



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

ACCESO: PROMOCIÓN INTERNA

CATEGORÍA: FEA NEFROLOGÍA.

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:

Resolución de 5 de julio de 2018 (BOJA núm. 134, 12 de julio).

ADVERTENCIAS:

- 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**.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- 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 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.
- 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 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.
- 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.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

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

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del SAS (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud).

-
-
- 1 Los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte se regulan, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en la Ley:**
- A) Ley 3/2001, de 28 de Mayo
 - B) Ley 7/2007, de 12 de Abril
 - C) Ley 22/2009, de 18 de Diciembre
 - D) Ley 2/2010, de 8 de Abril
- 2 La entidad que surge en el SSPA con el fin de poner a disposición de las organizaciones, y de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.) con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros, se denomina...**
- A) Escuela Andaluza de Salud Pública
 - B) Observatorio para la Seguridad del Paciente
 - C) Fundación para la Seguridad del Paciente
 - D) El Defensor del Paciente
- 3 Señale cuál de los siguientes no es un Estudio Descriptivo:**
- A) Estudios transversales
 - B) Estudios de series de casos
 - C) Estudios de cohortes
 - D) Estudios ecológicos
- 4 ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de causalidad según Breslow?**
- A) Fuerza de la asociación
 - B) Secuencia temporal
 - C) Verosimilitud biológica
 - D) Existencia de hipótesis alternativas
- 5 ¿Cuál de los siguientes sistemas de información no está integrado en DIRAYA?**
- A) Conjunto mínimo básico de datos (CMBD)
 - B) Módulo de acceso centralizado de operadores (MACO)
 - C) Historia de salud (HS)
 - D) Base de datos de usuarios (BDU)
- 6 El test no paramétrico para realizar una inferencia estadística sobre dos medias independientes, alternativo a la t de Student es:**
- A) Test de Mann-Whitney
 - B) Correlación de Spearman
 - C) Test exacto de Fisher
 - D) Test de Wilcoxon

- 7 Cuando el investigador divide los resultados muestrales en una zona de rechazo y otra de aceptación, estamos realizando...**
- A) Contraste de Hipótesis
 - B) Estimación por intervalo
 - C) Nivel de Confianza
 - D) Ninguna de ellas
- 8 El tipo de Muestreo determinado por, primero, la ordenación numérica de todos los individuos de la población, luego, la división del tamaño poblacional entre el tamaño de la muestra, resultando un cociente k y finalmente, la elección al azar de un elemento de la población, y a partir de él se seleccionan de k en k todos los elementos siguientes, se denomina...**
- A) Muestreo Aleatorio Simple
 - B) Muestreo Aleatorio Estratificado
 - C) Muestreo Aleatorio Sistemático
 - D) Muestreo Aleatorio por áreas
- 9 El instrumento AGREE es específico de la evaluación de:**
- A) Ensayos clínicos controlados
 - B) Estudios de cohortes
 - C) Guías de práctica clínica
 - D) Meta-análisis
- 10 El Sistema de Clasificación de Pacientes utilizado actualmente en Andalucía es...**
- A) CMBDA
 - B) COAN H y D
 - C) GRD's
 - D) CIE-10
- 11 Durante su ascenso los riñones alcanzan a las glándulas suprarrenales aproximadamente en la:**
- A) 3ª semana.
 - B) 6ª semana.
 - C) 9ª semana.
 - D) 12ª semana.
- 12 La inervación renal procede principalmente del plexo:**
- A) Celíaco.
 - B) Aórtico-abdominal.
 - C) Mesentérico inferior.
 - D) Mesentérico superior.
- 13 El magnesio se reabsorbe principalmente en:**
- A) Túbulo contorneado proximal.
 - B) Porción descendente del asa de Henle.
 - C) Porción ascendente del asa de Henle.
 - D) Túbulo distal.

- 14 ¿Cuál de las siguientes opciones, sobre el tratamiento de los pacientes ancianos con enfermedad renal crónica avanzada es Falsa?**
- A) El tratamiento renal conservador es una opción válida a considerar en ancianos con comorbilidad elevada.
 - B) La presencia de cardiopatía isquémica redujo a la mitad la supervivencia en pacientes ancianos que eligieron diálisis.
 - C) El objetivo de presión arterial sistólica de 110 mmHg en ancianos de > de 80 años con insuficiencia renal crónica avanzada se ha demostrado efectivo para evitar su entrada en diálisis.
 - D) La supervivencia media en los mayores de 75 años que inician tratamiento renal sustitutivo es inferior a 5 años.
- 15 Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la elevación de la creatinina en sangre por encima de las cifras normales para cada grupo de edad y sexo:**
- A) Comienza cuando el filtrado glomerular (FG) se reduce al 30% de lo normal.
 - B) Comienza cuando el FG se reduce al 50% de lo normal.
 - C) Depende más de la masa muscular y la ingesta de carne que del FG.
 - D) Es paralela a la disminución del FG.
- 16 Se considera como límite normal de proteínas en la orina:**
- A) 150 mg/día en adultos
 - B) 140 mg/m²/día en niños
 - C) Solo A es correcta
 - D) A y B son correctas
- 17 El cuadro de secreción inadecuada de ADH suele cursar con:**
- A) Hipervolemia.
 - B) Hipotensión ortostática.
 - C) Elevación de la renina plasmática.
 - D) Elevación de la aldosterona plasmática.
- 18 Que mecanismos aumentan la reabsorción del sodio por el túbulo proximal y el asa de Henle:**
- A) Aumento de la actividad simpática.
 - B) Aumento de los niveles de angiotensina II.
 - C) Aumento de la fracción de filtración.
 - D) Todas las anteriores.
- 19 La uroguanilia y la guanilina son hormonas peptídicas que se estimulan ante:**
- A) La disminución en la ingesta de cloruro sódico.
 - B) Se estimulan en los estados de deshidratación.
 - C) En respuesta al aumento en la ingesta de cloruro sódico.
 - D) Todas las anteriores.

20 Un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva severa y elevada concentración de aldosterona, ¿la excreción de potasio está?:

- A) Aumentada
- B) Disminuida.
- C) Normal.
- D) La insuficiencia cardiaca no influye.

21 Los factores que controlan la tasa de secreción de potasio por los túbulos distal y colector son:

- A) La actividad de la bomba Na-K-ATPasa.
- B) La fuerza conductora (gradiente electroquímico) para el movimiento de K a través de la membrana apical.
- C) La permeabilidad de la membrana apical al K.
- D) Todas las anteriores.

22 En un paciente con una pérdida nefronal progresiva, la presencia de hiperpotasemia indica que ha perdido al menos:

- A) Un 25% del filtrado glomerular.
- B) Un 35% del filtrado glomerular.
- C) Un 50% del filtrado glomerular.
- D) Un 75% del filtrado glomerular.

23 Una de las siguientes afirmaciones acerca del metabolismo del bicarbonato no es cierta. Señálela:

- A) La hiperpotasemia aumenta la reabsorción tubular de bicarbonato.
- B) La recuperación del bicarbonato ocurre simultáneamente a la excreción de hidrogeniones.
- C) En los túbulos colectores corticales cada ion de bicarbonato se absorbe junto a uno de sodio.
- D) La mayor parte de los hidrogeniones secretados en el túbulo renal se combinan con tampones de tipo fosfato disódico.

24 El “Cross match” realizado con citometría de flujo, es el método más sensible para detectar anticuerpos específicos del donante, pero presenta ciertas limitaciones como:

- A) No discrimina entre los anticuerpos que fijan complemento y los que no fijan complemento.
- B) Puede analizar un número elevado de partículas.
- C) Identifica y define células.
- D) La detección de anomalías genéticas debido al reconocimiento de fenotipos aberrantes.

- 25 Existen cuatro categorías de posibles donantes en asistolia definidas según la clasificación realizada en la conferencia de Maastrich. Señale a respuesta correcta.**
- A) Tipo I corresponde a pacientes en situación de parada cardiorrespiratoria en los que las maniobras de reanimación son ineficaces
 - B) Tipo IV corresponde a individuos con el diagnóstico de muerte cerebral que sufren una parada antes de proceder a la extracción de órganos
 - C) Tipo II corresponde a individuos a la espera de parada cardíaca. No cumplen criterios de muerte cerebral pero por el mal pronóstico se les suspende el soporte vital.
 - D) Tipo III corresponde a individuos que ingresan en parada cardíaca en el hospital y no se les ha realizado maniobras de reanimación previas.
- 26 Dentro de los protocolos para desensibilización en un trasplante ABO incompatible, no se encuentra:**
- A) Uso de anticuerpos anti CD20
 - B) Bolos de metilprednisolona
 - C) Inmunoadsorción
 - D) Esplenectomía
- 27 La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de morbimortalidad de los pacientes después del trasplante renal, siendo importante una adecuada valoración cardiológica a los candidatos a ser incluidos en lista de espera de trasplante renal. Respecto a las pruebas complementarias necesarias para valoración cardiológica señale la correcta.**
- A) Todos los pacientes deben tener realizado un test de esfuerzo previo a la inclusión en lista de trasplante renal.
 - B) Los pacientes diabéticos y con múltiples factores de riesgo cardiovascular deben ser sometidos a la realización de test cardiológico no invasivos y/o invasivos previo a la inclusión en lista de espera de trasplante renal
 - C) Cualquier paciente con enfermedad coronaria (diagnosticada por coronariografía) debe ser excluido de lista de espera de trasplante renal.
 - D) Todas son correctas.
- 28 En un paciente trasplantado renal, ¿cuál de las siguientes características es la propia del rechazo renal agudo celular?**
- A) Infiltrado intersticial de linfocitos B.
 - B) Infiltrado preferentemente de linfocitos T en el intersticio renal y en los túbulos renales.
 - C) Fibrosis y atrofia tubular.
 - D) Presencia de anticuerpos circulantes donante específicos.
- 29 ¿Cuál de los siguientes fármacos no aumenta los niveles de tacrolimus por inhibición de P450?**
- A) Verapamilo
 - B) Itraconazol
 - C) Fenitoína
 - D) Ritonavir.

