

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA TEST

1. Un paciente de 74 años fue diagnosticado de Leucemia linfática crónica. Tras un periodo de 2 años de seguimiento se objetivó rápido crecimiento adenopático (masas de 12 cm), importante esplenomegalia y anemia. El paciente no tenía antecedentes de interés salvo EPOC. Presentaba *IGHV* no mutada y delección 11q. No existía del(17p) /*TP53*mut. En este paciente todas las siguientes opciones terapéuticas serían aceptables y estarían aprobadas en España:
 - a. Idelalisib más rituximab
 - b. Venetoclax más rituximab
 - c. Ibrutinib más obinutuzumab
 - d. Acalabrutinib
2. En pacientes con del(17p) o mutación *TP53* en recidiva uno de los siguientes tratamientos no debe considerarse:
 - a. Ibrutinib
 - b. Venetoclax más rituximab
 - c. Alemtuzumab
 - d. Bendamustina-Rituximab
3. Una de las siguientes combinaciones es falsa:
 - a. Ibrutinib inhibe de modo irreversible la tirosin-kinasa de Bruton
 - b. Idelalisib es un inhibidor selectivo de la delta-fosfatidilinositol-3-kinasa
 - c. Pirtobrutinib es un inhibidor covalente de la tirosin-kinasa de Bruton
 - d. Alemtuzumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra CD52
4. Es cierta:
 - a. El mecanismo de resistencia en la LLC a idelalisib está mediado por mutaciones en la tirosín kinasa de Bruton (Cys481) que impiden que el fármaco se une a su diana terapéutica o afectando a la señalización mediada por BCR mediante *PLC γ 2*
 - b. En anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes asociada a leucemia linfática crónica los corticoides son el tratamiento de primera línea
 - c. En casos de resistencia a ibrutinib, es prudente dejar al menos tres semanas sin tratamiento al paciente para “lavar” el fármaco en pacientes que van a recibir una segunda línea
 - d. No se recomienda la profilaxis para *P. jirovecii* en los pacientes tratados con idelalisib
5. Uno de los siguientes no está incluido en el índice de Sokal para establecer el pronóstico al diagnóstico en pacientes con leucemia mieloide crónica:
 - a. Número de leucocitos
 - b. Edad
 - c. Porcentaje de blastos en sangre periférica
 - d. Recuento plaquetar
6. En pacientes con Leucemia mieloide crónica se entiende por respuesta molecular mayor una ratio:
 - a. BCR/ABL (BCR-ABL1) menor o igual a 0,001%
 - b. BCR/ABL (BCR-ABL1) menor o igual a 0,1%
 - c. BCR/ABL (BCR-ABL1) menor o igual a 0,0032%
 - d. BCR/ABL (BCR-ABL1) menor o igual a 0,01%
7. Uno de los siguientes inhibidores de tironsinocinasas se asocia con mayor frecuencia a aumento de lipasa y amilasa e isquemia arterial:
 - a. Nilotinib
 - b. Dastatinib
 - c. Imatinib
 - d. Bosutinib

