tratamiento médico, excepto si son menores de edad.
- c) Obtener información de sus procesos asistenciales en todo caso, no pudiendo renunciar a dicha información.
- d) Formular quejas y sugerencias en relación con el funcionamiento de los servicios de atención a la salud del Sistema de Salud de Castilla y León, siempre que estas no sean anónimas.

13.- En relación con 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, señale la opción incorrecta en relación con la información básica que el facultativo debe proporcionar al paciente antes de recabar su consentimiento escrito:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad y las contraindicaciones.
- b) El equipo médico que va a efectuar la intervención.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

14.- En relación con las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud, señale la afirmación correcta:

- a) Existen actuaciones preventivas frente al riesgo de agresión, con mecanismos de seguridad activa y pasiva.
- b) Será preceptivo el tratamiento psicológico para los supuestos en que se determine la movilidad del puesto de trabajo del profesional agredido.
- c) El registro de agresiones registrará toda la información del episodio, excepto la identidad de los testigos, por motivos de confidencialidad.
- d) Los mecanismos de seguridad pasiva consisten en la colaboración y coordinación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

15.- En relación con las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, señale la afirmación incorrecta:

- a) Deben utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empresario, de acuerdo con las instrucciones recibidas de éste.
- b) Deben informar de inmediato a su superior jerárquico directo, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.
- c) Deben colaborar en la elaboración de las instrucciones que, en materia de seguridad en el trabajo, tiene que publicitar semestralmente el empresario.
- d) Deben cooperar con el empresario para que éste pueda garantizar unas condiciones de trabajo que sean seguras y no entrañen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

16.- En cuanto al derecho de acceso a los datos de personas fallecidas, señale la afirmación correcta:

- a) Sólo se puede dar acceso a sus datos personales a los herederos.
- b) En caso de fallecimiento de menores, sólo se puede dar acceso a sus datos a sus representantes legales.
- c) No se dará acceso a los datos a quienes la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente, excepto si se trata de sus familiares.
- d) En caso de fallecimiento de menores, podrá acceder a los datos el Ministerio Fiscal, en el marco de sus competencias.

17.- Para tener derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos, hay que encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Tener reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier título jurídico, siempre que tenga su residencia habitual en territorio español y exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.
- b) Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.
- c) Ser persona extranjera sin residencia pero con cónyuge que reside en territorio español.
- d) Tener nacionalidad española, sin obligación de residencia en territorio español.

18.- Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la atención sanitaria siempre que cumplan todos los siguientes requisitos:

- a) No tener acuerdo de colaboración con el país de origen, no existir tercero obligado al pago y no tener permiso de trabajo en España.
- b) No tener cónyuge residente en territorio español y no existir un tercero obligado al pago.
- c) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, no poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia y no existir un tercero obligado al pago.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

19.- La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye:

- a) El transporte sanitario urgente.
- b) La prestación farmacéutica.
- c) Los servicios no esenciales y coadyuvantes para la mejora de una patología crónica.
- d) La prestación a pacientes oncológicos.

20.- Según la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León, el personal se clasifica por el tipo de nombramiento en:

- a) Personal estatutario sanitario y personal estatutario de gestión y servicios.
- b) Personal Licenciado, Diplomado y de Formación Profesional.
- c) Personal estatutario fijo y personal estatutario temporal.
- d) Personal estatutario sanitario y personal estatutario no sanitario.

21.- Los procedimientos para la valoración del puesto de trabajo por causa de salud:

- a) Se inician por los delegados de prevención.
- b) Se inician por el Comité de Seguridad y Salud.
- c) Se inicia por el interesado o por el delegado de prevención.
- d) Serán puestos en conocimiento del Comité de Seguridad y Salud de Área y de los delegados de prevención.

22.- De las siguientes calificaciones de la aptitud para el desempeño del puesto de trabajo, señale la incorrecta:

- a) Apto para el puesto.
- b) Apto para el puesto con limitaciones.
- c) No apto para el puesto con limitación reducida.
- d) No apto para el puesto de forma definitiva.

23.- El traslado por causa de salud del trabajador se producirá cuando:

- a) Conste la existencia de riesgos para la salud del trabajador en su puesto de trabajo, la imposibilidad de adaptación del puesto y la inexistencia de plaza vacante compatible.
- b) Conste la existencia de riesgos para la salud del trabajador en su puesto de trabajo, la solicitud de adaptación del puesto por parte del trabajador y la inexistencia de plaza compatible.
- c) Se acredite la posibilidad de movilidad a una plaza de igual o superior nivel a la desempeñada hasta ese momento y en la misma Gerencia.
- d) Tras la adaptación del puesto durante un periodo de seis meses, se acredite que persiste riesgo para la salud del trabajador.

24.- En el procedimiento de protección de las trabajadoras durante el embarazo y la lactancia, en relación con la organización del trabajo:

- a) Debe evitarse la realización de trabajo nocturno durante el 3er trimestre de gestación.
- b) No está permitida la realización de más de dos guardias en un mes, a partir del 2º trimestre de gestación.
- c) No existe limitación a la jornada complementaria, a excepción del supuesto de embarazo de riesgo.
- d) Se podrá establecer una jornada ordinaria de 6 horas, si la salud de la trabajadora embarazada así lo requiere.

25.- En relación con las unidades de gestión preventiva:

- a) Son los servicios de prevención de riesgos laborales de las Gerencias.
- b) Su responsable debe contar con una formación básica en prevención de riesgos laborales en instituciones sanitarias de al menos 50 horas.
- c) Tienen que estar dotadas de un técnico especialista en prevención de riesgos laborales.
- d) Sus miembros deben contar con formación en PRL de al menos 25 horas.

26.- De la documentación en materia de Prevención de Riesgos Laborales, señale la que no forma parte del esquema piramidal en el que ésta se estructura:

- a) Política de prevención de riesgos laborales.
- b) Planes de prevención.
- c) Procedimientos específicos Gerencia Regional de Salud.
- d) Evaluación de riesgo del puesto de trabajo.

27.- La resolución del procedimiento para la valoración del puesto de trabajo por causa de salud cuando el trabajador sea apto o apto con limitaciones corresponderá:

- a) Al Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.
- b) Al Comité de Seguridad y Salud de Área.
- c) A la Consejera de Sanidad.
- d) Al Gerente del centro o institución sanitaria donde el trabajador preste servicios.

28.- En relación con las prestaciones de salud pública, señale la respuesta incorrecta:

- a) Incluye la protección y promoción de la sanidad ambiental.
- b) Incluye la evaluación de impacto en salud.
- c) Incluye la protección y promoción de la salud laboral.
- d) Incluye la atención a la salud bucodental.

29.- Si el traslado por causa de salud del trabajador tiene carácter provisional:

- a) Su duración no será superior a seis meses.
- b) Perdurará mientras se mantengan las circunstancias que dieron lugar al mismo.
- c) Podrá finalizar en cualquier momento a solicitud del trabajador.
- d) Transcurrido un año, se convertirá en traslado forzoso.

30.- En relación con las prestaciones de atención especializada, señale la respuesta incorrecta:

- a) Comprende la atención a la salud mental.
- b) Comprende la atención paliativa a enfermos terminales.
- c) Comprende la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
- d) Comprende la prestación básica de salud pública.

31.- La hematopoyesis en el ser humano tiene diferentes localizaciones anatómicas a lo largo del desarrollo embrionario, una de las siguientes afirmaciones es verdadera:

- a) La producción de células sanguíneas comienza en el saco vitelino durante las primeras semanas de gestación.
- b) Entre el segundo y el séptimo mes del desarrollo embrionario el timo es el lugar más importante de producción.
- c) Entre el séptimo mes del desarrollo embrionario y el nacimiento el hígado es el lugar más importante de producción.
- d) La médula ósea se convierte en el principal órgano hematopoyético en el nacimiento.