30 En los trasplantados renales la reactivación de una infección latente por el poliomavirus BK puede dar lugar a las siguientes manifestaciones

- A) Nefritis intersticial
- B) Cistitis hemorrágica
- C) Estenosis ureteral
- D) Todas son ciertas.

31 El diagnóstico definitivo de la nefropatía por poliomavirus Bk se establece por:

- A) Por la demostración de células decoy en la citología urinaria.
- B) Por la elevación mantenida de carga viral de BK en plasma y orina
- C) Por la demostración del virus en la biopsia del injerto
- D) Todas son correctas.

32 En el trasplante renal de donante vivo. ¿cuál sería un criterio de exclusión en un potencial donante vivo de riñón?

- A) Tener antecedentes familiares de nefrolitiasis.
- B) Presentar un estado de hipercoagulabilidad.
- C) Antecedente de hipertensión arterial
- D) Todos son criterios de exclusión.

33 Respecto a los estándares de proceso asistencial integrado de tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante señale la respuesta cierta.

- A) La proporción de pacientes a los que se les realiza el acceso peritoneal en el tiempo establecido (2-4 semanas desde su solicitud al Servicio de Cirugía o 2-4 semanas desde que se indica la necesidad de la técnica) debe ser > 95%
- B) Tasa de mortalidad de los pacientes prevalentes fallecidos en hemodiálisis sobre el total de pacientes que hayan estado recibiendo dicha técnica en un periodo de un año debe ser <14%
- C) Proporción de pacientes en diálisis que son incluidos en lista de espera de trasplante renal en un plazo inferior a 30 días del total de pacientes en diálisis que son incluidos en lista de espera debe ser > 90%
- D) Porcentaje de complicaciones vasculares sobre el total de trasplantes renales realizados en un año debe ser < 1%.

34 Señale la opción correcta:

- A) La parathormona (PTH) inhibe la producción renal de calcitriol
- B) El FGF23 (factor de crecimiento fibroblástico 23) estimula la 24 hidroxilasa y disminuye los niveles de calcitriol
- C) El FGF 23 aumenta la reabsorción tubular de fósforo
- D) El calcitriol y el exceso de fósforo inhiben la síntesis ósea de FGF23

35 Señale la opción incorrecta:

- A) El Proteus Mirabilis es el germen causal que se encuentra con más frecuencia en las infecciones urinarias ambulatorias no complicadas
- B) Stafilococo Aureus es un germen relacionado con pielonefritis aguda secundaria a diseminación hematógena.
- C) Morganella spp es un germen relacionado con las infecciones urinarias de origen nosocomial
- D) Escherichia coli es el germen causal más frecuente en el caso de cistitis

36 En cual de estos casos está indicado NO tratar:

- A) Piuria estéril asintomática en paciente con imagen radiológica de estenosis ureterales e irregularidades en los márgenes de las papilas
- B) Bacteriuria asintomática por gérmenes multirresistentes en pacientes portadores de sonda vesical
- C) Malacoplaquia vesical
- D) Mujeres con más de tres episodios de cistitis en un período de 12 meses

37 En la uropatía obstructiva no es cierta una de las siguientes afirmaciones:

- A) La incidencia de la uropatía obstructiva muestra una distribución bimodal (infancia-mayores de 60 años)
- B) La hipertensión arterial es frecuente.
- C) Es frecuente una acidosis metabólica hiperclorémica.
- D) La ausencia de dilatación en los sistemas excretores renales descarta la uropatía obstructiva.

38 Señale la opción incorrecta:

- A) La presencia de enfermedad inflamatoria intestinal puede asociarse a litiasis por hiperoxaluria
- B) El volumen de diuresis no influye en la génesis de litiasis
- C) Un pH urinario bajo favorece la formación de cálculos de ácido úrico
- D) Un pH urinario alto favorece la génesis de los cristales de fosfato cálcico

39 La menor disponibilidad de Oxido Nítrico que caracteriza a la Hipertensión Arterial esencial puede deberse a:

- A) Polimorfismo genético de la enzima oxido nítrico sintasa
- B) Niveles elevados de L-dimetil-arginina asimétrica (ADMA)
- C) Baja disponibilidad de tetrahidrobiopteridina
- D) Todas son correctas

40 Señale la opción correcta:

- A) El registro de presión arterial obtenido por AMPA (automedida de presión arterial en el domicilio) es el procedimiento de elección para valorar la existencia de hipotensión episódica en respuesta al tratamiento hipotensor
- B) La MAPA (monitorización ambulatoria de presión arterial) nos permite valorar la eficacia del tratamiento hipotensor a lo largo de 24 horas
- C) La MAPA (monitorización ambulatoria de presión arterial) es un método eficaz para valorar daño en órgano diana.
- D) EL registro obtenido por AMPA no se correlaciona con la afectación de órganos dianas

41 Cual es la definición de Hipertensión arterial resistente:

- A) Hipertensión arterial q no se controla con 3 fármacos en combinación sinérgica, a dosis plena siendo uno de ellos un diurético
- B) Hipertensión arterial q no se controla con 4 fármacos en combinación sinérgica, a dosis plena siendo uno de ellos un diurético
- C) Hipertensión arterial que precisa tres fármacos para su control
- D) Hipertensión arterial derivada del incumplimiento terapéutico

42 Señale la opción correcta:

- A) La prevalencia de Hipertensión arterial resistente aumenta en presencia de enfermedad renal crónica
- B) La Hipertensión arterial resistente se asocia a un aumento de la incidencia de eventos cardiovasculares
- C) La Hipertensión arterial resistente necesita la realización MAPA (monitorización ambulatoria de presión arterial) para su diagnóstico
- D) Todas correctas

43 En el fracaso renal agudo por nefrosis osmótica una de las siguientes afirmaciones no es cierta:

- A) La anatomía patológica se caracteriza por edema de las células tubulares proximales conteniendo vacuolas citoplásmicas claras.
- B) Se observa tras el uso de inmunoglobulina intravenosa, dextrano, hidroxietilalmidon, sacarosa.
- C) No es frecuente en aloinjertos renales
- D) La presentación clínica es similar a la necrosis tubular aguda.

44 En los análisis e índices urinarios en el fracaso renal agudo por nefropatía túbulo-intersticial aguda por hipersensibilidad, no se suele encontrar:

- A) Leucocituria (eosinófilos).
- B) Proteinuria no nefrótica.
- C) Cilindros pigmentados marrón-turbio en el sedimento de orina
- D) La excreción fraccional del sodio filtrado es variable, puede ser menor de 1 o superior a 1.

45 Señale la opción correcta respecto a la necrosis cortical tras apoplejía placentaria:

- A) No progresión al fallo renal terminal.
- B) Vasoespasmo renal profundo con infartos focales en la corteza renal
- C) La biopsia renal es el método diagnóstico de elección.
- D) Los estudios isotópicos y la arteriografía renal no son útiles en el diagnóstico.

46 El Síndrome Hemolítico Urémico Atípico SHUa es una enfermedad compleja que puede cursar con un cuadro de Fracaso Renal Agudo de instauración abrupta y grave. Señale la opción incorrecta respecto a su fisiopatología:

- A) No es raro que los pacientes que lo presentan sean portadores de más de una mutación en genes del complemento, o que combinen mutaciones con polimorfismos de riesgo.
- B) Hasta en un 60% de los pacientes con SHUa se identifican mutaciones en los genes reguladores del complemento que causan desregulación de la vía clásica del complemento
- C) Son necesarios la interacción de factores ambientales que contribuyan a poner de manifiesto a predisposición genética del sujeto
- D) La evolución clínica varía dependiendo de la mutación presente en el paciente siendo especialmente sombría en los casos con mutaciones en FH y C3, presentando estos sujetos altas tasas de mortalidad o de ERCT

47 Señale la opción incorrecta respecto a los factores de riesgo cardiovascular en la enfermedad renal crónica:

- A) Existe una correlación lineal entre los niveles de LDL-colesterol (colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad) y la incidencia de eventos cardiovasculares en todos los estadios de enfermedad renal crónica
- B) Niveles elevados de proteína C reactiva, marcador de inflamación, se correlacionan con mortalidad cardiovascular en todos los estadios de enfermedad renal
- C) No existen evidencias de que la corrección del déficit de vitamina D en estos pacientes confiera protección cardiovascular
- D) La anemia asociada a la enfermedad renal crónica es un factor determinante de mortalidad cardiovascular

48 Señale la opción incorrecta respecto a los mecanismos por los que el fósforo induce calcificación vascular:

- A) Estimula la diferenciación osteocondrogénica de la célula de músculo liso vascular
- B) Induce la apoptosis de las células de músculo liso vascular
- C) Estimula moléculas de señalización del eje hueso-vaso
- D) De forma indirecta, aumentando los niveles del Klotho

49 ¿ Cuales pueden ser las causas de los déficit de calcidiol en los pacientes renales ?