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
TEST

8. Una de las siguientes es verdadera sobre las Neoplasias Mieloproliferativas Crónicas Philadelphia negativas:
- Un 10% de los pacientes con Policitemia Vera presentan mutaciones en la proteína Calreticulina (*CARL*)
 - Dos determinaciones negativas de *JAK2V617F* excluyen el diagnóstico de Policitemia Vera
 - Los pacientes con mielofibrosis prefibrótica primaria suelen cursar con trombocitosis y tienen peor pronóstico que los pacientes con trombocitemia esencial
 - CSFSR T618I* se ha puesto en relación con leucemia neutrofílica crónica
9. Los pacientes con trombocitemia esencial con recuentos plaquetares superiores a 1500×10^9 plaquetas/L:
- Son considerados de bajo riesgo
 - Tienen un riesgo hemorrágico mayor
 - No precisan recibir tratamiento citoreductor
 - No suelen tener mutaciones en *JAK2*, *CALR* o *PML*
10. En el tratamiento de la Policitemia Vera es falso:
- Los pacientes de bajo riesgo (jóvenes y sin historia de trombosis) pueden ser tratados con flebotomias y ácido acetil-salicílico
 - Es deseable mantener un hematocrito inferior al 45% en varones y 42% en mujeres
 - Ruxolitinib es el tratamiento de elección en mujeres con Policitemia Vera embarazadas
 - Busulfán presenta riesgo leucemógeno y de fibrosis pulmonar, no recomendándose su uso en pacientes jóvenes
11. Es cierto en relación al tratamiento de la mielofibrosis con ruxolitinib:
- La suspensión del tratamiento debe ser progresiva para evitar un aumento de citocinas que pueden provocar un aumento brusco de los síntomas
 - En pacientes con trombopenia importante no es necesario reducir la dosis
 - Disminuye la carga alélica de *JAK2* mutada
 - La anemia persistente durante todo el tratamiento es uno de sus efectos secundarios más difícil de manejar
12. En la leucemia promielocítica es falso:
- La forma típica o hipegranular suele ser DR negativa
 - En pacientes de alto riesgo el tratamiento de elección hoy en día es ATRA más trióxido de arsénico
 - Las probabilidades de recidiva aumentan si el paciente presenta trombopenia $<40 \times 10^9/L$ y leucocitosis $> 10 \times 10^9/L$
 - La variante microgranular suele cursar con recuentos leucocitarios elevados siendo la isoforma *BCR3* más frecuente
13. En pacientes con leucemia mieloblástica, según la clasificación del European Leukemia Net de 2010, todas las siguientes citogenéticas son de mal pronóstico excepto:
- t(6;9); DEK-NUP214*
 - del(5q)
 - inv(3) o t(3;3); RPN1-EVII*
 - NPM1* mutado sin *FLT3-ITD* (cariotipo normal)

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
TEST

14. En el tratamiento de soporte de los pacientes con leucemia mieloblástica es falso:
- Todos los pacientes con tratamiento antileucémico intensivo deben recibir hemoterapia irradiada
 - Debe realizarse profilaxis del síndrome de lisis tumoral con hiperhidratación, alopurinol y rasburicasa en los pacientes de alto riesgo
 - Si se incluye fludarabina en el tratamiento antineoplásico es recomendable realizar profilaxis de la infección por *P. jirovecii*
 - Azacitidina más venetoclax es el tratamiento de elección en caso de insuficiencia renal
15. Un paciente joven afecto de leucemia aguda mieloblástica con cariotipo normal y *CEBPA* mutado, sin otros datos de mal pronóstico, fue tratado con quimioterapia tipo 3+7 alcanzando remisión completa con enfermedad mínima residual negativa. La consolidación debe incluir:
- Sorafenib
 - Trasplante alogénico de progenitores hemopoyéticos
 - Consolidación con citarabina a altas dosis con/sin autotrasplante
 - Agentes hipometilantes con citarabina a bajas dosis
16. Gemtuzumab ozogamicin es un anticuerpo monoclonal dirigido frente a:
- CD13
 - CD41
 - CD16
 - CD33
17. En la leucemia mieloblástica tipo LAM₂ con basofilia la citogenética que suele asociarse es:
- t (9;11)
 - t (6;9)
 - t(v;11)
 - inv (3)
18. Un paciente con leucemia aguda linfoide presentaba el siguiente inmunofenotipo CD19+, CD10+, CyIg-, SmIg+. La sospecha diagnóstica es de:
- LAL pro-B
 - LAL Pre-B común
 - LAL pre-B
 - LAL-B
19. En la leucemia linfoide aguda infantil una de las siguientes anomalías estructurales citogenéticas conlleva un mal pronóstico:
- t(4;11)
 - t(1;19)
 - t(1;14)
 - t(12;21)
20. Un varón de 25 años acudió al Servicio de Urgencias por disnea y cefalea. La radiografía de tórax mostró una masa mediastínica. En el frotis realizado en Urgencias se objetivaban blastos agranulares con importante eosinofilia. La punción lumbar reveló una infiltración por blastos similares a los observados en sangre periférica. Usted sospecha:
- Leucemia aguda linfoide tipo Burkitt
 - Leucemia aguda linfoide T
 - Leucemia monoblástica
 - Leucemia Pro-B