32.- ¿Cuál de las siguientes circunstancias NO es causa de Eosinofilia?

- a) Picaduras.
- b) Brucelosis.
- c) Neoplasias mucosecretoras.
- d) Endocrinopatías.

33.- Señale cuál de las afirmaciones sobre la membrana del eritrocito es cierta:

- a) El intercambio de los lípidos de la membrana con los del plasma es el responsable de los cambios en la morfología de los hematíes en algunas enfermedades (como las hepatopatías).
- b) Los lípidos se disponen en una doble capa de la que el 80% son fosfolípidos y el 20% colesterol.
- c) Los carbohidratos suponen el 50 % de la membrana del hematíe.
- d) Las proteínas suelen actuar como determinantes antigénicos de sistemas de grupos sanguíneos como el ABO o el Lewis.

34.-Uno de los siguientes antígenos es negativo en las células madre hematopoyéticas:

- a) CD34
- b) CD77
- c) CD90
- d) CD117

35.- Los siguientes datos analíticos son útiles para diferenciar la anemia ferropénica de la talasemia menor, excepto uno de ellos:

- a) Número de hematíes.
- b) Amplitud de distribución eritrocitaria.
- c) Contenido de hemoglobina reticulocitaria.
- d) Receptor soluble de la transferrina en suero.

36.- En una paciente de 55 años con anemia ferropénica, sin síntomas digestivos, ¿qué exploración se recomienda realizar en primer lugar, por ser la que presenta más rentabilidad en estos pacientes?

- a) Colonoscopia.
- b) Gastroscopia.
- c) Exploración ginecológica.
- d) Despistaje de enfermedad celíaca.

37.- Una de las siguientes afirmaciones sobre la esferocitosis hereditaria es correcta:

- a) La mayoría de las veces tiene una herencia recesiva.
- b) Las formas leves se presentan con reticulocitosis, sin anemia ni esplenomegalia.
- c) Las formas moderadas son las más frecuentes, se presentan con anemia y sin esplenomegalia.
- d) En las formas graves hay microcitosis intensa y el CCMH puede estar normal o elevado.

38.- En la deficiencia de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa es cierto que:

- a) Suelen encontrarse cuerpos de Heinz.
- b) La anemia hemolítica crónica es frecuente.
- c) El tratamiento de elección es la esplenectomía.
- d) Los pacientes frecuentemente tienen litiasis biliar.

39.- Acude un paciente adulto a nuestra consulta remitido por los siguientes datos analíticos: hemoglobina 11 g/dL, VCM 65 fL, HCM 22 pg, Hb A2 descendida, Hb F normal ¿cuál considera la actitud correcta?

- a) Diagnosticarle de rasgo β -talasémico y hacer consejo genético.
- b) Diagnosticarle de rasgo α -talasémico y hacer consejo genético.
- c) Diagnosticarle de rasgo $\delta\beta$ -talasémico y hacer consejo genético
- d) Hacer un estudio del metabolismo del hierro

40.- Una de las siguientes actitudes NO es correcta en los pacientes con enfermedad falciforme.

- a) En caso de presentar fiebre, iniciar empíricamente tratamiento con amoxicilina / ácido clavulánico y acudir a urgencias si no cede en 2 días.
- b) Tratamiento desde edades tempranas con Hidroxiurea, ya que ha demostrado disminuir los eventos clínicos graves.
- c) Comenzar tratamiento con penicilina en los 3 primeros meses hasta al menos los 5 años.
- d) El uso de factores estimulantes de crecimiento de granulocitos está contraindicado.

41.- En las anemias hemolíticas autoinmunes (AHAI) es cierto que:

- a) En la hemoglobinuria paroxística "a frígore" el anticuerpo es una IgM.
- b) En la enfermedad por crioaglutininas los anticuerpos son normalmente monoclonales.
- c) La reactividad de los anticuerpos en las AHAI por anticuerpos calientes es a 22°C.
- d) La etiología de la hemoglobinuria paroxística "a frígore" es sífilis, viriasis.

42.- La anemia hemolítica autoinmune causada por fármacos como la alfa-metil-dopa tiene todas las características siguientes excepto una:

- a) El eluido es activo contra los hematíes.
- b) El anticuerpo causante es una IgG
- c) La hemólisis es extravascular.
- d) El anticuerpo reacciona con la combinación de fármaco y hematíes.

43.- En el estudio de una anemia por deficiencia de vitamina B₁₂ es falso que:

- a) Los niveles plasmáticos de homocisteína son muy útiles en el diagnóstico de los pacientes sin tratar.
- b) El 90% de los pacientes tienen anticuerpos contra la ATPasa hidrógeno-potasio gástrica.
- c) La detección de autoanticuerpos contra el factor intrínseco tiene mucha sensibilidad, aunque poca especificidad.
- d) La determinación de holotranscobalamina es muy específica del déficit de vitamina B12.

44.- En un paciente con anemia por deficiencia de vitamina B₁₂ que después de dos meses de tratamiento la concentración de hemoglobina no se normaliza, debe descartarse lo siguiente, excepto:

- a) Hipertiroidismo.
- b) Ferropenia.
- c) Enfermedad inflamatoria.
- d) Falta de adherencia al tratamiento.

45.- En un paciente con anemia microcítica en el que el valor de la determinación del receptor soluble de la transferrina es inferior a 1, ¿que patología hay que sospechar?

- a) Anemia ferropénica.
- b) Anemia de las enfermedades crónicas.
- c) Rasgo talasémico.
- d) Anemia sideroblástica.

46.- Señale la afirmación incorrecta en cuanto a las causas de linfadenopatías según la localización anatómica:

- a) La localización retroauricular raramente es maligna.
- b) En un paciente con adenopatías hiliares bilaterales hay que descartar en primer lugar sarcoidosis.
- c) La tuberculosis y las sarcoidosis pueden ser causa de adenopatías mediastínicas.
- d) La simetría en las adenopatías inguinales tiene mayor significación patológica.

47.- ¿Cuál de las siguientes NO es causa de esplenomegalia gigante?

- a) Trombocitemia esencial.
- b) Leucemia mieloide crónica.
- c) Leucemia prolinfocítica.
- d) Tricoleucemia.

48.- Paciente con hemoglobina 9 g/dL, neutrófilos 1,5x10⁹/L y plaquetas 90x10⁹/L, sin blastos en sangre periférica, con displasia en la serie roja, sideroblastos en anillo 7%, blastos en médula ósea 3%, del(7q), mutación SF3B1. El diagnóstico, según la clasificación de la OMS 2016, sería de síndrome mielodisplásico con:

- a) Displasia unilínea.
- b) Displasia multilínea.
- c) Con sideroblastos en anillo y displasia unilínea.
- d) Con sideroblastos en anillo y displasia multilínea.

49.- Una de las siguientes alteraciones citogenéticas aislada es considerada de buen pronóstico en los síndromes mielodisplásicos:

- a) del(3q).
- b) +19.
- c) del(7q).
- d) del(20q).

50.- En relación con el tratamiento de los síndromes mielodisplásicos (SMD), una de las siguientes afirmaciones NO es cierta:

- a) El tratamiento con globulina antitumoral se debe considerar en pacientes con SMD hipoplásicos, de alto riesgo con cariotipo anormal.
- b) Azacitidina es el único tratamiento que ha demostrado en los SMD de alto riesgo aumentar la supervivencia.
- c) Lenalidomida es el tratamiento de elección en los pacientes con SMD de alto riesgo con del(5q).
- d) El tratamiento con azacitidina no está indicado en los pacientes con SMD de bajo riesgo.

51.- Solo una de las siguientes afirmaciones es cierta en cuanto al tratamiento de la leucemia mielomonocítica crónica.