- A) Por falta de sol o de aporte en dieta
- B) Aumento de consumo o destrucción
- C) Perdidas urinarias
- D) Todas

- 50 Respeto al tratamiento con vitamina D en pacientes con ERC estadios G3a-5, no en diálisis, señale la opción INCORRECTA según las tendencias actuales:**
- A) Es la primera estrategia cuando se encuentran niveles de pth en cifras superiores a la normalidad
 - B) No está establecido cuales son los niveles de vitamina D necesarios para controlar la iPTH
 - C) No está claro que e tratamiento con suplementos con vitamina D beneficie a los pacientes y existen evidencias de que aumentan los niveles de Ca y P
 - D) Las recomendaciones actuales restringen el uso de metabolitos activos de la vitamina D a pacientes en estadio 4-5 con HPTS severo y progresivo
- 51 ¿Cuál de estos mediadores está disminuido en la enfermedad renal crónica?**
- A) TGF beta (Transforming grown factor beta)
 - B) Inhibidor del factor activador del plasminógeno
 - C) Oxido nítrico
 - D) Endotelina 1
- 52 Respecto a la patología digestiva en la enfermedad renal crónica, ¿cuál de estas afirmaciones es falsa?**
- A) La hernia de hiato es más frecuente que en la población general
 - B) Hay mayor prevalencia de infección por Helycobacter pylori
 - C) Hay mayor riesgo de sangrado digestivo
 - D) La diverticulosis es más frecuente en pacientes con poliquistosis renal
- 53 Los requerimientos nutricionales en pacientes en diálisis peritoneal son los siguientes. Señale la falsa:**
- A) Aporte proteico >1.2 g/Kg/día
 - B) Aporte energético entre 30-35 Kcal/Kg/día según actividad física
 - C) Si el paciente presenta peritonitis los requerimientos proteicos deben ser mayores de 1.5 g/Kg/día
 - D) No hay que modificar los requerimientos proteicos durante la peritonitis
- 54 La Hemodiafiltracion en línea:**
- A) Es más eficaz que la hemodiálisis convencional para la eliminación de moléculas de mediano tamaño
 - B) Está contraindicada en pacientes con patología cardiovascular
 - C) Es una alterativa cuando existen problemas de flujo del acceso vascular
 - D) Todas son correctas
- 55 El límite admisible de contaminación por endotoxinas en el concentrado de diálisis ultrapuro es:**
- A) 1UE/ml
 - B) 0,5 UE/ml
 - C) 0,03 UE/ml
 - D) 0,25 UE/ml

- 56 En un paciente que está siendo tratado con hemodiálisis, cual de estos factores NO va a influir en la aparición de amiloidosis:**
- A) El grado de función renal residual
 - B) Niveles elevados de hormona paratiroidea
 - C) La permeabilidad y la biocompatibilidad del dializador
 - D) El tiempo de estancia en programa de hemodiálisis
- 57 Señale la opción correcta:**
- A) Las fístulas arteriovenosas (FAVi) con datos de estenosis venosa deben tratarse si la estenosis es inferior al 50% del calibre del vaso y no existe contraindicación al procedimiento.
 - B) La primera opción terapéutica en la estenosis de vena subclavia es realizar un bypass quirúrgico
 - C) En una FAVi trombosada, tras realizar una trombolisis ha de realizarse una fistulografía para descartar la presencia de estenosis como causa de la trombosis
 - D) Todas son correctas
- 58 En cual de las siguientes situaciones clínicas considera indicado utilizar un catéter tunelizado como acceso vascular para hemodiálisis**
- A) Decisión del paciente
 - B) Hemodiálisis por períodos cortos en espera de trasplante renal de vivo
 - C) Corta esperanza de vida
 - D) Todas las anteriores
- 59 Respecto a la a nefroangioesclerosis hipertensiva, es cierto:**
- A) Es menos frecuente en paciente con patología renal subyacente
 - B) No suele asociarse a retinopatía hipertensiva e hipertrofia ventricular izquierda
 - C) La progresión a insuficiencia renal suele ser rápida
 - D) Puede acompañarse de hiperuricemia
- 60 No es marcadores de progresión de la nefroesclerosis en pacientes con hipertensión arterial:**
- A) Grado de insuficiencia renal al diagnóstico
 - B) Nivel de presión arterial sistólica.
 - C) Edad inferior a 70 años
 - D) Genotipo DD de la enzima convertidora de la angiotensina
- 61 En el diagnóstico diferencial de un embolismo por cristales de colesterol se debe considerar:**
- A) Sífilis secundaria.
 - B) Feocromocitoma
 - C) Disección Aórtica
 - D) Todas las anteriores

62 Podemos sospechar que una microangiopatía trombótica sea la causa de insuficiencia renal aguda según los datos clínicos acompañantes. ¿Cuál de las siguientes asociaciones es INCORRECTA en esta sospecha?

- A) Si va precedida por nicturia, polaquiuria y dolor suprapúbico la causa probable es una obstrucción de origen prostático
- B) Si se acompaña de lívido reticularis, nódulos subcutáneos y placas anaranjadas en la retina puede tratarse de una nefropatía ateroembólica
- C) En una paciente con fibrilación auricular, la causa puede ser un embolismo sobre riñón único
- D) Con anemia hemolítica microangiopática e historia reciente de gastroenteritis debe ser una nefritis intersticial aguda.

63 En relación con la Púrpura Trombótica Trombocitopénica, NO es cierto que:

- A) Es causada. por un descenso de ADAMTS13
- B) La púrpura trombótica trombocipénica puede ser adquirida o hereditaria.
- C) La púrpura trombótica trombocipénica adquirida es muy rara en niños
- D) La púrpura trombótica trombocitopénica adquirida nunca se presenta en pacientes con otra enfermedad autoinmune

64 En la historia natural de la Nefropatía Diabética, es cierto que:

- A) La aparición de proteinuria marca un punto de irreversibilidad en la progresión de la enfermedad
- B) La disminución del filtrado glomerular precede a la proteinuria.
- C) La detección de microalbuminuria es irrelevante para el pronóstico.
- D) El estadio 3 de ERC ya no es reversible con control glucémico y de tensión arterial

65 Señale cuál de las siguientes medidas NO es adecuada para evitar la progresión de la nefropatía diabética:

- A) Restricción de proteínas en la dieta
- B) Control glucémico estricto en los diabéticos tipo 1
- C) Control glucémico estricto en los diabéticos tipo 2.
- D) Incremento de la presión de perfusión glomerular.

66 Los pacientes diabéticos en diálisis y trasplante, es cierto que:

- A) La enfermedad cardiovascular es la causa mas común de muerte en el paciente diabético.
- B) La hipoglucemia es una complicación frecuente y potencialmente grave en los pacientes en diálisis
- C) El factor más importante para el control correcto de la presión arterial de los pacientes en diálisis no es el control del peso seco.
- D) A y B son correctas

67 En relación con la nefropatía por plomo, No es cierto o que:

- A) Se caracteriza histológicamente por una nefritis intersticial crónica.
- B) Es una complicación potencial tras una exposición corta (menos de un año)
- C) Altos niveles de exposición a plomo (por ejemplo, niveles séricos persistentemente >60 mcg/dL) son generalmente la causa primaria de nefropatía
- D) Puede producir un Síndrome de Fanconi, especialmente en niños.

68 Respecto al síndrome de Sjogren, todas son ciertas, EXCEPTO:

- A) La nefritis intersticial es la afectación renal más frecuente
- B) Los glomérulos renales están habitualmente afectados por un infiltrado linfoplasmocitario
- C) Si la infiltración intersticial es severa debe tratarse con corticoides
- D) Puede producir acidosis tubular distal en un 25 % de pacientes

69 Respecto a la Crioglobulinemia

- A) La prevalencia de la crioglobulinemia clínicamente significativa se ha estimado aproximadamente en 1 por 100.000 personas.
- B) Niveles detectables de crioglobulinas circulantes están presentes en una proporción significativa de pacientes con infección crónica o inflamación (15- 20% de pacientes con VIH, 15- 25 % de paciente con enfermedades del tejido e conectivo, 40 65% de pacientes con hepatitis C y el 64 % de pacientes infectados simultáneamente por VIH y Hepatitis C)
- C) La clasificación Brouet es de las más utilizadas en la clasificación de las crioglobulinemias
- D) Todas son verdaderas

70 Los antiinflamatorios no esteroideos pueden causar, a nivel renal, todas las complicaciones siguientes EXCEPTO:

- A) Nefritis aguda tubulointersticial.
- B) Nefritis crónica tubulointersticial.
- C) Insuficiencia renal funcional.
- D) Necrosis papilar.

71 Respecto al riñón del mieloma, todas son ciertas EXCEPTO:

- A) Puede conducir a fracaso renal agudo o enfermedad renal crónica
- B) Una característica importante de las cadenas ligeras es su unión específica a la mucoproteína Tamm- Horsfall, una proteína que normalmente se sintetiza por las células tubulares en la rama ascendente gruesa del asa de Henle.
- C) La depleción de volumen es un factor de riesgo significativo del enlentecimiento del flujo dentro de los túbulos y aumenta la concentración de la cadena ligera, promoviendo así la formación de grandes agregados.
- D) La mayoría de los pacientes se presentan con elevación de creatinina y una proteinuria en rango nefrótico

72 En relación con los fluidos de reemplazo en aféresis terapéutica, No es cierto que:

- A) La albúmina tiene la ventaja de no transmisión viral y un riesgo mínimo de reacción anafiláctica.
- B) Cuando se utilizan soluciones coloides y cristaloides en combinación, la cantidad de coloide no debe ser inferior al 50 por ciento del total infundido.
- C) El suero salino solo, proporciona una presión oncótica insuficiente y tiende a producir edema y/o hipotensión significativa.
- D) El plasma sustituye a las proteínas normales que se han eliminado y produce un agotamiento significativo de factores de coagulación o inmunoglobulinas.