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

TEST

21. En el paciente con leucemia aguda linfocítica mayor de 65 años:
- La quimioterapia de inducción intensiva suele ser bien tolerada
 - La asparaginasa en inducción presenta una toxicidad mucho mayor que en pacientes jóvenes
 - La tolerancia a quimioterapia a dosis reducidas con inhibidores de tirosinasa es muy pobre
 - Únicamente se beneficia de tratamiento paliativo
22. En el tratamiento del linfoma folicular es falso:
- Rituximab de mantenimiento incrementa la supervivencia libre de progresión
 - La negatividad del PET al final de la inducción parece asociarse con un mejor pronóstico
 - La recidiva en menos de 2 años del diagnóstico tras tratamiento quimioinmunoterápico no empeora el pronóstico si se utiliza un esquema diferente de reinducción y se administra rituximab de mantenimiento por un tiempo prolongado
 - El m-7 FLIPI no identifica bien los pacientes que van a experimentar una recidiva temprana
23. Un paciente de 70 años, con antecedentes de insuficiencia cardíaca, fue diagnosticado de linfoma folicular estadio avanzado. Existían adenopatías supra e infradiaphragmáticas, presentaba síntomas B y el FLIPI era de 4. De entre los siguientes, el tratamiento que usted elegiría sería:
- CHOP-R seguido de rituximab de mantenimiento
 - Fludarabina-Mitoxantrone-Dexametasona-Rituximab sin mantenimiento posterior
 - Bendamustina-Rituximab seguido de Rituximab de mantenimiento
 - Radioterapia sobre las masas bulky con 12 ciclos de rituximab
24. En la caracterización inmunohistoquímica para determinar la célula de origen de Linfoma difuso de células grandes B se puede utilizar el algoritmo de Hans que incluye la expresión en el tejido tumoral de todos los siguientes excepto uno:
- CD10
 - KI-67
 - MUM1
 - BCL6
25. Es falso sobre los linfomas difusos de célula grande B doble hit/triple hit:
- En los doble hit existen reordenamientos (traslocaciones) entre *MYC* y *BCL2* o *MYC* y *BCL6*
 - Los linfomas doble hit/triple hit presentan con frecuencia factores pronósticos adversos (IPI y LDH altos, estadios avanzados, etc.)
 - Los linfomas triple hit muestran reordenamientos (traslocaciones) entre *MYC*, *BCL2* y *CD30*
 - La afectación de médula ósea y sistema nervioso central parece más frecuente en los linfomas doble hit y triple hit
26. El score IPI en el linfoma difuso de célula grande B incluye todos los siguientes excepto:
- Edad
 - Estado general
 - Afectación extraganglionar
 - Beta-2 microglobulina normalizada
27. Señale la incorrecta del linfoma del manto:
- Citogenéticamente suele ser t(11;14)(q13;q32)
 - Existe una forma mucho más agresiva caracterizada por ausencia de síntomas y adenopatías pero con esplenomegalia y leucemización con ausencia de expresión de *SOX11*
 - Bendamustina-Rituximab puede ser una opción terapéutica
 - Los resultados con ibrutinib en pacientes en recidiva son alentadores

