1. ¿Cuál de los siguientes biomarcadores urinarios ha demostrado mayor capacidad en la detección precoz del fracaso renal agudo?:

A) NGAL.
B) KIM-1.
C) IL-18.
D) TIMP-2.

2. ¿Cuál de los siguientes agentes NO produce necrosis tubular aguda nefrotóxica?

A) Tetracloruro de carbono.
B) Hierbas chinas.
C) Aminoglucósidos.
D) Amanita Phalloides.

3. Un paciente varón de 35 años de su consulta, afecto de Nefropatía IgA, mantiene una proteinuria de 2 gramos al día, con microhematuria y un filtrado glomerular de 44 ml / min. Ya ha ensayado tratamiento con inhibidores del eje renina-angiotensina a dosis máximas y también añadió hace 4 meses un iSLGT2 sin mejoría. Decide iniciar una nueva línea de tratamiento, ¿Cuál de los siguientes fármacos NO estaría incluido entre las posibles opciones?

A) Tacrolimus.
B) Hidroxicloroquina.
C) Micofenolato Mofetilo.
D) Sparsentan en sustitución de los inhibidores del eje renina-angiotensina.

4. El tratamiento de la Nefropatía IgA está evolucionando mucho en los últimos años y se espera que siga haciéndolo. A ello contribuirán los ensayos clínicos que se están llevando a cabo con diversos fármacos. ¿Cuál de las siguientes moléculas NO está incluida en dichos ensayos?

A) Ravulizumab.
B) Belimumab
C) Lenalidomida
D) Pegcetacoplan

5. ¿Cuál de las siguientes NO es una manifestación extrarenal de la enfermedad ateroembólica renal?:

A) Embolia retiniana (placas de Hollenhorst).
B) Amaurosis fugaz
C) Artritis
D) Miositis

6. Según las guías KDIGO de 2021, respecto a la glomerulonefritis membranoproliferativa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?:

A) Existe un subtipo denominado glomerulopatía C4.
B) Las formas idiopáticas son una condición frecuente en adultos.
C) La hipocomplementemia está siempre presente.
D) La enfermedad por depósitos densos no figura en la clasificación.

7. ¿Cuál de las siguientes NO se considera una etiología con patrón histológico en la biopsia renal de glomerulonefritis membranoproliferativa mediada por inmunocomplejos?:
A) Gammapatías monoclonales.
B) Lupus eritematoso sistémico.
C) Síndrome antofosfolípido.
D) Infección por virus de la hepatitis B.

8. ¿Cuál de los siguientes NO es un dato de sospecha de estenosis de la arteria renal?:
A) Diálisis de novo.
B) Episodios de edema pulmonar agudo sin causa cardiológica aparente.
C) Asimetría en las dimensiones renales > 0,75 cms.
D) Riñón pequeño no explicado.

9. Con respecto a las recomendaciones EULAR 2023 referidas al manejo de la nefropatía lúpica y en relación con la terapia complementaria óptima actualmente aprobada, ¿cuál de las siguientes consideraciones específicas NO ES CORRECTA?:
A) Proteinuria ≥ 3 gramos/día: Voclosporina (opción preferida).
B) Actividad de la enfermedad extrarrenal: Belimumab (opción preferida).
C) Proteinuria < 3 gramos /día: Belimumab o Voclosporina.
D) Filtrado glomerular estimado < 45 ml/min: Voclosporina (opción preferida).

10. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de preeclampsia?:
A) Intervalo desde el último embarazo > 5 años.
B) HTA crónica.
C) Dislipemia previa.
D) Nuliparidad.

11. Uno de los siguientes fármacos antihipertensivos es incompatible con la lactancia:
A) Metildopa.
B) Propranolol.
C) Atenolol.
D) Labetalol.

12. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio diagnóstico del síndrome hepatorrenal?:
A) Cirrosis con ascitis
B) Ausencia de mejoría en los niveles de creatinina sérica después de al menos 4 días de suspendido el tratamiento diurético y de la expansión de la volemia con albúmina.
C) Ausencia de shock
D) Creatinina sérica mayor de 1,5 mg/dL

13. En los últimos años se han descrito diversos antígenos relacionados con la nefropatía membranosa, estableciéndose diferentes asociaciones clínicas en función del antígeno. ¿Cuál de las siguientes asociaciones es INCORRECTA?:
A) EXT1/EXT2 - Enfermedades autoinmunes (Lupus)
B) PCSK6 - Uso prolongado de AINEs
C) NCAM1- Neuropatía inflamatoria crónica desmielinizante
D) NELL1- Fármacos, enfermedades autoinmunes, hepatitis.

