

2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA

INSTRUCCIÓN:

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números E1 e E110, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de 150 minutos.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán 0,50 puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán 0,125 puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinale na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo
Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.
8. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advirtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folia autocopiativa. Ao abandonar o recinto NON poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web www.sergas.es, logo de finalizados os tempos de exame
Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

EXAME EN GALEGO

**LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO**

1. En canto ás recomendacións de tratamento para a nefropatía IgA, sinala a INCORRECTA:

- A) Todo paciente con proteinuria maior de 0,5 gr/día, independentemente de se ten hipertensión arterial, debe ser tratado con antagonistas do eixo renina-anxiotensina (IECA o ARA II).
- B) A aqueles pacientes con proteinuria maior de 1 gr/día a pesar do tratamento con doses máximas toleradas de IECA ou ARA II durante a lo menos 3 meses, deberase valorar o tratamento con prednisona durante 6 meses.
- C) A indicación de tratamento con corticoides está especialmente establecida no caso de pacientes con filtrado glomerular renal menor de 30 ml/min/1,73 m².
- D) Os pacientes con Nefropatía IgA con proliferación extracapilar con insuficiencia renal rapidamente progresiva deben ser tratados con ciclofosfamida e corticoides, seguindo os protocolos recomendados para o tratamento das vasculites ANCA positivas.

2. Con respecto á nefropatía lúpica, sinala a INCORRECTA:

- A) Deberían de evitarse os anticonceptivos baseados en estróxenos en pacientes con LFS e anticorpos anti-fosfolípidos.
- B) As reagudizacións son frecuentes e predispoñen á progresión da insuficiencia renal.
- C) Para o tratamento de mantemento deberíase utilizar micofenolato, salvo contraindicación ou intolerancia.
- D) En pacientes con nefropatía lúpica tipo V con proteinuria non nefrótica e función renal normal, debe iniciarse tratamento con prednisona e ciclofosfamida.

3. As guías europeas de hipertensión ESC/ESH 2018 recomandan que a hipertensión se defina como resistente ao tratamento (HTA resistente) cando se cumpra todo o seguinte, EXCEPTO:

- A) A dose óptima da estratexia terapéutica (que debe incluír un IECA ou un ARA-II máis un bloqueador dos canais do calcio e una tiacida) non logra reducir a presión arterial (PA) a menos de 140 / 90 mmHg.
- B) O control inadecuado da PA se teña confirmado mediante MAPA ou AMPA.
- C) Se teñan descartado as causas de HTA seudorresistente e a HTA secundaria.
- D) Se teña confirmada a falta de adherencia á medicación prescrita.

4. Sinala a resposta FALSA con respecto á Síndrome de Goodpasture:

- A) É característica a presenza de depósitos electrodensos por inmunocomplexos na microscopía electrónica.
- B) Caracterízase por un inicio brusco de insuficiencia renal aguda, en ocasións en oliguria ou anuria, con hematuria e proteinuria.
- C) A presenza de hemorraxia pulmonar é máis frecuentes en fumadores, exposición ambiental a hidrocarburos ou infección de vías respiratorias altas.
- D) Na maioría dos casos detéctanse en soro anticorpos, tipo IgG1, dirixidos contra a cadea alfa-3 do coláxeno IV.

5. Segundo as guías prácticas americanas, canadenses, europeas e españolas a dose mínima de hemodiálise nun paciente crónico é:

- A) Kt/V 1,1 e PRU 60%.
- B) Kt/V 1,4 e PRU 70%.
- C) Kt/V 1,2 e PRU 65%.
- D) Kt/V 1,4 e PRU 75%.

6. **Sinale cal é a etiología máis frecuente das Nefrites Intersticiais Agudas.**

- A) Infeccións.
- B) Neoplasias.
- C) Fármacos.
- D) Enfermidades sistémicas.

7. **Respecto ás solucións de Diálise Peritoneal, diga cal das seguintes afirmacións É CORRECTA:**

- A) Non é conveniente utilizar solucións baseadas en aminoácidos por períodos superiores a 6 meses, xa que xeran acidose metabólica, con consecuencias a longo prazo.
- B) O uso de solución de icodextrina adoita asociar unha elevación moderada da natremia, habitualmente sen significado clínico.
- C) As solucións bi ou tricamerais baixas en produtos de degradación da glicosa tampónanse só con bicarbonato ou, en todo caso, teñen un contido en lactato inferior a 10 mM por litro.
- D) As solucións baixas en sodio deben ser compensadas con maior concentración de glicosa, para manter a capacidade de ultrafiltración.

8. **No tratamento da nefropatía por cadeas lixeiras do mieloma múltiple acéptanse as seguintes consideracións, EXCEPTO:**

- A) Incluír bortezomib con doses altas de dexametasona.
- B) O bortezomib está contraindicado en diálise.
- C) O obxectivo de diuresis debe ser maior de 3 litros ao día.
- D) Aconséllase non utilizar diuréticos.

9. **Se planease iniciar tratamento cun agonista GLP-1 nun paciente diabético con enfermidade renal crónica e filtrado glomerular estimado de 25 mL por minuto, cal dos seguintes sería máis apropiado?:**

- A) Exenatida.
- B) Liraglutida.
- C) Sitagliptina.
- D) Os agonistas GLP-1 están contraindicados con filtrados inferiores a 30 mL por minuto.

10. **Na Síndrome de Alport NON é certo que:**

- A) Afecta ao xene COL4A5 que codifica as cadeas alfa-5(IV).
- B) A maioría dos pacientes teñen herdanza ligada a X.
- C) Prodúcese unha ruptura da rede de coláxeno normal da membrana basal da cápsula de Bowman e túbulos distais e colectores.
- D) Os cambios histolóxicos da membrana basal glomerular aparecen no 90% dos homes maiores de 20 anos de idade.

11. **Recoméndase que o axuste de doses do axente estimulante da eritropoetina (ESA) se base en:**

- A) A concentración de hemoglobina e as circunstancias clínicas do paciente.
- B) A concentración de hemoglobina, a velocidade de cambio da concentración de hemoglobina, a dose actual de ESA e as circunstancias clínicas.
- C) A concentración de hemoglobina, a dose actual do ESA e as circunstancias clínicas.
- D) A concentración de hemoglobina, a velocidade de cambio da concentración de hemoglobina e as circunstancias clínicas.

12. A síndrome de Gitelman caracterízase por todo o seguinte menos:

- A) Alcalose metabólica con hipopotasemia.
- B) Hipertensión arterial con aumento de renina e aldosterona.
- C) Escape de magnesio con frecuente hipomagnesemia e hipocalciuria.
- D) Adoita ser hereditaria e describíronse tanto formas recesivas como dominantes.

13. Indique a resposta FALSA sobre das técnicas de depuración continua (TDC) no fracaso renal agudo:

- A) Están indicadas no caso de inestabilidade hemodinámica.
- B) A hemofiltración veno-venosa continua (HFVVC) e a hemodiafiltración veno-venosa continua (HDFVVC) son dúas das TDC comunmente empregadas.
- C) Requiren dun acceso vascular capaz de proporcionar un fluxo de sangue de alomenos 150–200 ml/min.
- D) A anticoagulación do circuito con citrato resérvase para os casos complicados con fallo hepático.

