



**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, advírtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla 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](http://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. No noso país, das seguintes situacións, cal é unha contraindicación absoluta para a doazón renal de cadáver?:

- A) Positividade VIH.
- B) Necrose tubular aguda.
- C) Enfermidade renal crónica con filtrado glomerular menor ou igual a 60 ml/min.
- D) Ningunha é correcta.

2. Respecto ao estudo TRANSFORM, sinala a opción INCORRECTA:

- A) A interrupción do tratamento foi maior no grupo de everolimus con doses reducidas de inhibidores da calcineurina (ICN) que no grupo con micofenolato (MMF) e dose estándar de ICN.
- B) A taxa de infección por CMV foi menor nos pacientes aleatorizados a recibir everolimus e dose reducida de ICN.
- C) A taxa de infección por virus BK foi menor, aínda que sen alcanzar significación, nos pacientes aleatorizados a recibir everolimus e doses baixas de ICN.
- D) As taxas de supervivencia do enxerto e do paciente foron similares (maiores do 97%) en ambos os dous grupos de tratamento aos 12 meses.

3. Respecto aos mecanismos de acción dos fármacos inmunosupresores, sinala a opción INCORRECTA:

- A) O ácido micofenólico inhibe a síntese de interleuquina-1 e interleuquina-6.
- B) O tacrolimus forma un complexo con FKBP, inhibindo a activación e proliferación de linfocitos T e B.
- C) Os inhibidores de mTOR inhiben os sinais específicos para as citoquinas, formando un complexo con FKBP-12.
- D) A ciclosporina A inhibe a actividade fosfatasa da calcineurina.

4. En cal destes pacientes con enfermidade renal crónica estadio G4 iniciaría tratamento con axentes estimulantes de eritropoietina?

- A) Paciente de 65 anos con nefropatía diabética e cifras de hemoglobina (Hb) 9.5 g/dL, ferritina 120 ng/mL e índice de saturación de transferrina (IST) 12%.
- B) Paciente de 45 anos con poliquistose renal con Hb 9 g/dL, ferritina 300 ng/mL e índice de saturación de transferrina (IST) 35% e tratamento activo para neoplasia renal.
- C) Paciente de 75 anos con etiología da ERC non filiada con Hb 9.8 g/dL, ferritina 300 ng/mL e IST 23% con ingreso por pneumonía 3 meses antes.
- D) Paciente de 57 anos con nefropatía membranosa e Hb 9.5 g/dL, ferritina 250 ng/mL e índice de saturación de transferrina (IST) 28% con antecedente de ictus 1 semana antes.

5. Paciente de 17 anos que acode a Urgencias por malestar xeral. En analítica inicial chama a atención Cr 4.6mg/dL, Hb 6.5 g/dL, 45000 plaquetas. Complétase o estudo con test Coombs negativo, esquistocitos no frotis de sangue periférico e Haptoglobina diminuída. Tamén se realiza un ecocardiograma no que destacan datos de hipertensión pulmonar. Cal das seguintes afirmacións sería CORRECTA neste caso?:

- A) Habería que sospeitar síndrome hemolítica urémica atípica secundario a déficit de cianocobalamina.
- B) Tipicamente presentará niveis de homocisteína baixos.
- C) Tendo en conta a sospeita clínica, neste caso os bloqueantes do complemento non serían a primeira opción de tratamento.
- D) As opcións A e C son correctas.

**6. Cal dos enunciados sobre o fallo de ultrafiltración peritoneal é INCORRECTO?:**

- A) Débesse sospeitar cando a ultrafiltración neta dun test de equilibrio peritoneal é menor de 400 mL (realizado con 3.86% glicosa/4.25% dextrosa) e/ou a ultrafiltración diaria é insuficiente para manter un adecuado control de volemia.
- B) A alteración do transporte de auga libre maniféstase como baixa conductancia osmótica á glicosa.
- C) Unha das medidas terapéuticas a realizar tras obtención de descenso de sodio menor a 3 mEq/L tras drenaxe completa á hora cunha solución de 3.86% glicosa/4.25% dextrosa é o incremento de glicosa/dextrosa na pauta de diálise peritoneal.
- D) O fallo de ultrafiltración tipo III relacionouse clasicamente cun aumento da reabsorción linfática.

**7. En relación co Factor de crecemento fibroblástico (FGF-23), sinala a INCORRECTA:**

- A) Unha das accións do FGF-23 para o control da homeostase do fósforo consiste na súa actividade fosfatúrica.
- B) Reduce a expresión do cotransportador sodio-fosfato IIa nas células do túbulo proximal.
- C) FGF-23 aumenta a actividade de 1-alfa hidroxilasa nas células tubulares.
- D) En pacientes con enfermidade renal crónica, os seus niveis incrementanse en estadios precoces da enfermidade.

**8. Sinala a afirmación CORRECTA na nefropatía por cambios mínimos (NCM):**

- A) Ten un curso clínico crónico marcado por recidivas, adoita responder aos corticoides e, a longo prazo, ten un risco moi baixo de progresión cara á enfermidade renal crónica (ERC).
- B) A microscopia óptica caracterízase pola presenza de hialinose glomerular e, ata no 30% dos casos, adherencias capsulares.
- C) A inmunofluorescencia caracterízase pola presenza de depósitos inmunes en mesanxio.
- D) As respostas A e C son correctas.

**9. Son biomarcadores diagnósticos de insuficiencia renal aguda todos os seguintes, EXCEPTO:**

- A) KIM-1.
- B) NGAL.
- C) IL-16.
- D) L-FABP.

**10. Sinala cal é a resposta CORRECTA sobre as seguintes causas de hipopotasemia:**

- A) Unha das causas máis frecuentes de hipopotasemia por redistribución intracelular de potasio é a acidose metabólica.
- B) O tratamento con corticoides produce hipopotasemia por perdas renais de potasio.
- C) É extraordinaria a aparición de hipopotasemia en pacientes con síndrome diarreica.
- D) Ante un paciente hipertenso con hipopotasemia hai que sospeitar o diagnóstico de hipoaldosteronismo primario.

**11. Segundo as guías da Sociedade Española de Nefroloxía 2021, sinala a resposta CORRECTA sobre os niveis obxectivo (en mg/dL) de calcio plasmático:**

- A) Entre 8 e 9.2 en todos os estadios da enfermidade renal crónica.
- B) Recoméndase explicitamente evitar a hipercalcemia en diálise.
- C) Entre 8 e 10.5 en estadios 3 e 4 da enfermidade renal crónica.
- D) Entre 8 e 10.5 en estadio 5 no diálise.

**12. Segundo as recomendacións do documento de consenso do Grupo de Estudo de Enfermidades Glomerulares da Sociedade Española de Nefroloxía (GLOSEN) para o diagnóstico e tratamento da nefrite lúpica, nos pacientes con nefropatía lúpica (NL) clase II que presenten proteinuria >1g/24h a pesar de bloqueio optimizado do SRAA, cal sería a actitude CORRECTA?:**

- A) Reavaliar ou repetir a biopsia renal para descartar cambio de clase histolóxica.
- B) Manter o tratamento con IECA ou ARA2 a doses máximas toleradas polo menos 18 meses e valorar engadir iSGLT2.
- C) Se se confirman os achados da primeira biopsia renal, engadir ao tratamento corticoides e micofenolato durante 6 a 12 meses.
- D) As opcións A e C son correctas.

**13. Indique cal das seguintes patoloxías cursa con acidose metabólica con hiato aniónico (anión GAP) normal:**

- A) Cetoacidose diabética.
- B) Abuso de laxantes.
- C) Insuficiencia hepatocelular grave.
- D) Intoxicación por metformina.