- a) Una vez hecho el diagnóstico, se debe iniciar el tratamiento lo antes posible.
- b) El tratamiento con hidroxiurea de los pacientes que presentan leucocitosis elevada prolonga la supervivencia.
- c) Ruxolitinib es el tratamiento estándar en los pacientes que presentan mielofibrosis.
- d) El uso de agentes hipometilantes tiene similar eficacia al resto de los síndromes mieloproliferativos.

52.- Cual de las siguientes afirmaciones sobre la patogenia de la policitemia vera es falsa:

- a) La mutación V617F en el exón 14 del gen *JAK2* se detecta en el 95% de los pacientes con policitemia vera.
- b) La ventaja proliferativa se produce por la unión irreversible de la eritropoyetina a la proteína *JAK2* mutada.
- c) Si la mutación *JAK2* se produce en un progenitor hematopoyético indiferenciado se origina un estímulo de las tres series.
- d) El nivel plasmático de eritropoyetina está siempre disminuido en la policitemia vera.

53.- En un paciente de 58 años, diagnosticado de policitemia vera, ¿cuál de las siguientes, de forma aislada, NO sería indicación de inicio de tratamiento con Hidroxiurea?

- a) Antecedentes de consumo de tabaco, hipertensión arterial, dislipemia.
- b) Trombosis.
- c) Hemorragia.
- d) Esplenomegalia sintomática.

54.- Todos los siguientes son criterios obligatorios para el diagnóstico de mielofibrosis primaria según OMS 2016, excepto uno:

- a) Biopsia de médula ósea con proliferación de megacariocitos atípicos, con fibrosis reticulínica y/o colágena grados 2 o 3.
- b) Demostración de la mutación *JAK2* V617F, *CALR* o *MPL*, o, en ausencia de estas mutaciones, presencia de otro marcador clonal o ausencia de mielofibrosis reactiva.
- c) Ausencia de evidencia, según criterios de la OMS, de TE, PV, LMC. SMD u otra neoplasia hematológica.
- d) Esplenomegalia palpable.

55.- Señale la correcta:

- a) La t(8;21) afecta a los genes CBFM-MYH11.
- b) La t(9;22) está presente en el 3% de las leucemias agudas mieloblásticas.
- c) Se denominan mutaciones clase I aquellas que afectan a genes reguladores de la transcripción.
- d) Mutaciones del gen de la nucleofosmina NPM1 son infrecuentes en leucemias mieloblásticas agudas con cariotipo normal.

56.- Respecto a las leucemias agudas, señale la incorrecta:

- a) Es la neoplasia más frecuente en niños.
- b) El pico de máxima incidencia en leucemias agudas linfoblásticas es entre los 3 y 5 años de edad.
- c) La variante más frecuente es leucemia linfoblástica común CD10 positivo.
- d) Las leucemias agudas linfoblásticas hiperdiploides se asocian a mal pronóstico.

57.- Señale la correlación correcta respecto a anomalías cromosómicas en leucemias agudas linfoblásticas:

- a) t(8;14)(q24;q32) CMYC-TCR
- b) t(9;22)(q34;q11) BCR-TCR
- c) t(4;11)(q21;q23) MLL-TCR
- d) t(11;14)(p15;q11) LMO1-TCR

58.- Respecto a leucemias agudas mieloblástica es falso que:

- a) La M2 es la variante FAB más frecuente.
- b) La variante M3 microgranular cursa con hiperleucocitosis.
- c) En la variante M5 la infiltración extramedular es infrecuente.
- d) A diferencia de la variante M4 la lisozima sérica en la M5, suele estar disminuída.

59.- Señale la correcta, respecto a marcadores mieloides:

- a) La variante M0 es MPO positiva y HLA-DR positiva.
- b) La variante M2 es MPO positiva y HLA-DR negativa.
- c) La variante M3 es MPO positiva y HLA-DR negativa.
- d) La variante M7 es MPO positiva y HLA-DR negativa.

60.- Según la European Leukemia Net no se considera de riesgo genético adverso en leucemia aguda mieloblástica:

- a) Mutación de NPM1 y FLT3-ITDalto
- b) Mutación de TP53.
- c) t(6;9)(p23;q34.1): DEK-NUP214
- d) t(9;22)(q34.1;q11.2): BCR-ABL1.

61.- En el tratamiento de las leucemias agudas linfoblásticas, es correcto:

- a) La combinación adecuada de inducción es citarabina a altas dosis asociada a L-asparaginasa, sin otros fármacos asociados.
- b) No debe asociarse en inducción corticoides por riesgo alto de infección.
- c) El tratamiento sistémico con citarabina y tratamiento intratecal no debe administrarse simultáneamente.
- d) En el tratamiento de mantenimiento asociar citarabina a bajas dosis a metotrexato y mercaptopurina aumenta el tiempo de supervivencia global.

62.- Respecto al tratamiento de la leucemia aguda mieloblástica, es verdad que:

- a) Tras tratamiento de inducción con uno o dos ciclos de la combinación de citarabina y antraciclina se consigue que el 40-50% de los pacientes entren en remisión completa.
- b) La terapia de inducción se asocia a alta morbimortalidad (20-30%).
- c) La profilaxis neuromeningea debe asociarse a las variantes M4 y M5 y también en cualquier paciente con hiperleucocitosis.
- d) Los pacientes mayores con buen estado general y sin comorbilidades, aún con cariotipo complejo, pueden beneficiarse de una terapia similar a los jóvenes.

63.- Respecto a la leucemia aguda promielocítica es falso que:

- a) El tratamiento con ATRA es fundamental.
- b) El trióxido de arsénico (ATO) desbloquea las funciones de la proteína PML.
- c) Se han encontrado que el 35-45% de los pacientes tienen mutaciones de FLT3.
- d) La variante microgranular es de mejor pronóstico.

64.- En leucemia linfocítica crónica es verdadero:

- a) Es la leucemia más frecuente en la práctica clínica de Occidente con una incidencia de 8-10 casos por cada 100.000 habitantes/año.
- b) Las personas con historia familiar de síndrome linfoproliferativo tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad.
- c) Para su diagnóstico se requiere una cifra de linfocitos B clonales CD19 superior a $3 \times 10^9/l$, en el que coexpresen CD5+ y CD23+.
- d) La alteración genética más frecuente es la delección 13q, que se correlaciona con buen pronóstico, incluso en los casos con un alto porcentaje de pérdidas.

65.- En leucemia linfocítica crónica es correcto:

- a) La presencia de sombras de Gumprecht en el frotis de sangre periférica en más de un 30% constituye un factor pronóstico favorable.
- b) El fenotipo característico es CD19+, CD5+, CD23+, FMC7+.
- c) En la biopsia de médula ósea, al igual que otros síndromes linfoproliferativos, la disposición de los infiltrados es paratrabecular.
- d) La presencia de la mutación genética NOTCH1, se ha relacionado con un curso clínico más indolente.

66.- Es falso que:

- a) La leucemia prolinfocítica B se caracteriza por esplenomegalia gigante en ausencia de adenopatías.
- b) La leucemia prolinfocítica T son habituales la hepatoesplenomegalia y las adenopatías.
- c) La mutación V600E en el gen BRAF es altamente sensible y específica de la tricoleucemia clásica.
- d) La fludarabina no es útil en el tratamiento de la tricoleucemia.

67.- Señale la incorrecta:

- a) La leucemia de linfocitos grandes granulares de estirpe T con fenotipo CD4+ se asocian con frecuencia a neoplasias ocultas.
- b) En la leucemia de linfocitos grandes granulares de estirpe T, que precisan tratamiento, este debe incluir dosis altas de metotrexato.
- c) La leucemia de linfocitos grandes granulares de estirpe NK suele asociarse a otras enfermedades como vasculitis.
- d) La asociación de interferón alfa y zidovudina es en la actualidad el tratamiento de elección en las formas crónicas de la leucemia-linfoma T del adulto.