14. Se han realizado varios ensayos clínicos dirigidos al tratamiento de la nefropatía membranosa. Una de las siguientes descripciones del diseño de los estudios es FALSA:

A) Estudio MENTOR: comparó rituximab versus ciclosporina
B) Estudio STARMEN: tratamiento secuencial con tacrolimus y rituximab versus ciclofosfamida alternando con esteroides
C) Estudio GEMRITUX: comparó rituximab versus tacrolimus.
D) Estudio RI-CYCLO: comparó rituximab versus ciclofosfamida en ciclos y esteroides.

15. Está realizando el seguimiento de un paciente hipertenso en su consulta. Tras establecer un tratamiento a dosis máximas con la combinación de un calcioantagonista, un inhibidor del eje renina-angiotensina y un diurético usted comprueba que las cifras tensionales permanecen elevadas por encima de 140/90 mmHg. Con su sospecha clínica sindrómica, indique ¿cuál de los siguientes fármacos instauraría como quinta línea de tratamiento si con la cuarta tampoco fuese suficiente?:

A) Clonidina
B) Espironolactona
C) Doxazosina
D) Bisoprolol

16. Ciertos fármacos pueden originar podocitopatías vía daño tóxico directo sobre el podocito. Uno de los siguientes NO está en la lista de fármacos causales:

A) Bifosfonatos
B) Tenofovir
C) Sirolimus
D) Antagonistas del VEFG (factor de crecimiento vascular endotelial)

17. ¿Cuál de las siguientes NO es considerada una forma secundaria de microangiopatía trombótica o SHUa secundaria?:

A) MAT por déficit de cianocobalamina.
B) MAT asociada a infecciones.
C) MAT asociada a Shiga-Toxina (STEC-HUS).
D) MAT asociada a enfermedades autoinmunes.

18. Paciente de 64 años, remitido a las consultas de Nefrología porque en la analítica presenta deterioro de función renal (creatinina sérica 1.6 mg/dl, previa 0,9 mg/dl, Sedimento 16 hematíes /campo, proteinuria 1.2 g/día y título sérico de cANCA positivo con PR3 26 UI/l (negativo < 5 UI/L). En relación con la posibilidad de que el paciente tenga una Vasculitis ANCA positivo con afectación renal, señale cuál de las siguientes opciones es la VERDADERA:

A) Es imprescindible realizar una biopsia renal para establecer el diagnóstico definitivo.
B) Al tener unos títulos ANCAS bajos, repetir la analítica en 1 mes para confirmar.
C) El paciente tiene una vasculitis ANCAS con afectación renal, la biopsia renal confirmaría el diagnóstico y daría adicionalmente información pronóstica.
D) No comenzaría tratamiento inmunosupresor hasta no disponer de biopsia renal confirmatoria.

19. Respecto al tratamiento de inducción de la vasculitis renal mediada por ANCA el rituximab es preferible a ciclofosfamida en todas las situaciones siguientes MENOS EN UNA. Señálela:

A) Insuficiencia renal grave
B) Pacientes recaedores
C) Vasculitis PR3+
D) Ancianos frágiles

20. Con respecto a la clasificación de las GMSR (Gammapatías monoclonales de significado renal) ¿Cuál de las siguientes entidades NO se clasifica dentro del grupo correspondiente al depósito organizado de inmunoglobulinas monoclonales?:

A) LCPT (Tubulopatía proximal por cadenas ligeras)
B) Glomerulonefritis crioglobulinémica tipo I y tipo II.
C) MIDD (Enfermedad por depósito de inmunoglobulinas monoclonales)
D) Glomerulonefritis inmunotactoide

21. Un paciente de 42 años, con antecedentes personales de diabetes e hipertensión, con función renal previa normal hace una semana (creatinina sérica 1 mg/dL) acude a urgencias por un cuadro de diarreas de dos días de evolución. En la analítica se objetiva una creatinina de 2,5 mg/dL. Según la clasificación KDIGO ¿Qué estadío de fracaso renal agudo presenta el paciente?:

A) Estadío 1
B) Estadío 2
C) Estadío 3
D) Estadío 4

22. Según las recomendaciones del grupo de trabajo EXTRIP, con relación a la intoxicación grave por digoxina y con el objetivo de disminuir los niveles séricos del fármaco de modo más eficaz ¿Cuál de las siguientes opciones es la CORRECTA?