**14. Respecto á nefropatía IgA, sinala a opción INCORRECTA:**

- A) Menos do 10% presenta síndrome nefrótica ou unha glomerulonefrite rapidamente progresiva.
- B) Respecto aos péptidos relacionados co factor H do complemento (CFHR): CFHR-3 e CFHR-1 a súa deleción resulta nun factor protector.
- C) A presenza de depósitos mesanxiais de IgA en biopsias de individuos sans é frecuente.
- D) A presenza de C3 nas biopsias ocorre ata no 50% dos casos.

**15. En relación co hiperaldosteronismo primario (HAP), sinala o INCORRECTO:**

- A) Más da metade dos casos de HAP non presentan hipopotasemia.
- B) A aparición de hipopotasemia depende da inxesta de sal.
- C) Se a concentración de aldosterona está moi elevada e a de renina moi baixa, a pesar da toma de diuréticos ou fármacos bloqueantes do SRAA, non será necesaria a suspensión destes fármacos para a determinación do cociente aldosterona/renina.
- D) Recoméndase dieta con restrición estrita de sal os días previos á realización da determinación do cociente aldosterona/renina.

**16. Con respecto á fisiopatoloxía da Síndrome Hemolítica Urémica atípica (SHUa), sinala a afirmación FALSA:**

- A) É unha característica común a todos os tipos de SHUa que o dano principal ocorre na célula endotelial.
- B) A desregulación da vía alternativa do complemento ocorre en fase fluída, a nivel sérico.
- C) O complexo atacante de membrana (CAM) é unha canle que vai provocar un desequilibrio iónico no interior celular que conduce á morte da célula endotelial.
- D) A desregulación da vía alternativa do complemento pode estar causada por alteracións xenéticas nos xenes que codifican as proteínas reguladoras ou nas proteínas activadoras do complemento.

**17. Segundo se dispón no documento de consenso da Sociedade Española de Nefroloxía (SEN), en relación cos criterios de rápido progresador na poliquistose renal do adulto tipo 1 (PKD1), en que caso NON está indicado iniciar Tolvaptán?:**

- A) Clase 1C da clínica Mayo con diminución do filtrado glomerular 3.5 ml/min ano durante 3 anos.
- B) Mutación truncante en home de 37 anos con inicio de HTA.
- C) Mutación non truncante en home hipertenso de 31 anos e dor quística.
- D) Clase 1C da clínica Mayo con historia familiar de terapia renal substitutiva antes dos 58 anos.

**18. Dentro da adecuación do esforzo terapéutico en diálise inclúese o concepto de diálise paliativa. Sinale o enunciado INCORRECTO:**

- A) Axústase a pauta/frecuencia de diálise para minimizar síntomas e a carga de tratamento.
- B) É preferible un catéter venoso central tunelizado se a fístula arteriovenosa supón un risco de complicacións ou molestias para o paciente.
- C) A restrición dietética concíbese só se é necesaria para o control de síntomas e mellorar a calidade de vida.
- D) O tratamento con quelantes de fósforo, calciomiméticos e análogos de vitamina D pautaranse para alcanzar os obxectivos óseo-minerais establecidos nas guías clínicas pola súa estreita relación con eventos cardiovasculares adversos.

**19. Sinale o enunciado INCORRECTO sobre a calcifilaxia:**

- A) Considéranse factores de risco o sexo feminino e o uso de antagonistas da vitamina K.
- B) No tratamento recoméndase aumentar a dose de diálise e mellorar o estado nutricional.
- C) O inicio rápido do tratamento é fundamental para previr a progresión das lesións e a súa sobreinfección.
- D) Afecta, sobre todo, aos pacientes con ERC estadios 3–4b e é debida á calcificación progresiva e crónica dos vasos de pequeno calibre seguida por trombose súbita da luz residual.

**20. Describíronse como posibles causas de hipertensión intradiálise todas as seguintes EXCEPTO unha. Sinálea:**

- A) Perda de sodio en hemodiálise.
- B) Rixidez vascular.
- C) Eliminación de hipotensores coa hemodiálise.
- D) Activación do sistema nervioso simpático.

**21. Sobre a toxicidade renal por litio, todas son manifestacións clínicas frecuentes, EXCEPTO:**

- A) Nefrite intersticial crónica.
- B) Acidose tubular renal distal tipo 4.
- C) Diabetes insípida nefroxénica.
- D) Hipercalcemia.

**22. Segundo as recomendacións da guía sobre o diagnóstico e tratamento da hipertensión arterial da Sociedade Española de Hipertensión – Liga Española para a Loita contra a Hipertensión Arterial (SEH–LELHA) de 2022, sinala a CORRECTA:**

- A) En pacientes > 80 anos ou en situacións de fragilidade o inicio do tratamento considerarase con PA sistólica  $\geq 160$  mmHg.
- B) O obxectivo de control xeral será unha PA sistólica entre 120–130 mmHg na maioría dos/das pacientes.
- C) Nos casos que se requiran tres fármacos, a combinación preferible é a de IECA ou ARA II con calcioantagonista e con betabloqueante.
- D) Considerarase o inicio de tratamento antihipertensivo combinado, especialmente en casos de pacientes con PA basal próxima aos obxectivos terapéuticos e en pacientes fráxiles.

**23. Ante un paciente diabético tipo 2 con enfermidade renal crónica, sinala a CORRECTA segundo as guías KDIGO 2022:**

- A) En liñas xerais, recoméndase iniciar insulina e suspender a metformina e o iSGLT2 se con estes dous fármacos non se alcanzan os obxectivos de glicemia.
- B) Na monitorización dos niveis de glicemia, a fiabilidade da hemoglobina glicosilada diminúe considerablemente en pacientes en diálise.
- C) A hemoglobina glicosilada obxectivo nos pacientes con enfermidade renal crónica estadio 2–4b é dun 6,5% ou menor.
- D) Recoméndanse 60 minutos diarios de exercicio físico de intensidade moderada (sempre adaptada ás comorbilidades e tolerancia física do paciente).

**24. Sinala a INCORRECTA con respecto ao tratamento da síndrome hepatorenal (SHR):**

- A) A terapia de substitución renal, en xeral, non está indicada.
- B) Os pacientes con SHR tipo 2 sen complicacións asociadas poden tratarse de forma ambulatoria.
- C) O tratamento con vasoconstrictores e albumina asociada a diuréticos é o tratamento inicial de elección da SHR tipo 1.
- D) O tratamento definitivo para a SHR tipo 1 é o transplante hepático.

**25. Con respecto ao manexo de pacientes diabéticos tipo 2 con enfermidade renal crónica e baseándonos nas guías KDIGO 2022, sinala a actuación que considera CORRECTA:**

- A) Suspender o tratamento con iSGLT2 cando o filtrado cae por baixo de  $30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ .
- B) Evitar o uso de metformina en pacientes transplantados renais con DM tipo 2 e filtrado glomerular estimado maior de  $30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ .
- C) Iniciar un iSGLT2 en pacientes con filtrados maiores de  $20 \text{ ml/min/1,73m}^2$  excepto naqueles con antecedente de estenose aórtica moderada ou severa.
- D) Recoméndase manter o tratamento con iSGLT2 aínda que tras o seu inicio se produza un descenso do filtrado glomerular estimado de ata o 30% aínda que este rango non está claramente definido.