14. As Guías ISPD 2016 de prevención e tratamento de peritonite en Diálise Peritoneal suxiren ou recomendan explicitamente prolongar o tratamento antibiótico polo menos tres semanas para todos os seguintes grupos etiolóxicos, EXCEPTO un. Diga cal:

- A) *Corynebacterium* spp.
- B) *Enterococcus faecalis*.
- C) Polimicrobianas por xermes grampositivos.
- D) Levaduras.

15. En relación á seroloxía do LES, sinala a resposta CORRECTA:

- A) Os ANA teñen alta especificidade pero baixa sensibilidade.
- B) Os anticorpos anti-DNAs son máis sensibles que os ANA pero poden aparecer en moitas outras enfermidades reumatolóxicas.
- C) Os anticorpos anti-Sm son moi sensibles, sendo positivos ata no 90% dos pacientes con LES.
- D) A presenza de anticorpos anti-histonas, sobre todo en ausencia de anticorpos anti-DNAs, é suxestivo de lupus inducido por drogas.

16. Entre as recomendacións das guías europeas de hipertensión ESC/ESH 2018, para o tratamento farmacolóxico da hipertensión arterial (HTA), NON figura:

- A) Recoméndase iniciar o tratamento cunha combinación de 2 fármacos, preferiblemente nunha sóa pastilla.
- B) As combinacións preferidas para o tratamento inicial deben incluír un bloqueador do sistema renina-angiotensina (IECA ou ARA-II) máis un bloqueador dos canais do calcio ou un diurético.
- C) Recoméndase a combinación de dous bloqueadores do sistema renina-angiotensina (IECA + ARA-II) no tratamento inicial da HTA grao 1.
- D) En pacientes con infarto de miocardio recente ou insuficiencia cardíaca, recoméndase combinar os betabloqueantes con calquera fármaco das clases principais.

17. A litiasis renal máis frecuente na Poliquistose Renal Autosómica Dominante é de:

- A) Oxalato cálcico.
- B) Ácido úrico.
- C) Fosfato cálcico.
- D) Non hai un tipo de litiasis máis frecuente.

18. En relación coa Diabete Mellitus postransplante renal (DMPT), unha das seguintes afirmacións NON é correcta:

- A) En torno ao 30 % dos receptores mostra DMPT aos 3 anos.
- B) A hiperglucemia precoz (durante o ingreso do implante) debe tratarse con Metformina cando a glucemia capilar supere os 200 mg/dl.
- C) A hipomagnesemia e a infección por CMV asociáronse ao desenvolvemento de DMPT.
- D) Os anticalcineuricos (Ciclosporina e Tacrolimus) demostraron ser potencialmente diabetóxenos.

19. Con respecto á desmielinización osmótica (mielinolise pontina central) secundaria á corrección da hiponatremia, é CERTO que:

- A) É independente da velocidade de corrección ou do carácter agudo ou crónico da hiponatremia.
- B) Factores como a malnutrición e o alcolismo son protectores.
- C) Recoméndase facer correccións menores de 10-12 mEq/l nas primeiras 24 h para evitala.
- D) O diagnóstico confírmase por TAC ou RMN que demostra as lesións mesmo antes do inicio da clínica.

20. Cal das seguintes enfermidades NON adoita asociarse á nefropatía membranosa secundaria?:

- A) Tiroidite autoinmune.
- B) Hepatite B.
- C) Síndrome de apnea obstrutiva do sono.
- D) Cancro de pulmón.

21. Cal é a afirmación CORRECTA respecto á patoloxía neoplásica no paciente transplantado renal?:

- A) O uso dos inhibidores de mTOR debe ser considerado nas estratexias de inmunosupresión, á hora diminuír tanto as recurrencias como as neoplasias de novo postransplante.
- B) O melanoma representa o cancro cutáneo máis prevalente en poboación transplantada (90%).
- C) O máis frecuente son as recurrencias de tumores previos ao transplante.
- D) O risco de desenvolver un Sarcoma de Kaposi é o dobre na poboación transplantada que na poboación xeral, e relaciónase coa reactivación do virus Epstein-Barr.

22. Recoméndase administrar ferro nos pacientes en programa de hemodiálise cando a saturación de transferrina (TSAT) e/ou a ferritina son:

- A) A TSAT menor ou igual ao 20% e ferritina menor ou igual a 200 ng/ml.
- B) A TSAT menor ou igual ao 30% e ferritina menor ou igual a 300 ng/ml.
- C) A TSAT menor ou igual ao 30% independentemente do valor da ferritina.
- D) A TSAT variable pero a ferritina menor de 300 ng/ml.

23. Sinale a CORRECTA con respecto ao tratamento renal substitutivo en pacientes con LES:

- A) A mortalidade está incrementada nos primeiros meses de diálise, por complicacións infecciosas derivadas do tratamento inmunosupresor.
- B) A supervivencia en diálise a longo prazo é peor que a do resto dos pacientes, sendo a principal causa de morte as neoplasias.
- C) Persiste unha incidencia elevada de reactivación clínica do LES mesmo tras períodos prolongados de diálise.
- D) A recorrencia clínica da nefropatía lúpica tras o transplante renal é elevada sendo unha causa frecuente de perda do enxerto.

24. Muller de 42 anos de idade, sen antecedentes de interese, que presenta hipertensión arterial e fracaso renal agudo, sen outros síntomas asociados. No hemograma destaca unha hemoglobina de 7 g/dL, 60.000 plaquetas e un 3 % de esquistocitos no frotis. Os niveis de haptoglobina son indetectables, e a LDH é de 1.250 mg/dL. O estudo de coagulación inicial é normal. Todas as afirmacións son correctas respecto a este cadro clínico EXCEPTO unha, sinálea:

- A) A determinación da actividade de ADAMTS-13 e o test da toxina Shiga serán esenciais para establecer un diagnóstico diferencial preciso.
- B) Unha actividade de ADAMTS 13 en sangue superior ao 10 % confirmaríanos una Púrpura Trombótica Trombocitopénica.
- C) Nos pacientes adultos con sospeita de SHU atípico recoméndase iniciar precozmente o tratamento con Eculizumab.
- D) Previamente á administración de Eculizumab, é necesario vacinar á paciente fronte a N. meningitidis.

25. Son contraindicacións absolutas para o transplante renal, todas as seguintes, EXCEPTO:

- A) Enfermidade crónica con curta esperanza de vida (menos de 1 ano).
- B) Consumo activo de drogas ou alcohol (superior a 40 g/día na muller e a 60 g/día no home).
- C) Enfermidade Vascular Periférica severa.
- D) Psicose non controlada.

26. Ante a sospeita dunha nefropatía familiar establécese un patrón clínico para clasificar as enfermidades renais hereditarias en:

- A) Patrón glomerular, quístico, intersticial, tubulopatías e síndrome.
- B) Patrón glomerular, quístico e túbulo-intersticial.
- C) Patrón glomerular, quístico e tubulopatías.
- D) Patrón glomerular, quístico-tubular e síndrome.

27. A creación dun acceso vascular considérase nos pacientes con Enfermidade Renal Crónica cando o filtrado glomerular estimado é:

- A) Menor de 20 ml/min/1.73 m² e a entrada en diálise estímase en 3 meses.
- B) Menor de 15 ml/min/1.73 m² e a entrada en diálise estímase en 6 meses.
- C) Menor de 10 ml/min/1.73 m² e a entrada en diálise estímase en 3 meses.
- D) Un valor entre 20 e 25 ml/min/1.73 m² e a entrada en diálise estímase en 6 meses.