68.- Es verdadero:

- a) Los pacientes que ha padecido mononucleosis infecciosa tienen el mismo riesgo de padecer linfoma de Hodgkin que la población general.
- b) La variante de célula de Reed-Sternberg con aspecto "palomita de maíz" es característica del linfoma de Hodgkin predominio linfocítico nodular.
- c) Las células de Reed-Sternberg malignas, son positivas para CD45, CD30 y CD15.
- d) El linfoma de Hodgkin clásico rico en linfocitos es la variante histológica más frecuente.

69.- Respecto al linfoma de Hodgkin, no es correcto:

- a) En el tipo predominio linfocítico nodular las recaídas múltiples empeoran el pronóstico.
- b) El tipo clásico rico en linfocitos suele darse en varones con enfermedad localizada y se asocia a buen pronóstico.
- c) El tipo clásico esclerosis nodular afecta más a jóvenes con alto nivel socioeconómico y suele presentarse con frecuencia con masa mediastínica.
- d) El tipo clásico depleción linfocítica suele presentarse en estadios avanzados con participación retroperitoneal.

70.- En linfoma de Hodgkin, en enfermedad avanzada (III-IV), no es factor de mal pronóstico según el International Prognostic System (IPS):

- a) Sexo masculino.
- b) VSG elevada.
- c) Albúmina <4 g/dl.
- d) Leucocitos > 15 x 10⁹/l.

71.- ¿Cuál de las siguientes relaciones es incorrecta?:

- a) Helicobacter pylori y linfoma asociado a mucosas gástrico.
- b) Virus de hepatitis C y linfoma plasmoblástico.
- c) Retrovirus linfotrópico humano tipo 1 y linfoma de cavidades.
- d) Plasmodium y linfoma de Burkitt endémico.

72.- Respecto a la alteraciones genéticas detectadas en los linfomas no Hodgkin, no es frecuente:

- a) Linfoma MALT y t(2;5).
- b) Linfoma Burkitt y t(8;14).
- c) Linfoma folicular y t(14;18).
- d) Linfoma de células del manto y t(11;14).

73.- ¿Cuál de los siguientes no es un factor adverso según el índice pronóstico internacional para el linfoma folicular (FLIPI)?

- a) Edad mayor de 60 años.
- b) LDH elevada.
- c) Hemoglobina <12 gr/dl.
- d) Beta-2-microglobulina elevada.

74.- Es incorrecto que:

- a) El linfoma linfoblástico T suele debutar típicamente con una masa mediastínica voluminosa.
- b) El linfoma folicular es el segundo linfoma más frecuente.
- c) El linfoma marginal ganglionar presenta frecuentemente las mismas traslocaciones que en las formas extraganglionares.
- d) El linfoma difuso de células grandes B son los linfomas más comúnmente asociados a situaciones de inmunodeficiencia.

75.- Respecto a los linfomas difusos de células grandes B es correcto:

- a) La variante habitual más frecuente es la centroblastica, seguida de la inmunoblástica y de la anaplásica.
- b) La localización extraganglionar más frecuente es el anillo de Waldeyer.
- c) El pronóstico es más favorable si las características genéticas de las células es de tipo activado que si es de célula de centro germinal.
- d) El asociado a coexpresión de MYC y BCL2 son de mejor pronóstico.

76.- Es incorrecto que:

- a) El linfoma de células del manto tiene claro predominio en varones de edad avanzada.
- b) El linfoma del manto se caracteriza por la frecuente afectación del tubo digestivo.
- c) El linfoma de Burkitt característicamente sus vacuolas se tiñen con rojo Sudán.
- d) El linfoma de Burkitt se considera un linfoma resistente a la quimioterapia.

77.- En relación a los linfomas no Hodgkin T, es verdadero:

- a) El linfoma anaplásico rara vez presenta remisiones espontáneas.
- b) El linfoma T periférico tiene mayor incidencia en edad infantil que en adulto.
- c) El linfoma angioinmunoblástico es frecuente la presencia de anticuerpos antimúsculo liso acompañados de eosinofilia.
- d) El linfoma Natural Killer de tipo nasal suele cursar con afectación adenopática.

78.- De los siguientes tipos de linfomas ¿cuál es el menos frecuente respecto a entidades asociadas al virus de la inmunodeficiencia humana?

- a) Burkitt
- b) Folicular B.
- c) Difuso de células grandes B.
- d) Cerebral primario.

79.- La irradiación corporal se suele utilizar como régimen de acondicionamiento en el trasplante hematopoyético. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- a) En pacientes con linfomas se prefieren esquemas de acondicionamiento con radioterapia.
- b) En pacientes con leucemia aguda linfoblástica, la radioterapia se asocia a menor recidiva.
- c) En pacientes con leucemia aguda mieloblástica y síndrome mielodisplásico, el busulfán intravenoso ofrece resultados similares a la radioterapia.
- d) En pacientes con enfermedades no neoplásicas se prefiere evitar el acondicionamiento con radioterapia a dosis altas.

80.- Entre las ventajas para el paciente de utilizar progenitores de sangre periférica (PSP) en el trasplante no figura:

- a) Recuperación inmunológica más rápida.
- b) Menor riesgo de complicaciones infecciosas.
- c) Menos días de hospitalización.
- d) Mejor calidad de vida.

81.- En el contexto de un régimen de acondicionamiento de intensidad reducida (AIR) previo a trasplante alogénico en Leucemia mieloblástica aguda (LMA), ¿cuál es la respuesta correcta?:

- a) Presenta menor tasa de recaída que tras acondicionamiento mieloablativo.
- b) El trasplante alogénico con AIR no está indicado en LMA.
- c) Se recomienda esquema AIR en pacientes entre 35-45 años.
- d) La recaída tras el trasplante es la principal causa de muerte.

82.- Se consideran factores predictivos de los resultados de trasplante alogénico en síndrome mielodisplásico todos excepto:

- a) Diagnóstico de alto riesgo (AREB, LMMC).
- b) Cariotipo monosómico.
- c) $\geq 5\%$ blastos en médula ósea al alo TPH.
- d) Fuente de progenitores de donante haploidentico.

83.- En cuanto al trasplante alogénico en leucemia mieloide crónica, ¿qué opción es la falsa?:

- a) La fuente de progenitores en RC1 (remisión completa) en fase crónica recomendada es la médula ósea.
- b) La fuente de progenitores en RC1 en fases avanzadas recomendada es la sangre periférica.
- c) La profilaxis del SNC (sistema nervioso central) sólo es necesaria en crisis blástica mieloide.
- d) El mantenimiento con inhibidores tirosin quinasa se recomienda en fases avanzadas.

84.- Entre los factores de riesgo para el fallo del injerto se encuentran todos los siguientes excepto:

- a) Acondicionamiento insuficiente.
- b) Presencia de anticuerpos anti-HLA específicos del donante.
- c) Inmunosupresión post trasplante insuficiente.
- d) Incompatibilidad ABO.

85.- En relación con la detección precoz de infección por Citomegalovirus (CMV), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- a) Las técnicas de detección precoz de la infección por CMV son de enorme importancia al ser la base para el tratamiento anticipado.
- b) No hay puntos de corte universalmente aceptados para iniciar el tratamiento anticipado.
- c) Existen reactivaciones locales en pulmón que no se detectan en sangre.
- d) El grupo Europeo de Trasplante (EBMT) en sus últimas recomendaciones considera que la PCR es superior a la antigenemia para la vigilancia del CMV en el TPH.

86.- En relación con el trasplante de sangre de cordón umbilical (TSCU), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- a) Las indicaciones actuales de TSCU en adultos no difieren de las de TPH de donante no emparentado.
- b) El grado de disparidad HLA no ha demostrado influir negativamente en los resultados en adultos.
- c) El TSCU se asocia con un elevada mortalidad de causa infecciosa.
- d) La incidencia de enfermedad injerto contra huésped aguda y crónica parece superior a la observada con otras fuentes de progenitores.