**26. Segundo as recomendacións das últimas guías KDIGO de enfermidades glomerulares respecto ao diagnóstico e tratamento na glomeruloesclerose focal e segmentaria (GSFS) sinala a resposta INCORRECTA:**

- A) En pacientes adultos con patrón de GSFS sen síndrome nefrótico debe estudarse a posibilidade de forma secundaria.
- B) Recoméndanse doses altas de corticoides como tratamento de primeira liña en pacientes con GSFS primaria.
- C) Naqueles/as pacientes con GSFS primaria que responden a corticoides o tratamento debe manterse un máximo de 12 semanas.
- D) En pacientes con GSFS primaria con contraindicacións ao uso de corticoides debe considerarse o uso de anticalcineurínicos.

**27. En diálise, son indicacións de anticoagulación rexional con citrato todas as seguintes EXCEPTO unha. Sinálela:**

- A) Técnicas continuas en paciente crítico.
- B) Disfunción hepática severa.
- C) Trombopenia inducida por heparina tipo III.
- D) Trombopenia inducida por heparina tipo II.

**28. Con respecto ás paraproteinemias, sinala a FALSA:**

- A) Os mecanismos de dano renal na gammapatía monoclonal dependerán da cantidade de paraproteína sintetizada, do tipo de inmunoglobulina, da súa estrutura e características morfolóxicas e fisicoquímicas.
- B) No mieloma múltiple as cadeas lixeiras precipitan nos túbulos como resultado da unión coa uromodulina, unha proteína normalmente secretada polas células da rama ascendente grosa da asa de Henle.
- C) Os diuréticos de asa e os antiinflamatorios non esteroides poden promover a precipitación intratubular das cadeas lixeiras.
- D) Nos pacientes con nefropatía por cilindros de cadeas lixeiras asociada a mieloma múltiple está amplamente demostrado o beneficio do uso de membranas de diálise "high cut-off" para mellorar a supervivencia e o grao de recuperación da función renal.

**29. Sinala cal das seguintes enfermidades renais presenta un risco máis alto de recidiva tras o transplante renal de cadáver:**

- A) Nefropatía IgA.
- B) Glomeruloesclerose focal e segmentaria de causa xenética.
- C) Glomerulopatía membranosa.
- D) Enfermidade dos depósitos densos.

**30. Sobre á nefropatía IgA, que opción é a CORRECTA?:**

- A) Non é unha enfermidade benigna, pois un 20–30% dos casos desenvolven enfermidade renal crónica (ERC) terminal aos 20 anos da diagnose.
- B) Unha proteinuria de máis de 1g/día ten un risco de ERC terminal 46 veces superior aos pacientes con proteinuria menor de 0.5 g/día.
- C) O tratamento inmunosupresor da glomerulonefrite IgA rapidamente progresiva non se avaliou en ensaios clínicos.
- D) Todas son correctas.

**31. Sinale a afirmación CORRECTA sobre as causas de HTA secundaria:**

- A) Tanto hipertiroidismo como hipotiroidismo poden ser causas de HTA secundaria.
- B) Algúns antidepressivos como Fluoxetina ou Venlafaxina poden incrementar a PA.
- C) O hiperparatiroidismo primario atópase entre as causas de HTA secundaria.
- D) Todas son correctas.

**32. Nun/unha paciente con glomeruloesclerose focal e segmentaria (GSFS) primaria resistente a corticoides, cal sería a actitude CORRECTA segundo as recomendacións das guías KDIGO?:**

- A) Manter tratamento con corticoides a doses medias (0.5mg/Kg) durante polo menos 6 meses.
- B) Iniciar tratamento con ciclosporina ou tacrolimus durante polo menos 6 meses.
- C) Iniciar tratamento con rituximab durante polo menos 6 meses.
- D) Suspender o tratamento inmunosupresor e manter só o de soporte.

**33. Cal das seguintes NON é considerada entre as causas da síndrome nefrótica?:**

- A) Infeccións bacterianas.
- B) Alopurinol.
- C) Hipotiroidismo.
- D) Sarcoidose.

**34. Segundo as guías KDIGO 2017 sobre metabolismo óseo mineral na enfermidade renal crónica (ERC), sinale a INCORRECTA:**

- A) Recoméndase monitorizar os niveis séricos de calcio, fósforo, PTH e fosfatasa alcalina a partir da ERC estadio G3a.
- B) Nos pacientes con ERC estadios G3a–5 non diálise, descoñécese o nivel óptimo de PTH.
- C) Nos pacientes con ERC estadios G3a–5 non diálise, con elevación progresiva dos valores de PTH ou por encima do valor superior da normalidade de maneira persistente deben avaliarse os factores modificables, incluíndo hiperfosfatemia, hipocalcemia, inxesta de fósforo e déficit de vitamina D.
- D) A combinación de calcitriol ou análogos de vitamina D con calcimiméticos non se recomenda como opción de tratamento de cifras alteradas de PTH.

**35. Segundo as recomendacións das guías KDIGO a respecto do tratamento da glomerulonefrite por anticorpos anti-membrana basal glomerular (anti-MBG), sinale a afirmación CORRECTA:**

- A) Recoméndase tratamento inicial con ciclofosfamida e glucocorticoides máis plasmaférese naqueles pacientes con deterioración severa da función renal que requiren hemodiálise no momento do diagnóstico, independentemente de que exista ou non hemorraxia pulmonar.
- B) Nos casos en que a plasmaférese está indicada, recoméndase mantela ata a completa desaparición dos anticorpos anti-MBG.
- C) Recoméndase tratamento de mantemento con rituximab ou azatioprina e doses baixas de glucocorticoides tras a indución da remisión.
- D) Todas as respostas son correctas.

**36. Con respecto ás recomendacións da guía de peritonite de ISPD 2022, sinala a CORRECTA:**

- A) Suxiren limitar ou evitar o uso de antagonistas do receptor histamina 2 para previr a peritonite entérica.
- B) A porcentaxe de peritonite con cultivo negativo debería ser menor ao 25% do total de episodios.
- C) Non se recomenda a realización de reentrenamento tras episodio de peritonite de maneira sistemática, só en casos de peritonite recidivante.
- D) A taxa de peritonite recomendada é  $< 0.8$  episodios/paciente e anos de tratamento.

**37. Na auga de diálise ultrapura os niveis de contaminación microbiolóxica e de endotoxinas admitidos son, respectivamente:**

- A) 100 ou menos UFC/ml e 0,25 ou menos UE/ml.
- B) 10 ou menos UFC/ml e 0,25 ou menos UE/ml.
- C) 10 ou menos UFC/100ml e 0,03 ou menos UE/ml.
- D) Cos sistemas de desinfección actuais, hoxe en día xa non é aceptable a contaminación microbiolóxica en ningún grao.

**38. Dos seguintes fármacos inmunosupresores do transplante renal e os seus efectos adversos, cal está máis relacionado co fallo renal agudo oligúrico?:**

- A) Inmunoglobulinas humanas inespecíficas.
- B) Belatacept.
- C) Timoglobulina.
- D) Imlifidasa.

**39. Con respecto á vasculite crioglobulinémica ou crioglobulinemia, sinala cal é a CORRECTA:**

- A) A crioglobulinemia tipo II é a que con maior frecuencia se atopa en desordes linfoproliferativos, tales como o mieloma múltiple.
- B) A nivel renal, o patrón histolóxico máis frecuente correspóndese cunha glomerulonefrite membranosa cos algúns datos específicos de crioglobulinemia como trombos intraluminais compostos por crioglobulinas na microscopía óptica.
- C) O rituximab considérase o fármaco de elección especialmente en pacientes con crioglobulinemia mixta asociada a VHB.
- D) Xunto co tratamento inmunosupresor, a plasmaférese presenta indicación nalgunhas circunstancias como síndrome de hiperviscosidade ou glomerulonefrite rapidamente progresiva.