28. De acordo ás guías Kdigo 2020, un paciente diabético tipo 2 con enfermidade renal crónica estadio 5 (non en tratamento renal substitutivo) con complicacións macrovasculares e expectativas limitadas de supervivencia, a diana de hemoglobina A1 C debería ser:

- A) Non maior do 6%.
- B) Non maior do 8%.
- C) Non maior do 10%.
- D) A hemoglobina A1C non é adecuada para monitorizar o control glicémico nesta fase, por proporcionar estimacións sesgadas.

29. A vía patoxénica do sorbitol é un dos principais mecanismos invocados na fisiopatoloxía da nefropatía diabética. O sistema enzimático clave na progresión desta vía é a:

- A) Aldosa reductasa.
- B) Alfaglucosidasa.
- C) Proteína quinasa C.
- D) Alcol dehidroxenasa.

30. Nos casos de sospeita de bacteriemia relacionada co catéter vascular recoméndase:

- A) Non iniciar tratamento antibiótico ata dispor do resultado do antibiograma.
- B) Instaurar tratamento simultáneo con antibióticos sistémicos e na selaxe do catéter.
- C) Administrar sempre profilaxis con mupirocina tópica nasal.
- D) Se se mantén o catéter vascular manterase a profilaxe antibiótica indefinidamente na selaxe.

31. Segundo as guías europeas de hipertensión ESC/ESH 2018, unha presión arterial clínica (en consulta) de 170 mmHg de sistólica (PAS) e/ou 105 mmHg de diastólica (PAD), definiríase como:

- A) PA normal-alta.
- B) Hipertensión arterial (HTA) grao 1.
- C) HTA grao 2.
- D) HTA grao 3.

32. Na enfermidade por anticorpos anti-membrana basal a recomendación de plasmaférese máis inmunosupresión inclúe a:

- A) Os pacientes con enfermidade renal e creatinina maior de 5,7 mg/dl.
- B) Os pacientes con enfermidade renal que non requiran diálise inmediata.
- C) Os pacientes con títulos séricos elevados de anticorpos anti-membrana basal.
- D) Os pacientes con hemorraxia pulmonar so se presentan afectación renal severa.

33. En cal dos seguintes casos sería recomendable realizar unha biopsia renal nun paciente diabético con enfermidade renal?:

- A) Proteinuria superior a 3 gramos en 24 horas en presenza dun control tensional adecuado.
- B) Declive do filtrado glomerular máis rápido de 3 mL por minuto e ano.
- C) Presenza de albuminuria persistente nun diabético tipo 1 menos de 5 anos tras o diagnóstico.
- D) Nos tres casos anteriores estaría claramente indicada unha biopsia renal.

34. As membranas de hemodiálise de alto fluxo defínense por:

- A) KUF maior de 40 ml/h/mmHg, coeficiente de cribado para beta-2 microglobulina maior de 0.6 e perda de albúmina menor de 3,5 gr/sesión.
- B) KUF maior de 10 ml/h/mmHg, coeficiente de cribado para beta-2 microglobulina de 0.7-0.8 e perda de albúmina menor de 3,5 gr/sesión.
- C) KUF maior de 40 ml/h/mmHg, coeficiente de cribado para beta-2 microglobulina menor de 0.2-0.5 e perda de albúmina menor de 3,5 gr/sesión.
- D) KUF maior de 40 ml/h/mmHg, coeficiente de cribado para beta-2 microglobulina maior de 0.7-0.8 e perda de albúmina menor de 4,5 gr/sesión.

35. As seguintes situacións clínicas orientan a unha hipertensión arterial (HTA) renovascular, EXCEPTO unha, sinálea:

- A) HTA e soplo abdominal lateralizado.
- B) Elevación aguda e mantida da creatinina sérica (maior do 50 %) tras iniciar tratamento cun IFCA ou ARA II.
- C) HTA con hipopotasemia espontánea ou inducida por diuréticos.
- D) HTA grao 3 en pacientes cun ril atrófico, ou con asimetría renal maior de 1,5 cm sen causa aparente.

36. Respecto ao tratamento da osteoporose na enfermidade renal crónica, diga cal das seguintes afirmacións é CORRECTA:

- A) Considérase que as medidas non farmacolóxicas teñen un impacto escaso para previr as fracturas, neste contexto específico.
- B) Os bifosfonatos están formalmente contraindicados en pacientes cun filtrado glomerular inferior a 30 mL por minuto.
- C) Denosumab pode ser utilizado en pacientes con enfermidade renal crónica avanzada, con redución do risco de fracturas similar ao observado en poboación xeral con osteoporose.
- D) Novos axentes osteoanabólicos (como teriparatide e abaloparatide) mostran resultados preliminares moi positivos, tanto en pacientes con baixo como con alto turnover óseo.

37. Cal dos seguintes fármacos pode producir hiperpotasemia:

- A) Trimetoprima-Sulfametoxazol (Septrin) a dose altas.
- B) Penicilina.
- C) Teofilina.
- D) Hidroaltesona.

38. A proteinuria ou a síndrome nefrótica no mieloma múltiple asóciase con maior frecuencia ás seguintes patoloxías, EXCEPTO:

- A) Amiloidose.
- B) Glomerulopatía inmunitactoide.
- C) Crioglobulinemia monoclonal.
- D) Nefropatía por cambios mínimos.

39. Das seguintes, a enfermidade primaria que recidiva con MENOS frecuencia tralo transplante renal, é:

- A) Enfermidade por depósitos densos.
- B) Síndrome hemolítica-urémica atípica (mutación factor B).
- C) Glomerulonefrite por anticorpos anti-membrana basal glomerular.
- D) Hiperoxaluria.

40. Respecto ao deseño e inserción de catéters para Diálise Peritoneal, diga cal das seguintes afirmacións se axusta ás actuais recomendacións ISPD:

- A) Son preferibles os catéters con porción intraperitoneal en espiral (coiled, rabo de porco), xa que ofrecen mellores taxas de funcionalismo que os rectos.
- B) Recoméndase a inserción paramedial a través do espesor do músculo recto, con preferencia á medial.
- C) O manguito superficial de dacron debe situarse, aproximadamente, a 1 cm do orificio cutáneo de saída do catéter.
- D) Tras a inserción do catéter, é conveniente esperar un mínimo de 3 a 4 semanas, antes de iniciar Diálise Peritoneal.

41. A recomendación das guías españolas e europeas do tempo mínimo de tratamento na hemodiálise periódica é:

- A) Polo menos 12 horas semanais.
- B) Polo menos 10 horas semanais.
- C) Polo menos tres días á semana independentemente das horas totais.
- D) Non hai unha clara recomendación.

42. Cal dos seguintes anticorpos usados para inducir inmunosupresión nas fases iniciais do transplante renal é un antagonista do receptor de interleuquina 2?:

- A) Basiliximab.
- B) Alemtuzumab.
- C) Rituximab.
- D) Belatacept.

