

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

ACCESO: LIBRE

**CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA NEFROLOGÍA - PRUEBA APLAZADA**

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 La Constitución Española señala que los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad, en su artículo:**
- A) 50.
 - B) 51.
 - C) 52.
 - D) 53.
- 2 La Junta de Andalucía es la institución en que se organiza políticamente el autogobierno de la Comunidad Autónoma, y está integrada por el Parlamento de Andalucía, la Presidencia de la Junta y el Consejo de Gobierno. Además, el Estatuto de Autonomía de nuestra Comunidad (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo) establece que otras instituciones y órganos regulados en el mismo texto legal forman parte también de la organización de la Junta de Andalucía, y entre estos se encuentra:**
- A) Defensor del Pueblo Andaluz.
 - B) Consejo de Transparencia.
 - C) Cámara de Comercio de Andalucía.
 - D) Consejo de Radiotelevisión Pública de Andalucía.
- 3 Los pinchazos accidentales constituyen un importante problema de salud laboral por su relativa alta frecuencia (son el accidente con riesgo biológico más corriente) y por las consecuencias que pueden comportar desde el punto de vista de contagio. Todas las siguientes son recomendaciones básicas que deben seguirse para evitar accidentes de este tipo, EXCEPTO:**
- A) Desechar las pipetas de vidrio con el borde roto.
 - B) No manipular residuos en el interior de los contenedores, ya que estos pueden contener en su interior agujas y material punzante o cortante.
 - C) No volver a encapsular las agujas ya usadas.
 - D) Usar guantes desechables para cualquier manipulación de material sanitario.
- 4 El Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003), señala en su artículo 10, como principal instrumento de configuración y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), y que conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre los criterios para la coordinación de la política de recursos humanos del SNS:**
- A) A la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
 - B) Al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
 - C) Al Ministerio de Sanidad.
 - D) Al Foro Marco para el Diálogo Social.

- 5 Referido a la obtención por primera vez de la Tarjeta Sanitaria de Andalucía, todas las siguientes afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:**
- A) Supone el registro del solicitante en la Base de Datos de personas usuarias (BDU).
 - B) Al solicitar la tarjeta es imprescindible que el/la ciudadano/a señale el centro de atención primaria y profesional de medicina de familia o pediatría que desea.
 - C) Requiere la acreditación de la residencia en Andalucía mediante certificado de empadronamiento.
 - D) Es necesario presentar el modelo de solicitud, cumplimentado, en un centro de atención primaria.
- 6 Los profesionales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) están asegurados mediante un contrato de seguro de responsabilidad que garantiza las consecuencias económicas a las que vendría obligado a indemnizar por haber causado daños y perjuicios a un tercero en la actividad prestada para el SAS. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre esta cobertura es cierta?**
- A) Si un profesional del SAS es considerado responsable por cualquier actuación amparada por el contrato de seguro de responsabilidad, que no sea causada por una intención de producir voluntariamente un daño a un tercero, no tendrá que abonar cantidad alguna.
 - B) Los profesionales del SAS están siempre asegurados, ya que ante cualquier situación, tanto la responsabilidad civil profesional como la responsabilidad patrimonial está cubierta por la empresa de seguros que tenga contratada el Organismo.
 - C) En caso de recibir una reclamación, hay que comunicar la misma directamente al Servicio de Gerencia de Riesgos del SAS.
 - D) Todos los profesionales del SAS cuentan con la defensa de los letrados del Servicio Andaluz de Salud, por lo que no está previsto que el profesional elija a su propio abogado.
- 7 Referido a los indicadores de salud, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Un indicador puede ser algo tan simple como un número absoluto de eventos, o un cálculo complejo, como la esperanza de vida al nacer o la tasa de fecundidad.
 - B) Los indicadores de salud deben ser mediciones relativas, que están compuestos por un numerador y un denominador que, por lo general, se refieren al mismo período y el mismo lugar.
 - C) Son mediciones absolutas: la razón, la proporción, la tasa y los llamados odds.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 8 La tasa de fecundidad es un buen indicador de la conducta reproductiva de la población, que además no se ve afectado por la estructura etaria. ¿Cómo se calcula?**
- A) Numero de nacidos vivos en un año / número de mujeres a mitad de ese año.
 - B) Número de embarazos en un año / número de mujeres entre 15 y 49 años a mitad de ese año.
 - C) Número de nacidos vivos en un año / número de mujeres entre 15 y 49 años a mitad de ese año.
 - D) Promedio de hijos que cada mujer dejaría al cumplir los 50 años.

- 9 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la desviación estándar es correcta?**
- A) La desviación estándar es la medida de dispersión más común, que indica cuán dispersos están los datos con respecto a la media.
 - B) En una muestra de valores, mientras mayor sea la desviación estándar de una variable, menor será la dispersión de los datos de dicha variable.
 - C) El símbolo σ (sigma) se utiliza frecuentemente para representar la desviación estándar de una muestra.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 10 ¿Qué prueba de las siguientes emplearía para evaluar una posible asociación o relación entre dos variables cuantitativas?**
- A) T de Student.
 - B) Chi cuadrado.
 - C) Regresión lineal simple.
 - D) ANOVA.
- 11 Usted está llevando a cabo un análisis de la casuística de su unidad en el último año, con los datos que le han proporcionado desde el Servicio de Información y Calidad, y quiere comprobar si la mortalidad hospitalaria está relacionada con los días de la semana. En concreto, teniendo datos de los pacientes hospitalizados y de los éxitus habidos durante el ingreso hospitalario, así como de la fecha y hora de fallecimiento en cada caso, se plantea responder a la siguiente pregunta operativa: ¿es diferente la proporción de mortalidad (razón de N° de pacientes fallecidos/N° de pacientes ingresados) si se comparan fines de semana (desde las 00 horas del sábado hasta las 8 horas del lunes) con resto de los días de la semana (desde las 8.01 horas del lunes a las 23.59 horas del viernes)?. Para llevar a cabo esta comparación entre las dos variables así definidas, recurrirá a ¿qué test de contraste de hipótesis?**
- A) Test T de Student.
 - B) Test Chi cuadrado.
 - C) Regresión lineal simple.
 - D) Regresión logística multivariante.

12 Plantea hacer un estudio de investigación sobre una de las patologías que con más frecuencia se atiende en las consultas generales de su unidad clínica, partiendo de la premisa de que "seguro que dispondrá de una muestra grande en la que podrá hacer múltiples análisis y comparaciones". Al final, después de un trabajo recopilatorio que le ha supuesto un gran esfuerzo a usted y a sus residentes, ha conseguido identificar a 364 pacientes que cumplirían con el diagnóstico de la patología concreta que pretenden analizar, y ahora se disponen a recoger múltiples variables demográficas, clínicas y evolutivas (en total 74 variables) en una Hoja de Recogida de Datos que ha diseñado para ello. Sobre este estudio de investigación y su diseño, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) Es un estudio que, aunque no demasiado bien planificado, tiene un diseño de cohorte retrospectiva, y se podrán hacer análisis de factores etiológicos y pronósticos de la enfermedad en cuestión.
- B) Como se conoce qué pacientes de la muestra han fallecido, se hará un diseño de casos y controles para evaluar los factores relacionados con la mortalidad en esta enfermedad.
- C) En principio es un diseño de tipo descriptivo, y cualquier comparación entre variables recogidas en esta serie de pacientes debe, además de minimizarse, tener sentido a la luz de los conocimientos actualizados en dicha enfermedad y someterse a la máxima prudencia a la hora de sacar conclusiones.
- D) Por la cantidad de variables recogidas, seguro que habrá de recurrirse a los análisis multivariantes al hacer comparaciones estadísticas.

13 Está evaluando un brote epidémico con 60 afectados (vómitos y diarreas), y tiene datos de las 300 personas que estuvieron a riesgo, pues fue una celebración a puerta cerrada en un restaurante. De 70 personas que recuerdan haber tomado unas tartaletas con ensaladilla, 50 tienen síntomas de gastroenteritis aguda (GEA); mientras que en los restantes 230 invitados, que no tomaron dichos canapés (o no lo recuerdan bien) hay 10 con GEA. Con estos datos se pueden calcular diferentes indicadores; pero, ¿cuál de los siguientes es la odds ratio de GEA asociada al consumo de tartaletas de ensaladilla?

- A) $OR = (50 \times 220) / (10 \times 20) = 55$.
- B) $OR = 50 / 10 = 5$.
- C) $OR = (50 / 70) / (10 / 230) = 16.4$.
- D) Ninguno de los anteriores.

14 En la metodología de diseño de los PAIs (Procesos Asistenciales Integrados), ¿qué es cierto referido al "límite final"?

- A) La salida del proceso puede producirse en cualquiera de los niveles asistenciales.
- B) En los procesos crónicos, el límite final es siempre el fallecimiento del paciente.
- C) En los procesos agudos, suele ser difícil establecer con precisión el límite final.
- D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

- 15 La precisión de las pruebas diagnósticas se define en relación con un "método ideal" (o gold estándar) aceptado, que define el presunto estado real del paciente, y la exactitud de la nueva prueba para distinguir entre la enfermedad y la salud se determina en relación con los resultados del estándar de referencia y se resume en cuatro estimaciones. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre estas estimaciones, es INCORRECTA?**
- A) La sensibilidad -o tasa de resultados positivos verdaderos de una nueva prueba- es la proporción de pacientes con la enfermedad (definida por el gold estándar) que tienen un resultado positivo en la nueva prueba.
 - B) La proporción de pacientes con enfermedad que tienen una prueba negativa, es la tasa de resultados negativos falsos, que se calcula como $(1 - \text{especificidad})$.
 - C) Entre los pacientes sin enfermedad, la proporción de casos con pruebas negativas corresponde a la especificidad, o tasa de resultados negativos verdaderos.
 - D) La especificidad, o tasa de negativos verdaderos, refleja qué tan bien la prueba nueva identifica en forma correcta a los pacientes sin la enfermedad.
- 16 Siendo la nefrona la unidad funcional renal, señale la respuesta correcta:**
- A) Según envejecemos el número total de nefronas no se modifica gracias a su capacidad de regenerarse.
 - B) Los capilares glomerulares tienen una presión hidrostática reducida.
 - C) La rama descendente y el segmento inferior de la rama ascendente del asa de Henle son especialmente gruesos.
 - D) El asa de Henle se continúa con el túbulo distal, el cual se localiza en la corteza renal
- 17 Desde el punto de vista histológico, es cierto que:**
- A) El túbulo colector y el segmento delgado del asa de Henle se caracterizan por tener un epitelio cuboidal simple.
 - B) Es característico del túbulo contorneado proximal el ribete en cepillo, la luz más regular aunque menor diámetro luminal y un número mayor de núcleos.
 - C) Es característico del túbulo contorneado distal, una luz más regular, un mayor diámetro luminal y un número mayor de núcleos.
 - D) El segmento grueso del asa de Henle posee un epitelio plano simple escamoso
- 18 En un corte sagital del riñón, es todo verdadero, EXCEPTO:**
- A) En la médula renal encontramos entre 8-10 estructuras cónicas llamadas pirámides renales.
 - B) La cara lateral de cada riñón contiene una región llamada hilio renal.
 - C) Por cada hilio renal pasan entre otros, los vasos linfáticos, la arteria y la vena renal.
 - D) Los cálices mayores se dividen en los cálices menores.

19 En el proceso de filtración glomerular podemos afirmar:

- A) La presión hidrostática sanguínea en los capilares glomerulares, promueve la filtración, al forzar la salida del agua y solutos del plasma.
- B) La presión hidrostática capsular o presión ejercida contra la membrana de filtración por el líquido del espacio capsular, oscila alrededor de 15 mmHg.
- C) La presión osmótica coloidal capilar, ejercida por las proteínas de la sangre tiende a recuperar el agua.
- D) Todas son correctas.

20 Dentro de las características anatómo-funcionales del asa de Henle, podemos afirmar:

- A) Rama ascendente gruesa del asa de Henle, se caracteriza por su permeabilidad al agua y la alta actividad de las bombas basolaterales de sodio/potasio.
- B) Rama ascendente delgada del asa de Henle, se caracteriza por su impermeabilidad al agua y al ClNa y su permeabilidad a la urea.
- C) Rama descendente delgada del asa de Henle, se caracteriza por su alta permeabilidad al agua e impermeabilidad a la urea.
- D) Rama descendente delgada del asa de Henle, se caracteriza por su baja permeabilidad al agua e impermeabilidad a la urea.