**40. Para un correcto diagnóstico de peritonite infecciosa en pacientes tratados con diálise peritoneal, sinala a CORRECTA.:**

- A) É imprescindible un cultivo de líquido peritoneal positivo no medio enriquecido para aerobios e anaerobios.
- B) Un líquido peritoneal con  $< 100$  leucocitos/ $\mu\text{L}$  e  $< 50\%$  de polimorfonucleares despois de 2 horas de permanencia de líquido peritoneal sempre exclúe o diagnóstico.
- C) Todos os pacientes con peritonite infecciosa presentan líquido turbio.
- D) Nas peritonites fúnxicas pode haber máis presenza de monocitos que de polimorfonucleares.

41. Avísannos para valorar a unha paciente de 50 anos con creatinina sérica basal de 1,2 mg/dL que acode a Urxencias por diarrea. Na analítica destaca unha creatinina sérica de 3 mg/dL e cuantifícase unha diurese menor de 0,5 ml/kg/hora nas últimas 24 horas. Segundo as guías KDIGO (2012), clasificamos a severidade do dano renal da nosa paciente en:

- A) AKI 1.
- B) AKI 1b.
- C) AKI 2a.
- D) AKI 2.

42. Segundo as Guías KDIGO 2021, relativas á nefropatía membranosa, que opción é a INCORRECTA?:

- A) Non se require unha biopsia renal para confirmar a diagnose de nefropatía membranosa en pacientes con síndrome nefrótica e proba de anticorpos positiva para anti-PLA2R.
- B) En caso de recidiva inicial tras tratamento con Rituximab, a opción recomendable é repetir Rituximab.
- C) Non se require terapia inmunosupresora en pacientes con proteinuria menor de 3.5 g/día, albumina sérica maior de 3 g/dl e filtrado glomerular estimado maior de 60 ml/min 1,73 m<sup>2</sup>.
- D) En caso de recidiva inicial tras tratamento con anticalcineurínicos, unha opción recomendable é ciclofosfamida e corticoides.

43. Todos son efectos secundarios do Tolvaptán, EXCEPTO:

- A) Sede.
- B) Retención urinaria.
- C) Hipopotasemia.
- D) Hiperglucemia.

44. A qué diagnóstico nos orientaría un/unha paciente con datos de retinopatía hipertensiva no fondo de ollo e cifras de PA en consulta de 125/84mmHg?:

- A) HTA de bata branca.
- B) HTA enmascarada.
- C) PA normal-alta.
- D) Ningunha é correcta.

45. Cal das seguintes características NON se considera de alto risco para recidiva da Síndrome Hemolítica Urémica atípica (SHUa) primaria no transplante renal?

- A) Recorrenza precoz en transplante previo.
- B) Mutacións en C3 ou CFB.
- C) Mutacións claramente patoxénicas en CFH.
- D) Mutacións illadas de MCP.

46. A presenza de vasculite-ANCA pode presentarse de maneira conxunta con outros tipos de afectación glomerular por exemplo:

- A) Nefropatía membranosa.
- B) Nefropatía IgA.
- C) Enfermidade de Goodpasture.
- D) Todas son correctas.

**47. Sinale a INCORRECTA sobre a regulación do potasio:**

- A) A insulina aumenta a captación de potasio polas células.
- B) O exercicio favorece a saída de potasio das células ao espazo extracelular.
- C) A elevación de potasio plasmático inhibe a liberación de aldosterona favorecendo a entrada de potasio nas células.
- D) A bomba Na/K ATPasa da membrana celular regula o movemento de potasio cara a dentro e fóra da célula.

**48. Sinale o INCORRECTA respecto ao tratamento da hiperpotasemia cos novos captadores do potasio: patiromer e ciclosilicato de sodio e zirconio (CSZ):**

- A) Trátase de captadores de potasio que actúan a nivel intestinal diminuindo a súa absorción.
- B) O tempo de inicio de acción de patiromer é menor que o de CSZ.
- C) Na actualidade non hai estudos que comparen ambos fármacos.
- D) O seu uso favorece o emprego de inhibidores do sistema renina anxiotensina aldosterona en pacientes con insuficiencia cardíaca e enfermidade renal crónica.

**49. Cal das seguintes é CORRECTA en relación ás solucións de diálise peritoneal:**

- A) Todas as solucións de diálise peritoneal teñen lactato ou bicarbonato como tampón a excepción da icodextrina que presenta unha combinación de ambos.
- B) A solución de aminoácidos ao 1.1% é a que presenta a menor concentración de produtos de degradación da glicosa (PDGs).
- C) As diferentes concentracións de calcio e potasio nas solucións de diálises peritoneal permiten individualizar o tratamento.
- D) As solucións máis biocompatibles presentan pH baixo e concentración de lactato elevada.

**50. Na síndrome hepatorenal, sinale a INCORRECTA:**

- A) A activación do sistema renina–anxiotensina–aldosterona (entre outros) conduce a unha retención de sodio e auga libre.
- B) Caracterízase por un aumento das resistencias vasculares sistémicas secundario a unha vasodilatación da circulación arterial espláncnica inducida pola hipertensión portal.
- C) É característica a ausencia de alteracións histolóxicas renais.
- D) A vasodilatación da circulación arterial espláncnica prodúcese por un aumento de síntese e actividade do óxido nítrico e monóxido de carbono entre outros.

**51. Sinale a resposta INCORRECTA sobre as Unidades de Enfermidade Renal Crónica Avanzada (ERCA):**

- A) Deben ser derivados os pacientes con enfermidade renal crónica irreversible con filtrado glomerular (FG) por baixo de 25 ml/min en, polo menos, dúas determinacións.
- B) Nos criterios de derivación debe terse en conta a idade, comorbilidade, estabilidade funcional ou magnitude da proteinuria, entre outras variables.
- C) En xeral, o tempo ideal de referencia á consulta de ERCA debería ser antes dos 15 meses do inicio estimado do tratamento renal substitutivo.
- D) Unha condición para indicar tratamento conservador/paliativo é que o paciente teña unha enfermidade renal crónica estadio 5.

**52. Con respecto ao tratamento da hipertensión na xestación, sinala a INCORRECTA:**

- A) Labetalol e alfa-metil-DOPA son fármacos de primeira liña no tratamento da HTA na xestación.
- B) Recoméndase o tratamento con ácido acetil salicílico (AAS) a dose de 100–150mg ao deitarse en xestantes con alto ou moderado risco de preeclampsia.
- C) O nifedipino de liberación rápida recoméndase como alternativa no tratamento da HTA en xestantes.
- D) Calcioantagonistas como nifedipino ou verapamilo considéranse compatibles coa lactación.

**53. Sinala a resposta CORRECTA sobre as alteracións lipídicas na enfermidade renal crónica (ERC):**

- A) Segundo as guías vixentes KDIGO debería tratarse a hipertrigliceridemia con fibratos en calquera estadio da ERC sempre que non se administre simultaneamente con estatinas.
- B) As cifras de colesterol LDL e a súa composición son similares ás da poboación sen enfermidade renal.
- C) O perfil lipídico na ERC incrementa a súa capacidade ateroxénica a medida que empeora o filtrado glomerular.
- D) O colesterol-HDL adoita estar en rango normal ou elevado.