43. Cal é a afirmación FALSA en relación á Nefropatía Intersticial Crónica por analxésicos?:

- A) Relacionouse co consumo combinado de analxésicos durante períodos de tempo prolongados.
- B) Pode ser causa de necrose papilar.
- C) A progresión da insuficiencia renal adoita ser lenta, e estabilízase cando se erradica o consumo de analxésicos.
- D) Afecta de maneira máis predominante a varóns menores de 45 anos.

44. A hemodiálise extendida ten as seguintes características EXCEPTO:

- A) Consegue unha alta eliminación de moléculas medianas e grandes.
- B) Utiliza dializadores de medio cut-off.
- C) As fibras capilares da membrana teñen un diámetro interno aumentado.
- D) O diámetro das fibras capilares favorece a filtración interna e a retrofiltración.

45. As vixentes guías KDOQI 2020 sobre nutrición na enfermidade renal crónica emiten unha das seguintes recomendacións ou suxerencias para pacientes non en tratamento renal substitutivo. Diga cal é CORRECTA:

- A) As enquisas dietéticas de 24 horas, os cuestionarios de inxesta e a estimación da inxesta proteica (taxa de catabolismo proteico normalizada) son os mellores métodos para monitorizar a inxesta dietética.
- B) En pacientes en estadios 3 a 5, metabolicamente estables e non diabéticos, a inxesta proteica recomendable é de 0,55 a 0,60 gramos por Kg e día.
- C) En pacientes en estadios 3 a 5, metabolicamente estables e diabéticos, a inxesta proteica recomendable é de 0,80 a 1,00 gramos por Kg e día.
- D) A inxesta enerxética recomendable, en pacientes en estadios 3 a 5 e metabolicamente estables, é de 30 a 45 Kcalorías por Kg e día, dependendo das condicións clínicas do paciente.

46. Diga cal das seguintes afirmacións relativas á Diálise Peritoneal Automatizada É CORRECTA:

- A) É recomendable a utilización da técnica de marea ou tidal para aumentar a depuración de pequenos solutos.
- B) En pacientes transportadores máis lentos que a media convén aumentar o número de intercambios por sesión, para conseguir os obxectivos de depuración.
- C) A extracción de sodio en relación á ultrafiltración é menos eficiente que en Diálise Peritoneal manual.
- D) As guías ISPD apoian o uso desta técnica como método para reducir a incidencia de infeccións peritoneais.

47. Sinale a frase INCORRECTA en relación coa Insuficiencia Renal Aguda (IRA) obstrutiva ou postrenal.

- A) Nas unidades de críticos constitúe a metade dos casos de IRA.
- B) Pode manifestarse como cólico nefrítico.
- C) Na exploración da retención aguda de orina é característico o globo vesical.
- D) A resolución precoz da obstrución adoita revertir a insuficiencia renal.

48. Respecto á selección de pacientes para Diálise Peritoneal, diga cal das seguintes afirmacións É CORRECTA:

- A) A Diálise Peritoneal está contraindicada en pacientes con poliquistose renal nos que os riles alcanzan a pelve menor en probas de imaxe.
- B) Non é conveniente incluír en Diálise Peritoneal a pacientes con fallo do transplante renal cando tiveron unha permanencia longa previa na mesma técnica, polo risco elevado de peritonite encapsulante.
- C) Considérase que a Diálise Peritoneal é apropiada para pacientes cirróticos con hipertensión portal, a pesar dos riscos de sangrado e peritonites espontáneas.
- D) As tres afirmacións anteriores son correctas.

49. No tratamento da pericardite asociada a hemodiálise:

- A) Recoméndase a anticoagulación con heparina sódica intravenosa a doses baixas.
- B) A intensificación da hemodiálise é o principal tratamento.
- C) O derrame pericárdico debe ser drenado se é maior de 50 ml.
- D) Recoméndanse antiinflamatorios non esteroides e/ou esteroides orais ou intravenosos.

50. No tratamento da hipertensión arterial (HTA) durante o embarazo, son recomendacións das guías europeas de hipertensión ESC/ESH 2018, todas as seguintes, EXCEPTO:

- A) A Metildopa, o Labetalol e os bloqueadores dos canais do calcio son os fármacos de elección para o tratamento da HTA durante o embarazo.
- B) Para as embarazadas, unha presión arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 170 mmHg ou unha diastólica (PAD) igual ou superior a 110 é unha emerxencia hipertensiva que require ingreso hospitalario.
- C) Na preeclampsia asociada con edema pulmonar, recoméndase a infusión i.v. de Nitroglicerina.
- D) Para as mulleres con HTA xestacional ou preeclampsia leve, recoméndase atrasar o parto ata a semana 39 para favorecer unha adecuada maduración fetal.

51. Os seguintes achados histolóxicos suxiren unha forma secundaria de nefropatía membranosa EXCEPTO un. Sináleo:

- A) Presenza de depósitos electrodensos mesanxiais na microscopía electrónica.
- B) Positividade intensa para C1q na inmunofluorescencia.
- C) Positividade para IgG e C3 ao longo da membrana basal tubular.
- D) Presenza de gránulos de aspecto fucsínófilo ao longo da cara externa da membrana basal glomerular coa tinguadura de Masson.

52. A composición do líquido na hemodiálise que se asocia cunha maior incidencia de morte súbita é a que ten:

- A) Magnesio maior de 0,5 mmol/l.
- B) Calcio maior de 1,25 mmol/l.
- C) Potasio menor de 2 mmol/l.
- D) Sodio maior de 138 mmol/l.

53. Cal das seguintes medidas é recomendada explicitamente polas Guías ISPD para a prevención de peritonite en Diálise Peritoneal?

- A) Uso preferente de catéteres con dúas argolas (cuffs) de dacron.
- B) Uso de solucións biocompatibles (baixas en produtos de degradación da glicosa).
- C) Uso de máscara durante os intercambios peritoneais.
- D) Cura diaria do orificio cutáneo do catéter con crema ou unguento de mupirocina ou xentamicina.

54. Sinale a resposta correcta con respecto á glomerulonefrite proliferativa extracapilar pauciimmune:

- A) Os pacientes que debutan con afectación exclusiva a nivel renal NON desenvolven ao longo da evolución afectación sistémica como hemorraxia pulmonar.
- B) É a forma menos frecuente de glomerulonefrite rapidamente progresiva en adultos.
- C) A frecuencia de MPO ANCA é maior que Pr3-ANCA, nas vasculite limitadas ao ril.
- D) As reagudizacións ao longo da evolución son infrecuentes (< 10%) e a súa frecuencia relativa é maior para os MPO ANCA.

55. A hipotensión arterial intradiálise e o maior risco de mortalidade asóciase a taxas de ultrafiltración maiores de:

- A) Non se demostrou dita asociación.
- B) 5 ml/hora/kg de peso.
- C) 10 ml/hora/kg de peso.
- D) 300 ml/hora/1.73 m² de superficie corporal.

56. As seguintes afirmacións respecto ao tratamento inicial do rexeitamento agudo mediado por células T son correctas, excepto unha. Diga cal é a INCORRECTA:

- A) A estratexia de tratamento debe guiarse polos resultados dunha biopsia do enxerto.
- B) En formas límite (borderline) pode ser suficiente aumentar a inmunosupresión de base, sen administrar terapia específica.
- C) O rexeitamento grao II trátase habitualmente con bolus de esteroides seguidos dun ciclo curto de esteroides orais, máis globulina antitimocítica ou alemtuzumab.
- D) A mellor estratexia para o rexeitamento grao III é unha combinación de bolus de esteroides, plasmaférese e inmunoglobulina intravenosa.