21 Dentro de las indicaciones para el cálculo del aclaramiento de creatinina con orina de 24h se encuentran:

- A) Pacientes con IMC entre 19 y 35 kg/m².
- B) Pacientes con hepatopatías graves, ascitis o pacientes en anasarca.
- C) Gestantes.
- D) Las respuestas B) y C) son correctas.

22 La biopsia renal percutánea diagnóstica está contraindicada en algunas circunstancias. Indique la respuesta correcta:

- A) Pacientes de edad avanzada (más de 80 años).
- B) Hipertensión arterial sistólica (PAs > 170 mmHg) no controlada.
- C) Gestación.
- D) Pacientes en UCI con ventilación mecánica invasiva.

23 A la hora de interpretar los resultados de un análisis de orina es correcto afirmar:

- A) La presencia de hematíes dismórficos se asocia a lesión glomerular.
- B) La presencia de leucocituria en cantidad anormal, puede observarse en glomerulopatías proliferativas, nefritis intersticiales y sarcoidosis, entre otras.
- C) La presencia de cilindros siempre es patológica.
- D) Las respuestas A) y B) son correctas.

24 Ante la presencia de glucosuria con niveles plasmáticos de glucosa normales, debemos pensar en todas las siguientes posibles causas, EXCEPTO:

- A) Defecto primario de la reabsorción a nivel del túbulo colector.
- B) Pacientes que reciben inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2.
- C) Exposición a metales pesados.
- D) Tratamiento con Lamivudina.

- 25 La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), proporciona la media de las lecturas de PA durante un periodo determinado, que normalmente es de 24 h. De las siguientes afirmaciones señale la correcta:**
- A) Como mínimo el 65% de las lecturas deben ser satisfactorias para que se considere válida la sesión de MAPA.
 - B) El umbral diagnóstico para la HTA es $\geq 125/75$ mmHg durante 24 h, $\geq 130/80$ mmHg de media de la PA diurna y $\geq 120/70$ de media de la PA nocturna.
 - C) La MAPA es un mejor predictor de daño orgánico inducido por HTA que la PA medida en consulta.
 - D) No se ha podido demostrar que la media de los valores de PA ambulatoria de 24 h tengan una relación más estrecha con las complicaciones mórbidas o mortales.
- 26 En condiciones basales, ante una excesiva ingesta de sodio sin un aporte hídrico adecuado, indique qué mecanismo fisiológico se activará:**
- A) La osmolalidad plasmática efectiva y la concentración plasmática de sodio aumentarán de manera transitoria.
 - B) Se eliminará menos agua por acción de la vasopresina, y más sodio por la expansión del volumen del líquido extracelular.
 - C) El efecto neto será una orina de escaso volumen (similar al ingerido) y mucho sodio.
 - D) Todas son correctas.
- 27 Con respecto al tratamiento de la hiponatremia sintomática, señale la respuesta correcta:**
- A) Las guías americanas recomiendan el uso de Urea sólo en el SIADH nefrogénico.
 - B) Tanto las guías europeas como las americanas coinciden en utilizar NaCl al 5% en bolo con la misma pauta.
 - C) El objetivo es un aumento lento de la natremia, entre 4 a 6 mEq/l, para revertir el edema cerebral, sin que sea necesario alcanzar concentraciones normales.
 - D) Si coexiste una situación edematosa, o si la osmolalidad urinaria es < 350 mOsm/kg, clásicamente se ha considerado que pueden asociarse diuréticos del asa (Furosemida 1 mg/kg/4-6 h).
- 28 Con respecto a la afectación cardiovascular de la hipocalcemia, señale la respuesta correcta:**
- A) En situación de hipocalcemia, la Digoxina es más efectiva.
 - B) La hipocalcemia severa puede afectar la contracción del músculo cardíaco y producir insuficiencia cardíaca congestiva.
 - C) En presencia de hipocalcemia, en el electrocardiograma (ECG) podemos encontrar que el segmento ST y el intervalo QT están acortados, siendo estos cambios habitualmente las únicas alteraciones.
 - D) Son muy específicos los cambios de la onda T en el ECG.

29 En pacientes ancianos, indique la respuesta correcta:

- A) Los gérmenes causantes de ITU más frecuentemente aislados son las bacterias Gram negativas: *E. coli* (60%), *K. oxytoca* (15%) y *P. mirabilis* (7%).
- B) Son más altas las tasas de resistencia antibiótica, pero menos frecuente la colonización.
- C) Son más bajas las tasas de resistencia antibiótica, pero más frecuente la infección por gérmenes multirresistentes.
- D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

30 Mujer de 35 años, sexualmente activa, acude a su médico de familia por clínica de disuria, urgencia miccional, dolor suprapúbico y hematuria. ¿Qué diagnóstico diferencial sería el menos probable?

- A) Síndrome de vejiga dolorosa.
- B) Vaginitis.
- C) Cistitis simple aguda.
- D) Pielonefritis aguda.

31 La retención aguda de orina se origina como consecuencia de diferentes mecanismos fisiopatológicos. De las siguientes causas, todas son correctas EXCEPTO:

- A) Ineficacia del detrusor durante analgesia epidural.
- B) Sustancias colinérgicas que reducen la contractilidad del detrusor.
- C) Sustancias alfa-adrenérgicas.
- D) Prostatitis aguda.

32 Respecto al tratamiento de la hipercalciuria idiopática, señala la respuesta FALSA:

- A) Se recomienda una ingesta de calcio normal (1000-1200 mg/día de calcio elemental, o aproximadamente 3 raciones diarias de lácteos).
- B) La suplementación con calcio y vitamina D no se ha relacionado con aumento del riesgo de litiasis.
- C) Se recomienda una restricción moderada de sal y de proteínas de origen animal.
- D) Es conveniente una ingesta adecuada de frutas y verduras (por su contenido en agua y magnesio).

33 El angiotensinógeno (AGT), principal sustrato de la renina, es sintetizado principalmente por el hígado. Señale la respuesta correcta:

- A) Los estrógenos orales y los glucocorticoides inhiben la síntesis de AGT.
- B) La escisión del AGT por la renina, se considera el paso limitante de la velocidad en la cascada enzimática del RAS circulante.
- C) No se ha conseguido demostrar que exista producción de AGT en tejido adiposo o glándulas suprarrenales.
- D) Las variantes del gen AGT ejercen un efecto muy significativo sobre la presión arterial.

- 34 Según la Guía de Práctica Clínica de la ESC/ESH 2018 para el diagnóstico y tratamiento de la HTA, en el caso de HTA resistente, se incluyen una serie de recomendaciones. Indique entre las siguientes la respuesta correcta:**
- A) La adición de dosis altas de Espironolactona al tratamiento de base.
 - B) No recomendado intensificación del tratamiento diurético si hay enfermedad renal grado IIIb-IV.
 - C) La adición de dosis bajas de Espironolactona al tratamiento de base.
 - D) No se recomienda la adición de Doxazosina.
- 35 La Guía Europea sobre prevención de las enfermedades CV, recomienda el uso del sistema SCORE para la evaluación del riesgo CV. Indique la respuesta correcta:**
- A) El sistema SCORE estima el riesgo de sufrir una primera complicación aterosclerótica mortal en 10 años, según edad, sexo, hábito tabáquico, nivel de colesterol total y la PAs.
 - B) El sistema SCORE permite calibrar los niveles de riesgo CV en numerosos países europeos, y ha sido validado externamente.
 - C) El sistema SCORE solo permite estimar el riesgo de complicaciones CV mortales.
 - D) Todas son correctas.
- 36 ¿Cuál de las siguientes características de un paciente, le deben hacer sospechar que usted se encuentra ante un caso de HTA secundaria?**
- A) Presencia de daño orgánico extenso.
 - B) Debut hipertensivo de cualquier grado en la infancia.
 - C) HTA resistente.
 - D) Todas son correctas.
- 37 La ateroembolia es una complicación grave de la aterosclerosis. Indique la afirmación correcta:**
- A) Es iatrogénica en más del 70 % de los casos.
 - B) La angiografía es el evento desencadenante más común.
 - C) La enfermedad renal causada por el ateroembolismo es parte de un trastorno multisistémico.
 - D) Todas son ciertas.
- 38 Se conocen dos causas principales de estenosis bilateral, de la arteria renal. De las siguientes afirmaciones, indique la correcta:**
- A) Displasia fibromuscular (FMD) afecta a la arteria renal principal distal o a las ramas intrarrenales.
 - B) Displasia fibromuscular (FMD) afecta a la arteria renal principal proximal o a las ramas.
 - C) Aterosclerosis, afecta principalmente al orificio aórtico y a la arteria renal principal distal.
 - D) Aterosclerosis, no afecta al orificio aórtico ni a la arteria renal principal proximal.

- 39 Ante la sospecha diagnóstica de un síndrome Hemolítico Urémico (SHU) requerimos todas estas determinaciones, EXCEPTO:**
- A) Perfil bioquímico y hematológico, en el que objetivemos anemia, trombopenia, LDH elevada, haptoglobina disminuida y presencia de esquistocitos en sangre periférica.
 - B) Determinación de actividad de ADAMTS13.
 - C) Determinación de toxina Shiga en heces.
 - D) Biopsia renal percutánea, que se realizará de forma imprescindible.
- 40 Se han identificado distintos genes relacionados con el Síndrome Nefrótico Córtico Resistente (SNCR) que codifican las proteínas del diafragma de filtración, el citoesqueleto podocitario, la membrana basal glomerular, factores de transcripción, genes nucleares, mitocondriales y reguladores endosomiales. Indique cuál de las siguientes relaciones es correcta:**
- A) Diafragma de Filtración: ACTN4: α -actinina-4, INF2: proteína formina 2.
 - B) Citoesqueleto: NPHS1: nefrina, NPHS2: podocina.
 - C) Membrana basal glomerular: LAMB2: laminina subunidad β 2 (AR). ITGB 4: integrina β 4.
 - D) Reguladores endosómicos: COQ2: coenzima Q2 4-hidroxibenzoato poliprentransferasa, COQ6: coenzima monooxigenasa Q6.
- 41 Indique el enunciado correcto referido a la hiperlipidemia del síndrome nefrótico (SN):**
- A) La hipercolesterolemia es una anomalía inconstante del SN, aconteciendo sólo en un 25% de los casos.
 - B) Los pacientes nefróticos presentan incremento en las LDL y VLDL, y un descenso en las IDL y lipoproteína (a).
 - C) La hipertrigliceridemia es más frecuente que la hipercolesterolemia.
 - D) La hipertrigliceridemia parece producirse como consecuencia de un menor catabolismo de los triglicéridos, y no de un aumento en su síntesis.
- 42 En la Enfermedad de Cambios Mínimos en el niño, ¿cuál de las siguientes NO es una indicación de biopsia renal?**
- A) Síndrome nefrótico resistente a los esteroides, tras un mínimo de 4 semanas de tratamiento oral, aun después de usar altas dosis de esteroides por vía intravenosa.
 - B) Coexistencia con HTA y/o insuficiencia renal y/o hipocomplementemia.
 - C) Comienzo del síndrome nefrótico antes del primer año de edad.
 - D) Hematuria microscópica aislada concomitante al síndrome nefrótico inicial.
- 43 Respecto a los síndromes en Nefrología, indique la opción INCORRECTA:**
- A) La proteinuria transitoria puede producirse como consecuencia de la gestación o del ejercicio físico y no reviste gravedad.
 - B) El síndrome nefrótico se acompaña de cilindros grasos (lipudira) en el sedimento.
 - C) El síndrome nefrótico cursa en un 90% con hematuria macroscópica.
 - D) La enfermedad renal crónica puede cursar con filtrado glomerular estimado superior a 60 ml/min/1,73 m².