87.- En el trasplante haploidentico con depleción linfoide es fundamental todo lo siguiente excepto:

- a) Un acondicionamiento que permita una óptima inmunosupresión y prendimiento.
- b) Bajas dosis de progenitores hematopoyéticos si existe disparidad HLA.
- c) Alorreactividad NK donante-receptor para potenciar el efecto antileucémico.
- d) Uso de donantes NK alorreactivos con fenotipo protector de las infecciones y de la recaída.

88.- Para la selección del donante haploidentico se prefieren todos los siguientes excepto:

- a) Donante mujer.
- b) Más joven.
- c) Haploidentico con 5/10 identidades HLA.
- d) ABO compatible.

89.- Entre las variables preanalíticas consideradas en un estudio de coagulación, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- a) El tiempo de ayuno puede modificar los resultados de los estudios de coagulación.
- b) La postura a la hora de realizar la extracción de la muestra es importante.
- c) El bombeo del puño durante la extracción afecta a las pruebas de coagulación.
- d) El orden de extracción de los tubos de sangre es esencial para prevenir contaminación cruzada de los aditivos.

90.- Entre las consecuencias del uso indebido de los tubos de sangre para las pruebas de coagulación figuran todas excepto:

- a) El plasma con EDTA prolonga tiempo de protrombina (TP) y tromboplastina parcial activada (TTPa).
- b) Una muestra coagulada puede afectar al dímero D.
- c) El plasma con heparina proporciona falsos niveles bajos de fibrinógeno.
- d) Los tubos de citrato no llenados completamente prolongan el TTPa pero no el TP.

91.- En casos de transfusión masiva, ¿qué alteraciones en las principales pruebas de coagulación encontraremos?:

- a) TP prolongado, TTPa prolongado, TT (tiempo de trombina) prolongado, Fibrinógeno normal o bajo.
- b) TP prolongado, TTPa prolongado, TT normal, Fibrinógeno normal.
- c) TP prolongado, TTPa prolongado, TT normal, Fibrinógeno bajo.
- d) TP prolongado, TTPa normal, TT normal, Fibrinógeno normal.

92.- La Trombopenia inmune primaria (PTI) se caracteriza por los siguientes enunciados excepto:

- a) Existencia de una trombocitopenia periférica, con normalidad del resto de las series.
- b) Presencia de megacariocitos en la médula ósea.
- c) Ausencia de autoanticuerpos anti-plaquetas.
- d) Ausencia de enfermedad subyacente (diagnóstico de exclusión).

93.- En relación con el tratamiento de la PTI, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- a) Aproximadamente dos tercios de los pacientes responden a corticoides en primera línea.
- b) Con dexametasona se produce menor número de complicaciones hemorrágicas durante los 10 primeros días que con prednisona.
- c) Se recomienda una cifra de plaquetas $> 50 \times 10^9/L$ previo a esplenectomía.
- d) Cuando un agonista trombopoyético no funciona, no es factible el cambio a otro.

94.- Hablando de Rituximab en el contexto del tratamiento de la PTI, ¿cuál de las siguientes respuestas es falsa?:

- a) No tiene indicación aprobada en PTI.
- b) Ha sido evaluado en segunda línea como alternativa a la esplenectomía.
- c) La tasa de respuesta a dosis de $375 \text{ mg/m}^2/\text{semana} \times 4$ dosis está en el 40-60%.
- d) La tasa de respuesta a largo plazo con rituximab es superior a la conseguida con la esplenectomía.

95.- El síndrome de Di George se caracteriza por todo lo siguiente excepto:

- a) Malformaciones cardíacas.
- b) Malformaciones en paladar.
- c) Insuficiencia de las glándulas suprarrenales.
- d) Retraso del aprendizaje.

96.- El síndrome de plaqueta gris se caracteriza por todo lo siguiente excepto:

- a) Herencia autosómica dominante.
- b) Evolución a mielofibrosis.
- c) Desarrollo de esplenomegalia.
- d) Alteraciones graves en gránulos α .

97.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta en relación con el diagnóstico de la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT)?:

- a) El diagnóstico definitivo de PTT se establece con una actividad de ADAMTS13 $< 10\%$.
- b) Si se detectan anticuerpos inhibidores, es de tipo adquirida-autoinmune.
- c) Si no se detectan anticuerpos, se sospechará una PTT congénita.
- d) Las PTT congénitas no necesariamente presentan mutaciones en el gen de ADAMTS13.

98.- Entre las nuevas líneas terapéuticas en el tratamiento de las microangiopatías trombóticas (MAT) se han propuesto las siguientes excepto :

- a) Bortezomib.
- b) Inhibidores del receptor plaquetar Gp Ib/IX.
- c) Lenalidomida.
- d) N-acetilcisteína.

99.- Ante un paciente con hemorragia, TP normal y TTPa prolongado, pensaremos en todas las siguientes excepto:

- a) Disfibrinogenemia.
- b) Inhibidores específicos de VIII, IX, XI o factor von Willebrand.
- c) Discrasias plasmocelulares.
- d) Terapia con heparina.

100.- En relación con el factor VIII (FVIII), indique la verdadera:

- a) El FVIII circula en el plasma unido de forma covalente al factor von Willebrand (FvW).
- b) El papel de FVIII en la coagulación es la activación del FX como cofactor del FIX.
- c) Los principales activadores del FVIII son el FIIa y FXa.
- d) La mayoría de las variantes patológicas en la hemofilia A pueden reducir la síntesis o secreción de FVIII o alterar su actividad como cofactor.

101.- Los niveles plasmáticos de FVII necesarios para el control inicial de los episodios hemorrágicos en nuestro entorno varían dependiendo de la localización de la hemorragia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?:

- a) Niveles deseados en hemorragia articular: 40-60%.
- b) Niveles deseados en hemorragia de garganta y cuello: 80-100%.
- c) Niveles deseados en hemorragia renal: 50%.
- d) Niveles deseados en hemorragia gastrointestinal: 40-60%.

102.- Dentro de la enfermedad de von Willebrand, (EvW) ¿cuál no es correcta en relación con el tipo 2?

- a) 2A: ↓ adhesión plaquetar factor von Willebrand (FvW) dependiente y ↓ de los multímeros de alto peso molecular (MAPM).
- b) 2B: ↑ afinidad por GpIb plaquetar, RIPA (aglutinación plaquetar en presencia de ristocetina) facilitado.
- c) 2M: ↓ adhesión plaquetar FvW dependiente, multímeros normales.
- d) 2N: ↑ afinidad por el FVIII (Normandía).

103.- Varón de 53 años que en un análisis de rutina se detecta un componente monoclonal IgG Kappa de 1.3 g/dL con cadena ligera libre en suero Kappa de 95 mg/dL, lambda de 0.9 mg/dL y ratio kappa/lambda de 105. Las exploraciones complementarias muestran: hemoglobina, calcio y función renal normales; resonancia cuerpo entero normal; PET-TAC normal; médula ósea con un 12% de células plasmáticas clonales, de las cuales el 85% tienen un fenotipo patológico y un 42% presentan la t(4;14). El diagnóstico es:

- a) Gammapatía monoclonal de significado incierto
- b) Mieloma Múltiple Smoldering
- c) Mieloma Múltiple
- d) Gammapatia Monoclonal de significado renal

104.- Varón de 78 años que consulta por clínica de insuficiencia cardiaca congestiva y es ingresado en el Servicio de Cardiología. En las exploraciones complementarias se objetiva un Componente Monoclonal IgA lambda de 0.9 g/dL y se realiza una médula ósea que muestra una infiltración por 6% de células plasmáticas clonales. No se objetiva ningún evento que defina Mieloma. Se realiza biopsia cutánea abdominal que resulta Rojo Congo + y la gammagrafía con 99mTc-PYP muestra una captación intensa. La sospecha diagnóstica es:

- a) Amiloidosis por apolipoproteína
- b) Amiloidosis primaria
- c) Gammapatia monoclonal de significado incierto y Amiloidosis senil
- d) Amiloidosis por transretina mutada

105.- Paciente portador de una prótesis mitral mecánica anticoagulado con acenocumarol que requiere una dosis más baja de la esperada para mantener un INR entre 2.5 y 3.5. Entre las posibles causas está:

- a) Mutaciones en el gen que codifica para la vitamina K
- b) Alimentación vegana
- c) Polimorfismos del CYP2C9
- d) Mutaciones en el gen que codifica para los factores II, VII, IX o X

106.- Paciente con fibrilación auricular no valvular que recibe dabigatrán y presenta un accidente de tráfico grave que requiere una intervención quirúrgica urgente. La primera medida sería:

- a) Administración de complejo protrombínico
- b) Administración de vitamina K
- c) Plasma fresco congelado
- d) Idarucizumab

107.- Con respecto a la comparación entre la secuenciación SANGER y la secuenciación masiva (NGS), es correcto que:

- a) La longitud de lectura de SANGER son Gb
- b) NGS es capaz de identificar miles de alteraciones moleculares en cada paciente, siendo la mayoría benignas.
- c) SANGER permite un análisis simultáneo y masivo
- d) NGS tiene una elevada precisión

108.- En un paciente que presenta un déficit de antitrombina, cuál es el gen candidato a estar implicado en su déficit?

- a) F2
- b) SERPIN1
- c) PROC
- d) PROS1

109.- En un paciente que va a ser sometido a una cirugía cardíaca que requiere circulación extracorpórea, la anticoagulación de elección es:

- a) Acenocumarol
- b) Warfarina
- c) Heparina
- d) Bivalirudina

110.- Paciente que va a ser sometido a una biopsia hepática percutánea y presenta un Tiempo de Protrombina de 1,5 y cifra de plaquetas de 70 x 19/L y consultan al hematólogo. La actitud sería:

- a) Parar el procedimiento
- b) Administrar desmopresina
- c) Se puede realizar con esos valores
- d) Administración de plasma

111.- De acuerdo a la normativa legal, qué prueba no se realiza en el producto de donación de sangre:

- a) Detección genómica directa del Virus de la hepatitis C
- b) Anticuerpos frente al virus de la hepatitis B
- c) Pruebas serológicas para sífilis
- d) Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C

112.- El hematólogo de guardia recibe una llamada por la llegada de componentes sanguíneos del centro de Transfusión avisando que los hematíes han estado fuera de la temperatura óptima.Cuál es la actitud:

- a) Desecharlos
- b) Revisar el tiempo que han estado fuera de temperatura
- c) Guardarlos y reservarlos sólo en caso de urgencia
- d) No darle ninguna importancia

113.- Antes de proceder a la transfusión de productos sanguíneos, es imperativo legal:

- a) Que el paciente firme el Consentimiento Informado en un documento elaborado para tal fin
- b) Que conste en la historia clínica que se obtuvo el consentimiento.
- c) Que el paciente pregunte todas las dudas que tiene
- d) Que haya siempre un testigo

114.- Paciente con aplasia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos que presenta infección fúngica. Se solicita la transfusión de granulocitos para lo cual hay que tener en cuenta:

- a) No hay ninguna recomendación acerca del estado de inmunidad para CMV
- b) Es rara la contaminación del producto con eritrocitos
- c) Hay que realizar prueba de compatibilidad leucocitaria
- d) No es precisa la irradiación de los granulocitos

115.- Varón de 69 años diagnosticado de Mieloma Múltiple, sin historia transfusional conocida, para el que solicitan transfusión de hematíes. En el Servicio de Transfusión objetivan un test de Coombs directo + por IgG. La primera actitud sería:

- a) Obviar el resultado
- b) Utilizar técnicas para remover el IgG de la superficie de los hematíes
- c) Preguntar al médico responsable por su historia de tratamientos
- d) Realizar un test de Coombs indirecto

116.- Se solicita una transfusión desde la Unidad de neonatología y en la prueba pretransfusional se observa una discrepancia ABO en el test serológico, en cual de las siguientes causas se debe pensar:

- a) Tratamiento con antibióticos
- b) Infección por *Helicobacter pylori*
- c) Ausencia de aglutininas anti B en niños estériles, libres de contacto con bacterias
- d) El paciente estará recibiendo nutrición parenteral

117.- Con respecto al sistema Lewis, es correcto que:

- a) La presencia de anticuerpos anti-Lewis se deben considerar relevantes para la transfusión.
- b) Los Antígenos Lewis persisten por varias semanas en la superficie de los hematíes tras la transfusión.
- c) El antígeno Le^b es receptor para el *Helicobacter Pilory*
- d) Los anticuerpos anti-Lewis atraviesan la placenta y pueden tener papel en la enfermedad hemolítica del recién nacido.

118.-Cuál es la afirmación correcta en caso de presencia de anticuerpos anti-Rh

- a) Son habitualmente IgM
- b) Producen hemólisis intravascular
- c) Producen hemólisis extravascular
- d) Activan el sistema del complemento

119.- La enfermedad hemolítica del recién nacido por anticuerpos anti-Kell se caracteriza por :

- a) Elevada reticulocitosis
- b) Concentraciones bajas de bilirrubina en el líquido amniótico
- c) Elevadas concentraciones de bilirrubina en sangre
- d) Es mucho más severa que la inducida por anticuerpos anti-RH.

120.- ¿Cuál de los siguientes es un criterio válido para definir la refractariedad a plaquetas, asumiendo los productos contienen un número óptimo de plaquetas ?

- a) No recuperación de niveles de plaquetas iguales o superiores a 15.000/uL 3 horas tras la transfusión
- b) Incremento del conteo plaquetario 1 hora post transfusión inferior a 5000-7500 plaquetas/uL
- c) Incremento del conteo plaquetario 2 horas post transfusión inferiores a 2000-3000 plaquetas/uL
- d) No recuperación de niveles de plaquetas iguales o superiores a 10.000/uL 2 horas post transfusion

121.- Paciente refractario a plaquetas que requiere transfusión de plaquetas con fenotipo compatible en HLA. Hay que tener en cuenta que :

- a) Deben ser irradiadas
- b) Deben ser filtradas
- c) Necesitan ser cuarentenadas
- d) Se deben transfundir con un calentador

122.- ¿Cuáles son los anticuerpos implicados en el desarrollo de TRALI (transfusion related acute lung injury o daño pulmonar agudo producida por transfusión)?

- a) Anticuerpos anti neutrófilo y anti HLA clase I y II
- b) Anticuerpos anti neutrófilo
- c) Anticuerpos anti neutrófilo y anti HLA clase II
- d) Anticuerpos anti neutrófilo y anti HLA clase I

123.- En la solicitud de una transfusión, cuál de las siguientes informaciones no es obligatorio que aparezca:

- a) Identificación del receptor
- b) Motivo de la indicación de la transfusión
- c) Grupo ABO y Rh
- d) Fecha de la solicitud y grado de urgencia

124.- Para garantizar la correcta identificación de un paciente adulto sin deficiencias, al que se le van a extraer muestras pretransfusionales, es necesario:

- a) Comprobar que número de historia del paciente se corresponde con el nombre del paciente.
- b) Preguntar a la enfermera de la Unidad de hospitalización si es el paciente correcto.
- c) Llamar al paciente por su nombre y apellidos para que corrobore que es el paciente.
- d) Invitar a que el paciente diga su nombre y apellidos para hacer la comprobación con la petición.