57. Suxírese tratar aos pacientes adultos en hemodiálise con hiperparatiroidismo secundario cando a hormona paratiroidea (PTH) está no seguinte nivel:

- A) 4 a 5 veces o límite alto da PTH sérica.
- B) 2 a 9 veces o límite alto da PTH sérica.
- C) Non hai un nivel concreto senón que se valora ademais a situación clínica do paciente.
- D) Máis de 5 veces o valor normal da PTH sérica.

58. Nun paciente con síndrome nefrótico e albúmina sérica menor de 2-2,5 g/dl, cal das seguintes NON é unha indicación para iniciar profilaxe anticoagulante segundo as guías KDIGO:

- A) Proteinuria maior de 10 gramos/día.
- B) Índice de masa corporal maior de 35 kg/m².
- C) Inmobilización prolongada.
- D) Hipertensión arterial ou diabetes mellitus asociadas.

59. No manexo da nefropatía por cilindros do mieloma múltiple NON é certo que:

- A) O nivel de cadeas lixeiras libres elevado en soro asóciase a menor supervivencia global.
- B) Se se utilizan tratamentos extracorpóreos, a redución rápida de cadeas lixeiras libres en soro conleva mellor supervivencia renal e global.
- C) O uso do péptido cíclico antagonista da unión de cadeas lixeiras a proteína de Tamm-Horsfall contraindica o emprego de técnicas extracorpóreas.
- D) Se se utilizan tratamentos extracorpóreos débense monitorar os niveis de cadeas lixeiras libres en soro.

60. Con respecto á enfermidade por depósitos densos, sinale a INCORRECTA:

- A) Pode presentarse con microhematuria e proteinuria illada ou con síndrome nefrótica ou nefrítica.
- B) Na maioría dos casos presenta hipocomplementemia con descenso de C3 e C4, sendo excepcional a presenza de C3NEF.
- C) Pode asociarse a dexeneración macular con presenza de drusas que finalmente poden comprometer a visión do paciente.
- D) Pode asociarse a lipodistrofia parcial adquirida.

61. Os factores con maior influencia na rápida progresión a enfermidade renal crónica na Poliquistose Renal Autosómica Dominante son:

- A) Hipertensión arterial e proteinuria.
- B) Factores xenéticos, hipertensión arterial e proteinuria.
- C) Factores xenéticos, hipertensión arterial e eventos urolóxicos.
- D) Factores xenéticos, volume renal total e hipertensión arterial.

62. Unha Insuficiencia Renal Aguda estadio 2, segundo a clasificación KDIGO, defínese por:

- A) Creatinina 2,0 – 2,9 veces a basal e/ou diurese menor de 0,5 ml/kg/h durante 12 horas ou máis.
- B) Diurese menor de 0,5 ml/kg/h durante 6 horas.
- C) Aumento de creatinina maior de 4 mg/dl.
- D) Anuria durante máis de 12 horas.

63. Respecto á hiperfosfatemia asociada á enfermidade renal crónica, diga cal das seguintes afirmacións é CORRECTA:

- A) Estimula directamente a secreción de PTH ao modificar a estrutura do receptor sensor de calcio paratiroideo.
- B) O efecto compensador do aumento nos niveis de FGF23 e PTH vaise facendo ineficiente a partir do estadio 3, e ata un 20% dos pacientes en estadio 3b presentan hiperfosfatemia franca.
- C) Os niveis de fósforo non adoitan cambiar significativamente en períodos de tempo curtos, polo que os axustes no tratamento deben seguir a cada determinación.
- D) A biodispoñibilidade do fósforo presente nos aditivos alimentarios sitúase ao redor de 50%, como media.

64. En relación aos efectos adversos da obesidade sobre a función renal, diga cal das seguintes afirmacións é CORRECTA:

- A) En pacientes sen enfermidade renal preexistente a obesidade por si mesma non asocia un risco incrementado de desenvolver enfermidade renal crónica.
- B) En pacientes con enfermidade renal crónica, só a obesidade mórbida (grao III) parece asociar un declive acelerado do filtrado glomerular.
- C) Algúns pacientes obesos desenvolven proteinuria importante, cun patrón histolóxico moi similar á glomeruloesclerose diabética, pero reversible se se consegue unha perda significativa de peso.
- D) Está demostrado que a corrección da obesidade mediante dieta ou cirurxía bariátrica ten un efecto beneficioso sobre o ritmo de declive do filtrado glomerular.

65. Respecto ao uso de micofenolato no transplante renal, diga cal das seguintes afirmacións é CORRECTA:

- A) A dose equivalente aproximada de micofenolato mofetil (CellCept) e micofenolato sódico con cuberta entérica (Myfortic) é de 500 a 180 mg, respectivamente.
- B) No postransplante precoz, tanto a dose de CellCept como a de Myfortic deben reducirse por norma polo menos un 50% en caso de non función inicial do enxerto.
- C) A administración conxunta con aciclovir ou valaciclovir reduce os niveis plasmáticos de micofenolato.
- D) O efecto adverso significativo máis frecuente de micofenolato mofetil é a diarrea persistente, podendo obrigarlle á súa suspensión.

66. Para realizar a hemodiálise en liña utilízase auga ultrapura o altamente purificada que precisa todos os seguintes EXCEPTO:

- A) dobre osmose inversa en serie ou osmose inversa cun desionizador
- B) condutividade máxima de 5 microSievens
- C) Contaxe bacteriana menor de 100 UFC/100 ml
- D) Nivel de endotoxinas menor de 0.03 UF/ml

67. De acordo ás Guías ISPD 2021 para a avaliación da función da membrana peritoneal en Diálise Peritoneal, o déficit intrínseco de ultrafiltración vén definido por:

- A) Unha razón dializado-plasma de creatinina superior a 0,80 observada na primeira proba de equilibrio peritoneal realizada tras o inicio de Diálise Peritoneal, asociada a unha baixa ultrafiltración en contexto clínico.
- B) Un cribado de sodio inferior a 10 mmol/L aos 60 minutos da primeira proba de equilibrio peritoneal con solución de glicosa ao 3,86/4,25% realizada tras o inicio de Diálise Peritoneal.
- C) Unha baixa conductancia osmótica á glicosa obxectivada nos primeiros meses de tratamento con Diálise Peritoneal.
- D) Unha ultrafiltración aos 240 minutos inferior a 400 mL tras un intercambio con solución de glicosa ao 3,86/4,25% nunha proba de equilibrio peritoneal realizada en calquera momento tras o inicio de Diálise Peritoneal, sen que exista un antecedente de peritonite ou outra agresión á membrana peritoneal.

68. A hemodiafiltración en liña:

- A) Precisa un volume convectivo maior do 15% do sangue procesado (en postdilución).
- B) Diminúe a mortalidade xeral de causa cardiovascular e non cardiovascular.
- C) O volume de reposición en postdilución debe ser polo menos de 18 litros por sesión.
- D) Non debe realizarse a través dun catéter central.