A) La hemodiálisis convencional es el método de elección.
B) La hemoadsorción es el método de elección.
C) La hemodiafiltración veno-venosa continua es el método de elección.
D) No están indicadas las terapias de depuración extrarrenal.

23. Indique la afirmación INCORRECTA respecto a la nefritis intersticial aguda (NIA):

A) Se ha descrito que las manifestaciones extrarrenales de NIA, como la presencia de fiebre, rash cutáneo o eosinofilia, son más frecuentes en las formas asociadas a AINEs en comparación con otras etiologías.
B) El empleo de 5-aminosalicilatos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se ha asociado con el desarrollo de NIA.
C) El síndrome DRESS (del inglés, Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), también puede asociarse a NIA.
D) Algunos estudios han sugerido que la presentación clínica característica de la tuberculosis renal podría estar cambiando hacia un patrón de NIA con menor grado de expresividad clínico-radiográfico.

24. Respecto a fisiopatología de la hiperlipidemia en los pacientes con síndrome nefrótico, señale la opción INCORRECTA:

A) Se objetiva un descenso de la actividad de las enzimas lipasa hepática y lipoprotein lipasa en el endotelio y tejidos periféricos.
B) Los niveles plasmáticos de HDL inmadura están disminuidos.
C) Los niveles hepáticos de la enzima PCSK9 están elevados
D) Los niveles plasmáticos de las apolipoproteinas B, C y E están elevados.

25. Recientemente, el 25/05/5024, se ha publicado este importante trabajo en la revista New England Journal of Medicine: "Autoantibodies Targeting Nephrin in Podocytopathies" Según los resultados de este trabajo, ¿ qué porcentaje de pacientes adultos afectos de nefropatía por cambios mínimos presentan positividad para los anticuerpos antinefrina?

A) 44 %
B) 90 %
C) 9 %
D) 25 %

26.Indique cuál es el tratamiento correcto en el caso de un paciente diagnosticado de leucemia aguda promielocítica con un sodio plasmático de 128 mEq/L y osmolaridad de 290 mosmol/kg:

A) Restricción hídrica.
B) Suero salino hipertónico.
C) No requiere ningún tratamiento.
D) Suero salino hipertónico y diuréticos.

27.Paciente de 42 años de edad, acude al hospital por cefalea intensa holocraneal y estando en Urgencias presenta un status epiléptico. Se inicia tratamiento con Levetiracetam y se realiza TC craneal donde se objetiva la existencia una lesión ocupante de espacio, con datos de hipertensión intracraneal. En gasometría inicial se detectan estas alteraciones: pH arterial 7.04, pCO2 40 mmHg, HCO3 10 mEq/l, Na plasmático 135 mEq/l, K 4 mEq/l, Cl 110 mEq/l. ¿Cuál es el trastorno del equilibrio ácido-base que presenta?

A) Acidosis respiratoria y alcalosis metabólica.
B) Acidosis metabólica AG elevado y alcalosis respiratoria.
C) Acidosis metabólica AG normal y acidosis respiratoria.
D) Acidosis metabólica AG elevado y acidosis respiratoria

28.Señale la CORRECTA sobre la hemodinámica renal en la diabetes:

A) Se produce vasodilatación de la arteriola eferente y vasoconstricción de la arteriola aferente
B) Se produce vasodilatación de la arteriola eferente y vasodilatación de la arteriola aferente
C) Se produce vasoconstricción de la arteriola eferente y vasoconstricción de la arteriola aferente.
D) Se produce vasoconstricción de la arteriola eferente y vasodilatación de la arteriola aferente.