- 44 Se ha descrito cierta resistencia a la acción de los diuréticos en el síndrome nefrótico. Señale cuál de las siguientes NO es una causa:**
- A) A igualdad de dosis, la respuesta natriurética de estos fármacos es inferior a la observada en individuos normales.
 - B) La fracción del diurético que se distribuye al espacio extravascular disminuye.
 - C) Disminución de la respuesta tubular intraluminal del diurético al fijarse a la albúmina filtrada.
 - D) Aumento de la reabsorción de sodio en segmentos tubulares distales de la nefrona.
- 45 En un paciente monorroeno y obeso con hiperfiltración glomerular, ¿qué hallazgo histopatológico será más frecuente encontrar en su biopsia renal?**
- A) Colapso del ovilleo glomerular, con acusada afectación tubulointersticial.
 - B) Lesiones de hialinosis y esclerosis afectando fundamentalmente al polo tubular del glomérulo.
 - C) Proliferación segmentaria de células endocapilares.
 - D) Lesiones de esclerosis localizadas fundamentalmente en el polo vascular del glomérulo y glomerulomegalia.
- 46 Con respecto al tratamiento de la Glomerulosclerosis Focal y Segmentaria (GFS) primaria, señale el enunciado correcto:**
- A) Entre las medidas generales de tratamiento, los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (iSGLT2) pueden ser beneficiosos para reducir la proteinuria.
 - B) Para la mayoría de los pacientes con GFS primaria que presentan síndrome nefrótico se sugiere una terapia inicial con inhibidores de la calcineurina (CNI) en vez de glucocorticoides, para evitar sus efectos adversos.
 - C) El riesgo de recaídas es muy bajo después de la suspensión de los CNI.
 - D) Existen recientes estudios controlados que muestran importantes ventajas del rituximab sobre el Tacrolimus como terapia para la GFS primaria.
- 47 Pese a ser la glomerulonefritis primaria (GNP) más frecuente en nuestro medio, todavía no hay un tratamiento inmunosupresor específico para la Nefropatía IgA (NIgA). Sin embargo sí se aceptan algunas recomendaciones para su empleo. De las siguientes afirmaciones, indique la correcta:**
- A) La terapia inmunosupresora está especialmente indicada para los pacientes con evidencia de daño renal grave e irreversible (TFGe < 30 ml/min/1,73 m²) durante > 3 meses.
 - B) Varios estudios han apoyado el uso de corticoides durante 6 meses en aquellos pacientes con proteinuria ≥ 1 g/día a pesar de al menos tres a seis meses de tratamiento conservador optimizado (bloqueo del sistema renina angiotensina).
 - C) La mayoría de los autores y las guías de práctica clínica KDIGO recomiendan el Mofetil Micofenolato como terapia inmunosupresora de primera línea.
 - D) Con el empleo de inhibidores de la calcineurina se ha observado reducción de la proteinuria en la NIgA, por lo que se aconseja su uso de forma rutinaria en los pacientes con proteinuria persistente > 1 g/24 h.

48 Se han descrito varios sistemas para clasificar las lesiones microscópicas de la Nefropatía por IgA (NlgA). En 2009 se desarrolló la Clasificación de Oxford, que determina que cada informe de biopsia de NlgA debe incluir una gradación y puntuación basada en la presencia o ausencia de cinco variables (MEST-C). Con respecto a las cuatro primeras (MEST) de estas variables, señale el enunciado FALSO:

- A) Hiper celularidad mesangial: presencia de hiper celularidad mesangial en menos o más del 50% de los glomérulos (M0/M1).
- B) Hiper celularidad extracapilar: hiper celularidad ausente o presente en el epitelio parietal de la cápsula de Bowman en al menos el 25% de los glomérulos (E0/E1).
- C) Glomeruloesclerosis segmentaria: ausencia o presencia de esclerosis en cualquier parte del penacho glomerular en al menos 1 glomérulo de la muestra (S0/S1).
- D) Atrofia tubular/Fibrosis Intersticial: porcentaje de área cortical afectada por atrofia tubular o fibrosis intersticial T0 (0-25%), T1 (26-50%), T2 (> 50%).

49 La frecuente aparición de remisiones espontáneas es un hecho conocido desde las primeras descripciones de la Nefropatía Membranosa (NM). A propósito de las mismas, señale el enunciado correcto:

- A) Se entiende por remisión espontánea la desaparición del síndrome nefrótico con independencia de la evolución de la función renal.
- B) La aparición de remisión espontánea puede darse en pacientes con graves proteinurias al comienzo de la enfermedad.
- C) La forma característica de la remisión espontánea es un descenso abrupto de la proteinuria observado en los primeros seis meses.
- D) El porcentaje de recaídas a lo largo del curso de la enfermedad, no difiere entre los pacientes que han presentado remisión espontánea y los que no.

50 Indique la respuesta FALSA en cuanto a las manifestaciones clínicas de la GN proliferativa endocapilar aguda postestreptocócica:

- A) En la mayoría de las ocasiones (80%) la presentación es subclínica, paucisintomática, en forma de microhematuria e hipocomplementemia.
- B) El tiempo de latencia desde la infección al inicio de la clínica es de 2-3 semanas en las infecciones de garganta, y 4-6 semanas en las cutáneas.
- C) En los casos en adultos, puede haber síndrome nefrótico, y es más frecuente que la oliguria se complique con insuficiencia cardiaca, y que se requiera terapia renal sustitutiva.
- D) Se encuentra hipertensión arterial en el 20-30% de los casos sintomáticos floridos.

51 Señale la afirmación correcta con respecto a la glomerulonefritis extracapilar tipo 4:

- A) Es una combinación de los tipos 1 y 3, con títulos de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) y anticuerpos frente a la membrana basal glomerular (MBG).
- B) Los títulos de anticuerpos frente a MBG suelen ser superiores a los de ANCA.
- C) El pronóstico es similar a la glomerulonefritis extracapilar tipo 1, pero con remisiones mantenidas durante más tiempo y menor tendencia a recaídas.
- D) El tratamiento que recomienda las KDIGO es similar a la glomerulonefritis extracapilar tipo 1, pero -al contrario que en ésta- está contraindicado el uso de plasmaféresis.

52 Según el Documento de Consenso del Grupo Prometeo 2021, con respecto a la recidiva en el trasplante renal de la de la Glomerulonefritis membrano-proliferativa por Inmunocomplejo Idiopática (GNMP-IC) y Glomerulopatía C3 (GC3), señale la afirmación FALSA:

- A) En los pacientes con diagnóstico de GNMP-IC primaria y GC3 se debe realizar el estudio de la vía alternativa del complemento para caracterizar el riesgo de recidiva y posibles tratamientos.
- B) Identificar subgrupos de pacientes en función de la etiología de la GC3 y GNMP-IC puede permitir una mejor predicción de la respuesta al tratamiento.
- C) En pacientes con variantes genéticas o sin causa filiada de GC3 está especialmente indicado el trasplante de donante vivo relacionado.
- D) Si la presentación de la recidiva es con síndrome nefrótico y/o insuficiencia renal rápidamente progresiva se recomienda inicio de tratamiento con Eculizumab.

53 Según las Guías KDIGO 2021 y las últimas recomendaciones sobre el manejo y tratamiento de las Enfermedades glomerulares (GN), señale la correcta con respecto al tratamiento general de las glomerulonefritis:

- A) Restringir la ingesta diaria de sodio (8-10 g/día).
- B) El objetivo de control de la Tensión Arterial (TA) debe ser 140/90 mmHg, incluso <135/85 mmHg en caso de proteinuria > 1g/24h.
- C) El tratamiento con inhibidores de cotransportador SGLT2 para la reducción del riesgo de progresión de la enfermedad renal y de proteinuria en las GN aún carece de evidencia suficiente en cuanto efectividad/seguridad, por lo que no deben recomendarse.
- D) El efecto pronóstico de la reducción de la proteinuria es variable según el tipo de entidad. En la nefropatía IgA tienen un efecto demostrado, siendo menor en otras como la glomerulosclerosis segmentaria y focal, GN membranosa, etc, aunque la indicación es clara en la mayoría.

54 Según las guías KDIGO 2022 para el manejo y tratamiento de la diabetes mellitus (DM) en la ERC, sobre el uso de los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (iSGLT2), señale la respuesta correcta:

- A) Una vez que se inicia un iSGLT2, es razonable discontinuarlo cuando la Tasa de Filtrado Glomerular (TFGe) caiga por debajo de 20 ml/min.
- B) Es razonable suspender el iSGLT2 durante tiempos de ayuno prolongado, cirugía o enfermedad médica crítica, por un mayor riesgo de cetosis.
- C) No es necesario revisar las dosis de tiazidas o diuréticos de asa antes de comenzar el tratamiento con iSGLT2, incluso en pacientes con riesgo de hipovolemia.
- D) La disminución de la TFGe con el inicio del tratamiento con iSGLT2 es una indicación para suspender temporalmente la terapia.

55 El enfoque general para todas las personas con diabetes también es apropiado para las personas con enfermedad renal diabética (ERD). Las consideraciones específicas incluyen: (señale la respuesta correcta)

- A) El objetivo de control glucémico en pacientes con diabetes tipo 1 y ERD es idealmente una hemoglobina glicosilada del 8% o menos.
- B) Para el control de la tensión arterial y de la albuminuria se recomienda la terapia combinada con un IECA y un ARA-II, o la combinación de uno de estos medicamentos con un inhibidor de la renina.
- C) En general, se debe evitar iniciar el tratamiento con iSGLT2 en pacientes con FGe < 40 ml/min/1,73 m².
- D) Además de los iSGLT2, los fármacos hipoglucemiantes con mayor evidencia de beneficio en los resultados cardiovasculares y renales son los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón1 (GLP-1).

56 Según los estudios FIDELIO-CKD and FIGARO-CKD, realizados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y ERC, señale la respuesta correcta:

- A) La Finerenona (un antagonista no esteroideo del receptor mineralocorticoide) enlenteció la progresión de la ERC y disminuyó el riesgo de eventos cardiovasculares.
- B) La hiperpotasemia que condujo a la discontinuación del tratamiento no fue más frecuente con Finerenona que con placebo.
- C) Los efectos de la Finerenona sobre la reducción de la presión arterial fueron significativos, y similares a los reportados previamente por Espironolactona y Eplerenona.
- D) La Finerenona no tuvo efectos distintos al placebo sobre la reducción del cociente albúmina-creatinina en pacientes con ERC.

57 Señale la afirmación correcta con respecto a la homeostasis renal del ácido úrico (AU):

- A) La eliminación renal de ácido úrico en adultos normales es del 80% de la carga filtrada, lo que indica que, en circunstancias habituales, hay una reabsorción tubular neta de aproximadamente el 20% del urato filtrado.
- B) La mayoría del AU filtrado sufre reabsorción tubular distal.
- C) El AU filtrado es absorbido en la membrana apical de las células tubulares por los intercambiadores de aniones urato URAT1 y OAT10.
- D) Después de la reabsorción tubular de AU, éste sale de las células tubulares al suero a través del antiportador de urato GLUT9, que puede ser inhibido por la insulina, provocando un efecto uricosúrico.

58 Señale la respuesta INCORRECTA acerca de la nefropatía relacionada con la exposición profesional prolongada (5 a 30 años) a altos niveles de plomo (> 60 mcg/dL [2,9 micromol/L]):

- A) La biopsia renal revela los cambios típicos de una nefritis intersticial crónica.
- B) La intoxicación aguda por altos niveles de plomo, inicialmente daña los túbulos distales, con cuerpos de inclusión intranucleares de complejos proteicos de plomo.
- C) Clínicamente se puede presentar como un síndrome de tipo Fanconi, enfermedad renal crónica (ERC), hipertensión y/o gota.
- D) Un posible efecto adverso de la terapia de quelación con ácido etilendiaminotetraacético cálcico (EDTA) es la redistribución del plomo en el sistema nervioso central.

59 La hipercalcemia puede verse asociada con un espectro de manifestaciones clínicas variadas. Entre las renales, se incluye:

- A) Estimulación y aumento de la actividad de la arginina vasopresina, traducida en síntomas de poliuria y polidipsia.
- B) La hipercalcemia crónica, aunque con poca frecuencia, causa acidosis tubular renal tipo 1 (distal).
- C) La nefrocalcinosis, observada en el 50% de pacientes hipercalcémicos con insuficiencia renal, es la causa más común de ERC en la hipercalcemia del hiperparatiroidismo primario.
- D) La hipercalcemia leve se asocia con gran frecuencia con insuficiencia renal.