**54. Con respecto á nefropatía diabética, sinala a CORRECTA:**

- A) Existen diferenzas significativas nos achados histopatolóxicos da nefropatía diabética debida á DM tipo 1 e 2.
- B) Os nódulos de Kimmelstiel Wilson son lesións mesanxiais nodulares de distribución irregular, características da nefropatía diabética, centradas por matriz acelular e positivas para vermello congo.
- C) A nivel glomerular obsérvanse necroses e cambios inflamatorios, pero raramente se describiron semilúas.
- D) En inmunofluorescencia directa non se observan inmunocomplexos específicos salvo que haxa unha glomerulonefrite superposta.

**55. Entre as estratexias para reducir o fenómeno de tolerancia aos diuréticos, NON se atopa:**

- A) Restrición de sal e líquidos na dieta para previr a retención de sal post-diurético.
- B) Aumentar o intervalo de doses diarias de furosemida aumentando a dose efectiva.
- C) Evitar suspender o diurético de forma abrupta.
- D) Previr ou revertir a alcalose metabólica inducida polo diurético.

**56. Remítenos á consulta unha paciente de 27 anos embarazada de 16 semanas con tensión arterial levemente elevada (138/86 mmHg), rash facial e edema en membros inferiores desde hai 10 días. A creatinina sérica é de 1,4 mg/dL (0,8 mg/dL ao comezo do embarazo) e o cociente proteínas/creatinina en ouriños de 3651 mg/g (non presente ao comezo do embarazo). No momento da consulta os anticorpos antinucleares están pendentes, o nivel de C3 é 82 mg/dL (90–180) e C4 16 mg/dL (10–40). Baseádonos nesta presentación, cal das seguintes actuacións lle parece a máis CORRECTA no manexo da nosa paciente:**

- A) Iniciar tratamento empírico con corticoides por probable nefrite lúpica.
- B) Realizar biopsia renal percutánea guiada por tomografía computadorizada (TC) para minimizar os riscos da técnica.
- C) Realizar biopsia renal percutánea guiada por ecografía en tempo real.
- D) Iniciar tratamento con lisinopril para axudar ao control da presión arterial e da proteinuria.

**57. Nun/nunha paciente con síndrome nefrótica e albúmina sérica menor de 2–2.5g/dl, cal das seguintes NON é unha indicación para iniciar profilaxe anticoagulante segundo as guías KDIGO?:**

- A) Predisposición xenética a tromboembolismos.
- B) Proteinuria maior de 10 gramos / día.
- C) Diabete mellitus tipo 2.
- D) Índice de masa corporal maior de 35kg/m<sup>2</sup>.

**58. Indique a afirmación CORRECTA que debe producirse para que se produza concentración dos ouriños:**

- A) Excreción da carga filtrada de sodio e cloro.
- B) Manter intacto o mecanismo de contracorrente e a hipertonicidade medular renal.
- C) Conservación de auga en resposta ao estímulo da hormona antidiurética.
- D) Todas son correctas.

**59. Sinale a resposta INCORRECTA sobre o tratamento da hiponatremia:**

- A) Nas hiponatremias agudas de menos de 48 horas de duración e síntomas compatibles con hiponatremia severa débese iniciar soro salino hipertónico ao 3% a ritmo variable con monitorización estreita da natremia.
- B) Se a corrección da natremia é maior da esperada pode iniciarse tratamento con soro glicosado ao 5%, con ou sen desmopresina coadxuvante.
- C) Na hiponatremia aguda sintomática débese iniciar o tratamento con soro salino isotónico previo ao hipertónico para minimizar o risco de desmielinización osmótica.
- D) A hiponatremia asintomática non constitúe unha emerxencia terapéutica e o tratamento debe efectuarse en función da etioloxía da hiponatremia.

**60. Segundo a Clasificación de Banff 2017, ante a presenza no enxerto despois do primeiro ano de transplante de inflamación microvascular moderada (g+Ptc >2), anticorpos anti-HLA positivos e depósito de C4d negativo, cal é o tratamento de primeira liña máis apropiado?:**

- A) Corticoides intravenosos.
- B) Plasmaférese, corticoides intravenosos e rituximab.
- C) Corticoides intravenosos e inmunoglobulinas.
- D) Timoglobulina e corticoides.

**61. Segundo as Guías KDIGO 2020, cal dos seguintes tumores ten recomendado un maior tempo de espera para entrar en lista de transplante?:**

- A) Melanoma localizado.
- B) Linfoma Hodgkin localizado.
- C) Vexiga invasivo.
- D) Próstata con Gleason 7.

**62. Identificáronse como causas de desgaste proteico enerxético (DPE) en diálise todas as seguintes, EXCEPTO:**

- A) Diminución de inxesta por anorexia e dietas restritivas.
- B) Acidose metabólica e acumulación de toxinas urémicas.
- C) Hipertiroidismo.
- D) Activación de sistemas proteolíticos como ubiquitina–proteasoma e caspases.

**63. Con respecto ás manifestacións clínicas da síndrome de Alport, sinala a opción INCORRECTA:**

- A) A perda auditiva neurosensorial e as anomalías oculares son comúns nas formas autosómica recesiva e ligada a X, pero non na enfermidade autosómica dominante.
- B) O curso é máis indolente e a insuficiencia renal atrasase ata os 45 a 70 anos, especialmente naqueles con síndrome de Alport autosómica recesiva.
- C) Os episodios recorrentes de hematuria macroscópica son relativamente frecuentes, especialmente durante a infancia e acompañanse de infección respiratoria.
- D) Descríbense aneurismas da aorta torácica e abdominal en pacientes homes relativamente novos.

**64. Segundo as guías sobre o diagnóstico e tratamento da hipertensión arterial da Sociedade Española de Hipertensión – Liga Española para a Loita contra a Hipertensión Arterial (SEH–LELHA) de 2022, unha presión arterial clínica (en consulta) de 170/110mmHg definiríase como:**

- A) HTA grao 3.
- B) HTA grao 2.
- C) HTA grao 1.
- D) Emerxencia hipertensiva.

**65. Cal das seguintes afirmacións relacionadas cos ANCA é FALSA?:**

- A) A maioría dos p–ANCA son anti–MPO e a maioría dos c–ANCA son anti–PR3.
- B) Estes anticorpos non son exclusivos das vasculites de pequeno vaso e poden aparecer noutras entidades (lupus, artrite reumatoide, endocardite, infección VIH,...).
- C) A persistencia de ANCA positivos ou o aumento dos seus niveis na evolución, son bos preditores de recidiva, e deben guiar as decisións no tratamento inmunosupresor.
- D) O valor predictivo positivo dos ANCA para o diagnóstico de vasculite, en presenza dun cadro clínico compatible, é moi elevado.

**66. Cal das seguintes afirmacións sobre o tratamento das vasculite ANCA é CORRECTA?:**

- A) Recoméndase asociación de plasmaférese ao tratamento nos/nas pacientes con presenza concomitante de anticorpos anti–MBG.
- B) Recoméndase, salvo contraindicación, realizar profilaxe contra infeccións oportunistas con trimetoprim–sulfametoxazol en todos/as os/as pacientes que están a recibir terapia inmunosupresora.
- C) En pacientes que, tras 3 meses de tratamento de indución, permanecen dependentes de terapia de depuración extrarrenal e non teñan manifestacións extrarrenais, recoméndase suspender o tratamento.
- D) Todas as afirmacións son correctas.