29.Paciente con diabetes y proteinuria al que se realiza una biopsia renal y presenta engrosamiento de la membrana basal, expansión mesangial, hialinosis arteriolar y un nódulo de Kimmelstiel-Wilson en un glomérulo. En inmunofluorescencia se detectan depósitos tenues de IgG que se acompañan de albúmina y adoptan un patrón parietal lineal. Estamos ante una nefropatía diabética grado:

A) IIa
B) IIb
C) III
D) IV

30.Paciente de 60 años con enfermedad renal diabética diagnosticada hace 10 años, hipertensión arterial con buen control, IMC de 35 kg/m2 y dislipemia. Analítica: hemoglobina glicada 7.2%, creatinina 2,4 mg/dL, FG estimado por CKD-EPI de 26 ml/min/1,73 m2, proteinuria 1,5 gramos al día, potasio 5,7 mmol/L y sodio 137 mmol/L. Entre su tratamiento habitual destaca lisinopril (IECA) 20 mg al día, metformina 850 mg cada 12 horas, linagliptina 5 mg/día y repaglinida 0,5 mg/8 horas. ¿Qué acción NO haría en este momento?:

A) Cambiar linagliptina por un agonista del receptor GLP-1.
B) Iniciar glipizida
C) Suspender la metformina
D) Iniciar un iSGLT-2

31.Una paciente de 15 años de edad consulta por poliuria y nicturia, cansancio fácil y astenia. Presenta dichos síntomas desde hace años, y tienden a intensificarse durante los veranos muy calurosos, en los que se asocia hormigueo lingual y peribucal. A la exploración física sólo destaca una tensión de 100/50 mmHg. El ionograma muestra Na 135 mEq/l, K 2 mEq/l. Cl 105 mEq/l, pH 7.56, bicarbonato 32 mEq/l. La determinación de renina y aldosterona muestra cifras elevadas, tanto basales como tras estímulo. De los procesos que siguen ¿cuál es compatible con el cuadro clínico descrito?:

A) Hipoaldosteronismo primario.
B) Estenosis de la arterial renal.
C) Síndrome de Liddle.
D) Síndrome de Bartter

32.Niño con HTA y antecedentes familiares de HTA que presenta acidosis metabólica hiperpotasémica. ¿Cuál de estas entidades es más probable?

A) Síndrome de Gordon
B) Nefronoptisis
C) Síndrome de Cogan
D) Síndrome de Gitelman

33.Se trata de un niño de 7 años, con retraso estaturo-ponderal, que presenta signos radiológicos de raquitismo y ecográficos de nefrocalcinosis. Los análisis demuestran acidosis metabólica con PH inferior a 7.32 y Bicarbonato plasmático inferior a 17 mEq/litro. El PH de la orina en 3 determinaciones es superior a 5.5 y tras una sobrecarga con bicarbonato oral o intravenosa la diferencia pCO2orina-pCO2sangre es de 10. De las siguientes posibilidades, señale el diagnóstico CORRECTO:

A) Síndrome de Bartter.
B) Acidosis tubular distal (Tipo I).
C) Acidosis tubular proximal (Tipo II).
D) Enfermedad de Hartnup.

34.¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

A) Los pacientes con SIADH suele estar euvolémicos o discretamente hipervolémicos.
B) La primera medida terapéutica para bajar el potasio sérico es la administración de gluconato cálcico.
C) La restricción de la ingesta de sodio dificulta el intercambio con potasio en el túbulo distal y, por tanto, la eliminación urinaria de potasio.
D) La hiponatremia está infradiagnosticada y su incidencia puede superar el 30% de los pacientes con SIDA o cirrosis hepática.

35. ¿Cuál de estas medidas NO está indicadas en el tratamiento de la Poliquistosis renal del adulto

A) Ingesta abundante de agua
B) Sustancias estimuladoras de la vasopresina como tolvaptan
C) Tratamiento con inhibidores del sistema renina angiotensina
D) Trasplante renal cuando la insuficiencia renal es terminal

36.Señale cuál de las siguientes entidades NO es causa de nefritis tubulointersticial crónica:

A) Sarcoidosis
B) Síndrome de Sjögren
C) Hipopotasemia crónica
D) Hipocalcemia crónica

37.De entre las siguientes, ¿Qué enfermedad es MENOS probable que produzca hipercalcemia?

A) Feocromocitoma
B) Intoxicación por vitamina A
C) Acromegalia
D) Hipotiroidismo

38.En el tratamiento de la nefropatía aguda por cristales de ácido úrico NO está indicado el uso de:

A) Alopurinol
B) Rasburicasa
C) Suero salino intravenoso y diurético de asa
D) Bicarbonato sódico incluso cuando el paciente no tiene acidosis metabólica.