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
TEST

28. En los S. mielodisplásicos, una de las siguientes anomalías citogenéticas no se encuentra en el subgrupo pronóstico de “muy bueno” o “bueno” en el IPSS-R:
- Y
 - Del(11q) aisladas
 - Cariotipo normal
 - 7 y anomalías dobles que incluyen -7/del(7q)
29. En el diagnóstico de la hemoglobinuria paroxística nocturna, los marcadores de GPI son todos excepto:
- CD16 en neutrófilo
 - CD59 en monocitos
 - CD24 en neutrófilo
 - CD14 en monocito
30. Uno de los siguientes no es criterio aceptado de tratamiento con eculizumab en pacientes con hemoglobinuria paroxística nocturna:
- Trombopenia
 - Espasmos esofágicos frecuentes con historia de disfagia que requieren hospitalización u opiáceos
 - Hipertensión pulmonar no explicable por otras causas
 - Anemia hemolítica sintomática con LDH con valores 1.5 el normal
31. Las siguientes son características de síndrome de lisis tumoral, excepto:
- Hiperpotasiemia.
 - Hipercalcemia.
 - Acidosis láctica.
 - Hiperfosfatemia.
32. ¿Cuál de los siguientes datos no es criterio diagnóstico del Síndrome hemofagocítico o linfohistiocitosis hemofagocítica?
- Hemofagocitosis en médula ósea
 - Hipotrigliceridemia
 - Elevación de la ferritina
 - Esplenomegalia
33. Al menos dos semanas antes de iniciar el tratamiento con eculizumab es obligatoria la vacunación frente a:
- Meningococo con una vacuna que incluya los serotipos A,C,Y y W135
 - Neumococo
 - Hepatitis B
 - No hace falta ninguna vacunación
34. Si un paciente con Mieloma Múltiple presenta una alteración citogenética aislada de las siguientes. ¿Cuál considera que confiere un peor pronóstico ?:
- Hiperploidía
 - T (11;14)
 - del13 por FISH
 - del17p13
35. ¿Cuál de las siguientes alteraciones genético- moleculares implica un mejor pronóstico en la leucemia mieloblástica aguda?:
- Duplicación interna en tandem de FLT3
 - Mutación de MLL
 - Dos anomalías numéricas en el cariotipo
 - Mutación de CEBPA

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

TEST

36. En el linfoma/leucemia de Burkitt, los mejores resultados terapéuticos se obtienen con:
- Quimioterapia estándar con pautas de LAL de precursores B
 - Quimioterapia estándar con pautas de LAL de precursores T
 - Trasplante de progenitores hematopoyéticos en primera remisión completa
 - Quimioterapia combinada que incluya altas dosis de metotrexate y rituximab
37. En qué situaciones NO prescribiría Plerixafor (Mozobil) para obtener progenitores para un paciente candidato a Trasplante Autólogo que no ha movilizado con los esquemas convencionales:
- Fallo de movilización de progenitores para TASPE en LNH
 - Fallo de movilización de progenitores para TASPE en MM
 - Fallo de movilización de progenitores para TASPE en LMA
 - Fallo de movilización de progenitores PARA TASPE en pacientes con LNH y VIH+
38. Del tratamiento con inmunoterapia de Células T con Receptores de Antígenos Quiméricos (CAR-T Cels) cuál es un efecto adverso relevante a considerar:
- Síndrome de Activación de Citocinas
 - Aplasia de Células B
 - Síndrome de Lisis tumoral
 - Todos los anteriores han de ser considerados
39. Indique el estadio de un paciente con Mieloma Múltiple con los siguientes datos: Albúmina 4 gr/dl, B2 Microglobulina 4 mg/L, Lesiones óseas líticas múltiples, Hb 7 g/dl, Creatinina 2.7 mg/dL:
- ISS II
 - Durie Salmon IIB
 - ISS III
 - Durie Salmon IIIA
40. Indique la respuesta falsa respecto al Linfoma Folicular:
- El tratamiento puede estar basado en quimioterapia + rituximab
 - No existe un tratamiento quimioterápico estándar definido en esta enfermedad
 - La abstención terapéutica no es una opción en la era actual de los nuevos agentes
 - El tratamiento de mantenimiento con rituximab tras primera línea no ha demostrado influir significativamente en la supervivencia global
41. Un receptor de grupo sanguíneo O Negativo que ha recibido múltiples transfusiones y con Escrutinio de Anticuerpos Irregulares negativo recibe un injerto renal de un donante A Positivo experimentando un rechazo hiperagudo del injerto. La causa más probable de este rechazo es:
- Una respuesta inmune celular T dirigida contra antígenos menores de histocompatibilidad
 - Una respuesta inmune humoral mediada por antígenos del sistema ABO
 - Una respuesta inmune humoral dirigida contra antígenos del sistema HLA
 - Una respuesta inmune humoral dirigida contra antígenos del sistema Rh diferentes al D
42. Un paciente A Positivo recibió un trasplante de médula ósea de un donante O Negativo familiar. El curso post-trasplante cursó sin complicaciones significativas excepto una bacteriemia por E. coli en el día +24. El paciente había recibido siempre hemoterapia Rh negativa. Al año del trasplante el paciente había suspendido toda la medicación inmunosupresora y mostraba quimerismo completo. En ese momento realiza un grupo sanguíneo y lo más probable es que usted encuentre:
- Grupo hemático O Negativo, Grupo sérico A
 - Grupo hemático O Positivo, Grupo sérico O
 - Grupo hemático: Doble población A Positivo y O negativo, Grupo sérico O
 - Grupo hemático A Negativo, Grupo sérico A