- 60 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto al tratamiento (inducción y mantenimiento) de las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) con glomerulonefritis activa?**
- A) Los regímenes de inducción con glucocorticoides en combinación con Rituximab (RTX) o Ciclofosfamida (CYC) tienen una eficacia comparable.
 - B) La CYC oral o intravenosa (i.v) son muy eficaces, con tasas de inducción de la respuesta equivalentes, aunque el riesgo teórico de toxicidad es más bajo con la vía i.v.
 - C) El recambio plasmático está indicado para la mayoría de los pacientes con VAA que son concomitantemente positivos para autoanticuerpos anti-membrana basal glomerular.
 - D) La seropositividad MPO-ANCA es un factor de mayor riesgo de recaída en comparación con los pacientes PR3-ANCA positivos, y obliga a una terapia de mantenimiento.
- 61 Al hablar de la Enfermedad por anticuerpos anti-Membrana Basal Glomerular (MBG), señale entre las siguientes la afirmación INCORRECTA:**
- A) Es una vasculitis de pequeño vaso determinada por anticuerpos circulantes dirigidos contra un antígeno intrínseco de la MBG, principalmente la cadena alfa-3 del colágeno tipo IV.
 - B) La afectación renal determina una glomerulonefritis rápidamente progresiva con necrosis y proliferación extracapilar.
 - C) La mayoría de los casos son idiopáticos, aunque se ha relacionado con algunos factores como el tabaco, infecciones respiratorias o inhalación de cocaína o hidrocarburos.
 - D) Los síntomas generales, al igual que en otras vasculitis, son frecuentes en la enfermedad por anticuerpos anti-MBG.
- 62 Según el documento de consenso de la GLOSEN de 2023, para el diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica (NL), señale la correcta con respecto al tratamiento no inmunosupresor:**
- A) En pacientes con NL y proteinuria se recomienda el bloqueo del Sistema Renina Angiotensina Aldosterona a las dosis mínimas posibles.
 - B) Si los objetivos de proteinuria no se consiguen con los anteriores, se sugiere valorar la introducción de un iSGLT2.
 - C) La hidroxicloroquina (HCQ) se debe reservar a los pacientes con NL y manifestaciones extrarrenales por el riesgo de retinopatía.
 - D) En los pacientes que evolucionan a ERCA y en aquellos en Tratamiento Renal Sustitutivo se debe suspender la HCQ.

- 63 Con respecto a las re-biopsias en la nefritis lúpica (NL), señale el enunciado correcto:**
- A) Las re-biopsias de protocolo han puesto de manifiesto la destacada discrepancia entre la respuesta clínica y la histológica.
 - B) La recurrencia de la proteinuria en la nefropatía membranosa lúpica tras tratamiento con ciclosporina es indicación de re-biopsia.
 - C) La sospecha de posible enfermedad renal no relacionada con NL (p.ej. nefritis intersticial aguda por fármacos) no justifica la re-biopsia.
 - D) En general, la re-biopsia no ayuda a la toma de decisiones en la disminución o retirada del tratamiento inmunosupresor a largo plazo.
- 64 ¿Cuál de los siguientes NO se considera un factor de riesgo para el desarrollo de una Crisis Renal Esclerodérmica (CRE) en pacientes con esclerosis sistémica (esclerodermia)?**
- A) Afectación cutánea difusa.
 - B) Evolución de la enfermedad inferior a 4 años.
 - C) El uso de glucocorticoides, particularmente en dosis altas.
 - D) Presencia de anticuerpos anticentrómero.
- 65 La afectación renal en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) es relativamente frecuente, con una amplia variada de entidades, patrones histológicos y correlación clínica. ¿Cuál NO es correcta?**
- A) Nefropatía membranosa y glomerulonefritis membranoproliferativa, habitualmente asociadas a un deterioro importante de la función renal.
 - B) Nefropatía por analgésicos (sobre todo AINEs) y nefritis intersticial.
 - C) Amiloidosis AA, con proteinuria, en ocasiones en rango nefrótico, e insuficiencia renal.
 - D) Se han descrito casos de lesiones glomerulares relacionadas con el tratamiento con inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF alfa)
- 66 ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto en relación a la patogenia del daño renal directo tubular asociado al virus del SARS-CoV-2 (Covid-19)?**
- A) El hallazgo en inmunohistoquímica del antígeno proteico de nucleocápside de SARS-CoV2 en los túbulos renales evidencia un ataque directo del virus al riñón.
 - B) Dado que los receptores ACE2 están altamente expresados en la célula tubular distal, la entrada de SARS-CoV se realiza por la activación de estos receptores.
 - C) No se ha podido demostrar RNA de SARS-CoV-2 en el riñón mediante hibridación in situ, al contrario que en otros órganos (pulmón, faringe, corazón, hígado y cerebro)
 - D) No se ha podido demostrar SARS-CoV-2 en la orina de los pacientes con IRA como evidencia del daño tubular directo.

- 67 El síndrome inflamatorio clínico determinado por crioglobulinas se conoce como Crioglobulinemia, con manifestaciones cutáneas, articulares, neurológicas y renales. Con respecto a los tipos de Crioglobulinemias, indique la afirmación correcta:**
- A) La crioglobulinemia tipo I se encuentran típicamente en pacientes con infecciones persistentes, especialmente por el virus de la hepatitis C (VHC).
 - B) Los tipos mixtos (II y III) son los que con mayor frecuencia se encuentra en desórdenes linfoproliferativos.
 - C) La crioglobulinemia tipo II es la más frecuente (40-60%): crioglobulinas mixtas con componente monoclonal (generalmente IgM) y un componente policlonal (generalmente IgG).
 - D) La Crioglobulinemia Tipo III (40-50%) se caracteriza por crioglobulinas monoclonales IgM o IgG.
- 68 La fuerte asociación entre la nefropatía asociada al VIH ("NAVIH" o "HIVAN" en inglés) y la ascendencia africana indica que los factores genéticos del huésped son importantes. A este respecto señale la afirmación FALSA:**
- A) Entre las potenciales causas para este desbalance se encuentra una mayor predisposición a variantes en los genes MKY9 y APOL1.
 - B) La disminución del interferón causado por el VIH aumenta la expresión de APOL1.
 - C) Las variantes genéticas de riesgo no son por sí mismas necesarias para el desarrollo de la NAVIH.
 - D) Las variantes genéticas de riesgo no parecen estar asociadas con la gravedad de la enfermedad.
- 69 Señale el tratamiento correcto empleado en la amiloidosis AA, con vistas a reducir la proteína precursora de amiloide:**
- A) Los inhibidores del proteasoma (Bortezomid, Ixazomid, Carfilzomid) junto a Ciclofosfamida y Dexametasona.
 - B) Inmunomoduladores, como análogos de la Talidomina (Lenalidomida, Pomalidomida).
 - C) Corticoides, antibióticos, anti-TNF, Colchicina, antagonista receptor IL-1 y antagonista receptor IL-6 (Tocilizumab).
 - D) Anticuerpos monoclonales frente antígenos de células plasmáticas CD38, como el Daratumumab o el Isatuximab.
- 70 Respecto al tratamiento de la nefropatía por cilindros, señale la respuesta correcta:**
- A) El tratamiento quimioterápico de primera línea se basa en pautas de alta eficacia y rapidez de acción, con dosis bajas de Dexametasona y Bortezomib.
 - B) Los fármacos inmunomoduladores, como la Talidomina y Lenalidomida, no se consideran eficaces en el tratamiento del mieloma múltiple con afectación renal.
 - C) La eliminación de las cadenas ligeras mediante técnicas de depuración extrarrenal, se ha considerado una opción terapéutica desde hace tiempo, con una sólida base teórica, haciendo innecesaria la quimioterapia.
 - D) El tratamiento se fundamenta, tras la corrección del factor desencadenante si lo hubiera, en la reducción de la carga de paraproteína, mediante el bloqueo de la síntesis con tratamiento quimioterápico.

- 71 Dentro de las indicaciones de la plasmaféresis, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) Microangiopatía trombótica (MAT) asociada a fármacos.
 - B) MAT por disregulación del complemento.
 - C) Glomerulonefritis membranoproliferativa tipo II.
 - D) Glomerulonefritis asociada a ANCA.
- 72 De las siguientes afirmaciones sobre la enfermedad renal por uromodulina (UKD), señale la correcta:**
- A) Es el subtipo menos común de enfermedad renal tubulointersticial autosómica dominante (ADTKD).
 - B) La uromodulina se produce exclusivamente en el extremo grueso de la rama ascendente del asa de Henle.
 - C) La acumulación extracelular de uromodulina mutada, puede provocar atrofia y muerte de células tubulares.
 - D) La disminución de producción de uromodulina, ocasiona un aumento de la expresión apical del cotransportador de Na-K-2Cl.
- 73 Las enfermedades renales quísticas de causa genética, se deben a mutaciones de genes que participan en la función ciliar primaria. En concreto, sobre la enfermedad renal poliquística autosómica recesiva (ARPKD), señale la respuesta correcta:**
- A) La ARPKD se caracteriza por múltiples quistes microscópicos.
 - B) Se afectan principalmente a los conductos colectores proximales.
 - C) Se origina por mutaciones en el gen PKHD3, que codifica la fibrocistina.
 - D) Las manifestaciones clínicas no incluyen enfermedad hepática, y el pronóstico perinatal depende del estado pulmonar.
- 74 De las siguientes afirmaciones sobre la nefritis intersticial aguda (NIA), indique la más correcta:**
- A) La NIA inducida por medicamentos es dosis dependiente.
 - B) Las causas más comunes de la NIA son la enfermedad por IgG4 y la nefritis tubulointersticial hipocomplementémica.
 - C) Hasta en un 1-3% de todas las biopsias renales se demuestra NIA.
 - D) Los pacientes generalmente tienen proteinuria > 1 g/24h.
- 75 Se consideran candidatos al tratamiento con Tolvaptán, aquellos pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante que cumplen ciertas condiciones. Indique de las siguientes, la respuesta correcta:**
- A) Rápidos progresadores.
 - B) eFG \geq 25 ml/min 1.73 m².
 - C) Edad > 18 años.
 - D) Todas son correctas.

- 76 El síndrome de Alport (SA) es un trastorno primario de la membrana basal que surge de variantes patogénicas en genes que codifican varios miembros de la familia de proteínas del colágeno IV (COL4A3, COL4A4 y COL4A5), mediante los 3 patrones de herencia mendelianos. Señale la afirmación correcta:**
- A) El SA con herencia ligada al cromosoma X (SALX) se produce por variantes patogénicas en el gen COL4A3.
 - B) Los pacientes con SA con herencia autosómica recesiva (SAAR) tienen 2 variantes patogénicas heredadas de ambos progenitores en los genes COL4A3 o COL4A4.
 - C) Los pacientes con SA autosómico dominante (SAAD) tienen una variante patogénica en el gen COL4A5.
 - D) El síndrome de Alport con herencia digénica, es decir, con variantes patogénicas en 2 genes del colágeno tipo IV al mismo tiempo, afecta invariablemente al gen COL4A4, más uno en COL4A3 o COL4A5.
- 77 Indique cuál de las siguientes Enfermedades Metabólicas Congénitas se caracteriza por: acroparestesias, dolor neuropático agudo en manos y pies, angioqueratomas, hipo o anhidrosis, opacidades corneales, afectación cardíaca (arritmias, HVI, disfunción valvular, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca), afectación cerebrovasculares y afectación renal, fundamentalmente proteinuria e insuficiencia renal progresiva:**
- A) Enfermedad de von Gierke, por almacenamiento de glucógeno tipo I, por déficit de glucosa-6-fosfatasa (G6PD).
 - B) Enfermedad de Gaucher, déficit de actividad de beta-glucosidasa, que condiciona un acumulo de glicosfingolípidos en células del sistema retículoendotelial.
 - C) Enfermedad de Fabry, causada por el déficit del enzima lisosomal α -galactosidasa A, que ocasiona depósitos de glucoesfingolípidos.
 - D) Enfermedad de Refsum, error innato autosómico recesivo del metabolismo de los lípidos, que consiste en un déficit de la fitanoil-CoA hidroxilasa.
- 78 Los AINEs (Antiinflamatorios no esteroideos) pueden ocasionar todas EXCEPTO una de las siguientes alteraciones renales. Señálela:**
- A) Insuficiencia renal aguda por necrosis tubular.
 - B) Nefritis tubulointersticial aguda.
 - C) Necrosis papilar.
 - D) Síndrome nefrítico.
- 79 El fenotipo clásico del síndrome de Bartter se caracteriza por presentar una de las siguientes:**
- A) Hipoaldosteronismo hiporreninémico.
 - B) Excreciones fraccionales de Na^+ , K^+ y Cl^- disminuidas.
 - C) Hipocalciuria, hipomagnesemia e hipermagnesiuria.
 - D) Aumento de prostaglandina E₂ (PGE₂), con presión arterial baja.

80 Señale lo que NO es habitual en el síndrome de Gitelman:

- A) Hipervolemia.
- B) Hipopotasemia.
- C) Hipocalciuria.
- D) Hipomagnesemia.