69. Na avaliación dun paciente para a súa inclusión en lista de espera (LE) de trasplante renal, unha das seguintes afirmacións é CORRECTA:

- A) Os diabéticos menores de 50 anos poden transplantarse directamente, sen avaliación cardiolóxica previa.
- B) Os pacientes en diálise con antecedentes de ACV isquémico, nunca poderán ser incluídos en LE.
- C) Aquelas pacientes con cancro in situ de cervix (extirpado completamente), deben esperar alomenos 2 anos para ser incluídas en LE.
- D) Os pacientes cun ecocardiograma de estrés con dobutamina positivo, deberán ser sometidos a unha coronariografía antes da súa inclusión en LE.

70. No SIADH NON é característico:

- A) Hiponatremia e hipoosmolaridade.
- B) Osmolaridade urinaria inapropiadamente alta (> 100 mosmol/kg).
- C) Hipervolemia con presenza de importantes edemas.
- D) Equilibrio ácido-base e balance de K normal.

71. Respecto ao manexo da hipertensión arterial en pacientes con enfermidade renal crónica estadio 3-4, a Guía Kdigo 2021 suxire (diga cal é CORRECTA):

- A) Utilizar de forma indistinta a tensión arterial medida de forma estandarizada en consulta e a obtida en medicións ambulatorias para monitorar aos pacientes.
- B) Manter unha tensión arterial sistólica igual ou inferior a 130 mm Hg.
- C) Realizar exercicio físico durante unha hora diaria, adaptándose ao estado cardiovascular e a condición física do paciente.
- D) Prescribir antagonistas do eixo renina-anxiotensina-aldosterona aos pacientes non diabéticos con albuminuria moderada (A2).

72. Respecto ao tratamento con antagonistas do eixo renina-anxiotensina-aldosterona no paciente con enfermidade renal diabética, con albuminuria e hipertensión arterial, diga cal das seguintes afirmacións é CORRECTA:

- A) Non supón un problema que a función renal se deteriore nas primeiras semanas de tratamento, sempre que a creatinina plasmática non se eleve máis dun 30%.
- B) Non son recomendables as escaladas progresivas na dose de inhibidores do enzima de conversión (IECA) ou antagonistas do receptor de anxiotensina (ARA) aínda que non haxa efectos adversos aparentes, sendo preferible asociar outro antihipertensivo de distinto mecanismo de acción.
- C) Non é conveniente asociar antagonistas do receptor mineralocorticoide en pacientes xa tratados cun IECA ou ARA.
- D) A incidencia de anxioedema é similar en pacientes tratados con IECA e ARA.

73. Respecto á Nefrite Intersticial Aguda (NIA), unha das seguintes afirmacións é FALSA:

- A) A NIA por fármacos é dose dependente.
- B) O diagnóstico definitivo é histolóxico.
- C) Trala exposición ao fármaco, o momento no que se produce a NIA é variable.
- D) É frecuente encontrar diferentes graos de proteinuria.

74. Nun paciente de 50 anos que presenta episodios de HTA paroxística, cefalea pulsátil, sudoración, palpitacións e palidez, asociado á toma de antidepressivos tricíclicos, o diagnóstico máis probable será:

- A) Hiperparatiroidismo.
- B) Feocromocitoma.
- C) Síndrome de Cushing.
- D) Aldosteronismo primario.

75. Respecto ao uso clínico de inhibidores do receptor de rapamicina (mTOR) para a prevención do rexeitamento do transplante renal, as seguintes afirmacións son correctas, excepto unha. Diga cal é a INCORRECTA:

- A) En moitos centros limitase ou evítase o seu uso no postransplante inmediato, polo seu pobre perfil de efectos adversos nesta fase.
- B) Parecen asociar unha maior incidencia de infección por citomegalovirus.
- C) Parecen asociar unha menor incidencia de neoplasias cutáneas non melanoma.
- D) Están contraindicados no embarazo.

76. En relación coa Insuficiencia Renal Aguda (IRA), sinala a asociación CORRECTA:

- A) IRA prerrenal – Excreción fraccional de sodio (FFNa) maior do 2%.
- B) Trombose arteria renal – Diminución de lactodeshidrogenasa (LDH).
- C) Necrose tubular aguda (NTA) – Cilindros pigmentados no sedimento.
- D) Síndrome de lise tumoral – Hipouricemia.

77. A Guía Kdigo 2021 para o manexo da hipertensión arterial en pacientes con enfermidade renal crónica recomenda para estes pacientes unha inxesta de sodio non superior a 90 mm por día. Isto vén representar, aproximadamente:

- A) 2 gramos de sal.
- B) 5 gramos de sal.
- C) 7 gramos de sal.
- D) 8 gramos de sal.

78. Sinala a afirmación INCORRECTA relacionada coa nefrotoxicidade por contrastes iodados:

- A) Débese expandir moderadamente a volemia antes e despois do procedemento radiolóxico.
- B) O uso de diuréticos de asa de forma profiláctica prevén o dano renal.
- C) Un dos mecanismos que contribúen á nefrotoxicidade é a redución do fluxo sanguíneo renal debido a vasoconstrición.
- D) O uso de contraste isosmolar, en pacientes de risco intermedio e alto, é aconsellable para reducir o dano renal.

79. Respecto á infección e enfermidade por Citomegalovirus (CMV) no paciente transplantado renal, só unha afirmación é CORRECTA:

- A) O transplante dun doante seronegativo fronte a CMV a un receptor seropositivo (D-/R+) constitúe o principal factor de risco da enfermidade.
- B) É unha complicación infrecuente e adoita aparecer despois do primeiro ano postransplante.
- C) O uso de axentes antilinfocitarios e Micofenolato asóciase cunha diminución significativa do risco de padecer infección por CMV.
- D) En pacientes seronegativos con doantes seropositivos (D+ /R-) recoméndase profilaxe universal con Valganciclovir durante 6 meses postransplante.

80. Con respecto á histoloxía renal nas vasculite ANCA positivas, sinala a FALSA:

- A) O aspecto histolóxico na microscopía óptica é indistinguible da enfermidade por anticorpos anti-membrana basal glomerular, salvo a frecuente presenza simultánea na vasculitis de lesións necrotizantes agudas e crónicas de esclerosis.
- B) Máis aló das áreas de necrose fibrinoide focal e semilúas, os fragmentos de glomérulos intactos non mostran anomalías significativas.
- C) A inflamación periglomerular pode dar un aspecto granulomatoso, pero a presenza de granulomas necrotizantes non centrados no glomérulo senón no intersticio ou perivascular aumenta a sospeita de granulomatose con polianxeite fronte á polianxeite microscópica.
- D) Na inmunofluorescencia é característica a positividade intensa para IgG, IgM e en ocasións IgA, xunto a compoñentes do complemento, C3, C4, a nivel do mesanxio, a parede capilar e mesmo a cápsula de Bowman.

81. Cal NON é causa de acidose metabólica Anión Gap aumentada?:

- A) Acidose láctica.
- B) Acidose metabólica secundaria a insuficiencia renal.
- C) Acidose metabólica secundaria a intoxicación por etilenglicol.
- D) Acidose tubular renal tipo 2.

82. A que clase da nefropatía lúpica, segundo a clasificación da ISN/RPS, pertencería un paciente coa seguinte descrición: menos da metade dos glomérulos presentan lesións segmentarias ou globais de proliferación endocapilar ou extracapilar, con depósitos subendoteliais?:

- A) Clase I.
- B) Clase IV.
- C) Clase III.
- D) Clase V.