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
TEST

43. Una de las siguientes es falsa con respecto al sistema ABO:
- Los individuos del grupo A añaden una N-acetil-galactosamina a una galactosa subterminal del antígeno H
 - Los individuos del grupo B añaden una galactosa a una galactosa subterminal del antígeno H
 - Los individuos del grupo AB añaden repetitivamente varias N-acetilgalactosaminas encadenadas (repetitivas) en la misma galactosa subterminal del antígeno H
 - Los individuos del grupo O expresan únicamente el antígeno H
44. En un paciente con fenotipo Bombay:
- El grupo hemático es O; el grupo sérico es AB y el suero del paciente no aglutina hematíes O
 - El grupo hemático es O; el grupo sérico es AB y el suero del paciente aglutina hematíes O
 - El grupo hemático muestra una panaglutinación; el grupo sérico es O y el suero del paciente aglutina hematíes O
 - El grupo hemático es O; el grupo sérico es O y el suero del paciente aglutina hematíes O
45. Es falso de los individuos con grupo sanguíneo A₂:
- Los individuos A₂ aglutinan con la lectina *Dolichos biflorus*, a diferencia de los A₁ que no aglutinan
 - Aproximadamente el 1-8% de los individuos A₂, y un porcentaje mayor de los A₂B, poseen Aloanti-A1 en su suero
 - La cantidad de epítomos de antígeno A por hematíe es mayor en los individuos A₁ que en los A₂
 - En general los individuos A₂, en relación a los A₁, presentan una mayor reactividad con la lectina *Ulex europaeus*
46. Uno de los siguientes métodos no es útil en el estudio de discrepancias serohemáticas ABO:
- Estudios de elutriación
 - Estudios de la presencia de antígeno A y H en saliva
 - Mayor o menor reactividad de los hematíes con la lectina *Ulex europaeus*
 - Utilización de anticuerpos monoclonales en la determinación del grupo hemático
47. En un paciente adulto no transfundido los hematíes mostraron en el grupo hemático: aglutinación con suero anti-A de 2+ en “doble población” (mixed-field), ausencia de aglutinación con suero Anti-B, aglutinación de 2+ en “doble población” (mixed-field) con suero Anti-A,B. En el grupo sérico existía una aglutinación de +/2+ con hematíes A₁ y aglutinación de 4+ con hematíes B. Además, el suero del paciente no aglutinaba hematíes O y en su saliva se detectó sustancia H. Usted sospecha:
- Fenotipo eritrocitario A₁
 - Fenotipo eritrocitario A₂
 - Fenotipo eritrocitario A_x
 - Fenotipo eritrocitario A₃
48. Es falso del fenotipo “B adquirido”:
- Es una causa de discrepancia ABO serohemática y se debe a una deacetilación del antígeno A
 - Característicamente los individuos muestran una fuerte aglutinación con suero anti-B, aglutinación débil con suero anti-A y contienen isohemaglutininas anti-B en su suero
 - Se ve en relación con infecciones del tracto gastrointestinal
 - La acidificación del pH (pH 6.0) permite resolver la discrepancia en algunos casos