39.De entre las siguientes, señale la patología MENOS relacionada con el desarrollo de nefrocalcinosis

A) Acidosis tubular renal proximal
B) Sarcoidosis
C) Síndrome de Bartter
D) Riñón en esponja (Enfermedad de Cacchi-Ricci)

40.Señale la INCORRECTA:

A) Tacrolimus favorece más el desarrollo de diabetes post-trasplante que ciclosporina
B) El uso de inhibidores de mTOR no tiene impacto sobre el desarrollo de diabetes post-trasplante
C) Ciclosporina produce más alteraciones lipídicas que tacrolimus
D) El tratamiento con azatioprina favorece el desarrollo de tumores cutáneos.

41. Paciente trasplantada hace 3 meses en tratamiento con tacrolimus, micofenolato y esteroides que desarrolla cuadro psiquiátrico con alucinaciones, comportamiento agresivo e intenso temblor. Se sustituye tacrolimus por sirolimus normalizándose la clínica neurológica, pero al cabo de un mes desarrolla neumonitis secundaria a este fármaco. ¿Cuál le parece la opción MÁS acertada?

A) Sustituir sirolimus por belatacept
B) Sustituir sirolimus por tacrolimus
C) Sustituir sirolimus por rituximab
D) Dejaría en biterapia con micofenolato y esteroides

42.Sujeto de 35 años de edad grupo sanguíneo A con anticuerpos preformados por un trasplante renal previo anti HLA A2 (MIFI 1.500). Acuden a consultas de pretrasplante varios familiares para ser donantes. Se les realiza estudio inicial con tipaje HLA y grupo sanguíneo. ¿En cuál de ellos NO continuaría el estudio como posible donante?

A) Padre 52 años, grupo sanguíneo A, tipaje HLA DR5,11, A1, A28, B37, B15
B) Hermano 34 años grupo sanguíneo 0, tipaje HLA DR5 DR7, A1, A32, B37, B27
C) Hermana 31 años grupo sanguíneo A, tipaje HLA DR11 DR7, A2 A28, B15, B27
D) Continuaría realizando pruebas a los tres.

43.¿Cuál de las siguientes glomerulonefritis tiene MAYOR riesgo de recurrencia post-trasplante renal?

A) Enfermedad por depósitos densos
B) Glomerulonefritis membranosa
C) Hialinosis focal y segmentaria
D) Enfermedad por anticuerpos anti-membrana basal

44.En pacientes con síndrome urémico hemolítico atípico, son más frecuentes las recurrencias en aquellos que presentan:

A) Mutaciones con variantes patogénicas en Factor H
B) Mutaciones con variantes patogénicas en Cofactor de membrana (MCP)
C) Variantes patogénicas conocidas en gen de diacil-glicerol kinasa (DGKE)
D) Mutaciones con variantes patogénicas en factor I

45.Señale la VERDADERA sobre la cistinuria:

A) Enfermedad hereditaria debida al acúmulo de cistina en los lisosomas de las células
B) La medición del contenido intracelular de cistina libre en leucocitos puede ser un método diagnóstico
C) En el niño pueden existir lesiones de raquitismo
D) En casos graves se puede aumentar la solubilidad urinaria de cistina administrando D-penicilamina o tiopronina

46. Señale la FALSA sobre la Nefropatía Tubulointersticial Autosómica Dominante:

A) Es frecuente la hiperuricemia
B) La hipertensión arterial es un síntoma precoz
C) No se observa aumento en la frecuencia de litiasis.
D) Los quistes en la zona medular no se encuentran en fases precoces de la enfermedad, y sólo a veces en fases avanzadas, por lo que no debería considerarse la presencia de quistes como criterio diagnóstico.

