

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: LIBRE

CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla.**
- **El tiempo de duración de las dos pruebas es de tres horas.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba teórica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba práctica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

**CONTINÚA EN LA
CONTRAPORTADA**

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

-
- 1 En el artículo 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía se reconoce la Salud como un derecho, haciéndose eco el legislador del mandato de la Constitución que garantiza la protección de la salud como derecho constitucional. Señale a través de qué instrumento o medio se garantizará este derecho, según se dicta en este mismo artículo del Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo):**
- A) Mediante un sistema sanitario público de carácter universal.
 - B) A través de Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.
 - C) Mediante convenios y conciertos entre el proveedor público de servicios sanitarios y las entidades privadas del sector sanitario.
 - D) A través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- 2 La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves. Señale a qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita esta entidad instrumental, y tiene asignados la orientación, tutela y gestión técnica de FAISEM:**
- A) Viceconsejería.
 - B) Secretaría General Técnica.
 - C) Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - D) Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- 3 El vigente RGPD (Reglamento General de Protección de Datos) aprobado por el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea (Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos) establece unos principios generales relativos al tratamiento de los datos personales, entre los que se encuentran los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Principios de licitud, lealtad y transparencia.
 - B) Principio de limitación del plazo de conservación.
 - C) Principio de seguridad digital.
 - D) Principio de minimización de datos.

- 4 Según el artículo 11 de la Ley 55/2003 (del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud), el Foro Marco para el Diálogo Social depende de:**
- A) La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
 - B) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
 - C) El Ministerio de Sanidad.
 - D) La Mesa Sectorial de Sanidad.
- 5 Según la Ley 41/2002 (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo:**
- A) 4 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - B) 5 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - C) 10 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - D) 15 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- 6 Referido al "Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales" en el ámbito del SSPA, son correctas todas las respuestas que siguen, EXCEPTO:**
- A) La acreditación consiste en el reconocimiento expreso por parte de la Administración Sanitaria del desarrollo alcanzado por un profesional que se ha sometido a un proceso voluntario de evaluación para la mejora continua de sus labores asistenciales, docentes y de investigación.
 - B) La certificación se realiza verificando la presencia de competencias clave en la práctica real, de acuerdo a estándares determinados por la evidencia científica y el consenso de expertos.
 - C) El sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del SSPA está regulado por el Decreto 18/2007, de 23 de enero.
 - D) La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), actualmente adscrita a la Consejería de Salud e integrada en la Fundación Progreso y Salud, es el órgano competente para la acreditación de la competencia profesional.
- 7 El instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros y los recursos de que éstos dispondrán a lo largo de un año, enmarcados en el planteamiento de una sanidad pública gestionada con los profesionales, basada en los resultados en salud y orientada a prestar la mejor asistencia posible a los pacientes, se conoce por:**
- A) Plan Estratégico Anual.
 - B) Programa de Racionalización Operativa Anual (PROA).
 - C) Acuerdo de Gestión Clínica.
 - D) Contrato Programa.

8 La segunda opinión médica (SOM) es un derecho de las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud cuando estas padecen una enfermedad diagnosticada como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto conlleva un elevado riesgo vital. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este derecho de segunda opinión médica y su regulación y acceso a la prestación del mismo en el ámbito del SAS es INCORRECTA?

A) Cuando una persona solicita una SOM, y esta resulta estimatoria según lo establecido en la normativa, un facultativo experto estudia la información procedente de su historia clínica y emite un informe que se envía directamente a la persona solicitante, o a quien esta haya autorizado para actuar en su nombre.

B) Para solicitar una SOM la persona solicitante debe haber sido diagnosticada previamente y no requerir tratamiento urgente o inmediato.

C) El ejercicio del derecho a la SOM, en los casos previstos en la normativa regulatoria, conlleva la libre elección de especialista y centro hospitalario por parte de la persona solicitante.

D) Es un requisito que el diagnóstico de la enfermedad o el tratamiento propuesto para la persona solicitante lo haya sido en cualquier centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud.

9 Referido a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y su valoración, es cierto que:

A) La valoración de la CVRS se centra en una evaluación objetiva de las tres dimensiones fundamentales de funcionamiento de la persona: física, psicológica-cognoscitiva y social.

B) La valoración de la CVRS tiene interés sólo en estudios de investigación (como medición de resultados percibidos por el paciente), no siendo aplicable en la práctica clínica por su complejidad y variabilidad.

C) La mayoría de los instrumentos de evaluación de la CVRS son cuestionarios, que deben poseer cualidades psicométricas como validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios.

D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

10 Usted está leyendo un artículo que publica los resultados de un gran ensayo clínico aleatorizado y doble ciego, de gran interés en su ámbito profesional. En concreto le llama la atención el resultado que muestra este estudio sobre la mortalidad global al comparar un nuevo tratamiento experimental con la terapia estándar hasta este momento, en una población de pacientes que tienen un perfil muy similar a los que se tratan en su Unidad. Este resultado publicado es: $RR = 0.71$ (IC95% 0.98-0.59, $p=0.046$). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A) El valor p asociado al contraste no es significativo estadísticamente.

B) La reducción relativa del riesgo (RRR) para la variable "mortalidad global" es aproximadamente del 29%.

C) El NNT (número de pacientes que necesitaría tratarse con el nuevo tratamiento en vez del estándar para reducir un resultado de muerte por cualquier causa) sería 71.

D) La probabilidad de que estos resultados se deban al error del muestreo es del 95%.

- 11 Referido a las pruebas paramétricas en Estadística Inferencial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Cuantifican la asociación o independencia entre una variable cuantitativa y una categórica.
 - B) Exigen ciertos requisitos previos para su aplicación: distribución Normal de la variable cuantitativa en los grupos que se comparan, homocedasticidad de varianzas en las poblaciones de las que proceden los grupos y un tamaño muestral n no inferior a 30.
 - C) T de Student y ANOVA son las pruebas paramétricas más habituales.
 - D) Todas son correctas.
- 12 Un estudio de investigación analiza la posible relación entre el consumo de carnes rojas y el desarrollo de determinadas neoplasias digestivas, en concreto cáncer colorrectal (CCR), bajo un diseño epidemiológico de "casos y controles". Está claro que la población de la que se obtendrían los "casos" serían pacientes diagnosticados de CCR, pero ¿cuál sería la población de la que se obtendrían los "controles" para llevar a cabo este estudio y obtener una estimación no sesgada del riesgo de CCR asociado a la ingesta de carnes rojas?**
- A) Pacientes diagnosticados de otras neoplasias digestivas y que reconozcan no ser vegetarianos.
 - B) Pacientes sin CCR que sean vegetarianos.
 - C) Pacientes sin CCR que provengan de la misma población de la que la provienen los casos.
 - D) Pacientes con CCR que reconozcan no comer carnes rojas.
- 13 Según la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, ¿cuál de los siguientes estudios NO requerirá de la preceptiva evaluación y aprobación por un Comité de Ética de la Investigación (CEI)?**
- A) Un estudio descriptivo de las características clínicas, inmunológicas, genéticas y demográficas de una serie multicéntrica de pacientes diagnosticados de esclerodermia sistémica.
 - B) Una tesis doctoral que evalúa la correlación entre varios tipos de analgesia local y el control del dolor secundario a extracción dental, que se va a llevar a cabo con pacientes atendidos en un gabinete odontológico conveniado con la universidad.
 - C) Un estudio experimental en conejos para evaluar una nueva molécula de posible efecto antiangiogénico, aplicándola intraocularmente.
 - D) Un estudio de tipo cualitativo con diseño de investigación-acción participativa que evalúa un programa de atención paliativa en domicilio involucrando a profesionales, pacientes y familiares.
- 14 Referida a las técnicas de muestreo en estudios de investigación, solo una de las siguientes es de tipo aleatorio o probabilístico:**
- A) Muestreo "bola de nieve".
 - B) Muestreo por cuotas.
 - C) Muestreo por conveniencia.
 - D) Muestreo estratificado.

- 15 El sistema de información sanitaria que recoge datos clínicos y del uso de recursos sanitarios de cada una de las personas que reciben asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud, se conoce por:**
- A) BPS (Base Poblacional de Salud).
 - B) BDU (Base de Datos de Usuarios).
 - C) Historia Clínica Digital DIRAYA.
 - D) COANhYd.
- 16 En relación al metabolismo del hierro, señale la respuesta FALSA:**
- A) La transferrina es un reactante de fase aguda negativo, disminuye con la inflamación.
 - B) La ferroportina se encarga del transporte de Fe^{+3} del interior del enterocito al plasma.
 - C) La hefastina convierte el Fe^{+2} en Fe^{+3} en el interior del enterocito.
 - D) La elevación de la hepcidina provoca una tendencia al acúmulo de hierro.
- 17 Respecto a la Anemia Diseritropoyética Congénita (ADC), señale la respuesta verdadera:**
- A) El diagnóstico de ADC congénita requiere la presencia de anemia congénita con características hemolíticas, respuesta reticulocitaria adecuada y sobrecarga férrica independiente de la transfusión.
 - B) El diagnóstico de ADC requiere la presencia de anemia congénita con características hemolíticas, respuesta reticulocitaria inadecuadamente baja para el grado de anemia y sobrecarga férrica sólo en los casos que precisen transfusiones frecuentes
 - C) El diagnóstico de ADC requiere la presencia de anemia congénita con características hemolíticas, respuesta reticulocitaria inadecuadamente baja para el grado de anemia y sobrecarga férrica independiente de la transfusión.
 - D) El diagnóstico se realiza en la infancia en más del 60% de los casos.
- 18 En la Anemia de Trastornos Crónicos:**
- A) La respuesta a los agentes estimulantes de la eritropoyesis no suele producirse cuando los valores de EPO son superiores a 500 ng/mL.
 - B) En ningún caso se debe utilizar hierro intravenoso (i.v.)
 - C) Se están ensayando fármacos dirigidos al eje IL-6-hepcidina-ferroportina con el objeto de aumentar la producción de hepcidina.
 - D) La transfusión de hematíes es el tratamiento de primera elección en todos los casos.
- 19 En el estudio de la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN), ¿cuál de los siguientes enunciados es cierto?**
- A) Los CD59 y CD55 están disminuidos y el CD14 y CD24 normales.
 - B) Cursa frecuentemente con fenómenos hemorrágicos.
 - C) Es frecuente encontrar clonas HPN en la aplasia medular.
 - D) Se trata de una anemia hemolítica extravascular.