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
TEST

49. Es falso de los anticuerpos del sistema ABO:
- La inmunoglobulina con actividad anti-A y anti-B es fundamentalmente IgG en individuos del grupo O
 - La enfermedad hemolítica del recién nacido ligada al sistema ABO es más frecuente en madres de grupo O
 - El suero de los individuos del grupo O contiene un anticuerpo con reactividad anti-A y anti-B que no puede separarse por adsorción
 - La presencia de anti-A1 se detecta mejor a 37°C que a temperatura ambiente
50. En el estudio de discrepancias serohemáticas ABO, una de las siguientes no es causa de aglutinación en “doble población”:
- Transfusión de hematíes O a un paciente A hace una semana
 - Trasplante de médula ósea en el día +30
 - Hemorragia fetomaterna
 - Antígeno B adquirido
51. Una de las siguientes no suele ser causa de discrepancia serohemática ABO:
- Presencia de crioaglutininas
 - Hemorragia fetomaterna/transfusión intrauterina
 - Presencia de anti-Kell
 - Hipergammaglobulinemia
52. ¿Cuál de los siguientes anticuerpos no se relaciona con la producción de anemia hemolítica del recién nacido?
- Anti-C
 - Anti-E
 - Anti-Lea
 - Anti-Kell
53. Si sólo dispone de los datos de laboratorio, ¿qué le haría sospechar que se halla ante una anemia hemolítica autoinmune (AHAI) por anticuerpos fríos en vez de una AHAI por anticuerpos calientes?
- Esferocitos en la extensión de sangre periférica
 - Prueba de la antiglobulina directa negativa con el suero antiglobulina monoespecífico anti-IgG y positiva con el suero monoespecífico anti-C3-C4
 - Prueba de la antiglobulina directa positiva con el suero antiglobulina poliespecífico
 - Elevación de la bilirrubina indirecta
54. Señala cuál de los siguientes factores es el más importante en relación a los cambios que se producen en el almacenamiento de los hematíes:
- La depleción de ATP
 - La reducción de 2,3 DPG
 - Los cambios electrolíticos
 - Hemólisis
55. En un paciente que recibe daratumumab, a la hora de realizar el escrutinio de anticuerpos irregulares, no es útil:
- Tratar los hematíes utilizados en el escrutinio de anticuerpos irregulares con DTT
 - Realizar un fenotipo extendido antes de comenzar el tratamiento
 - Transfundir hematíes compatibles para el sistema Kell
 - Realizar el escrutinio de anticuerpos irregulares con suero/plasma precalentado para evitar falsos positivos

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
TEST

56. De los siguientes trastornos de trombofilia hereditaria cuál es el más prevalente en la población general:
- Deficiencia de antitrombina
 - Factor V Leiden
 - Deficiencia de proteína S
 - Mutación del gen de la protrombina G20210A
57. De las siguientes afirmaciones una es correcta en relación con la enfermedad de von Willebrand:
- El tipo 1 se caracteriza por ser un déficit leve cuantitativo del factor von Willebrand
 - En el tipo 3 no existe clínica hemorrágica.
 - El tipo 3 es el más frecuente
 - Los subtipos 2 se caracterizan por un déficit cuantitativo en el factor von Willebrand
58. En relación con el desarrollo de anticuerpos inhibidores en pacientes con hemofilia, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?:
- Son más frecuentes en la hemofilia B que en la hemofilia A
 - Suponen la mayor complicación del tratamiento de la hemofilia
 - Hacen inefectivo el tratamiento sustitutivo con el factor deficitario
 - En la hemofilia B pueden asociarse a reacciones alérgicas
59. En relación con la trombopenia inmune (PTI) cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:
- Los test de determinación de anticuerpos antiplaquetarios son fundamentales en el diagnóstico
 - El diagnóstico de la PTI es por exclusión de otras causas de trombopenia
 - La relación entre el número de plaquetas y la clínica hemorrágica es muy variable.
 - La definición actual de PTI persistente es aquella que perdura entre los 3 y 9 tras el diagnóstico
60. En diagnóstico de una paciente con tendencia hemorrágica y tiempo de protrombina y tiempo de cefalina normal (TTPa) debe considerarse todas las siguientes patologías menos una:
- Déficit de FXIII
 - Trombopatía
 - Trombocitosis
 - Déficit de FVIII
61. ¿Cuál de las siguientes condiciones no se considera un factor protrombótico?
- Anticoagulante Lúpico
 - Deficiencia de FXIII
 - Mutación G20210A del gen de la protrombina
 - Factor V Leiden
62. ¿En cuál de los siguientes defectos factoriales podemos encontrar conjuntamente un alargamiento de los tiempos de cefalina (TTPa) y de protrombina?
- Déficit de factor V
 - Déficit de factor VII
 - Déficit de factor IX
 - Déficit de factor XI
63. El Idarucizumab es el antídoto aprobado para la reversión del efecto de uno de los siguientes fármacos anticoagulantes:
- Apixaban
 - Dabigatran
 - Rivaroxaban
 - Edoxaban