47.Respecto al tratamiento de la enfermedad de Fabry, señale la INCORRECTA:

A) Pegunigalsidasa alfa tiene una vida media plasmática significativamente mayor que agalsidasa alfa y beta, con parámetros de eficacia y seguridad similar a éstas
B) El desarrollo de anticuerpos frente a agalsidasa alfa y beta es mayor del 30%
C) Migalastat es una chaperona que está contraindicada en embarazadas
D) En trasplante renal está indicado tratamiento sustitutivo enzimático dada la alta frecuencia de recurrencia de la afectación renal

48.Sujeto con hiperpotasemia y gradiente transtubular de potasio aumentado. Elija una posible causa entre las siguientes:

A) Enfermedad de Addison
B) Uso de inhibidores del enzima de conversión
C) Insuficiencia renal
D) Rabdomiolisis

49.Señale la FALSA:

A) Las manifestaciones oculares más frecuentes en la enfermedad de Alport suelen ser alteraciones en la córnea.
B) En pacientes con esclerosis tuberosa aparecen quistes renales que en ocasiones pueden presentar degeneración maligna.
C) La hematuria macroscópica puede ser el hallazgo inicial en la enfermedad de Alport y a menudo ocurre después de una infección de las vías respiratorias superiores
D) En la biopsia de piel la ausencia de depósito para la cadena alfa 5 del colágeno tipo IV puede ser sospechoso de Enfermedad de Alport ligada al cromosoma X, pero no de Alport autosómico

50.Señale cuál de las siguientes opciones NO está indicada en el tratamiento de la diabetes insípida nefrogénica secundaria a tratamiento con litio:

A) Dieta rica en sodio
B) Amiloride
C) Tiazidas
D) Anti-inflamatorios no esteroideos

51.Señale la FALSA sobre la diabetes insípida nefrogénica:

A) Puede ser secundaria a nefropatías crónicas por pérdida del gradiente osmolar renal
B) Puede ser inducida por fármacos como sales de litio.
C) Para el diagnóstico se realiza un test de sobrecarga de agua
D) Para diferenciarla de la diabetes insípida centras es útil ver la respuesta a la administración de desmopresina

52.Sujeto con hipovolemia, hipotensión, hipopotasemia, gradiente transtubular de potasio bajo y cloro en orina bajo. De entre todos, elija el diagnóstico MÁS probable:

A) HTA maligna
B) Hiperaldosteronismo primario
C) Síndrome de Liddle
D) Vómitos

53. Las tres causas MÁS frecuentes de llegada a los programas de diálisis y trasplante en España son:

A) La enfermedad renal diabética, la enfermedad de Alport y las enfermedades glomerulares
B) La enfermedad renal diabética, las nefropatías vasculares y las enfermedades glomerulares
C) La enfermedad renal diabética, las nefropatías intersticiales y la enfermedad poliquística
D) La nefropatía intersticial crónica, la hipertensión arterial y la diabetes

54. Un paciente de 58 años tiene un filtrado glomerular estimado de 62 ml/min y una proteinuria de 250 mg/día. ¿Cuál es su riesgo de progresar a estadio finales de enfermedad renal crónica y precisar diálisis o un trasplante?

A) riesgo bajo
B) riesgo moderadamente aumentado
C) riesgo alto
D) riesgo muy alto

55. ¿Cuál de las siguientes alteraciones NO suele aparecer en la enfermedad mineral y ósea asociada a la enfermedad renal crónica?:

A) aumenta el calcio
B) aumenta el fósforo
C) disminuye la vitamina D
D) disminuye Klotho

56. Son causas de hipomagnesemia todas las siguientes MENOS UNA; señale cuál es:

A) Alcalosis metabólica
B) Toma de inhibidores de la bomba de protones
C) Pancreatitis crónica
D) Hipertiroidismo

57. Uno de los siguientes fármacos puede ser de utilidad para tratar la calcifilaxis:

A) Tiosulfato de sodio.
B) Acenocumarol.
C) Apixaban.
D) Tetraciclinas.

58. ¿Cómo denominamos al movimiento de pequeños solutos permeables desde la sangre a la solución de diálisis generado por una diferencia de concentración?

A) Convección
B) Recirculación
C) Retrofiltración
D) Difusión

59. La diálisis peritoneal está contraindicada en:

A) pacientes con retinopatía diabética y amaurosis
B) pacientes con una colostomía
C) pacientes con hipertrofia de ventrículo izquierdo
D) pacientes intervenidos previamente de colecistitis

60. ¿Cómo diagnosticamos una peritonitis en un paciente en diálisis peritoneal?