73 La nefritis tubulointersticial aguda, NO es cierto que:

- A) Las nefritis tubulointersticiales agudas por fármacos no dependen de la reacción del paciente al fármaco, sino de la dosis administrada.
- B) El diagnóstico de la nefritis tubulointersticial aguda es histológico
- C) El momento en el que se produce la nefritis tubulointersticial aguda por fármacos es variable.
- D) La proteinuria, salvo en los casos de los antiinflamatorios no esteroideos que cursan Ñ con frecuencia con síndrome. nefrotico, suele ser inferior a 1. 5 gr/ día

74 La asociación Insuficiencia Renal Aguda, fiebre, artralgias, exantema y eosinofilia sugiere preferentemente:

- A) Granulomatosis alérgica (Churg Strauss).
- B) Nefritis tubulointersticial aguda.
- C) Angeítis leucocitoclástica.
- D) Granulomatosis de Wegener.

75 Respecto a la diabetes insípida nefrogénica hereditaria, es CIERTO:

- A) Las mujeres afectadas pueden ser portadoras con pocos o ningún síntoma hasta que el embarazo u otro estrés lo pone de manifiesto.
- B) En los bebés, la detección temprana es de importancia clínica inmediata porque el tratamiento puede prevenir el retardo físico y mental que resulta de episodios repetidos de deshidratación e hipernatremia
- C) En niños induce la dilatación del tracto urinario (hidronefrosis) y la vejiga en >50 % de los casos
- D) Todas son ciertas.

76 La asociación de afectación renal, sordera y afectación ocular debe hacer pensar en:

- A) Enfermedad de fabry
- B) Riñon en esponja
- C) Síndrome de Alport
- D) Síndrome de Fanconi

77 Existe una variedad de Síndrome de Bartter denominada tipo IV donde se ha descrito una mutación del gen de la barttina y que por sus manifestaciones extrarrenales asociadas podría requerir diagnóstico diferencial con:

- A) Síndrome de Alport
- B) Síndrome de Goodpasture
- C) Displasia renal retiniana
- D) Poliquistosis renal

78 En estudios que comparan supervivencia de pacientes entre técnicas de diálisis. Es Cierto:

- A) Son tratamientos imposibles de comparar.
- B) Ensayos controlados y aleatorizados no son éticos.
- C) Cuando se aplica una metodología estadística similar dan los mismos resultados.
- D) Los datos de registros no deben ser utilizados.

79 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.

80 Entre las medidas para preservar la función renal residual (FRR) del paciente en diálisis peritoneal NO es cierto:

- A) El empleo de IECAs/ARAII puede ayudar a preservar la FRR
- B) Evitar nefrotóxicos y contrastes iodados es una medida aconsejada
- C) El empleo de diuréticos de asa ayuda a preservar la FRR
- D) Existen controversias sobre la influencia de la modalidad de Diálisis Peritoneal (DPCA vs DPA) en la preservación de la FRR.

81 Señale el enunciado CORRECTO con respecto al fallo de ultrafiltración (UF) en diálisis peritoneal:

- A) Se define como la UF neta menor de 400 ml en 24 horas usando soluciones de glucosa de hasta el 3,86 %
- B) El fallo de UF tipo I se refiere a pacientes con bajo volumen de drenaje y bajo transporte de solutos.
- C) El fallo de UF tipo II se refiere a pacientes con bajo volumen de drenaje y alto transporte de solutos.
- D) En el fallo de UF tipo I el cociente dializado/plasma de creatinina (D/P de creatinina) es mayor de 0,8.

82 Las peritonitis siguen siendo una complicación importante en diálisis peritoneal.Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

- A) Pueden acelerar la pérdida de función renal residual.
- B) Contribuyen al fallo de la membrana peritoneal.
- C) Pueden favorecer la esclerosis peritoneal encapsulante.
- D) La tasa de peritonitis ha continuado constantes después de la introducción de nuevos sistemas de conexión.

83 En relación con los anticuerpos frente al receptor (R) tipo M de la fosfolipasa A2 (PLA2R) cuál de las siguientes respuestas es falsa:

- A) Están dirigidos frente al principal antígeno de la membrana basal glomerular
- B) Se pueden detectar en el 80% de la GN Membranosa idiopática
- C) La determinación seriada de su título es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento
- D) Un título positivo pretrasplante es útil para predecir la posibilidad de recidiva

- 84 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 8-12 semanas de tratamiento.
 - B) Coexistencia con HTA y/o Insuficiencia renal y/o Hipocomplementemia.
 - C) Comienzo del síndrome nefrótico antes del primer año de edad.
 - D) Existencia de microhematuria.
- 85 Mujer de 33 años, diagnosticada de linfoma de Hodgkin, presenta edemas maleolares importantes, proteinuria 6,5 g/día e hipoalbuminemia. ¿Cuál es el tipo de lesión glomerular más probable?:**
- A) Cambios mínimos.
 - B) Glomerulonefritis (GN) membranosa.
 - C) GN membranoproliferativa.
 - D) GN glomerulosclerosis focal.
- 86 En un paciente monorroeno y obeso con hiperfiltración glomerular, ¿qué hallazgo histopatológico será más frecuente encontrar en su biopsia renal?:**
- A) Colapso del ovillo 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.
- 87 En la glomeruloesclerosis focal y segmentaria una de las siguientes afirmaciones no es correcta:**
- A) Es más frecuente en la raza negra
 - B) La variedad colapsante tiene mejor respuesta al tratamiento
 - C) La recurrencia después del trasplante es menor en la raza negra
 - D) La forma debida a hiperfiltracion no suele producir síndrome nefrótico
- 88 La descripción en microscopía electrónica de: Engrosamiento de la membrana basal glomerular (MBG), depósitos subepiteliales y proyecciones de la (MBG) entre ellos, sin llegar a rodearlos completamente corresponde a:**
- A) Fase I de la Nefropatía Membranosa.
 - B) Fase II de la Nefropatía Membranosa.
 - C) Fase III de la Nefropatía Membranosa.
 - D) Fase IV de la Nefropatía Membranosa.
- 89 ¿Qué tipo de Glomerulonefritis se asocia con más frecuencia a Gammapatía Monoclonal?**
- A) Glomerulonefritis membranosa
 - B) Glomerulonefritis membranoproliferativa
 - C) Glomerulonefritis extracapilar
 - D) Glomerulonefritis focal y segmentaria

- 90 Paciente de 48 años con antecedentes de Hepatitis C no tratada, presenta síndrome nefrótico, creatinina sérica de 1,9 y microhematuria en el sedimento. ¿Qué lesión glomerular se encontrará con más probabilidad en la biopsia renal?**
- A) Cambios Mínimos
 - B) Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
 - C) Glomerulonefritis IgA
 - D) GN Membranoproliferativa
- 91 ¿ En qué % de pacientes afectos de Nefropatía IgA, esta elevada la IgA plasmática?**
- A) 80 al 100%.
 - B) 60-80%.
 - C) 30-50%.
 - D) <20%.
- 92 ¿ En que forma de Glomerulonefritis no ha demostrado efectos beneficiosos el Tacrolimus?.**
- A) GN de cambios mínimos.
 - B) GN Focal y segmentaria.
 - C) GN membranosa.
 - D) GN Membranoproliferativa.
- 93 La glomerulonefritis rápidamente progresiva con semilunas de tipo II, presenta en la inmunología:**
- A) Ausencia de depósitos de inmunoglobulinas y complemento y grupos aislados de depósito dependientes de fibrinógeno
 - B) Inmunofluorescencia lineal mediada por anticuerpos antimembrana basal glomerular.
 - C) Anticuerpos antimembrana basal glomerular de tipo igg.
 - D) Patrón granular con depósitos de igm y c3.
- 94 ¿Qué no es cierto respecto a los anticuerpos contra la membrana basal glomerular?:**
- A) Son anticuerpos contra el dominio nc1 de la cadena alfa 3 de la colágena tipo iv de la membrana basal glomerular.
 - B) Se encuentran en el 90-95% de pacientes con enfermedad de goodpasture.
 - C) La biopsia renal muestra depósitos lineales de inmunoglobulinas a lo largo de las membranas basales.
 - D) La gravedad de las manifestaciones del síndrome de goodpasture depende de los niveles circulantes de estos anticuerpos.
- 95Cuál de estas afirmaciones es correcta en la mujer embarazada con nefropatía lúpica:**
- A) Se puede recomendar el embarazo cuando la proteinuria sea < 3,5 g/24 h y creatinina < 3 mg/dl
 - B) Se sugiere continuar con hidroxicloroquina.
 - C) Se recomienda sustituir la azatioprina por micofenolato.
 - D) No se puede emplear acidoacetilsalicílico para disminuir el riesgo de pérdida fetal.

96 Dentro de las Vasculitis de pequeño vaso mediada por complejos inmunes. Señale el enunciado falso:

- A) Enfermedad por anticuerpos anti-membrana basal glomerular (anti-MBG).
- B) Vasculitis IgA (Púrpura de Schönlein – Henoch).
- C) Vasculitis anti C1q.
- D) Ninguna de las anteriores es cierta.

97 En cuanto a los criterios de respuesta al tratamiento en la nefritis lúpica, según el Consenso de la Nefropatía lúpica de la SEN de 2012, señale el enunciado correcto:

- A) Se considera respuesta parcial, en pacientes con proteinuria basal > 3,5 g/24 horas, descenso por debajo de este rango, siempre que el Filtrado Glomerular (FG) sea estable.
- B) Se considera respuesta parcial, en pacientes con proteinuria basal < 3,5 g/24 horas, reducción de la proteinuria > 25 %, siempre que el FG sea estable.
- C) Se considera respuesta completa, una proteinuria < 1 g/24 horas, con sedimento inactivo.
- D) Para confirmar la respuesta completa es necesario que el FG sea mayor de 90 ml/min.