81 Indique la respuesta correcta con respecto a la Nefropatía tubulointersticial autosómica dominante (NTIAD) con mutación en el gen UMOD (codifica la proteína uromodulina o Tamm-Horsfall):

- A) Tiene una prevalencia mucho mayor de hiperuricemia que el resto de NTIAD causada por otros genes.
- B) La anemia suele ser precoz y desproporcionada al grado de insuficiencia renal, más que el resto de NTIAD causada por otros genes.
- C) Las características clínicas pueden atribuirse a la hipoactivación del sistema renina angiotensina aldosterona: renina y aldosterona baja, hiperpotasemia e hipotensión.
- D) Es característico en los pacientes afectados el retraso en el crecimiento intrauterino y postnatal, úvula bífida y labio leporino.

82 De los siguientes factores, indique cuál es considerado de alto riesgo para desarrollar preeclampsia:

- A) IMC > 35 kg/m².
- B) Intervalo de embarazo superior a 10 años.
- C) Antecedentes familiares de preeclampsia.
- D) Enfermedad Renal Crónica.

83 Score VEXUS (Venous Excess Ultrasound Score) en el síndrome cardiorenal se usa para establecer el grado de congestión venosa a través del diámetro y la colapsabilidad de la vena cava inferior (VCI), así como los patrones Doppler de las ondas de la vena suprahepática (VSH), porta (VP) y renales (VR). Señale la afirmación correcta:

- A) Grado 0: Diámetro de la VCI < 1 cm. En este caso no hay congestión y no seguimos explorando el resto de territorios venosos.
- B) Grado 1: Diámetro de la VCI 1-2 cm y Doppler con patrones de normalidad o alteraciones leves.
- C) Grado 2: Diámetro de la VCI ≥ 2 cm con al menos un patrón de severidad en el Doppler Pulsado.
- D) Grado 3: VCI ≥ 4 cm, con dos o más patrones de severidad en el Doppler Pulsado.

84 Entre los factores de riesgo asociados con el carcinoma de células renales se encuentran todos los siguientes, con EXCEPCIÓN de:

- A) Tabaquismo.
- B) Obesidad.
- C) Enfermedad poliquística adquirida en un paciente en diálisis.
- D) Mujer en 6ª década de su vida.

- 85 Indique qué parámetro de los siguientes, para determinar la funcionalidad de la insuficiencia renal aguda, sugiere origen prerrenal:**
- A) Osmolaridad urinaria menor 350 mOsm/kg.
 - B) Relación sodio (Na)/potasio (K) en orina: Na > K.
 - C) Cilindros hialinos.
 - D) Cociente creatinina en orina/creatinina en suero inferior a 20.
- 86 Dentro del algoritmo diagnóstico de la insuficiencia renal aguda, realizaríamos estas actuaciones, a EXCEPCIÓN de:**
- A) Parámetros de funcionalidad y análisis básicos (sangre y orina).
 - B) Ecografía abdomino-pélvica.
 - C) Doppler-color para valoración de afectación vascular.
 - D) Realización de una biopsia de la grasa subcutánea.
- 87 Indique la respuesta correcta con respecto a la composición de los diferentes cristaloides:**
- A) El pH del Ringer Lactato (273 mOsm/L) es 7-8,5.
 - B) La concentración de sodio del Bicarbonato 1/6 molar (334 mOsm/L) es 167 mEq/L.
 - C) La concentración de cloro de Plasma-Lyte 148 (295 mOsm/L) es 154 mEq/L
 - D) El tampón utilizado en el Plasma-Lyte es el lactato.
- 88 Dentro de los trastornos electrolíticos y del ácido-base en la enfermedad renal crónica (ERC), señale el que NO suele aparecer:**
- A) Hipocalcemia.
 - B) Hipermagnesemia.
 - C) Hipernatremia.
 - D) Acidosis metabólica.
- 89 ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo de calcifilaxis lo consideraríamos como un factor modificable?**
- A) Tiempo desde el inicio de la terapia renal sustitutiva.
 - B) Género.
 - C) Hiper/Hipoparatiroidismo.
 - D) Raza.

90 Una de las medidas para controlar el hiperparatiroidismo secundario, en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, sería establecer la concentración de calcio idónea del baño. Señale la afirmación correcta:

- A) Existe un consenso claro sobre cuál debe ser el contenido de calcio en el líquido de diálisis (Ca_d).
- B) Las guías KDIGO sugieren el uso de [Ca]_d entre 1,25 y 1,50 mmol/L (2,5-3 mEq/L) y reservar el uso de niveles más elevados, 1,75 mmol/L (3,5 mEq/l) sólo para la hipocalcemia sintomática grave o el síndrome de hueso hambriento posparatiroidectomía.
- C) Cada vez aparece más el concepto de individualización en el contenido de [Ca]_d. Los valores bajos de [Ca]_d (1,25 mmol/L; 2,5 mEq/L) se han asociado con un balance negativo de calcio y tendencia a disminuir de la PTH.
- D) Los valores altos de calcio en el dializado (1,5 mmol; 3 mEq/L) se han asociado a balances positivos de calcio y tendencia a aumentar la PTH, especialmente en aquellos pacientes con niveles más elevados de calcio sérico prediálisis.

91 La Diálisis Peritoneal (DP) Tidal (“DP en marea”) es una modalidad de diálisis peritoneal automática (DPA). Señale la afirmación FALSA:

- A) La cavidad peritoneal no se drena totalmente entre los intercambios, sino que siempre contiene algo de líquido de diálisis.
- B) La DP Tidal mejora el aclaramiento de solutos y la ultrafiltración.
- C) Puede estar indicada en pacientes con catéteres con problemas de drenaje.
- D) Se puede utilizar para mejorar el confort de pacientes en DPA con dolor a la infusión o drenaje.

92 ¿Cuál diría que NO ES un beneficio para la utilización de membranas de alta permeabilidad en hemodiálisis?

- A) Mayor conservación de la función renal residual.
- B) Mejoría de la respuesta inflamatoria crónica.
- C) Se ha demostrado que el uso de este tipo de membrana disminuye los requerimientos de Eritropoyetina.
- D) Menor prevalencia de síndrome de túnel carpiano, y mejoría de los dolores articulares en pacientes dializados.

93 ¿Cuál de los siguientes factores NO influye en la eficacia de aclaramiento del dializador en una sesión de hemodiálisis?

- A) Variaciones en el hematocrito del paciente.
- B) Conectores de las líneas invertidos.
- C) Recirculación del acceso vascular.
- D) El número de biosensores del monitor de hemodiálisis.

- 94 El aumento de la presión intraabdominal en diálisis peritoneal (DP) puede ser causa de algunas complicaciones entre las que se incluyen las hernias. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?**
- A) La localización más habitual es la umbilical seguida de la inguinal.
 - B) El diagnóstico se fundamenta en una buena exploración física, la ecografía de pared abdominal, TAC sin contraste intraperitoneal (por su toxicidad peritoneal), RNM o gammagrafía peritoneal
 - C) El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica utilizando malla.
 - D) Toda hernia detectada previamente a la inserción del catéter debe ser reparada quirúrgicamente, incluso las pequeñas, por el riesgo de encarceración o estrangulación del intestino.
- 95 Señale uno de los criterios principales de estenosis de una fístula arteriovenosa nativa (FAVn), objetivada mediante ecografía Doppler:**
- A) Ratio Velocidad Pico Sistólica (VPS) estenosis/VPS preestenosis superior a 2.
 - B) Flujo del acceso vascular (Qa) absoluto mayor de 500 ml/min.
 - C) Reducción de la luz del vaso menor del 50%.
 - D) Luz del vaso permeable mayor de 2 mm.
- 96 Los factores inmunológicos, en el proceso del trasplante renal, son de vital importancia. Indique la afirmación correcta:**
- A) La negatividad de la prueba cruzada (PC) por citotoxicidad, ya no se considera condición imprescindible.
 - B) Para pacientes con pérdida previa de injerto renal, no se aconsejan donantes que compartan incompatibilidades con el primer trasplante, salvo que la PC sea negativa.
 - C) La compatibilidad en el locus A ha demostrado mayor influencia en la supervivencia del injerto a medio y largo plazo, frente a la compatibilidad en el locus B.
 - D) En el postrasplante, la presencia de anticuerpos anti-HLA específicos (DSA) fijadores de complemento, parecen asociarse a peor función y supervivencia del injerto renal.
- 97 El rechazo agudo mediado por anticuerpos (RAMAc), es una de las principales causas de disfunción aguda y crónica del trasplante renal. Indique la correcta:**
- A) Solo se produce por sensibilización previa a los antígenos HLA del donante.
 - B) La formación del complejo de ataque a la membrana (CAM) es responsable de la lesión celular.
 - C) En la clasificación de Banff de 2017, solo la positividad para c4d en ausencia de anticuerpo donante específicos (ADE), no permite el diagnóstico de RAMAc.
 - D) La presencia de ADE preformados, tienen peor pronóstico que los que aparecen de novo.
- 98 El uso de los anticuerpos monoclonales antiCD20 en el trasplante renal, está indicado en diferentes situaciones. Indique la correcta:**
- A) Tratamientos de desensibilización en trasplante ABO compatibles.
 - B) Trasplantes con presencia de anticuerpos anti-HLA donantes-específicos (DSA).
 - C) Tratamiento del rechazo crónico mediado por anticuerpos.
 - D) Puede producir falsos positivos en la prueba cruzada con linfocitos T.

99 Señale la afirmación INCORRECTA con respecto al trasplante combinado riñón-páncreas (TRP):

- A) El páncreas es un órgano más inmunógeno que otros, y por ello la terapia inmunosupresora inicial debe ser intensa.
- B) Está indicado fundamentalmente en la diabetes mellitus (DM) tipo 1.
- C) Aun cuando es difícil establecer un límite de edad, es habitual aceptar candidatos hasta los 55 años.
- D) El páncreas se implanta habitualmente después que el riñón, dada su mejor tolerancia a la isquemia.

100 Sobre los criterios de aceptación del donante vivo, el filtrado glomerular de un candidato a la donación debería de ser:

- A) Normal (Mayor de 90 mL/min/1.73m²).
- B) Mayor de 70-80 mL/min/1.73m².
- C) Mayor de 50-60 mL/min/1.73m².
- D) Mayor de 120 mL/min/1.73m² (para que el riñón remanente quede con al menos 60).

CASO PRÁCTICO 1:

Varón de 44 años, atendido en urgencias por intoxicación farmacológica por litio (ingesta de más de 100 comprimidos). Antecedentes personales: obesidad, dislipemia y trastorno obsesivo compulsivo con múltiples intentos autolíticos previos. Tratamiento habitual: Litio 400 mg 3 comp al día, Quetiapina 100 mg 2 comp al día, Clonazepam 2 mg 1 comp en cena, Trazadona 100 mg 2 comp por la noche. Exploración: muy bajo nivel de conciencia aunque responde a órdenes sencillas pero con dificultad, no focalidad neurológica, PA 140/60 mmHg, FC 120 lpm, Diuresis 50 ml/h. AC rítmica sin soplos. AR sin ruidos sobreañadidos. Abdomen sin hallazgos y MMII sin edema. Rx tórax sin cardiomegalia, infiltrados ni derrame. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm, PR < 0.2, QRS estrecho y sin alteraciones en conducción ni repolarización. En analítica destaca: Hemograma sin alteraciones, Urea 23 mg/dl, Creatinina 0.9 mg/dl, Sodio 140 mEq/l, Potasio 4.3 mEq/l, Cloro 106 mEq/l. Litemia 3.87 mmol/l.

101 Respecto al Litio, señale la opción verdadera:

- A) Se reabsorbe a nivel de tracto gastrointestinal alto 1-2 horas tras la ingesta, siendo el pico de máxima absorción a las 4 h, por lo que pasado ese tiempo, los lavados gástricos siguen siendo muy útiles.
- B) Se elimina en un 95% a nivel renal, siendo reabsorbido en un 80% en túbulo contorneado proximal en competencia con el sodio.
- C) Tiene mucha unión a proteínas, lo que dificulta su eliminación mediante técnicas de diálisis.
- D) Su metabolismo es fundamentalmente hepático.

102 En este caso, ¿cuál sería la opción terapéutica más indicada?

- A) Hemodiálisis intermitente de 2 h todos los días.
- B) Expansión de volumen con fluidoterapia, poner antídoto y repetir litemia en 2 horas.
- C) Expansión de volumen con fluidoterapia y hemodiálisis expandida.
- D) Iniciar perfusión de furosemida para forzar diuresis.