A) Dolor abdominal y vientre en tabla a la exploración
B) Por la presencia de náuseas, vómitos y diarrea
C) Por un efluente peritoneal turbio y un recuento de leucocitos en el mismo de más de 100/campo, siendo polimorfonucleares más de la mitad de ellos
D) Cuando tras una colecistitis, el paciente empeora clínicamente en 6 horas

61. Se considera que es una medida de nefroprotección:

A) Tratar la anemia
B) Aumentar el consumo de carne
C) Realizar un TAC con contraste para analizar si la arteria renal está obstruida y poner un stent
D) Seguimiento estricto por el MAP hasta que requiera iniciar diálisis

62. Respecto al papel de FGF-23 (*Fibroblast Growth Factor*) o fosfatonina señale la FALSA:

A) Reduce la reabsorción tubular de fósforo aumentando su eliminación a nivel renal.
B) Reduce los valores de calcitriol
C) Klotho es una proteína transmembrana necesaria para la unión entre FGF-23 y su receptor cuya producción se ve aumentada a medida que disminuye el filtrado glomerular.
D) El incremento de FGF-23 se ha relacionado con el desarrollo de enfermedad-cardiovascular.

63. Respecto a la dosis de hemodiálisis, señale la respuesta FALSA:

A) La fórmula de Kt/V monocompartimental tiene en cuenta la generación de urea intradiálisis pero no así la ganancia de peso interdiálisis.
B) EL Kt/V bicompartimental tiene en cuenta el efecto rebote de la urea que se produce a los 30-60 minutos tras finalizar la sesión de diálisis.
C) La guía práctica para hemodiálisis (DOQI) de la “National Kidney Fundation” recomienda el Kt/V monocompartimental para el cálculo de la dosis de hemodiálisis.
D) El porcentaje de reducción de urea (PRU) no tiene en cuenta la generación de urea intradiálisis

64 Mujer de 62 años con ERC estadio 5 secundaria a enfermedad renal diabética en diálisis peritoneal desde hace 3 años, actualmente con la siguiente pauta: 2000 ml de glucosa 2,27%- 2000 ml de glucosa al 2,27%- 2000 ml al 3,86%. Acude a revisión con aumento de edemas maleolares, disnea y aumento de las cifras de presión arterial en el último mes Refiere balance positivo en todos los intercambios. Se le realiza un TEP que muestra D/P de creatinina de 0,89. Ante esta situación, señale la respuesta INCORRECTA:

A) Para diagnosticar a la paciente es necesario realizar un intercambio de glucosa al 3,86%/4,25% con una permanencia de 4 horas y medir la ultrafiltración.
B) El estreñimiento puede ser la causa de la clínica de la paciente.
C) La paciente presenta un fallo de ultrafiltración tipo III.
D) Es característico el antecedente de peritonitis.

65. Paciente de 56 años con enfermedad renal crónica estadio 5 secundaria a Nefropatía IgA que inicia diálisis peritoneal hace 1 año, actualmente con cicladora nocturna y día seco (terapia de 8 horas, con 3 ciclos de 1900 cc de glucosa al 1,36%). Acude a revisión médica donde se objetiva: urea 200 mg/dl, creatinina 7 mg/dl, Kt/V 1,5 (peritoneal 0,82/renal 0,7) con Kt/V previo 1,9 (peritoneal 0,85/renal 1,05). Diuresis residual 1200 cc. Último PET (hace 8 meses) D/P de creatinina 0,58. Se determina un nuevo PET que muestra D/P de creatinina de 0,86 y cribado de sodio de 9 mEq/L. ¿Cuál de las siguientes es CORRECTA?:

A) El paciente ha pasado de ser alto trasportador a medio-bajo por lo que retiraría DPA e iniciaría CAPD.
B) El cribado de sodio muestra indicios de esclerosis peritoneal.
C) Se deben disminuir los tiempos de permanencia de cada intercambio.
D) El paciente no presenta datos de infradiálisis por lo que salvo que presente signos de sobrecarga hídrica no modificaría la pauta.

66. Las alteraciones de la membrana peritoneal secundarias a la exposición a las soluciones de diálisis o a procesos inflamatorios repetidos incluyen todas MENOS una de las siguientes lesiones. Señálela:

A) a Transición epitelio-mesenquimal de la célula mesotelial.
B) b Engrosamiento del submesotelio (fibrosis).
C) c Disminución del número de capilares de la membrana peritoneal.
D) d Pérdida de la capa mesotelial.

67. La manifestación MÁS frecuente de la amiloidosis de diálisis es:

A) Cefaleas de repetición
B) Hipotensión mantenida
C) Síndrome del túnel carpiano
D) Calambres frecuentes durante las sesiones de diálisis

68. ¿Cuáles son los estándares de calidad del agua de diálisis ultrapura en España, según las Guías de la Sociedad Española de Nefrología?