- 20 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.
- 21 ¿Cuál de los siguientes antibióticos se puede utilizar en pacientes con déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa (G-6PDH), con menor riesgo de que se produzca hemólisis?**
- A) Sulfamidas.
 - B) Nitrofurantoína.
 - C) Ácido nalidíxico.
 - D) Eritromicina.
- 22 ¿En qué situación NO se produce un aumento en la absorción de hierro?**
- A) Cuando existe una disminución del depósito corporal de hierro.
 - B) Con la hipoxemia.
 - C) Cuando existe un aumento en la eritropoyesis.
 - D) En situaciones de inflamación.
- 23 En el tratamiento de la Aplasia Medular (AM) adquirida, con fármacos inmunosupresores, es cierto que:**
- A) Es indicación de primera línea en pacientes mayores de 40 años con AM grave o muy grave.
 - B) La terapia inmunosupresora con ATG (Globulina Antitímocítica) y Ciclosporina obtiene respuestas inferiores al 50% de los casos.
 - C) La respuesta máxima al tratamiento inmunosupresor suele ser precoz (antes del mes).
 - D) La aparición de enfermedad del suero obliga a suspender el tratamiento.
- 24 Señale la respuesta FALSA en relación a la clasificación de la severidad de la anemia, según la OMS (2001):**
- A) Una hemoglobina en un niño de tres años de 115 gramos por litro es considerada anemia leve.
 - B) Una hemoglobina de 80 gramos por litro en una mujer embarazada es considerada anemia moderada.
 - C) Se considera anemia grave en una mujer mayor de 15 años una cifra de hemoglobina inferior a 70 g por litro.
 - D) En una niña de 10 años, la cifra normal de hemoglobina es mayor o igual a 115 g por litro.

25 ¿Qué NO es cierto en relación a las Anemias Megaloblásticas?

- A) El complejo transcobalamina II-cobalamina se metaboliza en dos coenzimas la metilcobalamina y la adocobalamina.
- B) La metilcobalamina participa en la síntesis de la metionina a partir de homocisteína.
- C) El déficit de cobalamina produce disminución del ácido metilmalónico.
- D) El déficit de folato produce aumento del ácido metilmalónico.

26 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 cinco años.
- D) Los pacientes que sobreviven a la tercera década de la vida, tienen un riesgo muy alto de desarrollar tumores sólidos, en particular cáncer de pulmón y de colon.

27 Respecto a la Aplasia Medular adquirida, señale lo FALSO:

- A) Es un factor pronóstico favorable emplear ATG y altas dosis de irradiación corporal total como acondicionamiento en el trasplante.
- B) El hallazgo de clonas deficientes en GPI-AP (Glycosyl phosphatidyl inositol-anchored proteins) es frecuente.
- C) La intensidad y la duración de la neutropenia es el factor que más se correlaciona con la supervivencia.
- D) Puede coexistir o estar precedida por una hepatitis autoinmune hasta en un 25% de los casos.

28 ¿Cuál de los siguientes fármacos potencia el efecto anticoagulante de la Warfarina?

- A) Rifampicina.
- B) Amiodarona.
- C) Vitamina K.
- D) Paracetamol.

29 El Idarucizumab es el antídoto aprobado para la reversión del efecto de uno de los siguientes fármacos anticoagulantes:

- A) Apixaban.
- B) Dabigatran.
- C) Rivaroxaban.
- D) Edoxaban.

- 30 En relación con las Anemias Hemolíticas por defectos de membrana, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) En la Estomatocitosis Hereditaria, la esplenectomía es el tratamiento de elección.
 - B) El test de EMA (eosina 5'-maleimida) tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de Esferocitosis Hereditaria.
 - C) El test de EMA se basa en valorar la capacidad de deformación eritrocitaria en un gradiente osmótico.
 - D) En la Esferocitosis Hereditaria, el esferocito tiene una fragilidad osmótica disminuida.
- 31 En el caso de un paciente con sangrado, en el que se quiera revertir el efecto de la Heparina No Fraccionada, se administrará:**
- A) Sulfato de protamina.
 - B) Plasma fresco.
 - C) Idarizucimab.
 - D) Factor VII.
- 32 Con respecto a la Drepanocitosis, señale la respuesta FALSA:**
- A) El síntoma más frecuente es la crisis dolorosa ósea.
 - B) La crisis de dolor óseo pueden estar causadas por osteomielitis, siendo salmonella y estaphylococo alguno de los gérmenes implicados.
 - C) La necrosis avascular de la cabeza femoral suele aparecer a partir de la 2ª década de la vida, y es una complicación grave con difícil tratamiento
 - D) Si se sospecha una crisis hiperhemolítica, se debe transfundir.
- 33 En las Hemoglobinopatías, todas son correctas EXCEPTO una. Señálela:**
- A) El Crizanlizumab es una molécula inhibidora de la adhesión (antiselectina) eficaz en la prevención de la crisis vásculo-oclusiva de la drepanocitosis, con buen perfil de seguridad.
 - B) La curva de disociación de la hemoglobina se desplaza a la derecha en las variantes de hemoglobina con alta afinidad por el oxígeno.
 - C) La Hb S surge por la mutación en un gen B de globina en el cromosoma 11.
 - D) Las anemias hemolíticas congénitas por hemoglobina inestable tienen herencia dominante.
- 34 Son indicaciones de tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-C5 en la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN) todas las siguientes, EXCEPTO:**
- A) Trombosis atribuible a HPN.
 - B) Presencia de una clona HPN positiva superior al 20%.
 - C) Anemia hemolítica intravascular crónica con sintomatología propia de la anemia.
 - D) Insuficiencia renal crónica atribuible a HPN, o episodios de insuficiencia renal aguda.
- 35 ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se utiliza en la Trombocitopenia Inmune Primaria?**
- A) Prednisona.
 - B) Avatrombopag.
 - C) Caplacizumab.
 - D) Fostamatinib.

36 NO puede considerarse una Púrpura Angiopática Congénita:

- A) Enfermedad de Rendu-Osler-Weber.
- B) Síndrome de Marfan.
- C) Enfermedad de Schölein-Henoch.
- D) Síndrome de Ehlers-Danlos.

37 Respecto a la enfermedad de Von Willebrand, señale la respuesta FALSA:

- A) Es la causa más frecuente de hemorragia hereditaria, siendo expresión de un trastorno cuantitativo y/o cualitativo de la proteína transportadora del factor VIII, el factor de Von Willebrand.
- B) El tipo más frecuente, el I, se hereda con carácter autosómico recesivo.
- C) Al igual que otros defectos de la hemostasia primaria y a diferencia de la hemofilia, las manifestaciones hemorrágicas más importantes se producen en las mucosas (epistaxis, gingivorragias y metrorragias), salvo en el tipo III, el clínicamente más grave, en el que pueden aparecer hemorragias musculares y articulares.
- D) La DDAVP, es un análogo de la vasopresina que libera factor Von Willebrand de los depósitos endoteliales y produce un aumento tanto del factor Von Willebrand como del factor VIII, que dura varias horas.

38 Respecto al Síndrome Antifosfolípido Catastrófico:

- A) Puede llegar a ser necesaria la realización de recambios plasmáticos.
- B) Para el diagnóstico definitivo no es necesario la confirmación anatómo-patológica de oclusión en los pequeños vasos en al menos un órgano o tejido.
- C) Puede asociarse a un lupus eritematoso sistémico.
- D) El tratamiento de inicio suele ser Heparina sódica.

39 ¿Cuál de las siguientes Trombopatías Congénitas NO es producida por alteración del contenido de los gránulos alfa o densos?

- A) Síndrome de Bernard-Soulier.
- B) Síndrome de Chediak-Higashi.
- C) Síndrome de las plaquetas grises.
- D) Síndrome de Hermansky-Pudlak.

40 Un paciente, con diátesis hemorrágica, tiene el siguiente estudio de hemostasia: Tiempo de Protrombina normal, Tiempo de Tromboplastina Parcial activado normal, cifra de plaquetas dentro de la normalidad y Tiempo de Trombina alargado. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- A) Tratamiento con fármacos antivitaminas K.
- B) Hipofibrinogenemia leve o moderada.
- C) Coagulación intravascular diseminada.
- D) Tratamiento con Heparina sódica.

- 41 Los pacientes afectos de Leucemia Mieloide Crónica, candidatos a discontinuación de tratamiento con inhibidores de tirosin-kinasa, según las recomendaciones internacionales, son:**
- A) Pacientes con 10 años de tratamiento y Remisión molecular de 5 años.
 - B) Pacientes con 5 años de tratamiento y Remisión molecular de al menos 2 años.
 - C) Pacientes con 4 años de tratamiento y Remisión molecular de al menos 2 años.
 - D) No puede suspenderse nunca el tratamiento.
- 42 Un paciente de 75 años con neutropenia de larga evolución, con cifras de neutrófilos entre $800-1.200 \times 10^9/L$, sin anemia ni trombopenia, presenta en aspirado de médula ósea una morfología normal con displasia en $< 5\%$ de elementos mieloides, citogenética normal 46 XY, y estudio mutacional con mutación 15% VAF en gen TET2. El diagnóstico es:**
- A) Citopenia clonal de significado indeterminado.
 - B) Hematopoyesis clonal de potencial indeterminado.
 - C) Citopenia idiopática de significado indeterminado.
 - D) Síndrome mielodisplásico.
- 43 Indique cuál de los siguientes genes NO se encuentra incluido para el cálculo del IPSS molecular en Síndromes Mielodisplásicos:**
- A) ZSRF2.
 - B) SF3B1.
 - C) FLT3.
 - D) TP53 multi-hit.
- 44 Con respecto a la Enfermedad de Kostmann, señale la opción correcta:**
- A) La herencia es autosómica dominante.
 - B) Se produce parada madurativa a nivel de mielocito/promielocito.
 - C) Las mutaciones en gen ELANE se encuentran en 70-90% de los pacientes.
 - D) Se acompaña de dismorfias cráneo-faciales.
- 45 Con respecto a la citometría de flujo de siguiente generación para el seguimiento de Enfermedad Mínima Residual en Mieloma Múltiple, señale la opción correcta:**
- A) Precisa la adquisición de 10.000 eventos totales.
 - B) La identificación de las células plasmáticas se realiza con CD38 y CD119.
 - C) El límite de cuantificación (LOC) se define como 2 eventos/número total de células.
 - D) El límite de detección (LOD) se define como 30 eventos/número total células.
- 46 El método empleado actualmente para la cuantificación de los niveles séricos de hepcidina, es:**
- A) Citometría de masas.
 - B) Quimioluminiscencia.
 - C) ELISA.
 - D) Inmunoadsorción.