CASO PRÁCTICO 2:

Mujer de 68 años, afectada de enfermedad renal crónica de estadio 5, secundaria a nefroangioesclerosis, en programa de hemodiálisis desde el 19/2/2008. Otros diagnósticos: obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus de tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, dislipemia, miocardiopatía hipertensiva-dilatada con fibrilación auricular, insuficiencia venosa crónica con trastornos tróficos asociados (úlceras varicosas) e infecciones urinarias de repetición. En tratamiento con

dicumarínicos. El 4/11/2008 la paciente presentó una lesión isquémica muy dolorosa sobre una base eritematosa, a nivel del miembro inferior izquierdo. La paciente tenía buen control de las cifras de Hb/Htco., tratada con Darbepoetina alfa. En cuanto al metabolismo fosfocálcico (calcio 9,66 mg/dl, fósforo 5,44 mg/dl, paratohormona 46,3 pg/ml), no precisó tratamiento con calciomiméticos, sí tomaba análogos de la vitamina D y quelantes del fósforo.

103 ¿Qué piensa usted que le ocurre a la paciente, con más probabilidad?

- A) Enfermedad por émbolos de colesterol.
- B) Vasculitis de pequeño vaso.
- C) Úlcera de origen infeccioso.
- D) Calcifilaxis.

104 ¿Qué prueba complementaria le pediría usted a la paciente para llegar al diagnóstico?

- A) Eco-Doppler de miembros inferiores.
- B) Biopsia cutánea.
- C) Fondo de ojo.
- D) Cálculo del índice tobillo-brazo.

105 Podemos intentar modificar factores precipitantes de esta enfermedad con las siguientes medidas, EXCEPTO:

- A) Disminuir la dosis de diálisis.
- B) Evitar captores del fósforo con base cálcica y análogos de la vit D.
- C) Mejorar el estado nutricional de la paciente.
- D) Evitar antagonistas de la vitamina K.

106 Con respecto al tratamiento de la paciente, señale el que NO estaría indicado:

- A) Pamidronato.
 - B) Metilprednisolona.
 - C) Tiosulfato sódico.
 - D) Cámara hiperbárica.
-

CASO PRÁCTICO 3:

Mujer de 64 años, con antecedentes personales: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Dislipemia, Hiperuricemia, Obesidad mórbida, Miocardiopatía dilatada con fracción de eyección deprimida (FEVI 36%, en última ecocardiografía trastorácica). Insuficiencia cardíaca con FE deprimida (clase III-IV de la NYHA). Portadora de DAI-TRC VIVA CRT, recambiado en dos ocasiones. Fibrilación auricular permanente tratada con ablación de nodo AV. SAOS con CPAP domiciliaria. Insuficiencia respiratoria hipoxémica crónica tratada con oxigenoterapia crónica domiciliaria durante 18 horas/día. Enfermedad renal crónica secundaria a posible síndrome cardiorenal tipo 2. En seguimiento por la Unidad Cardiorenal, desestimada para trasplante cardíaco. Inicia tratamiento renal sustitutivo con diálisis peritoneal, que requiere transferencia a hemodiálisis por fuga del líquido peritoneal hacia espacio pleural. Es valorada por el servicio de Cirugía Cardiovascular que desestima la realización de fístula arteriovenosa

nativa o protésica.

107 ¿Qué acceso vascular definitivo plantearíamos con esta paciente?

- A) Catéter no tunelizado v. femoral derecha.
- B) Catéter no tunelizado v. yugular derecha.
- C) Catéter tunelizado v. subclavia derecha.
- D) Catéter tunelizado v. yugular derecha.

108 Elija la terapia dialítica más adecuada para esta paciente, que ha perdido la diuresis residual:

- A) Sesiones de diálisis cortas 2 días a la semana.
- B) Sesiones de diálisis largas (4:45 h) tres veces en semana.
- C) Sesiones de diálisis incremental, comenzando un día a la semana.
- D) Sesiones de diálisis cortas diarias.

109 Con respecto al tratamiento de esta paciente, señale el fármaco que podría emplearse según su filtrado glomerular:

- A) Sacubitrilo-Valsartan.
- B) Carvedilol.
- C) Rivaroxabán.
- D) Inhibidores del cotransportador 2 sodio-glucosa (iSGLT2).

110 A los 6 meses de estar de hemodiálisis, la paciente comienza con fiebre de 39.2° C, Presión arterial 165/85 mmHg, Frecuencia cardíaca 115 latidos por minuto. Exploración cardiorrespiratoria anodina. Exploración abdominal normal. No lesiones cutáneas ni en mucosas. Exploración neurológica normal. Orificio de inserción del catéter y túnel subcutáneo sin cambios inflamatorios ni exudados. Se practica analítica en la que se detecta leucocitosis con desviación a la izquierda, y radiografía de tórax en la que no se observan lesiones significativas, y se cursan hemocultivos. ¿Cuál sería su primer diagnóstico de sospecha?

- A) Absceso esplénico metastático.
- B) Bacteriemia relacionada con el catéter de diálisis.
- C) Fiebre de origen tumoral.
- D) Neumonía nosocomial.

111 ¿Cuál de los siguientes microorganismos es el agente causal más frecuentemente relacionado con este diagnóstico?

- A) *Enterococcus faecalis*.
- B) *Staphylococcus aureus*.
- C) *Candida albicans*.
- D) *Pseudomonas aeruginosa*.

112 ¿Cuál de las siguientes pruebas tiene menor rentabilidad diagnóstica en este caso?

- A) Hemocultivos periféricos analizados con técnica cualitativa.
 - B) Hemocultivos obtenidos de las luces del catéter analizados con técnica cualitativa.
 - C) Cultivo del exudado de la piel pericatóter.
 - D) Hemocultivos periféricos y de luces de catéter analizados con técnica cuantitativa.
-

CASO PRÁCTICO 4:

Mujer de 57 años, sin antecedentes de interés que desarrolla IRCT secundaria a vasculitis ANCA-MPO. Tiene una diuresis residual de 1500 cc/24h y una función renal residual (FRR) de 7 ml/min. Requiere inicio de hemodiálisis (HD) mediante catéter yugular. Talla 1,56 m; Peso 53 kg; Superficie corporal 1,51 m². La paciente manifiesta su preferencia por ser transferida a diálisis peritoneal (DP), por lo que se implanta un catéter peritoneal con hernioplastia umbilical y colocación de malla simultánea. Se comprueba correcta colocación del catéter. A las 2 semanas tras la intervención presenta disfunción del catéter de hemodiálisis. La paciente aún no está entrenada en la técnica de DP. Continúa con diuresis residual (1.200 cc/24 h), FRR 7 ml/min, euvolémica, con náuseas y vómitos matutinos, prurito e insomnio nocturno. Se decide no implantar nuevo catéter vascular ni continuar en hemodiálisis.

113 ¿Cuál sería su prescripción o indicación inicial?

- A) Esperaría hasta los 21-30 días de implantado el catéter y realizada la hernioplastia a comenzar con DP, manteniendo la paciente sin diálisis, ya que tiene diuresis residual.
- B) Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) de bajo volumen, en su domicilio, con 4 cambios de 1.000-1.500 cc de infusión.
- C) DP intermitente (DPI), con cicladora, en una unidad de DP en horario laboral de mañana, de 8 horas de duración, 4-5 cambios, volumen de infusión 1.000-1.500 cc progresivamente, 60-90' cada permanencia, decúbito supino, a la vez que se aprovecharía para enseñar la técnica y alta posterior a domicilio el resto del día y de la noche. Mantener así hasta la 4^a semana tras implantación del catéter.
- D) DPI intensiva en hospital, durante aproximadamente 36 horas en decúbito supino, alternando con aproximadamente 36 horas en vacío en su domicilio. 15-25 intercambios, con iguales volúmenes y permanencia que en la respuesta anterior, aprovechando la estancia hospitalaria para enseñanza. Mantener así hasta la 4^a semana tras implantación del catéter.

114 Con la opción que Vd. ha elegido en la pregunta anterior, se llega a la 4^a semana de implantado el catéter peritoneal, y la paciente decide Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) en su domicilio. ¿Cuál de estos factores NO podría Vd. considerar en este momento para la prescripción inicial de la DPA?

- A) Superficie corporal.
- B) Función renal residual.
- C) Tipo de transporte peritoneal.
- D) Rutina de vida (horarios de actividad laboral, vida domiciliaria,...etc).

115 Teniendo en cuenta todos los datos del enunciado del caso clínico, ¿qué opción de prescripción inicial de DPA le parece más adecuada?

- A) Diálisis Peritoneal Nocturna Intermittente (DPNI): NOCHE: Tiempo total 8 horas; 4 intercambios, volumen de infusión 1.800 cc; solución utilizada: Glucosa 1,36 %; DÍA seco.
 - B) DPNI: NOCHE: Tiempo total 8 horas, 4 intercambios, volumen de infusión 2.500 cc; solución utilizada: Glucosa 1,36 %; DÍA: seco.
 - C) Diálisis Peritoneal Continua Cíclica (DPCC): NOCHE: Tiempo total 8 horas; 3 intercambios, volumen de infusión 2.500 cc; Glucosa 2,27 %; DÍA: permanencia de 500 cc de glucosa al 1,36 %.
 - D) DPCC: NOCHE: Tiempo total 8 horas; 5 intercambios, volumen de infusión 2.000 cc; Glucosa 1,36 %; DÍA: permanencia de 2.000 cc de Icodextrina.
-

CASO PRÁCTICO 5:

Recibe usted en la consulta a un paciente con diagnóstico ya establecido de HTA.

116 Según las ISH Global Hypertension Practice Guidelines 2020, para detectar daño orgánico mediado por la hipertensión (HMOD), se considera esencial realizarle al paciente todo lo siguiente, EXCEPTO:

- A) ECG de 12 derivaciones.
- B) Tira reactiva de orina.
- C) Ecografía Doppler renal.
- D) Determinación de Cr plasmática y eFG.

117 Una vez realizado lo que se considera esencial, la detección adicional de HMOD en su paciente, puede proporcionar una importante orientación terapéutica. Indique sobre qué grupo de pacientes o situaciones sería más útil:

- A) Pacientes hipertensos con riesgo general bajo o moderado, a través de la reclasificación debido a la presencia de HMOD.
 - B) Pacientes ya identificados como de alto riesgo.
 - C) Selección preferencial del tratamiento farmacológico basado en el impacto específico en HMOD.
 - D) Las opciones A) y C) son correctas.
-

CASO PRÁCTICO 6:

Usted ha diagnosticado a su paciente de estenosis bilateral de la arteria renal hemodinámicamente significativa.

118 De las siguientes estrategias terapéuticas, indique la más correcta:

- A) Terapia médica, a ser posible IECA o ARB.
- B) Angioplastia percutánea con stent solo, si fracaso o intolerancia de la terapia médica.
- C) Terapia médica + angioplastia percutánea con stent, evaluando el beneficio de la intervención previamente.
- D) Terapia médica + angioplastia percutánea sin stent como primera opción.

CASO PRÁCTICO 7:

Mujer 35 años sana, que sale a realizar su actividad deportiva habitual en el mes de julio a las 14h, con una temperatura ambiental a la sombra de 40° C.

119 ¿Qué mecanismos fisiológicos se pondrán en marcha?

- A) Las pérdidas sensibles de líquido disminuirán el volumen de líquido extracelular y la concentración plasmática de sodio, activando el mecanismo de la sed.
 - B) El aumento de la osmolalidad plasmática efectiva, inhibirá la liberación de vasopresina, aumentando la osmolalidad urinaria y reduciendo la pérdida urinaria de agua.
 - C) La hipovolemia asociada, activará el sistema renina angiotensina aldosterona, y activará la liberación de pépticos natriuréticos, reduciendo la excreción urinaria de sodio.
 - D) El efecto neto será orina concentrada (evitando más pérdidas de agua) y con un contenido relativamente bajo de sodio.
-

CASO PRÁCTICO 8:

Una paciente mujer de 45 años con lupus eritematoso sistémico (LES) presenta síntomas nefrológicos, por lo que se le realiza una biopsia renal, que muestra las siguientes lesiones en más del 50% de los glomérulos, afectando a más del 50 % del penacho glomerular: Hiper celularidad mesangial y endocapilar, capilares en asa de alambre, cariorrexis y, en algunos, focos de necrosis fibrinoide. Semilunas celulares aisladas. En la biopsia aparecen también: infiltrado intersticial de leucocitos y mononucleares y fibrosis intersiticial y atrofia tubular en el 10%.