A) Cultivo microbiológico con menos de 10 UFC/100 ml determinado por filtración con membrana y recuento de endotoxinas LAL menor de 0,03 UE/ml
B) Cultivo microbiológico con menos de 10 UFC/10 ml determinado por filtración con membrana y recuento de endotoxinas LAL menor de 0,03 UE/ml
C) Cultivo microbiológico con menos de 100 UFC/ml determinado por filtración con membrana y recuento de endotoxinas LAL menor de 0,25 UE/ml
D) Cultivo microbiológico con menos de 100 UFC/100 dl determinado por filtración con membrana y recuento de endotoxinas LAL menor de 0,30 UE/ml

69. La Guía de Práctica Clínica KDIGO 2024 hace las siguientes recomendaciones en relación a la dislipemia en personas con enfermedad renal crónica. Una de ellas es FALSA; señale cuál:

A) En adultos de más de 50 años con FGe <60 ml/min/1.73 m2, recomiendan estatinas o estatinas/ezetimiba.
B) En adultos ≥ 50 años con ERC y TFGe ≥60 ml/min/1.73 m² (ERC G1-2), recomiendan estatinas.
C) En adultos de 18 a 49 años con ERC, sugieren estatinas o ezetimiba independientemente de su grado de enfermedad renal
D) En diálisis, sugerimos que no se inicien las estatinas o la combinación estatinas/ezetimiba

70. En relación con la ingesta proteica de las personas con enfermedad renal crónica, señale la opción VERDADERA:

A) Se deben consumir 1.2 gr de proteínas/kg de peso/día en adulos con ERC estadios 3a-4 (no diálisis)
B) Se deben consumir alrededor de 1.3 gr de proteínas/kg de peso/día en adultos con ERC y síndrome nefrótico.
C) No se deben prescribir dietas muy bajas en proteínas en pacientes con ERC metabólicamente inestables.
D) En personas ancianas con ERC y que tengan fragilidad o sarcopenia debe incrementar la ingesta de calorías, pero no de proteínas.

PREGUNTAS DE RESERVA

71. Se recomienda indicar un inhibidor del cotransportador sodio/glucosa tipo 2:

A) A los pacientes con ERC estadios 3 a 5 con proteinuria de más de 200 mg/gr
B) A los pacientes en hemodiálisis para mantener la función renal resodual
C) A los pacientes en diálisis peritoneal para incrementar la ultrafiltración
D) A los pacientes con enfermedad renal crónica y un filtrado glomerular de más de 20 ml/min

72. En relación a la hiperuricemia de las personas con enfermedad renal crónica, señale la opción INCORRECTA:

A) Se debe considerar prescribir un agente hipouricemiante después de un episodio de gota
B) Los agentes de elección para el tratamiento de la hiperuricemia sintomática son los agentes uricosúricos
C) çEl tratamiento de elección de la gota úrica es colchicina a dosis bajas y/o glucocorticoides.
D) No hay indicación de tratar la hiperuricemia asintomática con el objetivo de retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica

73. Respecto a la biocompatibilidad de la hemodiálisis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

A) La HD induce apoptosis celular.
B) La HD induce liberación de citocinas.
C) La HD disminuye la activación de los macrófagos.
D) La HD contribuye a la activación del complemento.

74. ¿Qué técnica de depuración extrarrenal muestra unos resultados más prometedores para el tratamiento de la nefropatía por cilindros en el Mieloma?

A) Plasmaferesis
B) Hemofiltracion en línea
C) Hemodialisis con filtros de alto poro
D) Hemoflitracion venosa continua con membranas de alta permeabilidad

75. En relación al test de equilibrio peritoneal, señale cuál es la afirmación CORRECTA:

A) Los bajos transportadores se benefician de recambios rápidos y frecuentes
B) El tipo de membrana no suele influir en la prescripción de la diálisis peritoneal cuando se pierde la función renal residual
C) Los altos transportadores son buenos candidatos a diálisis peritoneal continua ambulatoria
D) El tiempo de permanencia debe adaptarse al tipo de transporte, intentando optimizar los aclaramientos y la ultrafiltración, minimizando la absorción de glucosa