- 47 Indique la respuesta correcta referente al índice de Youden para medir el rendimiento de una prueba diagnóstica:**
- A) El valor “1” ocurre cuando una prueba de diagnóstico da la misma proporción de resultados positivos para grupos con y sin la enfermedad y, por tanto, la prueba es inútil.
 - B) Un valor “0” indica que no hay falsos positivos o falsos negativos y, por tanto, la prueba es perfecta.
 - C) El valor “0” ocurre cuando una prueba de diagnóstico da la misma proporción de resultados positivos para grupos con y sin la enfermedad y, por tanto, la prueba es inútil.
 - D) Un valor “1” indica que no hay falsos positivos o falsos negativos y, por tanto, la prueba es perfecta.
- 48 La 5ª edición (2022) de la Clasificación OMS de Tumores Linfoides, reconoce una de las siguientes categorías de Linfocitosis B Monoclonal (LBM):**
- A) LBM de bajo conteo o expansión clonal de células B: recuento clonal de células B de fenotipo LLC por debajo de $0,1 \times 10^9/L$ sin otras características diagnósticas de trastorno linfoproliferativo B.
 - B) LBM de tipo LLC: recuento monoclonal de células B de fenotipo LLC $\geq 1-0 \times 10^9/L$ y recuento total de células B inferior a $5 \times 10^9/L$ sin otras características diagnósticas de LLC/SLL.
 - C) LBM no tipo-LLC: cualquier expansión monoclonal de fenotipo de células B no LLC sin síntomas ni características diagnósticas de otra neoplasia de células B maduras.
 - D) LBM de tipo LLC: recuento monoclonal de CLL/SLL-fenotipo de células B $\geq 2-0 \times 10^9/L$ y recuento total de células B inferior a $5 \times 10^9/L$ sin otras características diagnósticas de LLC/SLL.
- 49 Con respecto al Linfoma del Manto, señale la opción INCORRECTA:**
- A) El factor de transcripción SOX11 está sobre-expresado en 90% de los casos.
 - B) El índice de riesgo MIPI incluye las variables: edad, estado general, LDH, leucocitosis y Ki67.
 - C) El uso de Rituximab de mantenimiento post-autotrasplante de progenitores hematopoyéticos en primera línea, prolonga de forma significativa la supervivencia libre de enfermedad sin impacto significativo en la supervivencia global.
 - D) Las mutaciones en TP53 se detectan en un 30% de pacientes jóvenes al diagnóstico, y se asocian a inferior pronóstico.
- 50 Con respecto al Linfoma Plasmablastico, señale la opción correcta:**
- A) Expresan CD20.
 - B) Expresan EBER por FISH.
 - C) Expresan PAX5.
 - D) Expresan CD79a.

- 51 La anatomía patológica de una biopsia ganglionar de adenopatía laterocervical de 5 cm, muestra el siguiente resultado: “Infiltración por linfoma B de alto grado con la siguiente inmunohistoquímica: CD20(+) CD3(-) CD43(-) CD5(-) CD10(+) MUM1(+) BLC2(+) BCL6(+) CD30(-) CiclinaD1(-) CD30(-)”. Según el algoritmo de Hans, corresponde a subtipo:**
- A) Origen Centro germinal.
 - B) Origen No-Centro Germinal.
 - C) Doble-hit.
 - D) Triple-hit.
- 52 ¿Cuál de las siguientes entidades de Leucemia Aguda Linfoblástica B (B-ALL) tiene mejor pronóstico?**
- A) B-ALL con reordenamiento de MYC.
 - B) B-ALL con reordenamiento DUX4.
 - C) B-ALL con reordenamiento MEF2D.
 - D) B-ALL con reordenamiento ZNF384(362).
- 53 ¿Cuál de las siguientes características clínico-biológicas NO es propia de la Leucemia Aguda Linfoblástica early-pre-T (LAL-EPT)?**
- A) Expresión fenotípica de la expresión intracitoplasmática positiva de CD3 y CD7, CD1a-negativo, CD8-negativo, negativo o dim expresión de CD5 (< 75% positivo), y positivo ($\geq$ 25% de la población de blastos) para al menos un antígeno mieloide.
 - B) Las mutaciones de IL7R son frecuentes en adultos con ALL-ETP (45% de las LAL-EPT) y se asocian con rápido aclaramiento de blastos.
 - C) La terapia adaptada al riesgo con intensificación del tratamiento, conlleva beneficios de supervivencia tanto para pacientes pediátricos como adultos con LAL-EPT.
 - D) La mutación NOTCH1, que es una mutación frecuente en otros subtipos de LAL T, es menos frecuente en la LAL-EPT, y bastante más frecuente es la presencia de mutaciones FLT3 y DNMT3A.
- 54 El anticuerpo monoclonal conjugado Bretuximab Vedotin está indicado en estas situaciones, EXCEPTO:**
- A) En combinación con Ciclofosfamida, Doxorrubicina y Prednisona (CHP), está indicado para pacientes adultos con Linfoma Anaplásico de Células Grandes (LACG) sistémico sin tratamiento previo.
 - B) En monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con LACG sistémico en recaída o refractario.
 - C) En monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con Linfoma Cutáneo de Células T (LCCT) CD30+ tras, al menos, un tratamiento sistémico previo.
 - D) En monoterapia está indicado como tratamiento de mantenimiento post-autotrasplante en pacientes con LACG sistémico.

- 55 Los blastos de Leucemia Aguda de Línea Mixta con reordenamientos en ZNF384, presentan marcadores fenotípicos de:**
- A) Línea B y línea Mieloide.
 - B) Línea T y línea Mieloide.
 - C) Línea B y línea T.
 - D) Línea Mieloide y línea Dendrítica.
- 56 Con respecto a las leucemias agudas en pacientes con Síndrome de Down (SD), señale la opción INCORRECTA:**
- A) El 60% de las leucemias son de origen mieloide, y de ellas el 50% son megacariocíticas.
 - B) La presencia de mielopoyesis anormal transitoria, requiere la demostración de mutación en gen ASXL1 localizado en el Cromosoma 21.
 - C) Los pacientes con SD y Leucemia Aguda Mieloide presentan mejor supervivencia que los pacientes sin SD.
 - D) Los pacientes afectos de SD presentan un riesgo 50 veces incrementado de padecer leucemia en los primeros 5 años de vida.
- 57 La entidad de Leucemia Aguda Mieloblástica con presencia de mutaciones en TP53, está recogida en la clasificación:**
- A) Clasificación de consenso internacional de neoplasias mieloides (ICC) 2022.
 - B) 5ª Edición de la clasificación de la OMS de tumores hematolinfoides.
 - C) 4ª Edición de la clasificación de la OMS de tumores hematolinfoides.
 - D) Aún no se contempla con entidad diferenciada en ninguna clasificación.
- 58 Señale la opción correcta en cuanto a los resultados admisibles recogidos en los requisitos de calidad de la sangre de donación:**
- A) Para Granulocitos de aféresis: $> 1 \times 10^{20}$ por unidad.
 - B) Para Hematíes leucodeplecionados: hemoglobina no inferior a 40 g por unidad.
 - C) Para Hematíes leucodeplecionados: contenido en leucocitos inferior a 1×10^{12} por unidad.
 - D) Para Hematíes leucodeplecionados: hemólisis inferior al 30% al finalizar el periodo máximo de conservación.
- 59 El uso de sondas break-apart de Fluorescence In-Situ Hibridization (FISH) es útil en las siguientes hemopatías, EXCEPTO:**
- A) AML con reordenamiento BCR-ABL.
 - B) AML con reordenamiento MECOM.
 - C) AML con reordenamiento NUP98.
 - D) AML con reordenamiento KMT2A.
- 60 La escala de valoración geriátrica GAH (Geriatric Assessment in Hematology) NO incluye uno de los siguientes parámetros:**
- A) Velocidad de lectura.
 - B) Peso, talla e IMC.
 - C) Tabaquismo.
 - D) Velocidad de marcha.

- 61 Con respecto al envejecimiento de la célula madre hematopoyética, señale la opción INCORRECTA:**
- A) Aumenta la localización fuera del endostio.
 - B) Hay un notable aumento del número de células mesenquimales.
 - C) Se produce aumento de citoquinas pro-inflamatorias.
 - D) Se produce reorganización de la vascularización endotelial.
- 62 En el actual Consenso Internacional de Clasificación de Neoplasias Hematológicas 2022, los criterios para el diagnóstico de Mastocitosis Sistémica (SM) NO incluyen uno de los siguientes:**
- A) Los mastocitos en médula ósea, sangre periférica u otros órganos extracutáneos, expresan CD25, CD2 y/o CD30, además de marcadores de mastocitos.
 - B) Daño y/o disfunción orgánica atribuible a la infiltración tisular.
 - C) Nivel elevado de triptasa sérica, persistentemente superior a 20 ng/mL. En los casos de SM-AMN, una triptasa elevada no cuenta como criterio menor de SM.
 - D) Mutación KIT D816V u otra mutación KIT activadora detectada en médula ósea, sangre periférica u otros órganos extracutáneos.
- 63 ¿Cuál de los siguientes parámetros clínico-analíticos NO está incluido en el Score DIPSS-PLUS para el cálculo de riesgo en pacientes con Mielofibrosis Primaria?**
- A) Edad mayor o menor a 65 años.
 - B) Cifra de plaquetas superior o inferior a 100.000/ μ l.
 - C) Cariotipo de alto riesgo.
 - D) Presencia de una o más de una mutación de alto riesgo.
- 64 El Síndrome de Lisis Tumoral conlleva las siguientes alteraciones:**
- A) Hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia.
 - B) Hiperuricemia, hiperpotasemia, hipofosfatemia e hipercalcemia.
 - C) Hiperuricemia, hipopotasemia, hiperfosfatemia e hipercalcemia.
 - D) Ninguna opción de las anteriores es correcta.
- 65 En la imagen radiológica (TAC) de un paciente con aspergillosis pulmonar invasiva ¿qué afirmación es correcta entre las siguientes?**
- A) El signo de “la semiluna de aire” es específico, y típico en la etapa precoz de la infección.
 - B) El signo del “halo invertido” es patognomónico de esta infección.
 - C) La sensibilidad del signo del halo es variable, y está relacionada con el grado de inmunosupresión y estado de la infección.
 - D) Las opciones A), B) y C) son incorrectas.
- 66 Entre los mecanismos propuestos y conocidos de la Ciclofosfamida como tratamiento postrasplante para prevenir la enfermedad injerto contra huésped, NO se encuentra uno de los siguientes:**
- A) Eliminación selectiva de células T alorreactivas.
 - B) Eliminación clonal intratímica de precursores de células T alorreactivas.
 - C) Maximizar el quimerismo completo intratímico del donante en el día +14.
 - D) Inducción de células T supresoras.