83. Respecto ao tratamento da acidose en pacientes con enfermidade renal crónica avanzada (non en tratamento renal substitutivo), cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA?:

- A) Hai que evitar a sobrecorrección, xa que hai indicios dunha relación en U entre bicarbonatemia e mortalidade.
- B) Existe evidencia de ensaios aleatorizados indicando que a corrección da acidose atenúa o ritmo de declive da función renal.
- C) Ao comezo do tratamento con bicarbonato sódico prodúcese habitualmente un empeoramento no control da hipertensión arterial que, na maioría dos casos, obriga a axustes no tratamento antihipertensivo.
- D) O tratamento con algúns quelantes do fósforo pode contribuír significativamente á corrección deste trastorno.

84. Cal das seguintes condicións NON se asociou á nefropatía de cambios mínimos:

- A) Fármacos como antiinflamatorios non esteroideos, interferón ou rifampicina.
- B) Procesos linfoproliferativos como linfoma de Hodgkin.
- C) Patoloxías que favorezan a hipertensión intraglomerular como a obesidade.
- D) Transplante de medula ósea (sobre todo nos primeiros meses).

85. En canto ao tratamento das vasculite ANCA positivas, sinala a falsa:

- A) A combinación de corticoides con ciclofosfamida ou rituximab é o tratamento de indución recomendado.
- B) A administración oral de ciclofosfamida permite unha dose acumulada total menor, aínda que se adoita asociar a máis recidivas que a administración en bolus.
- C) Debe realizarse profilaxe con doses baixas de trimetoprima sulfametoxazol ou algunha alternativa, mentres se estea administrando ciclofosfamida ou durante 6 meses se se administra rituximab.
- D) Deberían medirse os niveis de IgG antes de administrar rituximab e aos 6 meses, para previr a hipogammaglobulinemia asociada a este fármaco.

86. Que NON esperarías atopar na reagudización da nefropatía lúpica?:

- A) Elevación de anticorpos anti DNA.
- B) Aumento da actividade inflamatoria no sedimento urinario con hematuria.
- C) Elevación dos niveis de C4.
- D) Incremento da proteinuria.

87. Respecto á hemodiafiltración en liña sinala a afirmación FALSA:

- A) Require polo menos dous filtros de endotoxinas intercalados no circuíto do líquido de diálise.
- B) A modalidade mid dilution consegue os mesmos resultados en mortalidade e eventos cardiovasculares que a postdilution.
- C) Ten alta eliminación de moléculas medianas.
- D) Precisa xeralmente un fluxo sanguíneo maior de 350/ml/min.

88. Na estratexia básica de tratamento farmacolóxico para a Hipertensión arterial (HTA) non complicada, NON figura como parte dunha posible combinación inicial:

- A) Olmesartán.
- B) Minoxidil.
- C) Hidroclorotiazida.
- D) Nifedipino.

89. En relación aos datos do último Rexistro Español de Diálise e Transplante Renal publicado, todas as afirmacións seguintes sobre a enfermidade renal diabética son correctas excepto unha. Diga cal é a INCORRECTA:

- A) A incidencia de pacientes con enfermidade renal diabética en programas de tratamento renal substitutivo sitúase actualmente por encima de 35 por millón de poboación e ano.
- B) Ao redor dun 35% dos pacientes incidentes en tratamento renal substitutivo (incluído transplante anticipado) presentan actualmente enfermidade renal diabética.
- C) Ao redor dun 16% dos pacientes prevalectes en tratamento renal substitutivo (incluído transplante) presentan actualmente enfermidade renal diabética.
- D) A presenza de enfermidade renal diabética asocia un aumento axustado do risco de mortalidade en torno ao 25%, para o conxunto da poboación en tratamento renal substitutivo.

90. Respecto ao trastorno óseo–mineral na enfermidade renal crónica (non en tratamento renal substitutivo), diga cal das seguintes afirmacións é CORRECTA:

- A) O hiperparatiroidismo secundario adoita facerse patente a partir do estadio 3b, polo que as vixentes normas Kdigo recomendan empezar a monitorizalo ao entrar nesa fase.
- B) De acordo ás normas Kdigo, o produto calcio x fósforo, a PTH e a fosfatasa alcalina deben ser a base da monitorización nestes pacientes.
- C) Unha elevación do calcio iónico con niveis normais ou elevados de PTH suxire hiperparatiroidismo primario, sendo conveniente realizar unha proba de imaxe para descartar un adenoma paratiroideo.
- D) O hiperparatiroidismo terciario ofrece unha pobre resposta a calcimiméticos, polo que o tratamento de elección é a paratiroidectomía subtotal.

91. Sinale a resposta FALSA con respecto á glomerulonefrite C3:

- A) Caracterízase por unha tinguadura dominante de C3 con pouca expresión de inmunoglobulinas, C4 ou C1q.
- B) Na súa patoxenia está implicada unha disregulación da activación da vía alternativa do complemento.
- C) A súa expresión clínica é variable pero adoita presentar hipocomplementemia a expensas de C3 con C4 normal.
- D) C3NEF sempre se correlaciona coa actividade da enfermidade.

92. Cal das seguintes afirmacións é CORRECTA referente ao embolismo por cristais de colesterol (Enfermidade Ateroembólica)?:

- A) A afectación renal é excepcional (obsérvase en menos do 10 % de casos).
- B) O sexo feminino e a idade menor de 50 anos son factores de risco para o seu desenvolvemento.
- C) En ocasións obsérvase hipocomplementemia a expensas de C3 e C4.
- D) A ausencia de proteinuria e de hematuria orienta ao diagnóstico.

93. Sobre a hipertensión arterial que xorde na segunda metade da sesión de hemodiálise NON É CERTO:

- A) Suxírese debida a unha alteración do balance entre óxido nítrico e endotelina 1.
- B) Suxírese debida a disfunción endotelial.
- C) Relaciónase con baixas concentracións de sodio e calcio no líquido de diálise.
- D) O carvedilol pode ser efectivo.

94. Cal das seguintes NON é unha causa de hiperpotasemia:

- A) Insuficiencia renal principalmente cando desenvolven oliguria.
- B) Hipoaldosteronismo hiporreninémico.
- C) Síndrome de lise tumoral.
- D) Síndrome de Liddle, asociada a alcalose e TA elevada.

95. Respecto á hipertensión arterial (HTA) secundaria, é CERTO que:

- A) As causas xenéticas da HTA secundaria adoitan estar relacionadas con trastornos monoxénicos (como o aldosteronismo tratable con glucocorticoides ou a síndrome de Liddle, entre outros).
- B) A prevalencia da HTA secundaria é dun 30 – 45 % das persoas con HTA.
- C) A HTA renovascular ateroesclerótica é máis común en mulleres novas.
- D) A Coartación aórtica causa o 5 % da HTA secundaria en adultos de mediana idade (41–65 anos).

96. Os seguintes son factores de risco de hipertrofia ventricular esquerda (HVI) nos pacientes en hemodiálise EXCEPTO:

- A) Hormona paratiroide elevada e 1,25 vitamina D baixa.
- B) Fosforo sérico elevado e balance de Calcio moi positivo.
- C) Anemia.
- D) Factor de crecemento dos fibroblastos 23 (FGF23) baixo.