98 Dentro del documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica de la Sociedad Española de Nefrología (SEN). Dentro del cribado de poblaciones se recomienda:

- A) La evaluación del FGe y de la albuminuria al menos una vez al año.
- B) La medida de la T.A. al menos semestralmente.
- C) Realización de un sedimento urinario y una ecografía renal.
- D) Medición de la creatinina plasmática.

99 Con respecto a la Diabetes y la enfermedad renal crónica AVANZADA (ERCA), ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- A) Las necesidades de insulina están aumentadas.
- B) Existe un aumento de la neoglucogénesis renal.
- C) La incidencia de hipoglucemias es mayor.
- D) El catabolismo renal de la insulina está aumentado.

100 En el último registro publicado de la Sociedad española de Nefrología(informe de Diálisis y Trasplante de 2016). Dentro de las causas de muerte en los pacientes en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) en España. Todas estas afirmaciones son FALSAS, menos:

- A) Las principales causas de muerte de los pacientes en todas las modalidades de TRS son las cardíacas.
- B) Las principales causas de muerte de la Diálisis peritoneal son infecciosas.
- C) Las principales causas de muerte de los pacientes en Hemodiálisis (HD) son infecciosas.
- D) Las principales causas de muerte del paciente en Trasplantes son vasculares.

CASO CLINICO 1:

Receptor varón de 59 años en programa de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica terminal debida a nefroangiosclerosis/nefropatía isquémica, con antecedentes de retinopatía hipertensiva, estenosis de arteria renal izquierda tratada con angioplastia percutánea y stent y, finalmente obstruida, cardiopatía isquémica con enfermedad monovaso tratada con stent recubierto. Trasplante renal de donante cadáver: varón de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo 2 tratada con antidiabéticos orales, fallecido por accidente cerebro-vascular hemorrágico. Biopsia renal preimplantacional con histología y puntuación favorable. Isogrupo sanguíneo, una identidad en locus B y otra en locus DR. Tiempo de isquemia fría de 14 h. Cirugía del trasplante habitual y sin incidencias, el cirujano informa de la correcta perfusión y aspecto del injerto. Terapia de inducción: basiliximab, micofenolato mofetilo, esteroides e introducción diferida de tacrolimus al 6º día. Cursa sin función inicial del injerto y precisa hemodiálisis desde el día +1 y durante las cuatro semanas siguientes.

101 Respecto a la función retrasada del injerto, indique la correcta:

- A) El donante con criterios expandidos no constituye factor de riesgo
- B) El sustrato histológico más frecuente es el rechazo agudo
- C) Su presencia siempre implica peor supervivencia del injerto
- D) Es importante reducir los tiempos de isquemia cuando se usan donantes marginales.

102 En este caso:

- A) La ecografía doppler es la exploración complementaria inicial más útil
- B) Es probable que se haya producido un rechazo hiperagudo
- C) Es mandatorio descartar el rechazo agudo
- D) Son ciertas A) y C).

103 El estudio ultrasonográfico con doppler pone de manifiesto ausencia de flujo venoso detectable en vena renal principal y vasos venosos intraparenquimatosos junto con morfología “en espiga” de fase sistólica e inversión en meseta de fase diastólica en arteria renal.

- A) Se trata de una estenosis de la anastomosis arterial
- B) Es improbable la trombosis venosa
- C) La revisión quirúrgica es imperativa
- D) Se debe adoptar actitud expectante en espera de inicio de diuresis

104 Se realizó biopsia percutánea del injerto que mostró infiltrado linfomonocitario en menos del 25% del intersticio, con tubulitis leve y signos de isquemia tubular y presencia de linfocitos y macrófagos en arterias de mayor calibre y arteriolas que llegan a obliterar completamente las luces vasculares, junto con glomerulitis importante e inflamación en capilares peritubulares. Inmunofluorescencia: C4d negativo en capilares peritubulares. La investigación de anticuerpos donante-específicos resultó positiva frente antígenos de clase I.

- A) La negatividad para C4d descarta taxativamente el rechazo humoral agudo
- B) La inflamación microvascular (glomerulitis y capilaritis peritubular) orienta a componente humoral del rechazo
- C) Está indicado tratamiento con gammaglobulina antilinfocítica, plasmaféresis e inmunoglobulinas IV
- D) Son ciertas B) y C)

CASO CLINICO 2:

Mujer de 50 años de edad, con una reciente inicio de la hipertensión, presenta un sodio de 150 mmol/l, potasio 2,2 mmol/l, cloruro 103 mmol/l, y bicarbonato 32 mmol/l. El pH de la sangre arterial fue 7,50, y la PaCO₂ fue de 43 mm Hg.

105 Ante una alcalosis metabólica con hipopotasemia habría que descartar:

- A) Vómitos
- B) Uso de diuréticos.
- C) Hiperaldosteronismo primario.
- D) Todas las anteriores.

106 Ante una alcalosis metabólica por vómitos, nos deberíamos encontrar:

- A) pH en sangre por debajo de 7.20.
- B) Cloro en orina por debajo de 10 mmol /l.
- C) Cloro en orina por encima de 10 mmo/l.
- D) Bicarbonato en sangre por debajo de 10 mmol/l.

107 En este caso ¿cuál sería la pCO₂ esperada?:

- A) pCO₂: 35 mmHg.
- B) pCO₂: 45.7 mmHg.
- C) pCO₂: 54.5 mmHg.
- D) pCO₂: 43 mmHg.

CASO CLINICO 3:

Varón de 55 años que ingresó en el S. de Nefrología por hiponatremia sintomática. El paciente había sido intervenido por ulcus duodenal hacía más de 20 años (Bilroth II). Diagnosticado de hipertensión arterial varios años antes, seguía tratamiento habitual con nifedipino y furosemida, si bien esta última la suspendió un mes antes del ingreso. Era bebedor moderado (30 gramos/día) y fumador muy importante (40 cigarrillos/día), cumpliendo criterios clínicos de bronquitis crónica. Su tratamiento habitual incluía nifedipino, allopurinol, metamizol e hidróxido de aluminio.

Varios meses antes de su ingreso el paciente refería dolor en columna dorsal, especialmente con la deambulación, motivo por el que tomaba analgésicos (metamizol) de forma rutinaria.

En la última semana aumento de su expectoración habitual, de color blanquecino, disnea de pequeños esfuerzos, con ortopnea y ocasionales crisis de disnea paroxística nocturna, así como deterioro discreto del nivel de conciencia con bradipsiquia y somnolencia. La ingesta hídrica diaria había sido alrededor de 2 litros de agua al día, con restricción salina. No fiebre ni otra clínica asociada. El paciente vivía solo.

A su llegada a Urgencias el paciente estaba bradipsíquico, bien hidratado y con buena coloración cutáneo-mucosa. TA: 180/70 FC: 78 T^a: 36.2. Peso estimado 80 kg. No se palpaba bocio. Las venas yugulares estaban ingurgitadas. La AC fue rítmica a 78 lpm, sin soplos. En la AP eran evidentes roncus y sibilancias aisladas. El abdomen era blando, depresible, sin visceromegalias. No se pudo explorar el reflejo aquileo por falta de colaboración del paciente. No existían edemas.

Las pruebas complementarias a su ingreso fueron las siguientes:

Hemograma: Hcto: 27, Hgb: 9.4, VCM: 89, HCM: 31, Leucocitos: 10.900 (85N, 7L, 7M, 0.4E), Plaquetas: 405.000.

Bioquímica: Glucosa: 90 mg/dl, Urea: 56 mg/dl, Crs: 2.1 mg/dL, GOT: 56 UI/L, GPT: 24 UI/L Na(sangre): 109mmol, Na (orina) 38 mmol/L, K(sangre): 4.1mmol/l; K(orina)26 mmol/L, Cl(sangre): 77 Cl (orina): 47 mmol/L, Osm(sangre): 233; Osm(Orina):185 mosm/kg.

Gasometría arterial: ph: 7.49 mm Hg, pO₂: 70 mmHg, pCO₂: 26 mmHg, Bic: 20 mmol/l.

Rx Pa y L Tórax: ICT aumentado, líquido en cisuras. Inicio de redistribución vascular.

EKG: sin alteraciones.

108 La osmolalidad urinaria, aunque menor a la plasmática está inapropiadamente elevada, lo que indica:

- A) Un déficit en la capacidad urinaria de excretar agua libre.
- B) Secundaria a insuficiencia renal.
- C) Debido a la ingesta abundante de líquidos.
- D) Todo lo anterior.

109 Realizando el cálculo por la fórmula del exceso de agua libre se obtiene un exceso de:

- A) 3.2 litros.
- B) Menos 2.3 litros.
- C) 10.6 litros.
- D) 5.4 litros.

110 Con los datos anteriores ¿cuál sería el diagnóstico más probable?

- A) Hipertiroidismo.
- B) Insuficiencia cardiaca.
- C) Intoxicación farmacológica.
- D) Diuréticos.

111 Cual sería el tratamiento más adecuado:

- A) Aumentar el tratamiento diurético.
 - B) Aporte de líquidos y aumento de diuréticos.
 - C) Restricción de líquidos y aporte de sal por vía oral.
 - D) Iniciar hemodiálisis para compensar la hiponatremia.
-

CASO CLINICO 4:

Mujer de 45 años, con Diabetes Mellitus tipo 1 de larga evolución como único antecedente de interés.