125.- En un estudio pretransfusional, los paneles para detectar alo anticuerpos deben ser capaces de identificar, con seguridad, los más frecuentes y relevantes clínicamente que incluyen:

- a) Anti-D, M, K y Fy^a
- b) Anti-D, E, K y Fy^a
- c) Anti-D, N, K y Le
- d) Anti-D, Le, Jk^b y Fy^a

126. Con respecto al test de antiglobulina directo o DAT (direct antiglobulin test), es falso que:

- a) Es necesario hacerlo siempre pretransfusión
- b) Se debe hacer en caso de hemólisis
- c) La mayoría de donantes sanos en que se detecta un test de antiglobulina directo positivo no tienen ninguna sintomatología.
- d) la presencia de un test de antiglobulina directo positivo en donantes sanos puede ser un marcador de riesgo de desarrollo de neoplasia.

127.- En cuanto al etiquetado de los componentes sanguíneos: La etiqueta portará información sobre los siguientes aspectos excepto uno:

- a) Identificación numérica o alfanumérica exclusiva de la donación.
- b) Nombre y dirección del Centro de Transfusión procesador.
- c) Temperatura y condiciones de almacenamiento.
- d) Hematocrito en el caso de los concentrados de hematíes.

128.- El documento de solicitud de transfusión debe contener la información necesaria excepto una de las siguientes opciones:

- a) Identificación correcta del receptor: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, sexo y localización.
- b) Identificación clara del médico prescriptor.
- c) Identificación clara de la persona que realiza la extracción de la muestra.
- d) Fecha y hora de la solicitud y grado de urgencia.

129.- Paciente de 18 años de edad testigo de Jehová diagnosticado de leucemia mieloblástica aguda con cifra de hemoglobina de 4 g/dL y clínica de hipoxemia que rechaza la transfusión de concentrados de hematíes. ¿Cuál debe ser la actitud del médico?:

- a) Respetar la decisión del paciente aunque conlleve su fallecimiento.
- b) Intentar convencer al paciente con argumentos clínicos de la necesidad de la transfusión.
- c) Son los padres o tutores legales quienes deben decidir en última instancia.
- d) Informar al juez o fiscal de guardia, junto con el comité de ética; quienes tomarán la decisión última.

130.- ¿Cuál es la causa más frecuente de refractariedad plaquetar?

- a) Anticuerpos anti-HLA (clase I)
- b) Anticuerpos antiplaquetarios específicos (HPA)
- c) Causas no inmunológicas.
- d) Incompatibilidad ABO

131.- En pacientes pediátricos estables clínicamente: ¿Por debajo de que cifra de plaquetas se recomienda transfusión profiláctica?

- a) $50 \times 10^9/L$
- b) $30 \times 10^9/L$
- c) $25 \times 10^9/l$
- d) $20 \times 10^9/L$

132.- En cuanto a la transfusión de un concentrado de hematíes, se recomienda que el tiempo de infusión no supere los:

- a) 60 minutos
- b) 120 minutos
- c) 180 minutos
- d) 240 minutos

133.- ¿Cuál es el tiempo máximo de almacenamiento de los concentrados de granulocitos?

- a) 24 horas.
- b) 48 horas.
- c) 72 horas.
- d) 98 horas.

134.- ¿En cuál de estas opciones no está recomendada la transfusión de plasma?

- a) Pacientes con insuficiencia hepática y tasa de protrombina $< 50 \%$ que van a ser sometidos a biopsia hepática con aguja fina.
- b) Hemorragia aguda de más de 100 mL/min o demanda de transfusión de más de 2 concentrados de hematíes cada 15 minutos, tras la transfusión de al menos 4-6 concentrados.
- c) Pacientes con hepatopatía y coagulopatía con una tasa de protrombina $< 50 \%$ y hemorragia grave.
- d) Pacientes con déficit grave hereditario de factor V de la coagulación antes de una cirugía.

135.- Un paciente varón de 80 kilogramos, sin situación clínica de consumo de factores de coagulación, presenta una tasa de protrombina (TP) del 40 % y tenemos como objetivo alcanzar el 60 % de TP con transfusión de plasma. ¿Cuál es el volumen aproximado de plasma que se le debe transfundir?

- a) 400 mL
- b) 800 mL
- c) 1200 mL
- d) 1600 mL.

136.- En cuanto a la transfusión de plasma en el contexto de la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) señale la respuesta falsa:

a) Se recomienda realizar recambios plasmáticos a los pacientes con PTT aguda a dosis de 40-60 mL/kg de peso hasta que el recuento de plaquetas sea $> 100 \times 10^9/L$.

b) El tratamiento con plasma sobrenadante de crioprecipitado es superior al plasma fresco congelado en términos de supervivencia global.

c) Es preferible el uso de plasma fresco congelado en lugar de plasma tratado con azul de metileno.

d) El recambio plasmático conlleva una reducción significativa de la mortalidad a los 2 años en pacientes con PTT y es superior a la transfusión de plasma convencional

137.- Una de las siguientes no es una indicación aceptada de irradiación de componentes sanguíneos:

a) Pacientes con linfoma de Hodgkin

b) Recién nacidos sometidos a cirugía cardíaca

c) Pacientes tratados con análogos de las purinas.

d) Hematíes para transfusión intrauterina

138.- En la enfermedad hemolítica del recién nacido uno de los siguientes anticuerpos eritrocitarios produce de forma característica además de hemólisis, destrucción de precursores hematopoyéticos:

a) Anti K

b) Anti c

c) Anti D

d) Anti Kp^a

139.- ¿Cuál es la causa más frecuente de trombopenia neonatal grave?

a) Trombopenia neonatal aloinmune

b) Trombopenia inmune primaria

c) Sepsis neonatal

d) Consumo por sangrado neonatal

140.- Mujer de 27 años de edad diagnosticada de leucemia promielocítica aguda que 2 horas tras transfusión de plaquetas presenta fiebre, disnea, hipoxia, TA 90/50, signos de edema pulmonar en la Rx de tórax, ecocardiograma normal. ¿Cuál es la causa más probable de este efecto adverso de la transfusión?

a) Reacción transfusional febril no hemolítica.

b) Reacción alérgica transfusional

c) Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión

d) Sobrecarga circulatoria por transfusión

141.- Acerca de la púrpura postransfusional señale la opción correcta:

a) Afecta con mayor incidencia a varones de edad avanzada.

b) La clínica es de instauración brusca con tendencia a las complicaciones trombóticas.

c) El tratamiento de elección son los corticoides y/o inmunosupresores.

d) En caso de precisar transfusión las plaquetas HPA-1 negativas son de elección.

142.- ¿Cuál es la infección postransfusional más frecuente en nuestro país?

a) Infección por VIH

b) Infección por VHB

c) Infección por VHC

d) Infección por HTLV-1

143.-Una de las siguientes recomendaciones no es correcta en cuanto a la administración de hierro para incrementar la eritropoyesis como alternativa a la transfusión:

a) Administración de hierro oral en cirugía de cáncer de colon u ortopédica para mejorar el nivel prequirúrgico de hemoglobina.

b) Administración de hierro endovenoso en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

c) Administración de hierro endovenoso en pacientes con anemia postparto.

d) Administración de hierro oral en pacientes quirúrgicos en el postoperatorio.

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

- a) Administración de ácido épsilon-aminocaproico en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor.
- b) Administración de ácido épsilon-aminocaproico en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.
- c) Administración de ácido tranexámico en pacientes con hemorragia gastrointestinal.
- d) Administración de ácido tranexámico en pacientes sometidos a cirugía ginecológica o urológica.

145.- Una de las siguientes funciones no es propia de los centros de transfusión de acuerdo con el RD1088/2005:

- a) Planificar y promover la donación de sangre y componentes sanguíneos dentro de su ámbito de actuación.
- b) Atender de modo directo las necesidades de sangre y hemocomponentes de su área de actuación y colaborar con otras que se lo solicitaran.
- c) Ser el centro de referencia de aquellos casos de baja prevalencia en la población cuyo diagnóstico o tratamiento implique la disponibilidad de sangre, componentes sanguíneos o reactivos de uso poco frecuente.
- d) Determinar los estándares y procedimientos de la práctica transfusional adaptados a las actividades clínicas que se realicen en cada centro hospitalario.