120 ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto en relación con los criterios histológicos de la International Society of Nephrology/Renal Pathology Society (ISN/RPS) con las modificaciones de la revisión de 2018?

- A) Se trata de una paciente con Nefropatía lúpica (NL) proliferativa focal (Clase III); con igual puntuación para las lesiones activas y crónicas.
- B) Se trata de una pacientes con NL proliferativa difusa (clase IV), con predominio en la valoración semicuantitativa para las lesiones activas.
- C) Se trata de una paciente con NL proliferativa difusa (clase IV), segmentaria (S), con lesiones activas y crónicas (A/C).
- D) Se trata de una paciente con NL proliferativa difusa (clase IV), Global (G), con predominio de las lesiones crónicas (C).

121 ¿Cuál cree que sería más probablemente la clínica renal de la paciente anterior diagnosticada de Nefritis Lúpica (NL)?

- A) Proteinuria leve o moderada, microhematuria, sin insuficiencia renal crónica ni HTA.
- B) Síndrome nefrótico florido y microhematuria, sin insuficiencia renal.
- C) Sedimento activo: microhematuria, proteinuria severa, todo tipo de cilindros, HTA e insuficiencia renal.
- D) Enfermedad renal crónica avanzada con sedimento poco activo, reflejo del avanzado deterioro del filtrado glomerular.

122 Siguiendo con la paciente anterior con Nefritis Lúpica, Vd. debe proponer un tratamiento inmunosupresor específico de inducción en este momento, además de los consejos sobre el estilo de vida y dietéticos, y del tratamiento basal para el control de la TA, proteinuria, dislipemia, y demás fármacos con efecto cardio y renoprotector. Indique la respuesta INCORRECTA:

- A) La paciente debe recibir tratamiento inicial corticoides (salvo contraindicaciones) junto con otros inmunosupresores: Esquema preferente pulsos i.v. de Metilprednisolona (250-500 mg/día) durante tres días consecutivos seguidos de una pauta de dosis reducida (Prednisona oral o equivalentes 0,5-0,6 mg/kg/día).
- B) El Mofetil Micofenolato (MMF) oral representa la primera línea de tratamiento en la NL, en este caso, como terapia de inducción, con eficacia similar o superior a la Ciclofosfamida (CYC), con mejor perfil de seguridad.
- C) En caso de iniciar tratamiento de inducción con CYC nos decantaríamos la administración intravenosa en bolos debido a su menor riesgo de efectos adversos con respecto a la vía oral.
- D) El tratamiento con Rituximab (RTX) ha superado en eficacia, y con menos efectos adversos, al tratamiento con CYC o MMF en la inducción, por lo que representa nuestra primera elección.

123 A los 3 meses de iniciado el tratamiento no se obtienen los resultados de mejoría esperados, no se ha conseguido reducir la proteinuria en más del 25%, y se ha deteriorado la función renal (creatinina 3 mg/dl, FG 28 ml/min), y se mantienen elevadas las cifras tensionales. La paciente además tiene síntomas extrarrenales significativos (hematológicos y articulares fundamentales). En la serología se objetiva una hipocomplementemia significativa (especialmente C3) y niveles elevados de anti-ADNds. Según el Documento de Consenso de la GLOSEN de 2023 para el manejo y tratamiento de la Nefritis Lúpica, ¿qué opción le parece más adecuada en este momento?

- A) Cambiar MMF por CYC, o viceversa, CYC por MMF, según el tratamiento que Vd. prescribió de inducción.
- B) Triple terapia inmunosupresora con corticoides + MMF o CYC (según elección inicial) + anticalcineurínicos (Tacrolimus o Voclosporina).
- C) Triple terapia inmunosupresora con corticoides, MMF o CYC (según elección inicial) y Belimumab.
- D) Triple terapia inmunosupresora, añadiendo Rituximab al esquema con corticoides, MMF o CYC (según elección inicial).

124 Tras las modificaciones que Vd. ha realizado en la pregunta anterior, ante la falta de respuesta de la paciente, vuelve a evaluar los resultados del tratamiento unos meses más tarde, observando criterios definitorios de refractariedad o resistencia al tratamiento, con empeoramiento manifiesto de proteinuria y la función renal. Según el Documento de consenso de la GLOSEN 2023 para la nefritis lúpica, indique cuál de las siguientes al respecto es correcta:

- A) La NL refractaria o resistente, supone una respuesta inadecuada o insuficiente al tratamiento administrado, y representa hasta el 80% de los pacientes tratados.
 - B) Los regímenes basados en Ciclofosfamida (CYC) deben extender su duración sin poder cambiar a Rituximab.
 - C) Los basados en Mofetil Micofenolato (MMF) pueden beneficiarse de añadir Rituximab o del cambio a CYC (pauta Euro lupus).
 - D) En los casos sin respuesta tras 3 meses de tratamiento inmunosupresor, se debe finalizar todo tratamiento inmunosupresor y tratar al paciente como una ERC avanzada, y preparar para tratamiento renal sustitutivo.
-

CASO PRÁCTICO 9:

Varón de 38 años, con antecedentes personales de síndrome renopulmonar por vasculitis ANCA con enfermedad renal crónica (ERC) en estadio G5A3. El paciente optó por inclusión en programa de diálisis peritoneal (DP). La pauta inicial fue DPCA con 4 intercambios de 2 litros con glucosa al 1.36% en los 3 diurnos e Icodextrina en el nocturno. La evolución y adecuación de la técnica durante los primeros meses fueron óptimas, con resultado de Kt/V semanal de 2.69. Se realizó PET que mostró medio-alto transportador. Al 6º mes acude al hospital por dolor abdominal y efluente de drenaje turbio.

125 ¿Cuál de los siguientes enunciados, en el diagnóstico diferencial inicial de efluente turbio, es correcto?

- A) Infección peritoneal: Plazo de aparición variable; Intensidad del Dolor abdominal +/++++; Aspecto efluente turbio; celularidad > 100 leucocitos/ml (siempre que > 90% polimorfos nucleares [PMN]).
- B) Peritonitis eosinófila: Plazo de aparición precoz; Intensidad del dolor 0/+; Turbidez leve (a menudo intermitente); < 500 leucocitos/ml (>10 % eosinófilos; < 50% PMN).
- C) Peritonitis asociada a Icodextrina: Plazo de aparición variable; Intensidad del dolor: 0/++; Turbidez leve a moderada; 100-1.000 leucocitos/mL (predominio de PMN).
- D) Quiloperitoneo: Plazo de aparición Variable; Intensidad del dolor +++++; Aspecto del líquido lechoso; > 100 leucocitos/mL (> 50% PMN); Colesterol abundante en el efluente.

126 En el paciente de la pregunta anterior se sospechó una peritonitis de origen bacteriano. ¿Cuál de las siguientes, con respecto al tratamiento antibiótico empírico inicial, NO es correcta?

- A) Las Guías proponen Vancomicina o una cefalosporina de primera generación para la cobertura de grampositivos y un aminoglucósido o una cefalosporina de tercera generación para la cobertura de gramnegativos.
- B) Para la pauta con aminoglucósidos se aconseja el régimen intermitente (toda la dosis diaria en el intercambio largo) al régimen continuo (dosis repartidas en todos los intercambios) para disminuir los efectos secundarios (ej. nefrotoxicidad en pacientes con FRR).
- C) Junto al tratamiento antibiótico, los lavados peritoneales y la administración de Heparina pueden ser útiles en presencia de turbidez, fibrina o dolor importante, ya que ayudan a mejorar la dinámica peritoneal.
- D) La transferencia a diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) de los pacientes que están en Diálisis peritoneal automatizada (DPA) es obligada para simplificar el tratamiento y asegurar su eficacia.

127 A los 3 días de iniciada la peritonitis se identifica en el cultivo la presencia de estafilococos coagulasa negativos (ECN), que representan el paradigma de infección asociada a contaminación por contacto manual durante el momento de la conexión o desconexión del sistema. ¿Cuáles de las siguientes consideraciones NO es correcta?

- A) Suspendemos la cobertura para Gram negativos y continuaremos tratamiento con Vancomicina o cefalosporinas de primera o segunda generación durante dos semanas.
- B) Suelen ser clínicamente poco agresivas y muestran buena respuesta habitualmente.
- C) Tienen un escaso o nulo riesgo de recaídas, por la poca la capacidad de estas bacterias para generar biofilms.
- D) En el caso de que el ECN aislado hubiese sido el *Staphylococcus lugdunensis*, con agresividad comparable al *Staphylococcus aureus*, sería necesario un tratamiento más prolongado.

128 El paciente ha evolucionado bien, con normalización de la celularidad peritoneal al 5º día de tratamiento específico según antibiograma. Completa el tiempo prescrito de tratamiento sin necesidad de ingreso. A las 6 semana de finalizado el antibiótico, el paciente vuelve a acudir por dolor abdominal, efluente turbio y febrícula, además de exudado purulento en el orificio de salida del catéter. Se vuelve a realizar el protocolo de diagnóstico y tratamiento empírico. Tanto en el líquido peritoneal como en el exudado del orificio se han aislado *Pseudomonas spp*. Esta situación se define como:

- A) Peritonitis refractaria.
- B) Recaída o recidiva de la peritonitis.
- C) Peritonitis repetida o reincidente.
- D) Peritonitis recurrente.

129 El paciente debe ser ingresado por clínica compatible con cuadro séptico. Según las Guías de la SEN para la prevención y tratamiento de la infección peritoneal en diálisis peritoneal de 2022, ¿cuál sería la actitud más adecuada en el manejo de este caso concreto de infección peritoneal (IP) y del orificio de salida (IOS) por pseudomonas?

- A) Monoterapia antibiótica con cefalosporinas de tercera o cuarta generación, durante tres semanas, y retirada del catéter.
 - B) Tratamiento con dos antibióticos con actividad antipseudomónica durante al menos tres semanas, y retirada de catéter.
 - C) Un reciente estudio ha mostrado clara ventaja al tratar las IP por pseudomonas con un tercer antimicrobiano (quinolona) a la pauta de dos antibióticos (betalactámico y amikacina), durante tres semanas, y retirada del catéter.
 - D) Son válidas cualquiera de los tres protocolos antibióticos de las respuestas anteriores, pero no es necesaria la retirada del catéter en la asociación con IOS por la misma Pseudomona.
-

CASO PRÁCTICO 10:

Le consultan por un paciente varón de 45 años, sin alteración de la función renal, que presenta la siguiente analítica: potasio en sangre de 6 mEq/L, potasio en orina inferior a 85 mEq/L, gradiente transtubular de potasio (TTKG) de 4.

130 Señale la causa menos probable de la hiperkaliemia:

- A) Enfermedad de Addison.
 - B) Fármacos: AINES, ARA-II, IECA.
 - C) Rabdomiolisis.
 - D) Hiperplasia adrenal congénita.
-

CASO PRÁCTICO 11:

El resultado de la gasometría arterial de un paciente es: pH: 7'41, PaCO₂ 65 mmHg y bicarbonato 38 mM/L.

131 ¿Cuál es la alteración que presenta?

- A) Ninguna, el pH es normal.
 - B) Acidosis respiratoria.
 - C) Acidosis respiratoria y alcalosis metabólica.
 - D) Alcalosis metabólica.
-

CASO PRÁCTICO 12:

Gestante ingresada por preeclampsia. Le avisan en la guardia porque la paciente comienza con cefalea intensa a pesar de analgesia, escotomas y epigastralgia.

132 ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- A) Preeclampsia establecida.
 - B) Preeclampsia resistente.
 - C) Preeclampsia con características graves.
 - D) Eclampsia precoz.
-

CASO PRÁCTICO 13:

Se encuentra usted en la Unidad de Cuidados Intermedios de su hospital frente a un paciente en situación de sepsis moderada, secundaria a foco urinario no obstructivo. El paciente no presenta comorbilidades.

133 A la espera de aislamiento microbiológico, ¿qué antimicrobiano indicaría de manera empírica?

- A) Meropenem.
- B) Imipenem o Meropenem + Vancomicina.
- C) Piperacilina-Tazobactam.
- D) Ciprofloxacino.

134 En el caso anterior, si usted sabe que existe una baja prevalencia comunitaria de organismos productores de beta-lactamasa de espectro extendido (ESBL), ¿sería razonable utilizar la misma pauta empírica que usted propuso en la pregunta anterior?