Tres días antes de su ingreso en urgencias comenzó con malestar general, dolor abdominal de características cólicas, diarrea y vómitos.

Por no mejorar y por deterioro en su nivel de conciencia fue llevada al hospital. Al examen físico se trataba de una señora de alrededor de 60 kg, obnubilada, con signos de deshidratación severa. La temperatura fue de 36,8 la TA de 90/60 mm Hg. El resto del examen físico fue anodino excepto por respiración de Kussmaul. No focalidad neurológica.

Los datos de laboratorio al ingreso fueron:

Glucemia: 750 mg/dL, Na+: 141mmol/l, K+: 5,6 mmol/L, Cl-: 106 mmol/L

Bicarbonato: 4 mmol/L. pH: 6.96 mmol/L, pCO₂: 18 mm Hg.

112 A su llegada a Urgencias: ¿Cuál es el trastorno ácido de la paciente?

- A) Alcalosis metabólica.
- B) Acidosis respiratoria.
- C) Alcalosis respiratoria.
- D) Acidosis metabólica.

113 Cual es su hiato anionico.

- A) 13.
- B) 4.
- C) 32.
- D) 21.

CASO CLINICO 4.1:

Con el diagnóstico de cetoacidosis diabética la paciente fue tratada durante las siguientes 6 horas con insulina iv (dosis total administrada: 130 u), fluidoterapia: 3.000 c.c. de suero salino isotónico, bicarbonato sódico: (6 ampollas de 50 c.c. de bicarbonato al 7.5%. Cada ampolla tiene (50 mEq de bicarbonato) y cloruro potásico (20 mEq en las 6 horas).

La paciente no mejoró ostensiblemente de su situación de obnubilación. Su Tensión arterial era de 150/90 y la Tª 38,5°.

Una nueva analítica mostró:

Glucosa 380 mg/dL, Na+:154 mmol/l, K+: 2.1 mmol/L C-l: 116 mmol/L

Bicarbonato: 10 mmol/L, pH: 7.05, pCO₂: 37 mm Hg

114 Tras el tratamiento la paciente no mejora y sigue acidemica, aunque el bicarbonato ha mejorado. ¿Cree que la compensación respiratoria es la correcta? ¿Cuál será la cifra de pCO₂ para pensar en una compensación respiratoria correcta?

- A) 37 mmHg.
- B) 43mmHg.
- C) 40 mmHg.
- D) 23.2 mmHg.

115 ¿Cree que la administración de bicarbonato fue la correcta? Si el bicarbonato diana pretendido era de 8 mEq. ¿Cuál sería la cantidad de bicarbonato que se debería administrar para esa diana?

- A) 192 mEq
 - B) 300. mEq
 - C) 450 mEq
 - D) 400. mEq
-

CASO CLINICO 5:

116 Varón diabético de 58 años de edad con insuficiencia cardiaca congestiva, concentración de Na⁺ de 124 mEq/l y osmolalidad plasmática de 268 mosmol/Kg.

- A) Restricción de agua y sodio.
- B) Salino hipertónico.
- C) Salino Isotónico.
- D) No se requiere ningún tratamiento.

CASO CLINICO 6:

Paciente de 75 años, varón, con historia de ERCT secundaria a nefropatía diabética, Hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y depresión. Desde hace un año, recibe tratamiento con hemodiálisis periódicas con sesiones de 4 horas, tres veces en semana. Su medicación incluye eritropoyetina, paricalcitol, clorhidrato de sevelamer, carbonato de lantano, linosipril, aspirina, furosemida y escitalopram. Presenta hipotensión y papitaciones intradiálisis y se ha diagnosticado recientemente de Fibrilación Auricular Paroxística.

117 En este contexto, ¿cuál de los siguientes enunciados considera verdadero?

- A) Indicaría warfarina al haberse demostrado una disminución de la mortalidad de todas las causas
- B) El objetivo diana de hemoglobina debe establecerse inferior a 10 g/dl porque tiene un mayor riesgo de evento isquémico cerebral
- C) La warfarina podría agravar las calcificaciones vasculares preexistentes
- D) Su riesgo hemorrágico no es mayor que el de individuos con función renal normal

118 Pasados unos meses, el paciente continúa presentando hipotensiones durante el tratamiento, con serias dificultades para conseguir la ultrafiltración adecuada y mala tolerancia durante el período interdiálisis presentando episodios de insuficiencia cardíaca que obligan a realizar sesiones de hemodiálisis de urgencia. Ud le plantea la opción de realizar hemodiálisis cortas diarias. ¿Qué resultados podrían derivarse de esta decisión?

- A) Puede incrementarse el riesgo de complicaciones en el acceso vascular
 - B) Mejoría de su estado depresivo
 - C) Es posible que aumenten los requerimientos de eritropoyetina
 - D) Todos son esperables
-

CASO CLINICO 7:

Paciente varón de 55 años con ERCT secundaria a nefroangiosclerosis, en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis periodiaca tres veces en semana desde hace 5 años. Tiene una historia previa de consumo de drogas por vía parenteral, Hepatitis C y escaso cumplimiento terapéutico, Se dializa a través de FAVi. Se trata con amlodipino, ramipril, cavedilol, acetato cálcico, cinacalcet y ribavirina. Durante la diálisis se administra 20.000 UI de eritropoyetina intravenosa en cada sesión y 50 mg de hierro sacarosa una vez en semana.

Los análisis de rutina denotan: Hemoglobina 7,8 g/dl (previa 10 g/dl), calcio 8,9 mg/dl, fósforo 5,8 mg/dl; iPTH 380 mg/dl; Ferritina 556 mg/dl. Su Kt/V calculado es de 1,9.

119 ¿Cuál cree la mejor opción para el tratamiento de la anemia en este paciente?

- A) Discontinuar el tratamiento con rivabirina
- B) Aumentar la dosis de hierro sacarosa a 100 mg semanales
- C) Remitir al paciente a cirugía para paratiroidectomía
- D) Aumentar la frecuencia de diálisis a cinco o seis veces por semana

CASO CLINICO 8:

Mujer de 48 años con estatura de 143 cm y peso 45 Kilos, diagnosticada de enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía IgA. Se encuentra en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis y acude al centro con trombosis de la FAVi por la que se venía dializando. Se decide canalizar vena yugular derecha con catéter transitorio de 16 cm de longitud y 12 fr. No presenta ninguna incidencia en la técnica. 24 horas después acude a urgencias refiriendo dolor centrotorácico y leve disnea. Se practica radiología de tórax y se comprueba aumento de la silueta cardíaca con rectificación en “tienda de campaña”.

120 ¿Cuál podría ser la causa que justifica este cuadro?

- A) Perforación de la vena yugular en su trayecto más cercano a al aurícula derecha
- B) Perforación de aurícula derecha
- C) Punción arterial distal inadvertida durante el procedimiento
- D) Todas son correctas

121 ¿Cuál es el mayor riesgo corremos en esta paciente?

- A) Taponamiento cardíaco al movilizar el catéter
- B) Insuficiencia respiratoria aguda
- C) Hematoma retroperitoneal
- D) Trombosis del catéter

122 Respecto a las complicaciones agudas tras cateterización de venas centrales:

- A) La incidencia es menor cuando se utiliza control ecográfico
- B) La incidencia es más elevada cuanto más inexperto sea el facultativo que la lleva a cabo
- C) La longitud y el material del catéter deben adecuarse a la vena que se va canalizar y al tamaño del paciente
- D) Todas las respuestas son correctas

123 Respecto a la canalización de la vena subclavia, señale la opción correcta:

- A) La incidencia de punción arterial como complicación de la técnica es superior que en la canalización de venas femorales o yugulares
- B) La incidencia de neumotórax como complicación de la técnica es inferior que en la canalización de venas yugulares
- C) No se recomienda colocar catéteres en venas subclavias porque puede limitar accesos vasculares futuros
- D) Todas son correctas

CASO CLINICO 9:

Varón de 72 años con ERC estadio 5 secundario a nefropatía intersticial crónica en seguimiento en Consulta monográfica de enfermedad renal crónica avanzada. No presenta otros antecedentes de interés. En la última revisión se encuentra asintomático, sin datos relevantes a la exploración, cifra de Presión arterial 135 /80 mmHg. Presenta filtrado glomerular de 13 ml/mn/ 1,73 m², con una cifra de Creatinina de 5,2 mg/dl, Potasio 4,3 mEq/l, bicarbonato total 23 mmol/l, Hemoglobina 11.2 g/dl; Calcio 8,6 mg/dl, Fósforo 4,7 mg/dl; Acido Úrico 7 mg/dl; Colesterol total 170 mg/dl, LDL colesterol 85 mg/dl; iPTH 94 pg/dl; Calcidiol 15 mg/dl.

124 Cual de las siguientes opciones le parece más correcta en su manejo

- A) El paciente debería ser hospitalizado e iniciar hemodiálisis hospitalaria
- B) El paciente deber ser remitido a un Centro para iniciar tratamiento con hemodiálisis
- C) El paciente debería iniciar diálisis cuando incrementa signos y síntomas de uremia
- D) No debería ofrecerse más el tratamiento con diálisis debido a su avanzada edad

125 Según las recomendaciones actuales, ¿qué deberíamos hacer respecto a los niveles de fósforo?

- A) Debería monitorizarse cada seis meses y evaluar la tendencia de estos valores en conjunto con el resto
- B) Debería añadirse, como primer escalón, un captor de fósforo no cálcico para evitar la aparición / progresión de calcificaciones vasculares
- C) Se le debe recomendar limitación de la ingesta de fósforo en la dieta como primera medida terapéutica
- D) Todas son correctas

126 Según las recomendaciones actuales, ¿qué deberíamos hacer respecto a los niveles de calcio?

- A) Sería adecuado monitorizarlos cada 2 meses
- B) Debería tratarse con acetato cálcico para OBtener un efecto sinérgico y conseguir disminuir los niveles de fósforo
- C) Debería añadirse tratamiento con paricalcitol oral para obtener un efecto sinérgico y disminuir la iPTH
- D) Debería añadirse tratamiento con suplementos de calcio oral hasta normalizar la cifra e interrumpir posteriormente

127 Según las recomendaciones actuales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones le parece la más correcta respecto a los valores de iPTH?