146.- Una de las siguientes pruebas pretransfusionales en el receptor para componentes eritrocitarios no es imprescindible según el RD 1088/2005

- a) Tipificación ABO
- b) Tipificación Rh
- c) Prueba cruzada
- d) Estudio de anticuerpos eritrocitarios con prueba de antiglobulina (Coombs) indirecta u otra técnica de similar o superior sensibilidad.

147.- En cuanto a la muestra de sangre del receptor de transfusión de eritrocitos, en el caso de haber sido sometido a trasplante de órganos sólido de forma reciente, dicha muestra será obtenida como máximo en las:

- a) 24 horas previas
- b) 48 horas previas
- c) 72 horas previas
- d) 96 horas previas

148.- Unos de siguientes criterios de selección de donantes de sangre total y componentes sanguíneos es incorrecto:

- a) Edad entre 16 y 65 años
- b) Hemoglobina mayor de 12,5 g/dL
- c) Peso corporal mayor de 50 kilogramos
- d) Pulso y tensión arterial dentro de límites adecuados.

149.- Todos los supuestos son causa de exclusión definitiva para donación de sangre excepto uno:

- a) Diátesis hemorrágica.
- b) Antecedentes de paludismo.
- c) Diabetes que precisa tratamiento con insulina.
- d) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

150.- El proceso de congelación de los progenitores hematopoyéticos debe realizarse a una velocidad de:

- a) 1° C por minuto
- b) 2° C por minuto
- c) 3° C por minuto
- d) 5° C por minuto

151.- La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud cuenta con las siguientes modalidades:

- a) Básica, secundaria y farmacéutica.
- b) Básica, suplementaria y de servicios accesorios.
- c) Básica, farmacéutica y de urgencia.
- d) Básica, farmacéutica y ortoprotésica.

152.- Los servicios de prevención de riesgos laborales en centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud:

- a) Pueden ser propios o ajenos, en función del número de trabajadores.
- b) Están formados por personal sanitario de la especialidad de Medicina del Trabajo.
- c) Tienen carácter interdisciplinar.
- d) Han de contar con titulados superiores en prevención de riesgos laborales y técnicos especialistas de prevención de riesgos laborales.

153.- En relación con los Comités de ética asistencial, señale la opción incorrecta:

- a) Están formados por un número mínimo de diez miembros.
- b) Elevan las cuestiones que consideren oportunas a la Comisión de Bioética de Castilla y León.
- c) Deben elaborar y aprobar su propio reglamento de régimen interno.
- d) Incluirá en su composición a una persona licenciada en Derecho.

154.- En relación con la trombocitemia esencial, ¿qué afirmación es correcta?

- a) Las manifestaciones hemorrágicas son relativamente frecuentes.
- b) Las trombosis arteriales y venosas ocurren con una frecuencia similar.
- c) La presencia de la mutación JAK2 V617F presenta mayor riesgo de complicaciones arteriales, pero no de las venosas.
- d) Las oclusiones microvasculares son características de la enfermedad.

155.- ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de alarma en la evaluación de la respuesta a los inhibidores de las tirosinacinasas en la leucemia mieloide crónica (LMC), según las recomendaciones de la European LeukaemiaNet 2013?

- a) LMC de alto riesgo al diagnóstico.
- b) Ph a los 3 meses del 1 al 35%.
- c) *BCR-ABL 1 IS* a los 6 meses entre el 0,1 y el 1%.
- d) Alteraciones citogenéticas clonales en cualquier momento.

156.- Los criterios diagnósticos de la OMS de la fase acelerada de la leucemia mieloide crónica incluyen todos los siguientes, excepto uno:

- a) Trombocitosis intensa refractaria al tratamiento.
- b) Basofilia mayor del 10% en sangre periférica.
- c) Esplenomegalia progresiva y leucocitosis, resistente al tratamiento.
- d) Plaquetopenia persistente, no atribuible al tratamiento.

157.- No es correcto que:

- a) El inotuzumab ayuda a conseguir el control de la leucemia aguda linfoblástica como puente al trasplante.
- b) La leucemia meníngea es la forma más frecuente de recaída en la leucemia linfoblástica aguda.
- c) El tratamiento de elección en recaída testicular es la irradiación local, asociada a tratamiento sistémico.
- d) El empleo de irradiación craneal como tratamiento de recaída en la leucemia linfoblástica aguda puede ser una opción.

158.- En linfopoyesis es falso que:

- a) Los timocitos corticales expresan CD3, CD5 y CD7, pero no TdT.
- b) Las células T colaboradoras (CD4) reconocen los determinantes HLA de la clase 2.
- c) Las células NK tienen morfología de linfocitos grandes granulares y son positivos para CD16 Y CD2.
- d) Las células NK no expresan el complejo CD3-receptor de la célula T.

159.- Cuando se diagnostica un déficit congénito de proteína C, todo lo siguiente es cierto excepto:

- a) Debe completarse con un estudio antigénico por técnica de ELISA para establecer si se trata de un déficit de tipo I o tipo II.
- b) Deben realizarse la prueba antigénica y la funcional si el individuo estudiado es portador de la mutación factor V Leiden.
- c) La presencia de niveles aumentados de FVIII puede disminuir el resultado del ensayo coagulométrico.
- d) La presencia de anticoagulante lúpico puede causar niveles disminuidos, pudiendo obtenerse un falso resultado.

160.- El citocromo P450 no interviene en el metabolismo de uno de los siguientes anticoagulantes orales de acción directa:

- a) Dabigatrán.
- b) Rivaroxabán.
- c) Apixabán.
- d) Edoxabán.

161.- La causa más frecuente de trombofilia adquirida para trombosis arterial es:

- a) Púrpura trombocitopénica trombótica
- b) Síndrome antifosfolípido
- c) Trombopenia inducida por heparina
- d) Hiperhomocisteinemia

162.- Paciente sin patología relevante, con un síndrome coronario agudo al que se le va a colocar un stent. ¿Cuál es el tratamiento recomendado para la antiagregación plaquetaria?

- a) Doble terapia combinando ácido acetilsalicílico y vorapaxar
- b) Doble terapia combinando ácido acetilsalicílico y clopidogrel
- c) Tratamiento único con ácido acetilsalicílico
- d) Tratamiento combinado de vorapaxar y clopidogrel

163.- Paciente de 56 años que fue intervenido de varias hernias discales con éxito y 10 días después de la intervención presenta un ictus isquémico. Consultan al Hematólogo para hacer fibrinólisis y la respuesta correcta sería:

- a) Pueden hacerla por ser un paciente joven
- b) Se puede realizar si no han pasado más de 4-5 horas del ictus
- c) Estaría contraindicado por la cirugía espinal
- d) Se puede realizar si no han pasado más de 6 horas del ictus

164.- La recolección de células progenitoras hematopoyéticas en el donante se realiza:

- a) A los 1-2 días tras la estimulación con G-CSF
- b) A los 3-5 días tras la estimulación con G-CSF
- c) A los 7 días tras la estimulación con G-CSF
- d) A los 10 días tras la estimulación con G-CSF

165.- Una de las siguientes afirmaciones en cuanto a las alternativas a la transfusión de sangre alogénica no es correcta:

- a) Se recomienda el uso de donación preoperatoria de sangre autóloga en procedimientos de cirugía ortopédica mayor que requieran 3 o más unidades de concentrados de hemáties.
- b) Se recomienda el uso de la recuperación intraoperatoria con sangre lavada o filtrada para disminuir la tasa transfusional, en pacientes sometidos a artroplastia de rodilla y cadera.
- c) Se recomienda el uso de hemodilución normovolémica en pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor
- d) En pacientes críticos sin afectación cardiológica ni del sistema nervioso central se recomienda terapia transfusional restrictiva para mantener cifras de hemoglobina entre 7 y 9 g/dL.