- A) Sí, aunque sea una sepsis moderada y no haya comorbilidades asociadas.
 - B) No sería razonable, pero por ser de amplio espectro la mantendría.
 - C) No sería razonable, ya que en áreas de baja prevalencia de organismos productores de ESBL, los regímenes con un espectro más estrecho pueden ser apropiados.
 - D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
-

CASO PRÁCTICO 14:

Se encuentra usted en una consulta de Atención Primaria y recibe a una señora de 45 años, asintomática. La paciente le aporta un informe clínico tras una revisión de empresa. En dicho informe, la paciente presenta una tasa de Filtrado Glomerular (TFG) reducida. La paciente es nueva en su cupo.

135 Indique cuál debería ser el primer paso a seguir:

- A) Dado el deterioro de la función renal, remitirla preferentemente a Nefrología.
- B) Repetir la analítica.
- C) Historia clínica detallada con antecedentes familiares, personales y eventos/pruebas clínicas y tratamientos, en los últimos doce meses.
- D) Dado el deterioro de la función renal, remitirla al área de Urgencias de su hospital de referencia para valoración por Nefrólogo de guardia.

136 Tras la actuación previa, la paciente es diagnosticada de Enfermedad Renal Crónica. ¿Qué datos son los que cree usted que han ayudado más a alcanzar este diagnóstico?

- A) Presencia de daño renal o disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) durante al menos dos meses, independientemente de la causa.
 - B) Toma de AINEs durante tres o más meses.
 - C) Presencia de daño renal o disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) durante tres o más meses, dependiendo de la causa.
 - D) Presencia de daño renal o disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) durante tres o más meses, independientemente de la causa.
-

CASO PRÁCTICO 15:

Paciente de 19 años, en estudio por sospecha de HTA secundaria. Dentro de las pruebas solicitadas, recibe el informe del estudio genético donde presenta una mutación en el gen SCNN1B.

137 Indique el diagnóstico de la paciente:

- A) Síndrome de Gordon.
- B) Hipoaldosteronismo familiar tipo IV.
- C) Hiperaldosteronismo familiar tipo III.
- D) Síndrome de Liddle.

138 Según su diagnóstico, ¿cuáles serían las características clave del síndrome clínico además de la hipertensión arterial (HTA)?

- A) Hipokaliemia, alcalosis metabólica, renina y aldosterona plasmáticas disminuidas.
- B) Hipokaliemia, renina plasmática disminuida, aldosterona plasmática elevada.
- C) Hiperkalemia, función renal normal, niveles plasmáticos de renina y aldosterona bajos o normal – bajos.
- D) HTA severa y braquidactilia.

139 Continuando con el caso anterior, ¿qué tipo de herencia presentaría y qué tipo de mecanismo genético?

- A) Herencia autosómica dominante y ganancia de función.
- B) Herencia autosómica dominante y pérdida de función.
- C) Herencia autosómica recesiva y ganancia de función.
- D) Herencia autosómica recesiva y pérdida de función.

140 De las siguientes opciones terapéuticas, indique la más correcta:

- A) Espironolactona.
- B) Amilorida.
- C) Tiazida.
- D) Furosemida.

CASO PRÁCTICO 16:

Marta es una paciente trasplantada renal hace 24 meses. En el registro AMPA del último mes, presenta cifras de presión arterial elevadas. María era hipertensa, pero no había precisado hipotensores tras el trasplante.

141 ¿Qué sospecha clínica debería tener en cuenta?

- A) Disfunción del aloinjerto.
- B) Agentes inmunosupresores.
- C) Estenosis de arteria renal del injerto.
- D) Todas son ciertas.

142 Tras revisar la analítica y realizar exploración física, usted sospecha hipertensión vascularrenal, y solicita un estudio Doppler del injerto. ¿Qué hallazgo podría confirmar sus sospechas?

- A) Velocidad sistólica alta en la arteria renal del trasplante > 100 cm/segundo.
- B) Tiempo de aceleración en las arterias renales e intrarrenales del trasplante < 0,1 segundo.
- C) Relación de la velocidad sistólica máxima en la arteria renal del trasplante a las arterias ilíacas externas < 1,8.
- D) Presencia de forma de onda tardus parvus.

143 Indique cuál es indicación para la revascularización:

- A) Fracaso o intolerancia a la terapia médica óptima para controlar la presión arterial.
- B) Edema pulmonar repentino recurrente.
- C) Empeoramiento inexplicable de la función del injerto.
- D) Todas son ciertas.

CASO PRÁCTICO 17:

Acude a consulta no programada en su centro de salud, un paciente de 80 años con HTA esencial crónica y dislipemia, con control óptimo. Se trata de un paciente adherente, autónomo y con hábitos de vida saludables. Último control analítico rutinario hace apenas dos semanas, siendo normal. Vive con su mujer, dependiente y no tienen hijos. Le comenta que, desde hace aproximadamente una semana presenta astenia, hiporexia y que ha perdido “algo de peso”. Está durmiendo peor. Acudió a urgencias por molestias oculares, que refiere “no estar bien del todo” y en cuanto al control de su tensión arterial “ya no está tan bien como siempre”.

144 Indique la actitud más correcta:

- A) Usted valora clínicamente al paciente y le pone en contacto con la Trabajadora Social para que le tramite la ayuda a domicilio.
- B) Usted valora clínicamente al paciente y le prescribe una benzodiazepina.
- C) Usted valora clínicamente al paciente, le solicita cita con su enfermera para extracción sanguínea y lo cita de nuevo.
- D) Usted valora clínicamente al paciente y lo remite al servicio de urgencias.

145 Tras su valoración clínica y con los datos obtenidos, concluye que el paciente presenta un Fracaso Renal Agudo y realiza tele-consulta al Servicio de Nefrología. Indique siguiendo la definición de las KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes), qué datos le han llevado a esta conclusión:

- A) Aumento de la creatinina sérica > 0,3 veces sobre su basal.
- B) Aumento de la creatinina sérica > 0,3 mg/dl sobre su basal.
- C) Producción de orina de > 0,5 ml/kg/hora durante 12 a 24 horas.
- D) Aumento de la creatinina sérica > 25% sobre su basal.

146 Tras 30 días, aún no ha sido valorado por el servicio de Nefrología y el paciente acude de nuevo a su consulta por cifras de PA elevadas, mayor astenia, discretos edemas distales y orinas colúricas. Decide derivarlo a urgencias. ¿Qué resultados analíticos serían menos probables en este contexto?

- A) Proteinuria > 100 mg/dl en el sistemático de orina.
- B) Microhematuria en el sistemático de orina.
- C) Proteína C Reactiva normal.
- D) Cifras de Hb /Hcto en el límite bajo de la normalidad.

CASO PRÁCTICO 18:

Hombre de 62 años, en programa de diálisis peritoneal (DP) desde hace 2 meses en técnica manual (DPCA: Diálisis peritoneal continua ambulatoria), con 4 cambios: 3 intercambios diurnos de glucosa (2 al 1,36% y 1 al 2,27%) y un intercambio de icodextrina nocturno. El paciente tiene una diuresis residual de 1.000 cc/24 horas, y una función renal residual (FRR) de 7 ml/min. Talla 1,56 m; Peso 53 kg; Superficie corporal 1,51 m². Acude a la unidad de DP refiriendo bajo volumen de drenaje en todos los intercambios (incluso algunos con drenaje menor al volumen de infusión), prácticamente desde el inicio, así como aparición progresiva de edemas en MMII y aumento de las cifras de Tensión arterial (previamente euvolémico). No ha perdido FRR ni diuresis.

147 De entre las siguientes actuaciones, ¿cuál es la menos prioritaria o inmediata inicialmente?

- A) Evaluación de incumplimiento de la prescripción de diálisis peritoneal.
- B) Evaluación de incumplimiento de recomendaciones dietéticas sobre la ingesta de sal y agua.
- C) Evaluación de problemas mecánicos, como fugas o malposición del catéter peritoneal.
- D) Realización de un test de equilibrio peritoneal para descartar un fallo de ultrafiltración atribuible a alteraciones de la membrana peritoneal.

148 Al paciente, en el momento preciso se le ha realizado un Test de Equilibrio Peritoneal (TEP). ¿Cómo se define el fallo de ultrafiltración (UF) por alteración en la función de la membrana peritoneal?

- A) UF neta menor de 400 ml tras 4 horas de permanencia de una solución de 2.000 ml de glucosa al 3,86 / 4,25% en el TEP.
- B) UF neta menor de 400 ml tras 2 horas de permanencia de una solución de 2.000 ml de glucosa al 3,86 / 4,25% en el TEP.
- C) UF neta menor de 400 ml tras 4 horas de permanencia de una solución de 2.000 ml de glucosa al 2,27 / 2,5% en el TEP.
- D) UF neta menor de 400 ml tras 2 horas de permanencia de una solución de 2.000 ml de glucosa al 2,27 / 2,5% en el TEP.

149 Cuando hemos realizado al paciente el TEP, obtenemos el resultado que Vd. ha debido marcar en la pregunta anterior para diagnosticarlo efectivamente como un Fallo de UF por fallo de membrana, y valoramos el transporte de solutos de bajo peso molecular, obteniéndose un cociente dializado / plasma (D/P) de creatinina de 0,62 y un Sieving (cribado) de sodio en los primeros 60 minutos alterado (menor disminución a la esperada de la concentración de sodio en el dializado en este tiempo). Esta situación corresponde a:

- A) Un Fallo de UF tipo I adquirido.
- B) Un Fallo de UF tipo II por peritonitis esclerosante.
- C) Un aumento de la reabsorción linfática-tisular.
- D) Un déficit de acuaporinas (ultraporos).

CASO PRÁCTICO 19:

Paciente varón de 35 años, que tras realizar ejercicio acude al hospital con orinas oscuras y malestar general. En análisis se detecta creatinina de 4 mg/dl y creatinín-fosfoquinasa (CPK) de 145.000 U/L.

150 ¿Cuál sería la actitud terapéutica?

- A) Instaurar sueroterapia y bicarbonato endovenoso.
- B) Furosemida a dosis altas.
- C) Dopamina a dosis baja.
- D) Urograma intravenoso.

151 El metanefros es la etapa final del desarrollo del riñón. Señale la afirmación más correcta:

- A) La metanefrona alcanza su ubicación permanente frente a los somites sacros, en la octava semana de la embiogénesis.
- B) La interacción recíproca del mesénquima metanéfrico (metafrona) y el epitelio del borde ureterérico, induce la organgénesis, dando lugar a las nefronas y el sistema colector del sistema metanéfrico.
- C) Este proceso es independiente de la coexpresión de factores de señalización y transcripción como WT1, BMP4, Osr1 RET/GFRa 1 entre otros.
- D) Ninguna es correcta.

152 El receptor de la fosfolipasa A2 (PLA2R), constituye el antígeno responsable de un 70-80% de las Nefropatía Membranosas (NM) primarias. A lo largo de los últimos años, se han ido descubriendo otros antígenos podocitarios que ponen en marcha un mecanismo autoinmune similar. Señale de los siguientes antígenos y la afirmación que les sigue, el enunciado correcto:

- A) Thrombospondin type-1 domain-containing 7A (THSD7A): puede ser responsable en aproximadamente el 3% NM primaria, y por tanto su positividad descarta NM asociada a tumores malignos.
- B) Factor de crecimiento epidérmico neural similar a 1 (NELL1): los anticuerpos predominantes dentro de los depósitos tiende a ser IgG4.
- C) Exostosina 1 y 2 (EXT1 y EXT2): EXT1 y EXT2 se han identificado en NM asociada con enfermedades autoinmunes sistémicas como el Lupus o la enfermedad de Sjögren.
- D) Semaforina 3B (Sema3B): ha sido identificado como el antígeno diana en una forma única de MN primaria que afecta principalmente a adultos añosos (> 80 años).

153 El prurito es un síntoma complejo y subjetivo en la Enfermedad Renal Crónica, difícil de medir. Señale la respuesta correcta respecto a las escalas para medir el prurito:

- A) La escala visual analógica del prurito mide la gravedad y la duración del prurito.
- B) La escala modificada de Pauli-Magnus mide el impacto en la calidad de vida.
- C) La 5-D itching scale mide la distribución e impacto en el sueño.
- D) La escala de Skindex-10 mide el impacto emocional, social y laboral del prurito en la vida de los pacientes.

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 DIAS 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.