- A) Podemos afirmar que este paciente presenta un Hiperparatiroidismo secundario e iniciar el tratamiento
- B) Lo más correcto sería monitorizar valores cada tres meses y decidir actitud terapéutica si el valor sigue una tendencia creciente
- C) Sería aconsejable comenzar a tratar con metabolitos activos de la vitamina D
- D) Sería aconsejable iniciar tratamiento con quelantes cálcicos para corregir factores modificables

128 Según las recomendaciones actuales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones le parece la más correcta respecto a los valores de calcidiol?

- A) No es necesario corregirlos pues son los niveles esperables en pacientes con este grado de función renal
- B) Corregir estos niveles se postula como una medida adecuada para evitar la progresión del Hiperparatiroidismo
- C) Se recomienda corregirlos porque existen evidencias de que es una medida con pocos efectos secundarios y un claro impacto en disminución de la mortalidad
- D) B y C son correctas

129 En este paciente, y siguiendo siempre las recomendaciones actuales, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta

- A) A este paciente debería solicitarse una Densitometría Osea para valorar el riesgo de fracturas
- B) No está indicada realizar Densitometría Osea ya que la Osteodistrofia Renal subyacente artefacta los resultados
- C) En caso de diagnosticar osteoporosis, no es posible instaurar tratamiento debido que el grado de función renal contraindica los tratamientos disponibles
- D) En este caso la biopsia renal sería la única forma de diagnosticar el riesgo de fracturas, por tanto estaría indicada realizarla

CASO CLINICO 10:

Paciente de 28 años con el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda ingresada en planta de oncología desde hace 5 días, presenta elevación de la cifra de creatinina de 0,8 mg/dl al ingreso a 2,9 mg/dl. No se ha objetivado disminución de la diuresis. A la exploración presenta adecuado estado de hidratación, con tensiones arteriales en torno a 100 / 65 mmHG. Como antecedentes, ha recibido en los últimos días tratamiento con dexametasona y metrotexate para su proceso oncológico. En el sedimento urinario se observan cristales de forma cilíndrica fuertemente birrefringentes.

130 ¿Cuál es su diagnóstico más probable?

- A) Necrosis tubular aguda de probable etiología isquémica por hipoperfusión renal
- B) Fracaso renal agudo secundario a nefropatía por cristales
- C) Nefropatía intersticial aguda secundaria al uso de metrotexate
- D) Uropatía obstructiva

131 ¿Cuál sería la actitud terapéutica?

- A) Instaurar sueroterapia y bicarbonato endovenoso
- B) Furosemida a dosis altas
- C) Hemodiálisis si existen niveles muy elevados de metrotexate
- D) A y C son correctas

CASO CLINICO 11:

Paciente varón de 55 años con enfermedad renal crónica grado 3 con filtrado glomerular de 55 ml/min y linfoma en tratamiento con quimioterapia que incluye cisplatino. Acude al servicio de urgencias por malestar general, disminución de la ingesta y oligoanuria de 48 horas de evolución. Se detecta deterioro importante de la función renal con creatinina de 7 mg/dl; urea 215 mg/dl; Potasio 4,8 mEq/l y acidosis metabólica. En ecografía-TAC abdominal se objetivan riñones de tamaño normal con moderada ureterohidronefrosis bilateral. Abundantes adenopatías paraaórticas e imágenes nodulares en ambos senos renales.

132 ¿Cuál es la posible causa del fracaso renal?

- A) Uropatía obstructiva
- B) Tratamiento con cisplatino
- C) Rabdomiolisis
- D) Pueden ser ciertas la A) y B)

CASO CLINICO 12:

Paciente mujer de 78 años con antecedentes de enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía intersticial crónica, con una creatinina basal de 1.3 mg/dl (Filtrado Glomerular basal de 39 ml/mn) ingresa en el Servicio de Urgencias por cuadro de Infección de Vías Respiratorias Bajas. En la analítica de ingreso destaca Cr 1,3 mg/dl; Leucocitosis con neutrofilia y acidosis mixta. Se inicia tratamiento empírico con ciprofloxacino intravenoso 400 mg/12 horas y bicarbonato 1/6 molar 500 cc / 12 horas. A las 48 horas consultan a Nefrología por disminución de la diuresis y elevación de las cifras de creatinina a 3,5 mg/dl. Leucocitos 9800 con 85% neutrófilos y 3% eosinófilos. En la orina destaca pH 7,5 con proteinuria negativa, leucocitos aislados en el sedimento urinario y cristales fuertemente birrefringentes.

133 ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- A) Pielonefritis aguda
- B) Nefropatía por cristales
- C) Nefritis intersticial aguda inducida por fármacos
- D) Vasculitis

CASO CLINICO 13:

Mujer de 68 años, diabética. En hemodiálisis durante 6 años. Cansada de la técnica y de las punciones decide pasar a Diálisis Peritoneal (DP). Inicia DP con modalidad de DPCA: 4 intercambios. Volumen: 2.000 cc; 2 Glucosa 2,27% + Nutrineal + Icodextrina nocturna. A las 6 semanas se realiza la primera cinética peritoneal: D/P de creatinina: 0,85; UF en 4 horas (3,86 %): 480 ml; Kt/V 1,65: CICr semanal 43l /semana; UF 24horas 900ml. FRR: 0 ml/min. Diuresis: 0.

134 ¿Cuál de las siguientes sería la medida más indicada en esta paciente?

- A) Aumentar el volumen de infusión y la concentración de glucosa en los intercambios diurnos.
- B) Pasar a Diálisis Peritoneal Nocturna Intermitente (con día seco)
- C) Pasar a Diálisis Peritoneal Continua Cíclica con permanencia diurna de icodextrina
- D) Pasar a Hemodiálisis.

135 Siguiendo con la paciente del caso anterior. 1 mes más tarde acude a urgencias por disnea progresiva y descenso de la ultrafiltración. En la radiografía de tórax se aprecia un derrame pleural derecho. Se realiza toracentesis, que muestra en el drenaje concentraciones de glucosa mayores a las plasmáticas, y proteínas y LDH menores a las plasmáticas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- A) Se trata de un Hidrotórax por paso de líquido de diálisis a la cavidad pleural y se debe detener la DP inmediatamente.
 - B) La paciente necesitará pasar definitivamente a Hemodiálisis.
 - C) La paciente necesitará pasar temporalmente a Hemodiálisis.
 - D) La reparación del defecto del hemidiafragma que permite el paso del líquido es factible en algunas ocasiones.
-

CASO CLINICO 14:

Paciente en diálisis peritoneal, con ultrafiltración (UF) neta menor de 400 ml a las 4 horas con una solución de glucosa al 3,86 %/4,25 %, y cociente dializado/plasma (D/P) de creatinina de 0,7. En la muestra del dializado a los 60 minutos se obtiene una caída del sodio de 2 mmol/l.

136 Señale el enunciado correcto:

- A) Reabsorción linfática-tisular aumentada del líquido de diálisis.
- B) Déficit en el transporte de agua de los canales de acuaporinas.
- C) Aumento en el transporte de agua por los canales de acuaporinas.
- D) Fallo de ultrafiltración tipo V.

CASO CLINICO 15:

Hombre de 58 años, DM tipo 2, HTA, ERCA secundaria a nefropatía diabética. En Hemodiálisis durante 8 años. Anúrico, sin función renal residual (FRR). Problemas irreversibles de acceso vascular. Se plantea su transferencia a diálisis peritoneal.

137 ¿Cuál de las siguientes NO es correcta?:

- A) En este tipo de pacientes la Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) puede conseguir mejores aclaramientos que la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA).
- B) Se deben prescribir (si no los tenía) en el momento de su transferencia de técnica diuréticos e IECAs para conseguir FRR y diuresis residual.
- C) Es objetivo de adecuación en estos pacientes anúricos mantener un $Kt/V >1,7$ y un $CICr >45$ L/sem/ $1,73$ m².
- D) El objetivo de UF peritoneal neta debe ser al menos de 750-1000 cc/día.