67 Señale la afirmación INCORRECTA acerca de las células NK (natural killer):

- A) Las NK “adaptativas” (CD3–CD56+CD57+FCεRγ–NKG2C+), por su estado inmaduro, mantienen una fuerte capacidad de proliferación.
- B) Poseen fuerte actividad inhibidora frente a virus.
- C) Las células NK “adaptativas” son intrínsecamente resistentes a la supresión de las células Treg en determinados tumores.
- D) Las células NK “canónicas” (CD3–CD56+CD57+FCεRγ+NKG2C–) son altamente susceptibles a la supresión mediada por células Treg en determinados tumores.

68 Señale la opción INCORRECTA acerca de las células mesenquimales:

- A) Pueden inhibir proliferación y funciones de linfocitos B.
- B) Pueden inhibir proliferación y funciones de linfocitos T.
- C) Pueden inhibir la proliferación y funciones de células dendríticas.
- D) No tienen actividad frente a células NK (natural killer).

69 En un paciente sometido a TPH alogénico de donante no emparentado 9/10, con diagnóstico de Enfermedad Veno-oclusiva Hepática clásica, y que tiene una bilirrubina de 2 mg/dL, sospecharemos que se halla en "grado severo", según los criterios de severidad del Síndrome de Obstrucción Sinusoidal en adultos de la EBMT (European Society for Blood and Marrow Transplantation, 2016):

- A) Si dobla los niveles de bilirrubina en menos de 48 h en los primeros 4 días desde el diagnóstico.
- B) Si aumenta más de 10% de peso corporal en cualquier momento desde el diagnóstico.
- C) Si las transaminasas triplican su valor normal en los primeros 7 días desde el diagnóstico.
- D) Si la bilirrubina alcanza 4 mg/dL a los 7 días desde el diagnóstico.

70 Según el Documento de Consenso de tres sociedades científicas españolas sobre el Manejo de la Neutropenia Febril en Pacientes con Hemopatías (SEIM, REIPI y SEHH. Enferm Infecc Microbiol Clin, 2020), la profilaxis primaria con Factor Estimulante de Colonias Granulocíticas se rige por los siguientes puntos:

- A) Indicada en paciente con riesgo de neutropenia febril inferior al 10%.
- B) Indicada desde el primer ciclo de quimioterapia para pacientes a partir de un riesgo global de neutropenia febril del 50%.
- C) No se apoya el uso de factores estimulantes de colonias biosimilares.
- D) Podría aplicarse si existen factores de riesgo adicionales como comorbilidades o edad avanzada, en pacientes con un riesgo global de neutropenia febril entre 10 y 20%.

71 Señale la opción correcta, entre las siguientes afirmaciones, respecto a la Eritropoyetina:

- A) Hay receptores presentes en eritroblastos y células de Leydig testiculares.
- B) Un 40% de la producción fisiológica natural se realiza en el hígado y en las glándulas salivales.
- C) Se elimina a nivel renal en su mayor parte (> 60%).
- D) Disminuye el consumo máximo de oxígeno en pacientes en hemodiálisis.

- 72 En la cistitis hemorrágica tardía tras un trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) Su incidencia puede llegar al 25%.
 - B) Podría prevenirse con Posoleucel (actualmente en fase III ensayo clínico pivotal).
 - C) Cidofovir es su preventivo aprobado en la actualidad.
 - D) En fase experimental las células mesenquimales han demostrado efectividad terapéutica.
- 73 Entre los diferentes agentes inmunosupresores que se utilizan como profilaxis de la enfermedad injerto contra huésped, sólo dos de ellos pueden inducir la apoptosis de células T humanas activadas por aloantígenos. Señálelos:**
- A) Ciclosporina y Micofenolato.
 - B) Ciclofosfamida y Metotrexate.
 - C) Tacrólimus y Micofenolato.
 - D) Tacrólimus y Sirólimus.
- 74 Sobre los “pobres movilizadores” de precursores hematopoyéticos de sangre periférica (PHSP), señale la opción INCORRECTA entre las siguientes:**
- A) El avanzado estado de la enfermedad subyacente puede contribuir al fracaso de la movilización de PHSP.
 - B) Si el conteo de células CD34+ previo a la aféresis es menor de 10 cels/mcL puede considerarse el uso de Plerixafor.
 - C) Plerixafor moviliza las células CD34+ interrumpiendo de forma irreversible su retención soportada por CXCR4-CXCL12 localizado en la membrana de las células CD34+ y células estromales.
 - D) La dosis de Plerixafor es única y se recomienda 0,24 mg/kg/d.
- 75 Acerca de la donación preparatoria de sangre autóloga (DPSA), marque la opción INCORRECTA:**
- A) En ancianos y niños el volumen de extracción no debe ser superior al 8 % del volumen teórico si no se repone volemia.
 - B) Puede realizarse en el segundo trimestre del embarazo.
 - C) La incidencia de efectos adversos durante la DPSA es superior a la de la donación alogénica, y aumenta el riesgo de recibir cualquier tipo de transfusión.
 - D) No debe realizarse en pacientes con antecedentes de convulsiones.
- 76 Sobre los antígenos plaquetarios humanos (HPA) y refractariedad plaquetaria, indique cuál de las afirmaciones es correcta:**
- A) Existen descritos a esta fecha más de 60 antígenos plaquetarios humanos.
 - B) La refractariedad a la transfusión de plaquetas es sinónimo de aloinmunización.
 - C) La inmunización contra el HPA1a está fuertemente correlacionada con la presencia del alelo HLA-DRB3*01:01.
 - D) El estudio de refractariedad plaquetaria debe incluir determinación de anticuerpos anti HPA y antiHLA clase II.

- 77 Indique cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta sobre el síndrome de TRALI (lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión):**
- A) Los neutrófilos son importantes en su patogénesis.
 - B) El síndrome de TRALI tipo I puede ocurrir en presencia de factores de riesgo para síndrome de distress respiratorio.
 - C) El edema pulmonar se produce por permeabilidad.
 - D) Puede acontecer en pacientes neutropénicos.
- 78 Entre los siguientes fluidos de restauración volémica perioperatoria, que se pueden emplear como sustitutivos de la sangre en situación de urgencia en paciente adultos intervenidos de cirugía no cardíaca, indique cuál es el de MAYOR peso molecular:**
- A) Hidroxietalmidones.
 - B) Poligelinas.
 - C) Albúmina 5%.
 - D) Gelatina succinilada.
- 79 La trazabilidad y biovigilancia de toda la cadena, desde la donación del tejido al implante, es un requisito legal definido en las Directivas Europeas (artículo 8, EUTCD 2004/23/EC2) y el Real Decreto-Ley 9/20141, que determinan la necesidad de conservar la trazabilidad íntegra durante un mínimo de:**
- A) 20 años después del uso clínico.
 - B) 25 años después del uso clínico.
 - C) 30 años después del uso clínico.
 - D) 40 años después del uso clínico.
- 80 En la metodología de la separación y conservación de los componentes de la sangre, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?**
- A) Es imprescindible aplicar la fórmula de obtención de la fuerza centrífuga relativa y conocer el radio del rotor de la centrífuga (para la separación por centrifugación).
 - B) Los paquetes de eritrocitos congelados a -80 °C pueden conservarse 10 años o más si se utiliza glicerina en su conservación.
 - C) Los paquetes de eritrocitos almacenados a 4-6 °C y conservados con CPD-adenina pueden conservarse hasta 60 días.
 - D) El plasma fresco congelado puede tener un lapso de conservación de 1 año si se almacena a -30 °C.

- 81 Un paciente que desarrolla en el día +60 post-trasplante de PH, enfermedad injerto contra huésped aguda, recibe tratamiento de primera línea con esteroides. Diremos que el paciente es refractario a éstos si cumple el criterio:**
- A) Progresa en sus síntomas a las 24 h o no tiene respuesta completa a los 4 días del inicio del tratamiento.
 - B) Progresa en sus síntomas a las 24 h o no tiene respuesta completa a las 72 h del inicio del tratamiento.
 - C) Progresa en sus síntomas a las 72 h o no tiene respuesta completa a los 7 días del inicio del tratamiento.
 - D) Progresa en sus síntomas a las 24 h o no tiene respuesta completa a los 28 días del inicio del tratamiento.
- 82 En lo referente a colecta de precursores hematopoyéticos (PH) de médula ósea, señale cuál es correcta entre las siguientes afirmaciones:**
- A) La obtención de 2×10^8 células nucleadas/kg del receptor puede ser aceptable.
 - B) En la extracción de PH de médula ósea de donante familiar HLA idéntico, el volumen máximo aceptado es 30 ml/kg peso de donante.
 - C) En la extracción de PH de médula ósea de donante no emparentado HLA idéntico, el volumen máximo aceptado es 35 ml/kg peso de donante.
 - D) Para evitar la hemodilución del producto durante la extracción, se recomienda que en cada aspiración no se sobrepasen los 15-20 ml antes de transferido a la bolsa de colecta.
- 83 Un paciente de 56 años e índice de comorbilidad al trasplante (HCT CI o Horror) de 1, con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin de células B de alto grado NOS (no especificado), se encuentra en situación de recaída no comprobada o quimiosensibilidad desconocida (“untested relapse”). ¿Qué opción terapéutica de las siguientes es la indicada como “opción estándar” según criterios actuales EBMT? (JA Snowden et al. Bone Marrow Transplantation 2022; 57:1217 – 1239)**
- A) Trasplante autólogo.
 - B) Trasplante alogénico de donante familiar HLA idéntico.
 - C) Trasplante alogénico de donante no emparentado.
 - D) Las opciones referidas en las respuestas A), B) y C) no son opciones estándar para este caso.
- 84 Entre los factores de riesgo para el desarrollo de neoplasias mieloides relacionadas con terapia tras trasplante de precursores hematopoyéticos, NO es frecuente encontrar uno de los siguientes:**
- A) Irradiación corporal total en el acondicionamiento.
 - B) Auto-TPH en pacientes con linfoma.
 - C) Clona maligna en celularidad del donante.
 - D) Edad avanzada.

- 85 Según el Documento de Consenso Multidisciplinar sobre el Manejo de la Hemorragia Masiva (primera actualización 2023, documento HEMOMAS-II), en la transfusión de componentes sanguíneos, indique lo que NO es cierto:**
- A) Es aconsejable considerar la transfusión precoz de concentrados de hematíes dentro de una estrategia liberal.
 - B) Se sugiere el uso de componentes sanguíneos leucodeplecionados.
 - C) La transfusión de concentrados de hematíes suele ser necesaria cuando las pérdidas de volumen sanguíneo se sitúan entre el 30%-40%.
 - D) En determinados subgrupos de pacientes y contextos clínicos, puede ser aconsejable asegurar una concentración de hemoglobina plasmática superior a 9 g/dl, aunque no hay datos suficientes para esta recomendación.
- 86 Un paciente con enfermedad injerto contra huésped crónica (EICH) tras un alotrasplante de progenitores hematopoyéticos, diremos que presenta un grado severo (criterios NIH) de esta complicación si tiene:**
- A) Afectación de mucosa ocular y bucal grado 1 y hepática en grado 2.
 - B) Afectación gastrointestinal baja grado 2 y hepática grado 1.
 - C) Afectación pulmonar grado 2.
 - D) Ninguna de las anteriores corresponde a un grado severo de EICH crónico según criterios NIH.
- 87 Señale qué afirmación entre las siguientes es correcta con respecto a la profilaxis de la reactivación por citomegalovirus en un paciente sometido a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos de donante haploidéntico:**
- A) Si el paciente es CMV IgG positivo y recibe Ciclosporina como inmunosupresor, está indicada profilaxis con Letemovir a dosis de 480 mg/d hasta día +100.
 - B) Si el paciente es CMV IgG negativo y recibe Tacrólimus como inmunosupresor, está indicada profilaxis con Letemovir a dosis de 240 mg/d hasta día +100.
 - C) Si el paciente es CMV IgG negativo y recibe Tacrólimus como inmunosupresor, está indicada profilaxis con Letemovir a dosis de 480 mg/d hasta día +100.
 - D) Las opciones A), B) y C) son incorrectas.
- 88 Sólo una opción de las siguientes es FALSA respecto a los distintos componentes en los regímenes de acondicionamiento. Señálela:**
- A) Ciclofosfamida es, por naturaleza, más linfodeplectiva que mieloablativa.
 - B) Los regímenes mieloablativos suelen contener agentes alquilantes.
 - C) Treosulfan es activo no exclusivamente frente a células stem, y es de potente actividad inmunosupresora, pero de gran toxicidad a nivel extramedular.
 - D) En leucemia aguda con regímenes de intensidad reducida, Fludarabina/Melfalan ha demostrado menor incidencia de recaída que el esquema Fludarabina/Busulfan.

- 89 Los efectos responsables de la actividad antitumoral de los quimioterápicos alquilantes se relacionan con la interacción con el ADN, especialmente con el N7 de la guanina. Entre los siguientes fármacos, señale cual NO es agente alquilante:**
- A) Dacarbazina.
 - B) Melfalan.
 - C) Metotrexate.
 - D) Clorambucil.
- 90 Entre los siguientes quimioterápicos, a las dosis habituales para su indicación en esquemas de quimioterapia en hemopatías, ¿cuál es el de menor capacidad emetizante?**
- A) Dacarbazina.
 - B) Etopósido.
 - C) Cisplatino.
 - D) 2-Clorodeoxiadenosina.
- 91 En la sedación paliativa, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) La dosis de rescate de Morfina para la disnea es de 1/6 de la dosis total diaria.
 - B) El Midazolam no es el fármaco de elección para la sedación en situación delirium refractario.
 - C) La Levomepromacina está indicada en la sedación paliativa.
 - D) El efecto máximo de la Buscapina se produce 2 horas después de su administración subcutánea en dosis única, siendo la dosis máxima diaria de 240 mg, intravenosa o subcutánea.
- 92 Si disponemos de la posibilidad de solicitar las pruebas de actividad de ADAMTS13 en plasma en un paciente con una alta sospecha clínica (probabilidad de prueba previa $\geq 90\%$) de Púrpura Trombopénica Trombótica (PTT) Idiopática, indique la recomendación INCORRECTA actualmente:**
- A) Extraer muestra de plasma para la prueba de ADAMTS13 antes de iniciar tratamiento (recambio plasmático y corticoides) o uso de cualquier producto sanguíneo.
 - B) Considerar el uso de Caplacizumab si los resultados de la prueba ADAMTS13 (actividad e inhibidores de ADAMTS13, IgG anti-ADAMTS13) se esperan dentro de las 72 horas, o entre 72 horas y 7 días, según el escenario que se considere.
 - C) En cualquier nivel de probabilidad pretest se requiere un resultado positivo de la prueba de actividad ADAMTS13 (< 10 UI/dL ó $< 10\%$ de lo normal) antes de iniciar el tratamiento con Caplacizumab.
 - D) Si el nivel de ADAMTS13 es ≥ 20 UI/dL (ó $> 20\%$ de lo normal), considere suspender el Caplacizumab y busque otros diagnósticos alternativos.

- 93 Señale la afirmación correcta en cuanto al procedimiento de leucaféresis para obtención de progenitores hematopoyéticos para trasplante:**
- A) La duración del procedimiento no debe ser superior a tres horas.
 - B) El número de procedimientos no debe exceder de tres en días consecutivos.
 - C) La recolección de CD34+ es más efectiva cuando se procesan volúmenes elevados (4 - 5.3 veces la volemia).
 - D) La viabilidad de las células CD34+ en el producto recolectado es mayor en procedimientos en los que se procesan volúmenes en torno a 2.7 - 3.5 veces la volemia que en los procedimientos en los que se procesan volúmenes elevados (4 - 5.3 veces la volemia).
- 94 En el tratamiento del Síndrome de Hiperviscosidad, señalar la respuesta correcta:**
- A) El tratamiento de elección en pacientes sintomáticos es la hiperhidratación e inicio urgente de la terapia específica para la enfermedad de base.
 - B) Una a tres sesiones de plasmaféresis constituyen el tratamiento de elección en todos los pacientes sintomáticos con viscosidad sérica elevada, independientemente de los valores que alcance la misma.
 - C) La plasmaféresis sólo está indicada en pacientes con o sin síntomas con niveles de viscosidad superiores a 6 centipoises.
 - D) Ninguna de las anteriores es correcta.
- 95 Son indicaciones de tratamiento con Hidroxicarbamida en la enfermedad de células falciformes (Drepanocitosis), con evidencia moderada o alta, todas las siguientes EXCEPTO:**
- A) 3 ó más episodios (que no cursan con ingreso) de dolor vasooclusivo al año.
 - B) 2 ó más ingresos por síndrome torácico agudo en los 2 últimos años.
 - C) Cualquier combinación de 3 ó más episodios de crisis de dolor o síndrome torácico agudo al año.
 - D) 1 episodio de síndrome torácico agudo grave, priapismo, necrosis avascular de cabeza femoral o humeral, accidente cerebrovascular (en el caso de que no pueda realizarse transfusión crónica) o de otras complicaciones vasooclusivas graves.
- 96 ¿Qué mutación es más frecuente en la Hemocromatosis Hereditaria clásica?**
- A) C282Y en homocigosis.
 - B) C282Y y D65Y en heterocigosis compuesta.
 - C) C282Y en heterocigosis.
 - D) C282Y y H63D en heterocigosis compuesta.
- 97 Respecto a la Amiloidosis Primaria, el estadío Mayo modificado (sistema de estadiaje de la Clínica Mayo modificado) incluye los siguientes factores como variables desfavorables para construir un índice pronóstico, EXCEPTO:**
- A) NT-proBNP ≥ 1.800 pg/mL.
 - B) Tasa de filtrado glomerular < 50 ml/min por 1.73m^2 .
 - C) Diferencia entre el valor de cadenas ligeras libres en suero (involucrada – no involucrada, dif-CLL) ≥ 180 mg/L.
 - D) Troponina cardiaca T $\geq 0,025$ ng/mL.

- 98 ¿En cuál de las Anemias Diseritropoyéticas Congénitas es típica la binucleación de los eritroblastos?**
- A) En la tipo I.
 - B) En la tipo II.
 - C) En la tipo III
 - D) Es un hallazgo común en todas ellas.
- 99 Las Porfirias son un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias relacionadas con el metabolismo del grupo hemo. ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto?**
- A) En general son de herencia autosómica recesiva.
 - B) La Porfiria Eritropoyética Congénita o enfermedad de Günther se produce por el déficit de uroporfirinógeno III sintetasa.
 - C) La Protoporfiria Eritropoyética congénita se debe a un déficit de la enzima urodescarboxilasa.
 - D) Es una característica de todas las porfirias la fluorescencia de la orina con luz ultravioleta.
- 100 La Neutropenia Cíclica se asocia a mutaciones en el gen:**
- A) CXCR4.
 - B) ELA2.
 - C) SDBS.
 - D) ABL1.

CASO PRÁCTICO 1:

Paciente de 55 años con crecimiento adenopático laterocervical derecho de meses de evolución, indoloro, sin sintomatología B. En la anatomía patológica de biopsia excisional muestra “Linfoma Folicular CD20+, CD3-, BCL2+, BCL6+, CD10+ y bajo índice proliferativo”. En el TAC toraco-abdomino-pélvico se informa de “Adenopatías patológicas en cuello, axilares bilaterales, en cadena ilíaca externa izquierda e inguinales bilaterales de tamaño máximo de 20 mm eje largo”. Hemograma normal. LDH normal. Biopsia ósea sin signos de infiltración neoplásica. Diagnóstico: Linfoma Folicular Estadio III-A.

101 ¿Cuál de los siguientes parámetros clínico-analíticos NO se incluye para el cálculo del índice pronóstico FLIPI-2?

- A) Edad.
- B) Adenopatía de > 6 cm.
- C) Niveles de LDH.
- D) Niveles de hemoglobina.

102 ¿Cuál de los siguientes genes NO está incluido en cálculo del índice pronóstico m7 FLIPI?

- A) EZH2.
- B) ARID1A.
- C) MEF2B.
- D) TP53.

103 ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de tratamiento GELF en Linfoma Folicular?

- A) Leucemización > 10.0×10^9 linfocitos clonales circulantes.
- B) Esplenomegalia.
- C) Síntomas B.
- D) Masa tumoral nodal o extranodal ≥ 7 cm.

104 Señale la afirmación INCORRECTA con respecto al uso de Rituximab en monoterapia en pacientes afectos de Linfoma Folicular con baja carga tumoral, con respecto a “esperar y ver”:

- A) Consigue prolongar significativamente el tiempo hasta nuevo tratamiento.
- B) Consigue prolongar significativamente el tiempo hasta transformación histológica.
- C) Mejora significativamente la escala ajuste mental al cáncer.
- D) Consigue prolongar significativamente la supervivencia libre de progresión.

105 Tras 3 años de seguimiento se evidencia en TAC crecimiento adenopático con presencia de ≥ 3 áreas nodales con un diámetro mayor de 3 cm. Con respecto a la primera línea de tratamiento para esta paciente, señale la opción INCORRECTA:

- A) La combinación de Lenalidomida + Rituximab ha demostrado similar Supervivencia Global y Supervivencia Libre de Progresión que los esquemas de Rituximab + Quimioterapia en el estudio RELEVANCE.
- B) En el estudio GALIUM comparando Quimioterapia + Rituximab con Quimioterapia + Obinotuzumab, observó una diferencia significativa en la Supervivencia Global (a los 3 años: 73% frente a 80% para Rituximab + Quimioterapia frente a Obinotuzumab + Quimioterapia, respectivamente).
- C) Los estudios que compararon R-B con R-CHOP demostraron la no inferioridad de la R-B en cuanto a eficacia, con el valor añadido de presentar menos neutropenia y estomatitis, además de otras ventajas como la ausencia de alopecia.
- D) Obinotuzumab en combinación con quimioterapia seguido de Obinotuzumab en terapia de mantenimiento en pacientes que alcanzan algún tipo de respuesta, está indicado para el tratamiento de pacientes con LF avanzado no tratados previamente.

106 Tras alcanzar remisión completa con primera línea de tratamiento con immunoquimioterapia, el paciente inicia inmunoterapia de mantenimiento. A los 18 meses, en un TAC de control se evidencia re-crecimiento adenopático con presencia de ≥ 3 áreas nodales con un diámetro mayor de 3 cm. La nueva biopsia muestra persistencia de FL. En esta situación señale la opción INCORRECTA:

- A) Puede recibir un régimen de immunoquimioterapia distinto al de la primera línea.
- B) Pueden ser candidato a un ensayo clínico.
- C) La combinación Rituximab / Lenalidomida (R2) no es una opción válida.
- D) Si recibió Rituximab se debe valorar cambio a Obinotuzumab.

107 Con respecto a los pacientes que presentan recaída/progresión precoz (POD24) señale la opción correcta:

- A) Ocurre en $< 10\%$ de los pacientes.
- B) La Supervivencia Global a los 5 años es similar a los pacientes con recaída/progresión más tardía.
- C) Ocurre siempre en pacientes con FLIPI alto (> 3) al diagnóstico.
- D) La histología linfoma folicular grado 3 no se asocia con mayor incidencia de POD24.

108 Tras recibir tratamiento de 2 líneas, el paciente alcanza una segunda Remisión Completa. En esta situación señale la opción más apropiada:

- A) Mantenimiento con Obinutuzumab (si utilizado en la inmunquimioterapia de rescate)
- B) Mantenimiento con Rituximab (excepto los refractarios).
- C) Intensificación con un TAPH, ya que el paciente es candidato por edad y estado general.
- D) Continuar solamente con controles periódicos.

109 ¿Cuál de los siguientes Anticuerpos bi-especificos está indicado en ficha técnica para pacientes afectos de Linfoma Folicular que hayan recibido al menos 2 líneas de tratamiento previas?

- A) Mosunetuzumab.
- B) Epcoritamab.
- C) Glofitamab.
- D) Blinatumumab.

110 Con respecto a la terapia CAR-T en Linfoma Folicular, señale la opción INCORRECTA:

- A) En el ensayo ZUMA-5136 se evaluó Axicabtagén ciloleucel (axi-cel) en pacientes con LF grado 1-3A con dos o más líneas previas de tratamiento.
- B) Tisagenlecleucel (tisa-cel) fue evaluado en el ensayo ELARA137 en pacientes con LF grado 1-3A recaídos tras al menos dos líneas de tratamiento.
- C) La opinión positiva de la EMA es a partir de la tercera línea de tratamiento.
- D) La incidencia de síndrome de liberación de citocinas y de neurotoxicidad fue similar a la reportada en pacientes con linfoma B Difuso de Células Grandes.

CASO PRÁCTICO 2:

Mujer de 48 años con antecedente tabáquico (20 paq/año) y artritis reumatoide, que fue diagnosticada de Linfoma no Hodgkin B primario mediastínico estadio II-A, IPI 2, el 20 de septiembre de 2020. La paciente recibió 6 ciclos de Rituximab-Etopósido-Prednisona-Vincristina-Ciclofosfamida-Doxorrubicina (R-EPOCH) y logró remisión completa evaluada mediante PET al final del tratamiento (Deauville 1). Además, mejoró notablemente la clínica de artritis. Esto se pudo deber a la reducción de señales pro-inflamatorias (IL-6, IL-10, IL 18, proteína alarmina HMGB1) contribuyendo a una inactivación celular T.

111 ¿Cuál de los fármacos recibidos pudo contribuir a ese beneficioso efecto por el mecanismo descrito?

- A) Prednisona.
- B) Vincristina.
- C) Ciclofosfamida.
- D) Etopósido.

- 112 El 17 de noviembre de 2021 consulta por tos persistente, fiebre y astenia, detectándose masa mediastínica en la radiografía de tórax realizada en urgencias, y confirmando posteriormente la recaída de su enfermedad. ¿Cuál sería la pauta de tratamiento a seguir?**
- A) Quimioterapia de rescate seguida de terapia CAR-T.
 - B) Quimioterapia de rescate seguida de autoTPH.
 - C) Las opciones A) y B) pueden ser correctas dependiendo de la respuesta obtenida con la quimioterapia de rescate.
 - D) Quimioterapia previa muy reducida (sin intención de rescate) seguida de terapia CAR-T.
- 113 Tras completar la segunda línea de tratamiento quimioterápico, la paciente logra alcanzar remisión parcial (50% reducción masa mediastínica) y, tras ser informada por su equipo médico, acepta la realización de un auto-TPH. El acondicionamiento fue BEAM (BCNU-Etoposido-Citarabina-Melfalan), y desde el día +5 recibió G-CSF 3000 µg/d. Incidencias a resaltar: mucositis grado 2 OMS (diarrea no infecciosa) y emesis grado 2 OMS. En el día +10 post infusión de CD34+, comienza con febrícula (37,9°C), cierta disnea de moderados esfuerzos, suave aleteo nasal y mínimos edemas maleolares. SaO₂ 93%. Se realiza TAC de tórax apreciándose patrón bilateral alveolar simétrico, y PCR de virus nasofaríngeos que resultaron negativos. Analíticamente: Hemoglobina 8,6 gr/dL, PMN $0,1 \times 10^9/L$, plaquetas $19 \times 10^9/L$. Normalidad filtrado glomerular y perfil hepático. Hemocultivos sin crecimiento en primeras 48 horas. PCR 86 mg/L. ¿Qué opciones de las siguientes considera más acertada?**
- A) Suspender G-CSF.
 - B) Suspender G-CSF e iniciar esteroides (0.5 mg/kg/12 h i.v.).
 - C) Mantener G-CSF e iniciar deplección hídrica.
 - D) Mantener G-CSF e iniciar betalactámico.
- 114 Con los datos aportados, ¿podríamos decir que la paciente estaría desarrollando un síndrome de implante?**
- A) No, y además no cumple los criterios de Maiolino.
 - B) Sí, y además cumple criterios de Maiolino.
 - C) Sí, pues cumple los criterios de Spitzer.
 - D) Sí, pero los criterios de Maiolino y Spitzer no son válidos en este escenario.
- 115 Finalmente, la paciente es dada de alta en el día +18, con injerto estable (Hb 10 gr/dL, PMN $1,2 \times 10^9/L$, Plaquetas $48 \times 10^9/L$), independencia transfusional y ausencia de clínica salvo astenia y disgeusia. En su segunda visita a consultas presenta diarrea y en el coprocultivo se detecta infección por Clostridium Difficile. ¿Qué afirmación entre las siguientes es INCORRECTA?**
- A) El tratamiento de primera línea consiste en Vancomicina oral o Fidaxomicina.
 - B) En casos con imposibilidad de recibir las anteriores opciones se puede emplear Metronidazol.
 - C) En pacientes inmunodeprimidos, no existen recomendaciones específicas.
 - D) La pauta de profilaxis con probióticos en inmunodeprimidos ha demostrado recientemente ser efectiva.

116 La infección por Clostridium Difficile tiene tendencia a recurrir en pacientes inmunodeprimidos. Si ello sucediese en el caso actual, señale la opción INCORRECTA entre las siguientes:

- A) Bezlotoxumab es un anticuerpo monoclonal murino contra la toxina B de Clostridium difficile, indicado para prevenir las recaídas.
- B) En los ensayos clínicos MODIFY I/II se ha demostrado la superioridad de Bezlotoxumab frente a placebo para esta prevención.
- C) Se debe administrar en perfusión intravenosa en una dosis única de 10 mg/kg.
- D) No es necesario ajustar la dosis de Bezlotoxumab en pacientes con insuficiencia hepática.

117 Tras una semana de tratamiento adecuado, el cuadro diarreico mejoró, hasta resolución total en dos semanas. Sin embargo, en el día +48 presenta nuevamente diarrea líquida con restos de sangre, a veces rectorragia franca y dolor abdominal difuso. Analíticamente se objetivó caída brusca de plaquetas ($> 50\%$, recuento $1 \times 10^9/L$) y transaminitis (GOT 120 U/L, GPT 198 U/L) con leve colestasis disociada. PCR 29 mg/L. Se realizó coprocultivo sin hallazgo bacteriológico, pero realizado estudio PCR virales en sangre y heces se detectó presencia de adenovirus (3.41×10^5 copias/mL en sangre). En TAC de abdomen se describía enteritis, sin afectación de otros órganos. Señale cuál de las afirmaciones es correcta:

- A) La transmisión de la infección por adenovirus es persona-persona o bien reactivación, por el estado de inmunosupresión, desde células epiteliales o nódulos linfoides del propio individuo.
- B) Adenovirus debe monitorizarse semanalmente en todos los pacientes sometidos a trasplante hematopoyético.
- C) Se trata efectivamente de una enfermedad por adenovirus diseminada.
- D) El diagnóstico puede ser erróneo (falso positivo) ya que este tipo infección no se ha descrito en pacientes con autotrasplante de progenitores hematopoyéticos.

118 La hemorragia intestinal progresó y se hizo severa. Indique la respuesta INCORRECTA entre las siguientes, con respecto al diagnóstico de enfermedad/infección por adenovirus:

- A) Debería chequearse si existe afectación en sistema nervioso central.
- B) Debería chequearse si existe afectación cardíaca (miocarditis).
- C) La linfopenia severa no es un factor de riesgo para esta infección.
- D) Para afirmar que existe enfermedad diseminada se exigen más de dos órganos afectados.

119 La paciente fue ingresada en el hospital con el diagnóstico de enfermedad intestinal por adenovirus. ¿Qué medida de profilaxis/tratamiento es correcta?

- A) La profilaxis no farmacológica es mandatoria (previene la transmisión horizontal).
- B) Se recomienda la profilaxis farmacológica antiviral siempre que sea posible.
- C) Ribavirina es el tratamiento recomendado de primera línea.
- D) Cidofovir o Ganciclovir pueden emplearse como tratamiento de rescate si fracasa de otra terapia.

120 Finalmente, la paciente comenzó tratamiento y pudo ser dada de alta a las 3 semanas desde la fecha de ingreso ¿Qué tratamiento, entre los siguientes, cree que pudo obtener este resultado?

- A) Ganciclovir 5 mg/kg/12 h i.v. x 3 semanas.
 - B) Cidofovir 5 mg/kg/ semanal i.v. x 3 semanas.
 - C) Ribavirina 300 mg a las 8:00 am y 200 mg a las 8:00 pm v.o., sin Interferón por antecedente de enfermedad autoinmune.
 - D) Las opciones B) y C) son igualmente correctas, y pudieron ambas conseguir el resultado
-

CASO PRÁCTICO 3:

Varón de 65 años, diabético tipo 2 y fumador severo, con antecedente de melanoma en cuero cabelludo, que fue diagnosticado de Leucemia Linfática Crónica B con delección ATM, TP53 y ZAP 70% en noviembre de 2012. Desde mayo de 2015 recibió tratamiento con las siguientes líneas: 1ª) Rituximab - Bendamustina (x 6 ciclos) alcanzando remisión completa, pero persistía enfermedad mínima residual (EMR) positiva. En noviembre de 2018 sufre 1ª recaída, recibiendo Ibrutinib (2ª línea), no consiguiendo eliminar la EMR, con posterior progresión (diciembre de 2020). Recibió 3ª línea Rituximab - Venetoclax desde enero de 2021, y sólo Venetoclax desde agosto de 2021, consiguiendo alcanzar remisión completa y EMR negativa. Se realizó un alotrasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica de donante no emparentado HLA 9/10 previo acondicionamiento TBF de intensidad reducida el 10 de noviembre de 2021. El paciente recibió régimen de vacunación completa frente a SARS-CoV-2 previo al TPH, pero con anticuerpos indetectables. La serología frente a CMV fue donante IgG negativo frente a receptor IgG positivo. La profilaxis de la EICR se realizó con Ciclofosfamida post-trasplante y Tacrólimus + Micofenolato de mofetilo.

121 En la valoración previa al trasplante, según los datos aportados, y considerando que el paciente presentaba una función pulmonar con FEV1 82% y DLCO 75% (corregido por hemoglobina), seleccione el valor del índice de comorbilidad al trasplante (HCT-CI score) ajustado a su edad:

- A) 3.
- B) 4.
- C) 5.
- D) 7.

- 122 Su mujer le acompañó durante tres días en la segunda semana desde que ingresó, debiendo abandonar el hospital pues comenzó con fiebre. Realizado test PCR del SARS-CoV-2 fue positivo, motivo por el que se monitorizó PCR del SARS-CoV-2 al paciente, siendo negativo en tres ocasiones, pero ya en el día +14 post trasplante, el test PCR del SARS-CoV-2 fue positivo, aunque el paciente se encontraba totalmente asintomático. El número de copias del virus/ml era de 50.000.000 y la secuenciación mostró la variante Omicron. ¿Cuál recomendación de las siguientes considera más acertada?**
- A) Esperar a que esté sintomático para tratar con anticuerpo monoclonal activo contra la variante Omicron.
 - B) Proporcionar tratamiento con una dosis única de Tixagevimab/Cilgavimab.
 - C) Iniciar Remdesivir y corticoides.
 - D) Las opciones A) y C) pueden ser acertadas.
- 123 En el día +24 el paciente es dado de alta, con injerto estable, y ausencia de signos o síntomas de EICH. Como profilaxis de la infección por CMV recibía Letemovir desde el día +7. En el día +40 se detecta viremia CMV 25.000 UI/mL. Comenzó terapia con Valganciclovir 900 mg/12 horas y se realizó estudio de resistencia virológica detectándose mutación UL56V236M. Presentó trombopenia y neutropenia grado 3 OMS. En caso de negativizar la viremia en el día +65, tras la terapia con Valganciclovir, ¿qué actitud terapéutica indicaría a continuación?**
- A) Continuar profilaxis con Aciclovir y monitorización CMV.
 - B) Reiniciar profilaxis con Letemovir hasta el día +100 y, posteriormente, continuar con Aciclovir.
 - C) Continuar tratamiento con Valganciclovir al menos 2 meses más tras negativizar PCR CMV.
 - D) Consolidar respuesta con Cidofovir x 4 dosis (5 mg/kg).
- 124 El día +70 post-TPH, acude a su cita en consulta con importante astenia, temblor distal y sensación febril, aunque no se confirmó hipertermia posteriormente y la tensión arterial era normal. La exploración física no aportaba alteraciones en la exploración cutánea, de mucosas o cardiopulmonar y no existían dolor abdominal, organomegalias o edemas. En el hemograma: Hb 10,8 gr/dL y PMN $1 \times 10^9/L$ (estables con respecto a controles previos) pero plaquetas $3 \times 10^9/L$ (descenso brusco), comprobándose refractariedad transfusional. Ausencia de esquistocitos. El perfil hepático era de patrón citolítico (AST 447 U/L, 391 U/L) con bilirrubina en rango normal. Creatinina 0,9 mg/dL con filtrado glomerular normal y ausencia de proteinuria. LDH 531 U/L. PCR 20 mg/L. Procalcitonina en valores normales. Viremia CMV negativa. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos descartaría en primer tiempo según los datos aportados?**
- A) Enfermedad injerto contra huésped aguda hepática.
 - B) Enfermedad hepática por CMV.
 - C) Enfermedad veno-oclusiva tardía (VOD tardía).
 - D) Microangiopatía trombótica asociada al trasplante (MAT).

125 ¿Cuál de las siguientes terapias NO se justifica aplicar en las primeras 72 horas?

- A) Eculizumab.
- B) Metilprednisolona.
- C) Sirolimus.
- D) Ganciclovir.

126 Se realizó ecografía y TAC de abdomen: “Hígado de tamaño normal. Moderada cantidad de líquido libre intraabdominal, de predominio perihepático. Vesícula colapsada con importante edema parietal. Porta aumentada y permeable”. Inició tratamiento con Metilprednisolona 1 mg/kg/d i.v. con mejoría sintomática en las primeras 72 horas y descenso de transaminasas (> 50%) aunque persistía la refractariedad transfusional plaquetar. Aparece discreto dolor en hipocondrio derecho, aunque hay ausencia de ganancia de peso. Realizado eco Doppler de abdomen (día +74), el tamaño hepático había aumentado ligeramente y en porta se detectó flujo hepatópeto bajo, el resto era igual a estudio previo, con mínima ascitis. Se planteó medir la presión del gradiente venoso hepático a través de la vena yugular para descartar una VOD tardía y poder distinguir el cuadro de una posible EICH. ¿Qué valor de los siguientes discerniría mejor entre EICH y VOD?

- A) 4 mm Hg.
- B) 6 mm Hg.
- C) 8 mm Hg.
- D) 10 mm Hg.

127 Además se realizó elastografía hepática (Fibroscan®) con resultado de 9 kPa. Según los criterios EBMT para VOD tardía (Mohty M, BMT 2016;51: 906–12), indique la afirmación correcta aplicada al caso clínico, en el día +74:

- A) Sí, es una VOD tardía ya que cumple los 3 criterios de VOD clásica más allá del día +21
- B) No cumple criterios de VOD, ya que es preciso demostración por biopsia hepática.
- C) Sí, se trata probablemente de una VOD tardía, cumple 2 criterios de VOD tardía más allá del día +21, y además, la eco Doppler apoyaría este diagnóstico.
- D) No cumple criterios, ya que los niveles de bilirrubina son normales.

128 A los 10 días desde el ingreso (+80), se detectó alteración del comportamiento con progresión en 24 h a alteraciones de la reactividad y lenta respuesta a órdenes. La bilirrubina ascendió a 2,2 mg/dL, con estabilidad del resto del perfil hepático y analítico general, salvo ascenso de PCR a 79 mg/L. El TAC con contraste y la RMN de cráneo fueron normales. El estudio de PCR virales en líquido cefalorraquídeo no detectó agente. Indique si excluiría alguna de las opciones siguientes en el diagnóstico diferencial:

- A) Toxicidad neurológica por Tacrólimus.
- B) Enfermedad injerto contra huésped neurológica.
- C) Síndrome endotelial / VOD tardía.
- D) Todos los diagnósticos son posibles, no excluiría ninguno de los indicados en las respuestas A), B) y C).

129 Ante el rápido deterioro clínico, se detiene el tratamiento con Tacrólimus, se reduce la dosis de Metilprednisolona y es valorado el tratamiento urgente con Defibrotide. Indique, según los nuevos criterios de diagnóstico de VOD (BMT 2023; 58:749–754) y la escala de severidad dinámica de la SOS/VOD para adultos (BMT 2016; 51:906–12), cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

- A) Cumple criterios de “probable” (2023) y “severos” en la gradación dinámica (2016).
- B) Cumple criterios “clínicos” (2023) y “moderados” en la gradación dinámica (2016).
- C) Cumple criterios “probados” y “clínicos” (2023), y “leves” en la gradación dinámica (2016).
- D) Todas las afirmaciones anteriores son incorrectas.

130 Finalmente, debido a la complejidad del cuadro clínico y la aberrante y rápida evolución, se decidió iniciar tratamiento con Defibrotide en el día +83 postrasplante. Indique cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

- A) Al existir trombopenia grado 4 OMS con refractariedad transfusional, el tratamiento con Defibrotide está contraindicado.
- B) La dosis de tratamiento es 25 mg/kg/día repartida en 4 dosis.
- C) No se recomienda el empleo de fármacos que puedan aumentar el riesgo hemorrágico.
- D) La sobredosificación no se puede eliminar por diálisis.

CASO PRÁCTICO 4:

Mujer de 45 años que acude a Urgencias por astenia y disnea. Antecedentes Personales de HTA en tratamiento con Bisoprolol. Exploración física anodina. En analítica presenta: Hemograma: Hb 71g/l, VCM 104fL, leucocitos $0,7 \times 10^9/l$ (neutrófilos $0,1 \times 10^9/l$, linfocitos $0,4 \times 10^9/l$), plaquetas: $6 \times 10^9/l$, reticulocitos 0,5%. Bioquímica: normal, incluido vitamina B12 y ácido fólico. Serología viral negativa. Se realiza frotis de sangre periférica que presenta como único hallazgo ligera macrocitosis. Informe de médula ósea: “Celularidad 10%, no fibrosis, no displasia, blastos < 1%, no sideroblastos en anillo”.

131 ¿Qué diagnóstico sería el más probable?

- A) Aplasia Medular.
- B) Síndrome Mielodisplásico Hipoplásico.
- C) Síndrome Mielodisplásico con displasia multilínea.
- D) Mielofibrosis Idiopática.

132 ¿Cuál de los siguientes hallazgos sería más característico de un Síndrome Mielodisplásico Hipoplásico que de una Aplasia Medular?

- A) Ausencia de CD34.
- B) Presencia de clones de Hemoglobinuria Paroxística Nocturna.
- C) Mutaciones somáticas en DNMT3A, TET2, ASXL1, SF3B1.
- D) Mutaciones en el gen PIGA.

133 En el caso de que se trate de una Aplasia Medular, ¿cuál es el grado de severidad?

- A) Aplasia Medular no grave.
- B) Aplasia Medular grave.
- C) Aplasia Medular leve.
- D) Aplasia Medular muy grave.

134 En este caso, ¿qué opción de tratamiento considera más apropiada?

- A) "Watch and wait", por si se produce una remisión espontánea.
- B) Iniciar tratamiento con EPO y Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos (G-CSF).
- C) El tratamiento inmunosupresor puede ser una opción.
- D) Uso de anabolizantes.

135 La paciente no disponía de donante familiar HLA idéntico, y se inició tratamiento con ATG de caballo y Ciclosporina. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) El tratamiento se puede realizar de manera ambulatoria.
- B) La administración de ATG se debe realizar a través de un acceso venoso central.
- C) La dosis habitual de la ATG de caballo es 3,75 mg/kg/d durante 5 días.
- D) Es necesario monitorizar los niveles de ATG de caballo a las 48-72 horas de inicio del tratamiento.

136 A los 4 meses de iniciar el tratamiento inmunosupresor, la paciente presentaba hemograma con hemoglobina en 117g/l, neutrófilos $2,1 \times 10^9/l$ y plaquetas $140 \times 10^9/l$, con independencia transfusional y sin factores de crecimiento. ¿Qué tipo de respuesta ha tenido?

- A) Respuesta completa.
- B) Respuesta parcial.
- C) No respuesta.
- D) Muy buena respuesta parcial.

137 A los 5 meses, la paciente se mantenía sin requerimientos transfusionales pero los recuentos sanguíneos empezaron a disminuir y comenzó a presentar manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, petequias). En el hemograma presentaba: hemoglobina en 85 g/l, neutrófilos $0,7 \times 10^9/l$ y plaquetas $10 \times 10^9/l$. ¿Qué prueba debería realizarse en este momento?

- A) Estudio de médula ósea para descartar clonalidad y/o evolución a leucemia aguda.
- B) TAC de 4 áreas para descartar neoplasia asociada.
- C) Si recibe Ciclosporina, suspenderla, por alta sospecha de toxicidad medular.
- D) No hace falta realizar ninguna prueba, debe iniciar de nuevo tratamiento inmunosupresor, lo antes posible.

138 ¿Cuál de los siguientes factores se relaciona con una peor respuesta al tratamiento inmunosupresor?

- A) Edad avanzada
- B) Linfopenia severa.
- C) Aplasia medular muy grave.
- D) Todos ellos.

139 Tras confirmar recaída, se decide iniciar tratamiento con Eltrombopag. Señale la opción FALSA respecto al fármaco:

- A) Eltrombopag se absorbe mejor en ayunas al menos 2 horas antes de la comida.
- B) La dosis inicial recomendada es 50 mgrs una vez al día.
- C) Los principales efectos secundarios son alteraciones hepáticas y prolongación del intervalo QT.
- D) El tratamiento debe ser continuo, manteniendo la dosis constante a lo largo del tiempo.

140 Respecto al trasplante de progenitores hematopoyéticos en la Aplasia Medular, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) La médula ósea debe ser prioritaria frente a la sangre periférica como fuente de progenitores hematopoyéticos.
- B) La dosis celular a infundir debe ser mayor que la requerida para neoplasias hematológicas.
- C) Todos los pacientes que se trasplantan deben recibir Rituximab para prevención del síndrome linfoproliferativo post-trasplante.
- D) La presencia de citopenias post-trasplante puede ser secundaria a una mala función del injerto o a un fallo del implante.

CASO PRÁCTICO 5:

Mujer de 40 años que acude a Urgencias por astenia, malestar general, fiebre y petequias en miembros inferiores. No presenta antecedentes personales ni familiares de interés. Examen físico anodino, excepto por palidez mucocutánea y petequias en miembros inferiores. Se realiza hemograma con resultado: Hb 87g/l, VCM 80fL, leucocitos $6,7 \times 10^9/l$, con fórmula leucocitaria normal, plaquetas: $26 \times 10^9/l$, reticulocitos 7,8%. Coagulación: INR 1,3, Tiempo de Tromboplastina Parcial activado normal. Bioquímica: LDH 1.320 U/L, bilirrubina total 2,6 mg/dl, creatinina 0.8 mg/dl, resto normal.

141 ¿Qué prueba diagnóstica solicitaría en primer lugar para orientar el diagnóstico?

- A) Citometría de flujo.
- B) Niveles de vitamina B12 y fólico.
- C) Frotis de sangre periférica.
- D) Estudio citológico de médula ósea.

142 Se realiza frotis de sangre periférica donde se observan esquistocitos y se confirma la trombocitopenia; el test de Coombs directo es negativo y se solicitan niveles de ADAMTS-13. ¿Qué NO sería correcto, en caso de sospecha de púrpura trombótica trombocitopénica (PTT)?

- A) Valorar daño orgánico.
- B) Esperar resultado de ADAMTS-13 para iniciar tratamiento en base al mismo.
- C) Si se confirma déficit de ADAMTS-13 debe realizarse una búsqueda de autoanticuerpos anti-ADAMTS-13.
- D) Si el resultado de la actividad de ADAMTS-13 es $> 20\%$ se deben considerar otras microangiopatías trombóticas.

143 Clásicamente la PTT se ha definido por una pentada de signos y síntomas clinicopatológicos, entre los que NO se encuentra:

- A) Trombocitopenia.
- B) Anemia hemolítica autoinmune.
- C) Fiebre.
- D) Alteraciones neurológicas.

144 Indique cuál de los siguientes NO es un componente de la escala de riesgo preclínica PLASMIC:

- A) Hemoglobina.
- B) Volumen corpuscular medio.
- C) INR.
- D) Cifra de plaquetas.

145 La paciente se trató de forma inmediata con recambios plasmáticos junto a corticoides, alcanzando respuesta clínica según los criterios del International Working Group for TTP de 2017. ¿Qué parámetro encontraríamos en este tipo de respuesta?

- A) Cifra de plaquetas $\geq 150 \times 10^9/l$ tras finalizar terapia de recambio plasmático.
- B) LDH < 1.5 veces los niveles normales tras finalizar terapia de recambio plasmático.
- C) No evidencia de daño orgánico isquémico.
- D) Todos los anteriores son correctos.

146 Señale la respuesta INCORRECTA respecto a los recambios plasmáticos terapéuticos:

- A) Reducen la cantidad de autoanticuerpos anti-ADAMTS-13 circulantes en el caso de la PTT autoinmune.
- B) En caso de no poder realizar los recambios plasmáticos de manera urgente, se recomienda transfusión de hematíes y plaquetas.
- C) Reponen la enzima ADAMTS-13.
- D) Eliminan los multímeros de alto peso molecular del Factor Von Willebrand.

147 A los 6 meses, la paciente vuelve a presentar, en una revisión, anemia (Hb 95 g/l), trombocitopenia (plaquetas $80 \times 10^9/l$) y leve elevación de LDH (340 U/L), confirmándose recaída con unos niveles de ADAMTS-13 de 5.6%. ¿Cuál es la mejor opción de tratamiento para esta paciente?

- A) Recambios plasmáticos y corticoides.
- B) Recambios plasmáticos, Rituximab y, si está disponible, Caplacizumab.
- C) Azatioprina.
- D) Ciclosporina.

148 Tras el tratamiento adecuado, la paciente vuelve a alcanzar remisión clínica, con niveles de ADAMTS-13 patológicos (< 20%). ¿Cuál sería la mejor opción terapéutica?

- A) Reiniciar recambios plasmáticos.
- B) Administrar Rituximab.
- C) Abstención terapéutica, monitorizando los niveles de ADAMTS-13.
- D) Esplenectomía.

149 ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se ha ensayado en la PTT?

- A) Bortezomib
- B) Vincristina
- C) Azatioprina
- D) Fludarabina

150 Respecto al seguimiento a largo plazo de los pacientes diagnosticados de PTT, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Los supervivientes a largo plazo pueden desarrollar alteraciones mentales (cognitivas).
- B) Pueden aparecer enfermedades autoinmunes durante la evolución.
- C) No presentan mayor riesgo de muerte, en comparación con la población normal.
- D) Pueden aparecer trastornos psiquiátricos tipo depresión.

151 En relación a tratamiento con ácido Tranexámico, señale la afirmación correcta:

- A) El ácido Tranexámico no se excreta en la leche humana y, por lo tanto, puede administrarse en períodos de lactancia materna.
- B) Para una creatinina sérica de 5,60 mg/10ml, la dosis intravenosa recomendada es de 5 mg/kg peso/12 horas.
- C) Para una creatinina sérica de 2,90 mg/10ml, la dosis intravenosa recomendada es de 10 mg/kg peso/12 horas.
- D) La semivida de eliminación del ácido Tranexámico es de aproximadamente 3 horas.

152 En los pacientes con Linfoma no Hodgkin y Leucemia Linfática Crónica tratados con Rituximab en monoterapia, mantenimiento o en combinación con quimioterapia, ¿cuál de las siguientes reacciones adversas se han descrito con menor frecuencia?

- A) Anafilaxia.
- B) Infección por *Pneumocystis jiroveci*.
- C) Insuficiencia renal.
- D) Taquicardia supraventricular.

153 Señale la afirmación INCORRECTA:

- A) Un índice de Karnofsky de 50 ó inferior, indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes en pacientes con cáncer.
- B) La escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente con cáncer.
- C) La PPS (Palliative Performance Scale) es una escala de medición de la capacidad funcional específicamente diseñada para pacientes con cáncer, y es una modificación del índice de Karnofsky.
- D) Una puntuación de 53 en el cuestionario de Zarit (riesgo de cansancio del cuidador), nos llevaría a pensar en una sobrecarga leve.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS OPOSITORAS:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS OPOSITORAS Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.