97. Sinale a resposta CORRECTA con respecto á nefropatía membranosa:

- A) Pode presentarse como primaria producida por anticorpos específicos fronte ao receptor tipo M da fosfolipasa A2 ou ao dominio 17A de a tomospondina tipo 1.
- B) É rara a asociación con procesos neoplásicos mesmo en persoas maiores.
- C) Sempre se presenta como unha síndrome nefrótica.
- D) É unha enfermidade progresiva sen remisións espontáneas.

98. Na forma primaria da Glomeruloesclerose focal e segmentaria NON é característico:

- A) A presenza de fusión difusa dos podocitos na microscopia electrónica.
- B) A presentación clínica como unha síndrome nefrótica completa: clínica e analítica.
- C) Non se identifica ningunha causa secundaria de glomeruloesclerose focal e segmentaria.
- D) Non adoita recidivar no transplante renal.

99. Unha das seguintes afirmacións sobre da Insuficiencia Renal Aguda (IRA) en pacientes hospitalizados por COVID-19 é FALSA:

- A) Está fortemente asociada á insuficiencia respiratoria.
- B) O seu desenvolvemento confire un mal pronóstico.
- C) A maioría dos casos son graves, precisando diálise o 80 % dos pacientes críticos.
- D) Xunto á necrose tubular aguda, detectáronse síndrome de Fanconi e glomeruloesclerose segmentaria e focal colapsante.

100. Sinale a resposta CORRECTA con respecto á clínica da nefropatía IgA:

- A) A presenza de episodios de hematuria macroscópica tras farinxite é a forma de presentación máis frecuente en adultos.
- B) Os pacientes con episodios de macrohematuria xeralmente teñen mellor pronóstico renal que os que presentan microhematuria persistente.
- C) É excepcional a presentación con microhematuria con ou sen proteinuria en adultos.
- D) A presenza de niveis elevados de IgA xunto coa hipertensión arterial son os principais factores de mal pronóstico a ter en conta.

1. Podemos sospeitar a causa dunha Insuficiencia Renal Aguda (IRA) segundo os datos clínicos acompañantes. Cal das seguintes asociacións é INCORRECTA nesta sospeita?:

- A) A nicturia, polaquiúria e dor suprapúbica orientan a unha obstrución de orixe prostática.
- B) Lívido reticularis, nódulos subrutáneos e placas alaranxadas na retina suxiren unha enfermidade ateroembólica.
- C) Nunha paciente con coagulación intravascular diseminada tras un aborto séptico, a necrose cortical é unha causa probable de IRA.
- D) Unha anemia hemolítica microangiopática con historia recente de gastroenterite fai sospeitar unha nefrite intersticial aguda.

2. A nefropatía por cilindros de cadeas lixeiras no mieloma múltiple caracterízase por todo o seguinte, EXCEPTO:

- A) Produce enfermidade renal aguda, non crónica.
- B) Sucede ao comezo da enfermidade ou en calquera outro momento do curso clínico.
- C) É un evento que forma parte da definición de mieloma.
- D) Pode aparecer noutras gammopatías monoclonais.

3. En relación á hipopotasemia, cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA:

- A) A diminución da achega de potasio na dieta é, por sí soa, a principal causa de hipopotasemia.
- B) Pode inducirse hipopotasemia marcada pola administración de factores estimulantes de colonias de granulocitos (GM-CSF) para corrixir unha neutropenia.
- C) Unha causa de hipopotasemia con TA elevada é a hiperactividade mineralcorticoidea como no hiperaldosteronismo primario.
- D) Diversos trastornos tubulares asóciáanse a hipopotasemia, como o síndrome Bartter ou Gitelman.

4. Cal das seguintes afirmacións é CORRECTA con respecto ás glomerulonefrites membranoproliferativas?:

- A) Pódense clasificar en mediadas por inmunocomplexos e mediadas por complemento.
- B) Nas formas mediadas por inmunocomplexos é característica a tinguidura exclusiva para C3 na inmunofluorescencia e a ausencia de depósitos electrodensos en microscopía electrónica.
- C) Na patoxenia da forma mediada por complemento está implicada a activación da vía clásica do complemento en resposta a diversos estímulos externos.
- D) A diferenza da glomerulonefrite postestreptocócica o descenso dos niveis de C3 non é persistente, senón que adoita durar 2 meses.

5. As seguintes alteracións metabólicas poden producir unha Nefropatía Intersticial Crónica, EXCEPTO:

- A) Hiperoxaluria primaria.
- B) Hipercalcemia crónica.
- C) Hiperpotasemia crónica.
- D) Hiperuricemia crónica.

6. Para optimizar a dose de diálise É CERTO que:

- A) Unha superficie do dializador maior de 2 m² non mellora o aclaramento (K) de urea do dializador.
- B) O aumento do fluxo de líquido de diálise ata 750 ml/min mellora a eficacia do aclaramento (K) de urea do dializador entre un 20-25%.
- C) O aumento do fluxo de sangue non inflúe no aclaramento (K) de urea do dializador.
- D) Engadindo convección pódese incrementar a dose de diálise entre un 5 e un 15%.

7. Diga cal das seguintes afirmacións respecto á prescrición de Diálise Peritoneal É CORRECTA, de acordo ás guías ISPD:

- A) O uso de solucións biocompatibles non mostrou efecto sobre o ritmo de declive da función renal residual.
- B) É conveniente manter unha dose depurativa de pequenas moléculas correspondente a un Kt/V igual ou superior a 2,0.
- C) En individuos anciáns, fráxiles ou con mal pronóstico pode estar indicado reducir a dose de diálise para optimizar a calidade de vida.
- D) O control do estado de hidratación débese basear en medicións seriadas de composición corporal mediante bioimpedancia.

8. Respecto á hiperfiltración glomerular que se pode observar en fases precoces da nefropatía diabética, diga cal das seguintes afirmacións é CORRECTA:

- A) Na diabetes tipo 1 esta fase obsérvase de maneira case universal, mentres que na tipo 2 se obxectiva en menos do 20% dos pacientes.
- B) Unha reabsorción anómala de sodio na nefrona proximal xoga un papel relevante na xénese deste fenómeno.
- C) En diabéticos tipo 2 a obesidade, pero non a hipertensión arterial, tende a intensificar a hiperfiltración.
- D) A nivel glomerular, a secreción local de aniotensina II redúcese, como mecanismo compensatorio para reducir a perfusión glomerular aumentada.

9. En canto á patoxenia da nefropatía membranosa, sinala a CORRECTA:

- A) Detéctase a presenza de anticorpos fronte a PLA2R no 70% e fronte a THSD7A no 5-10% das formas primarias.
- B) Os pacientes con formas primarias adoitan ter positividade fronte a PLA2R e fronte a THSD7A simultaneamente.
- C) A positividade para PLA2R na biopsia non se atopou en formas secundarias como sarcoidose ou hepatite B crónica.
- D) A positividade para PLA2R na biopsia obvia a necesidade de despistaxe de causa secundaria como neoplasias.

10. O nivel sérico da fosfatemia nun paciente adulto en programa de hemodiálise debe ser:

- A) 2.5-6.5 mg/dl.
- B) 3.5-7 mg/dl.
- C) Menor de 7 mg/dl.
- D) 3.5-5.5 mg/dl.