138 El paciente anterior tiene Talla 1,67 cm, Peso 71 Kg, SC 1,8 m². Tras explicarle las modalidades de DP, por circunstancias personales, opta por DPCA. ¿Qué esquema le parece más adecuado?:

- A) 3 intercambios diarios de 2000 cc, todo solución glucosada biocompatible al 1.36%
- B) 3 intercambios diarios 2000 cc, 2 solución glucosada biocompatible al 1.36%, 1 Icodextrina
- C) 4 intercambios diarios de 2000 cc, 2 solución glucosada biocompatible al 1.36%, 1 solución para diálisis peritoneal con aminoácidos, 1 Icodextrina (permanencia nocturna)
- D) 4 intercambios diarios 2000 cc, 2 solución glucosada biocompatibles al 2.27%, 1 solución glucosada al 3,86 %, 1 Icodextrina (permanencia nocturna)

139 Durante el primer año el paciente permanece estable. Normotenso, Kt/V de 2,0, CCr 42l/sem. Pero en la revisión del año presenta, ligeros síntomas urémicos, signos de desnutrición leve-moderada, TA 180/100, UF -900 cc/d (-500 cc día, -400 cc noche). Se realiza cinética anual: D/P de creatinina: 0,89; UF en 4 horas (3,86 %): 350 ml; Kt/V 1,4; $CICr$ semanal 38l/sem; FRR: 0 ml/min. Diuresis: 0. Se decide transferencia a DP Automatizada (DPA). ¿Qué esquema inicial de DPA propondría?:

- A) DPA PLUS: 8 horas nocturnas, 3 ciclos, permanencia diurna con glucosa al 3,86 % y un intercambio manual diurno al 3,86 % de 4 horas de duración.
- B) DPCC de 7 horas nocturnas, 3 ciclos, 1200 cc por ciclo, permanencia diurna con 2 litros de Glucosa al 3,86 %
- C) DPCC de 8 horas nocturnas, 5 ciclos, 2000 cc por ciclo, combinando glucosado al 2,27 % y Aminoácidos, permanencia diurna con 1,5 litros de Icodextrina.
- D) D.DPNI: 9 horas nocturnas, 5 ciclos, 1800 cc por ciclo, día seco.

140 Siguiendo con la paciente de las preguntas anteriores, con el esquema propuesto los meses posteriores está asintomática, con UF -1.300 cc/d (-700 noche, -600 día) y kt/V estables de 2,26. Acude a revisión programada: Asintomática, TA 128/79. No sobrecarga de volumen, Kt/V 1,89, CCr 52. ¿Qué actitud tomar?

- A) Aumentar el número de intercambios
- B) Aumentar el tiempo de diálisis
- C) Aumentar el volumen de infusión diurno
- D) Mantener igual pauta

CASO CLINICO 16:

Paciente con líquido turbio, diagnosticado de peritonitis y al que se le ha tratado inicialmente con Vancomicina y Ceftazidima intraperitoneal. A las 48 horas conocido cultivo y antibiograma del líquido peritoneal, debe prescribirse una nueva pauta de tratamiento antibiótico.

141 Señale la afirmación CORRECTA:

- A) Sí cultivo positivo a *Estafilococo aureus*: Se debe tratar durante dos semanas con el mismo agente utilizado para la cobertura empírica para Gram positivos en monoterapia.
- B) Cultivo positivo a *Pseudomonas*: Se debe tratar al menos durante 21 días con 2 antibióticos sensibles (ej. ceftazidima y quinolonas)
- C) Cultivo positivo a cándidas: Realizar tratamiento antifúngico prolongado sin retirada precoz de catéter peritoneal para administrarlos directamente en el peritoneo, por la gravedad de la infección.
- D) Infecciones con cultivo negativo a las 72 horas: Suspender los antibióticos para evitar crear microorganismos resistentes.

142 Sí en el caso anterior el cultivo fuera Si con múltiples organismos entéricos (organismos gramnegativos o mixtos gramnegativos / grampositivos). Señale la actuación correcta:

- A) Infecciones polimicrobianas por gérmenes entéricos: Está indicada la exploración de la cavidad abdominal (TAC) incluso antes de esperar la respuesta al tratamiento antibiótico.
 - B) Infecciones polimicrobianas por gérmenes entéricos: El régimen antibiótico indicado es Vancomicina + Metronidazol + Antifúngicos.
 - C) Peritonitis catéter-dependiente (simultáneamente o relacionada con infección del orificio o del túnel): Los gérmenes más frecuentes son *E. coli* y *Serratia*.
 - D) Peritonitis catéter-dependiente: Sólo en raras ocasiones de refractariedad es necesario retirar el catéter.
-

CASO CLINICO 17:

Niño de 8 años, con proteinuria de 8 g/24 horas, albúmina plasmática de 1,8 g/dl y edemas en MMII. Se ha iniciado tratamiento con corticoides.

143 Señale cuál de las siguientes no es correcta:

- A) Este tratamiento se debe mantener al menos durante 12 semanas, comenzando las primeras 4-6 con dosis más elevadas hasta ver respuesta.
- B) Se deben añadir medidas conservadoras como restricción moderada de sal, IECAs o ARA II (antiproteinúricos).
- C) En caso de falta de respuesta a las 12 semanas se considerará como esteroide-resistente.
- D) El primer agente inmunosupresor a utilizar en la resistencia a esteroides en este caso serán los anticalcineurínicos, como la ciclosporina.

CASO CLINICO 18:

Mujer de 38 años, con diagnóstico de lipodistrofia parcial y presencia de depósitos intramembranosos en la biopsia renal.

144 ¿Cuál sería el diagnóstico?:

- A) GN mesangiocapilar tipo I
- B) GN membranosa.
- C) GN inmunotactoide.
- D) Enfermedad por depósitos densos.

145 Teniendo en cuenta el diagnóstico anterior. Es falso respecto a esta entidad que:

- A) Forma parte de las llamadas glomerulopatías C3.
 - B) Se trata de una alteración en la vía alterna del complemento.
 - C) Es una entidad que típicamente recidiva en el trasplante renal.
 - D) Se caracteriza por la presencia de mutaciones del Factor H del complemento en más del 90% de los pacientes.
-

CASO CLINICO 19:

Mujer de 38 años diagnosticada de lupus eritematoso sistémico, con una biopsia renal que muestra: Hiper celularidad mesangial y endocapilar en el 60 % de los glomérulos, con lesiones que afectan a menos de la mitad del ovillo capilar. Infiltrado intersticial de leucocitos y mononucleares, algunos capilares en “asas de alambre”, y fibrosis intersticial y atrofia tubular en el 30 %.

146 ¿Cuál sería su definición anatomopatológica según la clasificación ISN / RPS de 2003?:

- A) Nefropatía lúpica (NL) proliferativa focal (Clase III); con lesiones activas y crónicas (A/C)
- B) NL proliferativa difusa (clase IV), global (G), con lesiones crónicas (C)
- C) NL proliferativa difusa (clase IV), Global (G), con lesiones crónicas (C)
- D) NL proliferativa difusa (clase IV), segmentaria (S), con lesiones activas y crónicas (A/C).

147 ¿Cuál cree que sería más probablemente la clínica renal de la paciente anterior?:

- 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, todo tipo de cilindros, HTA e insuficiencia renal.
- D) Enfermedad renal crónica avanzada con sedimento poco activo, reflejo del avanzado deterioro del filtrado glomerular.

148 ¿Cuál cree, según las evidencias científicas, que sería el tratamiento recomendado en la misma paciente?

- A) Corticoides + Ciclofosfamida IV en pulsos mensuales (0,5-1 g/m²/mes) seguido de tratamiento de mantenimiento con corticoides orales a menor dosis y ciclofosfamida IV trimestral.
 - B) Corticoides + Ciclofosfamida IV 500 mg en pulsos quincenales ó Mofetil Micofenolato oral, seguido de tratamiento de mantenimiento con corticoides y micofenolato oral.
 - C) Corticoides + Rituximab IV 375 mg/m²/semana durante 4 semanas., seguido de tratamiento de mantenimiento con corticoides orales y rituximab IV mensual durante 6 meses.
 - D) Triple terapia: Corticoides + Tacrolimus + Micofenolato, vía oral y tratamiento de mantenimiento con corticoides y micofenolato orales.
-

CASO CLINICO 20:

Paciente con anticuerpos positivos para el virus de la hepatitis C y antigenemia elevada, que presenta proteinuria, hematuria e HTA, con deterioro muy rápido de la función renal. Manifestaciones extrarrenales: Púrpura, artralgias, elevación de transaminasas. Hipocomplementemia. ANA y ANCA negativos. Biopsia renal: Proliferación mesangial y engrosamiento de la MBG, signos de vasculitis de pequeño vaso. IF: depósitos subendoteliales e intraluminales de IgM, IgG y C3 “en huella dactilar”.

149 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) GN membranoproliferativa tipo II.
- B) GN rápidamente progresiva tipo III.
- C) GN crioglobulinémica
- D) GN inmunotactoide

150 Siguiendo con el mismo paciente de la pregunta anterior. ¿Cuál de estos tratamientos no estaría recomendado?

- A) El primer objetivo es el tratamiento antiviral del VHC.
- B) En este caso, por la pérdida progresiva y avanzada de función renal es recomendable asociarle Rivabirina
- C) Se pueden usar corticoides y ciclofosfamida o Rituximab por la rápida evolución de la insuficiencia renal.
- D) Puede estar indicada también la plasmaféresis.

151 Entre las indicaciones del trasplante combinado hígado riñón se encuentra:

- A) Oxalosis primaria
- B) Síndrome hepatorenal en un paciente con cirrosis por virus de hepatitis C
- C) Poliquistosis hepatorenal
- D) Todas la anteriores son correctas.

152 En los pacientes con leucemia aguda linfoblástica una de las afirmaciones es falsa:

- A) Puede haber fracaso renal agudo por infiltración intersticial y compresión tubular.
- B) Puede haber fracaso renal agudo por síndrome de lisis tumoral.
- C) Puede presentarse a veces hipofosforemia.
- D) Es característico presentar descenso del tamaño renal en el momento del diagnóstico

153 ¿Cuáles son los gérmenes más habituales en la etiología de las peritonitis en diálisis peritoneal, ordenados según frecuencia?

- A) Estafilococo aureus, estafilococos coagulasas negativos, pseudomonas.
- B) Estafilococos coagulasas negativos, cándidas, pseudomonas.
- C) Estafilococos coagulasas negativos, estafilococo aureus, pseudomonas.
- D) Escherichia coli, pseudomonas, estafilococos coagulasas negativos.



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSEJERÍA DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA