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

TEST

64. En un paciente con déficit de FVII cuál de los siguientes datos de laboratorio esperaría encontrar:
- Alargamiento del tiempo de trombina
 - Alargamiento del tiempo de cefalina (TTPa) y tiempo de protrombina
 - Alargamiento solo del tiempo de protrombina
 - Alargamiento solo del tiempo de cefalina (TTPa)
65. En paciente con déficit grave de FV y sangrado activo, ¿Cuál sería el tratamiento sustitutivo más adecuado?
- Plasma fresco congelado
 - Concentrados de FV
 - Concentrados de FVIII
 - Inmunoglobulinas Intravenosas
66. Con respecto a las características típicas de la anemia de procesos crónicos o anemia de la inflamación crónica, señale la opción CORRECTA:
- La síntesis de hepcidina está aumentada.
 - La anemia es característicamente microcítica.
 - Los niveles de transferrina están elevados.
 - La ferritina es normal o baja
67. Señale que entidad NO se suele acompañar de cuerpos de Howell-Jolly.
- Hipofunción esplénica
 - Diseritropoyesis
 - Saturnismo
 - Deficiencia de G6PDH
68. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el déficit de piruvato cinasa:
- Por su escasa clínica, la mayoría de los pacientes son diagnosticados con una edad superior a los 55 años
 - Cursa con anemia macrocítica
 - Es recomendable la administración profiláctica de ácido fólico
 - Cursa con hemólisis
69. ¿Cuál de las siguientes proposiciones se corresponde con el diagnóstico de doble heterocigoto HbS HbC (hemoglobinopatía SC) en relación con el paciente HbS HbS?
- La anemia es leve
 - Las complicaciones oculares son menos frecuentes que en la hemoglobinopatía SS
 - Los accidentes trombóticos son poco frecuentes
 - Las crisis vasooclusivas escasas
70. El fenotipo más frecuente encontrado en las células del Síndrome de Sezary es:
- CD2+CD3+CD5+CD7-CD4+
 - CD2+CD3+CD5+CD7+CD8+
 - CD2+CD3+CD5+CD7-CD4+CD8+
 - CD2+CD3+CD5-CD7+CD4+

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
TEST

PREGUNTAS DE RESERVA

1. En relación con las heparinas de bajo peso molecular indique cuál es la respuesta incorrecta
 - a. Son producidas por despolimerización química o enzimática de la heparina no fraccionada
 - b. Tienen mayor afinidad por la trombina que por el FXa
 - c. Están indicadas en el tratamiento de la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar
 - d. Pueden producir trombopenia inducida por heparina

2. Tras el inicio de la terapia con agentes anti-vitamina K (dicumarínicos) cuál es el factor de la coagulación que desciende sus niveles en plasma más precozmente:
 - a. FVIII
 - b. FVII
 - c. FII
 - d. FXI

3. La Cloroquina, en el banco de sangre, se puede emplear como método de:
 - a. Disociación de anticuerpos
 - b. Elución de anticuerpos
 - c. Potenciación de anticuerpos
 - d. Conservación de los hematíes

4. Señale la proposición INCORRECTA en relación a la eliptocitosis congénita:
 - a. Las formas clínicas graves comprenden el 1% del total
 - b. Puede deberse a un déficit de espectrina
 - c. Se transmite con carácter autosómico recesivo
 - d. La esplenectomía es una opción terapéutica

5. El tratamiento con agentes eritropoyéticos en pacientes con Síndrome mielodisplásico de bajo riesgo tiene más probabilidades de ser efectivo en todas estas circunstancias salvo una:
 - a. Se inicia precozmente
 - b. Los niveles de eritropoyetina están por debajo de 500 U/L (mejores resultados si <200 U/L) (según el score del Grupo Nórdico)
 - c. El paciente es transfusión independiente
 - d. La blastosis medular es importante