**67. Segundo o documento de consenso da SEN 2020, na poliquistose renal autosómica dominante do adulto, dos seguintes xenotipos, cal correspondería a un fenotipo máis leve de insuficiencia renal?:**

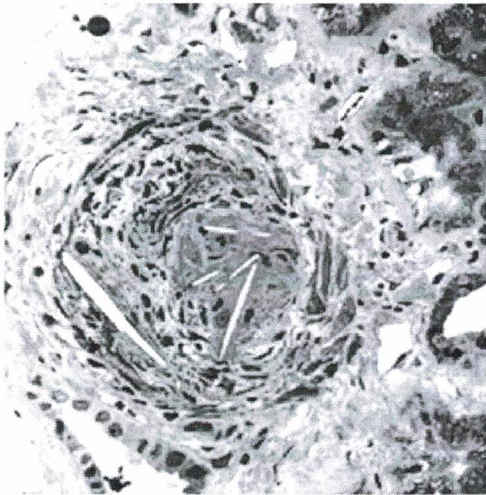
- A) PKD1.
- B) PKD2.
- C) DNAJB11.
- D) GANNAB.

68. En relación ao tratamento da nefrite lúpica, marque a resposta CORRECTA:

- A) Recoméndase manter unha presión arterial (PA) sistólica inferior a 120 mmHg, particularmente en pacientes con proteinuria superior a 0,5 g/24 h.
- B) O obxectivo de control de proteinuria é alcanzar unha proteinuria < 0,7g/24h dentro do primeiro ano de tratamento.
- C) Se os obxectivos de proteinuria formulados non se conseguen co uso optimizado dos bloqueadores do SRAA suxírese valorar a introdución de iSGLT2.
- D) Todas son correctas.

69. Cal das seguintes recomendacións establecidas pola GEMAV (2017) para preservar o capital venoso en pacientes candidatos á hemodiálise é FALSA?

- A) Evitar venopuncións innecesarias na extremidade superior destinada á creación do acceso vascular.
- B) Evitar en todo caso a punción da vea cefálica do brazo e antebrazo non dominante.
- C) Evitar a inserción de catéteres venosos centrais en veas xugulares.
- D) Evitar a colocación de catéteres venosos centrais de inserción periférica (PICC).



70. Acode a Urxencias un paciente de 65 anos diabético e anticoagulado con acenocumarol cunha creatinina sérica de 3,5 mg/dL tres semanas despois dun ingreso en Cirurxía Vascular para realizar unha aortografía diagnóstica e tratamento endovascular. A función renal á alta, catro días despois do procedemento, era de 1,2 mg/dL. Á nosa R1, moi observadora, chámalle a atención a coloración azulada dos dedos dos pés do noso paciente. Coa súa sospeita diagnóstica e os achados na biopsia renal que vemos na imaxe, sinale a INCORRECTA:

- A) A lesión renal adoita presentarse de forma subaguda.
- B) A eosinofilia e a hipocomplementemia, se están presentes, son moi suxestivas desta patoloxía.
- C) É un evento espontáneo inducido por estrés hemodinámico nun 70% dos casos.
- D) O uso de esteroides en combinación con estatinas e aspirina é eficaz e está amplamente demostrado como tratamento específico desta enfermidade.

**71. Respecto á Síndrome de Alport e a enfermidade por anticorpos anti-membrana basal glomerular (anti-MBG) post transplante (tamén coñecida como nefrite post-transplante de Alport), indique a opción INCORRECTA:**

- A) Ocorre xeralmente no primeiro ano post-transplante.
- B) Os homes con Síndrome de Alport ligada ao cromosoma X, desenvolven anticorpos contra a cadea alfa 5 do coláxeno IV e contra a cadea alfa 3 (IV).
- C) Os pacientes con síndrome de Alport autosómica dominante presentan un maior risco.
- D) O estudo inmunolóxico de rutina é negativo para anticorpos anti-MBG.

**72. Cal das seguintes é CORRECTA con respecto á regulación e tratamento do equilibrio ácido-base?**

- A) O ril participa na regulación ácido-base modificando a súa capacidade de segregar ións hidróxeno e a reabsorción do bicarbonato filtrado.
- B) As proteínas e fosfato actúan como amortecedores uníndose de maneira irreversible aos ións hidróxeno.
- C) As acidoses metabólicas con hiato osmolar (anión gap) elevado, como as cetoacidoses diabéticas, benefíciense claramente da administración de bicarbonato.
- D) Nas alcaloses metabólicas non é útil a expansión do volume extracelular con soro salino.

**73. Sinale a resposta CORRECTA con respecto á fisioloxía peritoneal:**

- A) Os principios físico-químicos básicos nos que se fundamenta a diálise peritoneal son a difusión, convección e osmose.
- B) O transporte de solutos faise fundamentalmente por difusión a través dos poros pequenos, dependendo do tamaño da molécula e diferenza de concentración a ambos os dous lados da membrana, entre outros.
- C) Na difusión non interveñen as características intrínsecas da membrana como número e tamaño dos poros, grosor da mesma ou superficie de intercambio.
- D) O transporte de auga realízase por convección intervindo unicamente a diferenza de presións hidrostáticas.

**74. En canto á afectación renal na síndrome de Sjögren, cal é a afirmación CORRECTA?:**

- A) A afectación en forma de nefrite intersticial é a forma máis frecuente.
- B) A afectación glomerular típica é a crioglobulinemia.
- C) A acidose tubular renal distal tipo 1 é outra forma frecuente de presentación clínica.
- D) Todas son correctas.

**75. Das seguintes causas descritas a continuación, cal se asocia á formación de granulomas na nefrite intersticial aguda?:**

- A) Ciprofloxacino.
- B) Sarcoidose.
- C) Brucella.
- D) Todas son correctas.

**76. Con respecto á lesión renal aguda, sinale a FALSA:**

- A) A análise da lipocalina asociada á xelatina de neutrófilos (NGAL) urinaria podería ser potencialmente útil para diferenciar a etioloxía prerrenal da necrose tubular aguda.
- B) A excreción fraccional de sodio adoita ser menor do 1% nos pacientes con lesión renal aguda de orixe prerrenal.
- C) A sepsis e o uso de nefrotóxicos como o contraste intravenoso son causas habituais de necrose tubular aguda.
- D) Os antiinflamatorios non esteroides potencian o efecto vasodilatador das prostaglandinas na arteríola aferente e reducen a taxa de filtración glomerular.

**77. Sobre á infección/nefropatía por virus BK en transplante renal, que enunciado de entre os seguintes é CORRECTO?:**

- A) O tratamento con antivirais demostrou superioridade fronte á diminución de inmunosupresión.
- B) O retransplante, tras perda de enxerto por nefropatía por BK, pasa por realizar nefrectomía do enxerto.
- C) A cistite hemorráxica é unha manifestación clínica habitual.
- D) A viremia ten un valor predictivo positivo de aproximadamente o 50% para o desenvolvemento de nefropatía.

**78. Dos seguintes fármacos inmunosupresores, cal está especialmente contraindicado en caso de seroloxía positiva para o virus de Epstein-Barr?:**

- A) Alemtuzumab.
- B) Belatacept.
- C) Abatacept.
- D) Imlifidasa.

**79. En canto á nefropatía IgA, sinale a opción INCORRECTA:**

- A) Pode presentarse a calquera idade, pero hai unha incidencia máxima na segunda e terceira décadas da vida.
- B) O MEST-C score da clasificación de Oxford pode determinar inicio ou non de tratamento inmunosupresor.
- C) A clasificación de Oxford identifica variables que se correlacionan co prognóstico, independentemente das características clínicas iniciais.
- D) O beneficio clínico sostido dos corticoides non está establecido.

**80. Con respecto á acción dos fármacos diuréticos, sinale a resposta CORRECTA:**

- A) Todos os diuréticos necesitan alcanzar o espazo luminal para actuar.
- B) A furosemida presenta unha biodisponibilidade moi predicible, ao redor do 80% en condicións fisiolóxicas, en contra de torasemida e tiazidas, presentando ambas unha biodisponibilidade impredicible.
- C) A acetazolamida é o único inhibidor da anhidrasa carbónica con efecto diurético.
- D) Os diuréticos tiazídicos e os diuréticos proximais presentan posoloxía oral e intravenosa.

**81. Sinale a resposta CORRECTA sobre a progresión da enfermidade renal crónica (ERC):**

- A) A taxa media de diminución anual do filtrado glomerular é moi estable independentemente da etioloxía da ERC.
- B) A progresión da ERC pode definirse tanto por un descenso confirmado do filtrado glomerular 10 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> /ano ou > 15 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> en cinco anos.
- C) O aumento do cociente albúmina/creatinina en ouriños por si só non é válido para definir progresión da ERC.
- D) O tabaquismo ou a obesidade son factores predictores de progresión da ERC.

**82. Ante un episodio de hemoperitoneo no efluente peritoneal dun paciente a tratamento con diálise peritoneal, sinala a CORRECTA:**

- A) A causa máis frecuente é a rotura de quistes renais en pacientes con poliquistose renal.
- B) A presenza de hemoperitoneo de repetición relacionouse con afectación da membrana peritoneal e a súa función.
- C) Ante un caso de hemoperitoneo débese enviar unha mostra de líquido peritoneal para o seu cultivo dada a frecuente asociación con episodios de peritonite infecciosa.
- D) Os pacientes con hemoperitoneo a tratamento con cicladora deben transferirse a técnica manual xa que diminúe a posibilidade de obstrución do catéter.

**83. Cal dos seguintes mecanismos NON contribúe á deterioración renal na síndrome cardiorrenal?**

- A) Redución da presión arterial.
- B) Aumento da secreción de vasopresina.
- C) Redución da presión venosa intraabdominal.
- D) Aumento da produción de aldosterona.

**84. Segundo a Guía Clínica da Sociedade Española de Nefroloxía para a prevención e tratamento da infección peritoneal en diálise peritoneal do ano 2022, En cal dos seguintes procedementos invasivos recomenda realizar profilaxe antibiótica adecuada? Sinala a CORRECTA:**

- A) Gastroscoopia non complicada.
- B) Biopsia endometrial.
- C) Sondaxe urinaria.
- D) Biopsia renal.

**85. Denominamos hemodiálise de baixo fluxo cando o coeficiente de ultrafiltración do dializador é:**

- A) Menor de 10 ml/h/mmHg.
- B) Menor de 15 ml/h/mmHg.
- C) Menor de 20 ml/h/mmHg.
- D) Menor de 25 ml/h/mmHg.

**86. Respecto a os marcadores serolóxicos no lupus, sinala a resposta INCORRECTA:**

- A) Os anticorpos anti-dsDNA son utilizados como criterio diagnóstico de LES e para o seguimento da actividade lúpica.
- B) Os anticorpos anti-dsDNA son máis frecuentes nas clases proliferativas (III e IV) que nas clases non proliferativas (clase I, II e V).
- C) Os niveis de anti-C1q adoitan diminuír postratamento.
- D) A diminución de C3 e C4 teñen unha óptima correlación coa actividade da nefrite lúpica.

**87. Respecto ao tratamento da enfermidade por CMV en transplante renal, que axente NON sería o máis adecuado en caso de detectarse unha resistencia a Ganciclovir debida a unha mutación UL54?:**

- A) Maribavir.
- B) Inmunoglobulina intravenosa.
- C) Foscarnet.
- D) Cidofovir.

**88. Con respecto á nefropatía asociada a gammopatías monoclonais, sinala a FALSA:**

- A) A nivel renal as cadeas lixeiras Kappa (subgrupo  $\text{V}\kappa\text{1}$ ) están implicadas de forma predominante no desenvolvemento de tubulopatía proximal.
- B) A probabilidade de nefropatía por cilindros de cadeas lixeiras é moi alta ante un fracaso renal agudo cunha concentración elevada de cadeas lixeiras libres en soro (maior ou igual a 500mg/L).
- C) O dano renal a miúdo desencadéase por factores precipitantes como a hipocalcemia ou a toma de diuréticos.
- D) Na amiloidose AL o dano renal prodúcese por depósito de paraproteína en forma de fibrilas (7–12 nm) en mesanxio, membrana basal, intersticio e/ou vasos.

**89. Cal das seguintes entidades NON é unha contraindicación para o emprego de Everolimus de novo no transplante renal?:**

- A) EPOC moderado–severo.
- B) Síndrome hemolítica–urémica atípica.
- C) IMC maior de 35 kg/m<sup>2</sup>.
- D) Nefropatía do coláxeno.

**90. Cal destes pacientes NON debería derivarse desde Atención Primaria a Nefroloxía para estudo e seguimento?:**

- A) Paciente de 75 anos con filtrado glomerular de 51 mL/min/1.73m<sup>2</sup> e microhematuria non urolóxica.
- B) Paciente de 69 anos con filtrado glomerular de 41 mL/min/1.73m<sup>2</sup> sen microalbuminuria e con función renal estable nos últimos 3 anos. Presenta cifras de presión arterial de 160/95 mmHg medidas mediante MAPA e tratado con amlodipino, olmesartan e hidroclorotiazida a doses plenas.
- C) Paciente de 71 anos con filtrado glomerular de 29 mL/min/1.73m<sup>2</sup>.
- D) Paciente de 64 anos con filtrado glomerular de 62 mL/min/1.73m<sup>2</sup> cun cociente albúmina/creatinina en ouriños de 150 mg/g en dúas determinacións a tratamento con ramipril.

**91. As guías KDIGO 2012 sobre anemia e enfermidade renal crónica suxiren o inicio de tratamento con axentes estimuladores da eritropoiese en pacientes en diálise cando os niveis de hemoglobina son:**

- A) Só por debaixo de 8,5 g/dL.
- B) Só por debaixo de 9,0 g/dL.
- C) Entre 9,0 – 10,0 g/dL.
- D) Entre 9,5 – 10,5 g/dL.

**92. En relación ao tratamento da nefrite lúpica (NL), segundo as recomendacións do documento de consenso do Grupo de Estudo de Enfermidades Glomerulares da Sociedade Española de Nefroloxía (GLOSEN), sinala a resposta CORRECTA:**

- A) En pacientes con NL clase V con síndrome nefrótica recoméndase como tratamento de indución desde o inicio, tripla terapia con corticoides, inhibidores da calcineurina e micofenolato.
- B) En pacientes con NL clase V con proteinuria non nefrótica recoméndase como tratamento de indución desde o inicio tripla terapia con corticoides, inhibidores da calcineurina e micofenolato.
- C) En pacientes con NL clase III/IV con proteinuria < 3 g/24 horas e contraindicacións/intolerancia a micofenolato aconséllase dobre tratamento inmunosupresor inicial con corticoides e belimumab.
- D) En pacientes con NL clase III/IV con proteinuria < 3 g/24 horas e contraindicacións/intolerancia a micofenolato aconséllase dobre tratamento inmunosupresor inicial con corticoides e voclosporina.

**93. Respecto aos pacientes candidatos a transplante renal, segundo as Guías KDIGO 2020, cal dos seguintes enunciados é INCORRECTO?:**

- A) Recoméndase que os pacientes HBsAg positivos ou ADN-VHB positivos opten a un transplante, se non teñen cirrose descompensada e están estables con tratamento antiviral, despois da avaliación polo hepatólogo (1B).
- B) Non se recomenda realizar screening de infección por virus BK nos pacientes candidatos (1C).
- C) Non se recomenda diferir o tratamento con antivirais de acción directa nos candidatos VHC positivos con doante vivo (2B).
- D) Non se recomenda que os pacientes con anticorpos anti VHB positivos e HBsAg negativos reciban profilaxe antiviral (1D).

**94. Na infección e bacteriemia asociada ao catéter venoso central para hemodiálise son indicacións de retirada do catéter establecidas pola GEMAV (2017) todas as seguintes EXCEPTO unha. Sinálea:**

- A) Catéter venoso central temporal.
- B) Persistencia de febre ou bacteriemia 12h despois de iniciar un antibiótico adecuado á sensibilidade dos microorganismos.
- C) Evidencia de infección metastásica.
- D) Illamento de microorganismos moi virulentos como o Staphylococcus aureus, Pseudomona spp. ou microorganismos multirresistentes.

**95. Das seguintes opcións, cal é causa de nefropatía membranosa secundaria?:**

- A) VHB.
- B) Sífilis.
- C) Sales de oro.
- D) Todas son correctas.

**96. As guías KDIGO 2022 sobre diabetes mellitus e enfermidade renal crónica fan referencia ao papel dos antagonistas dos receptores mineralocorticoides (ARM) como a finerenona. Sinale a CORRECTA:**

- A) Exponse o seu inicio en pacientes con filtrado glomerular estimado maior de 25 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, potasio sérico en rango e albuminuria maior de 30 mg/g.
- B) Durante o seguimento suspenderase o tratamento con ARM se o potasio sérico é de 4,5 mEq/L ou maior.
- C) Débese suspender o IECA ou ARA II previo ao inicio de ARM por risco de hiperpotasemia.
- D) Está amplamente demostrado o efecto negativo da combinación de ARM e iSGLT2 en pacientes DM tipo 2 polo elevado risco de dano renal agudo.

**97. Con respecto ao acceso vascular para hemodiálise, sinale cal das seguintes recomendacións establecidas pola GEMAV (2017) é VERDADEIRA:**

- A) En pacientes en hemodiálise con FAV protésica recoméndase o tratamento con antiagregantes como prevención da trombose.
- B) Recoméndase a ecografía doppler como exploración de imaxe de primeira elección en mans dun/dunha explorador/a experimentado/a, sen necesidade de fistulografía confirmatoria, para indicar o tratamento electivo ante toda sospeita dunha estenose significativa.
- C) Recoméndase realizar angioplastia dunha estenose non significativa nunha fístula arteriovenosa por presentar alto risco de trombose.
- D) Por ser factor de risco de trombose, recoméndase o tratamento da estenose venosa central en pacientes en hemodiálise, sexa sintomática ou non.

**98. Con respecto aos fármacos usados no tratamento da nefrite lúpica (NL), sinale a resposta CORRECTA:**

- A) Os inhibidores da calcineurina (ciclosporina ou tacrolimus) demostraron unha eficacia similar ao tratamento con micofenolato ou ciclofosfamida no tratamento de indución.
- B) A tripla terapia con voclosporina, corticoides e micofenolato demostrou superioridade significativa fronte a corticoides e micofenolato para inducir remisión en pacientes con NL clases III e IV (con ou sen clase V asociada) cunha taxa de filtrado glomerular basal estimada igual ou maior a 45 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- C) Para pacientes con recaídas frecuentes, intolerancia ou contraindicacións á hidroxicloroquina ou manifestacións extrarrenais persistentes, belimumab é unha alternativa válida, dado que reduce o risco de recaídas.
- D) Todas son correctas.

**99. Sinale a resposta FALSA en relación ao tratamento de mantemento nas vasculites ANCA:**

- A) Recoméndase realizar tratamento de mantemento con rituximab ou azatioprina e doses baixas de glucocorticoides.
- B) O micofenolato podería ser unha alternativa en pacientes con contraindicación ou intolerancia a rituximab ou azatioprina.
- C) Prefírese utilizar rituximab como tratamento de mantemento naqueles/as pacientes con HBsAg positivo.
- D) A duración óptima do tratamento de mantemento con azatioprina e doses baixas de glucocorticoides non está completamente establecida, pero recoméndase polo menos 18 meses tras a indución da remisión.

**100. Para o cálculo da dose de diálise o parámetro máis utilizado é o Kt/V. O aclaramento (K) de urea do dializador depende de todos os seguintes factores, EXCEPTO un:**

- A) Superficie e permeabilidade da membrana.
- B) Fluxo de sangue (Q<sub>b</sub>).
- C) Fluxo do baño de diálise (Q<sub>d</sub>).
- D) Bicarbonato e condutividade de sodio.

Preguntas de reserva

**1. Na poliquistose renal, según o documento de consenso da SEN, recoméndase o tratamento dos aneurismas intracraneais EXCEPTO nun caso:**

- A) Aneurisma intracraneal sintomático
- B) Aneurisma intracraneal maior de 12 mm
- C) Aneurisma intracraneal cavernoso entre 7 e 12 mm da arteria carótida interna
- D) Aneurisma intracraneal sacular menor de 7 mm en paciente xoven

**2. Respecto á afectación renal da sarcoidose, sinale o enunciado CORRECTO:**

- A) A nefrite intersticial ocorre na maior parte dos pacientes con sarcoidose.
- B) A entrada en programa de diálise crónica por sarcoidose é infrecuente.
- C) O tratamento con corticoides baséase en ensaios controlados.
- D) Ningunha é correcta.

**3. Respecto á patoxenia da nefropatía IgA primaria, sinale a opción CORRECTA:**

- A) Hai un aumento na cantidade de IgA polimérica no soro.
- B) Hai unha alta proporción de IgA2 con déficit de galactosa.
- C) Hai alteracións na sialización de IgA1 e IgA2.
- D) Existe activación do complemento pola vía alternativa, pero non pola vía das lectinas.

**4. Cal dos seguintes grupos de fármacos antihipertensivos está contraindicado o debe extremarse a precaución no seu uso en situacións de insuficiencia cardíaca con FEVI reducida?:**

- A) IECA.
- B) Calcioantagonistas non dihidropiridínicos.
- C) Fármacos de acción central.
- D) Todos teñen indicación de uso en pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida.

**5. Con respecto ao rexeitamento crónico mediado por anticorpos, cal é a opción INCORRECTA?:**

- A) A capacidade de fixación de C1q asóciase a risco de perda do enxerto.
- B) Os ensaios clínicos demostraron beneficio do tratamento con inmunoglobulinas e rituximab.
- C) O rexeitamento crónico inactivo mediado por anticorpos caracterízase por ausencia de inflamación microvascular e de depósitos C4d.
- D) É a causa máis frecuente de disfunción crónica do enxerto.

**6. En relación ás neoplasias no transplante renal, das que se citan a continuación ¿cal é a de maior risco de incidencia?:**

- A) Linfoma Hodgkin.
- B) Cancro renal.
- C) Melanoma.
- D) Linfoma non Hodgkin.

**7. Sinale a resposta CORRECTA respecto a a glomerulonefrite focal e segmentaria:**

- A) As formas secundarias teñen unha porcentaxe elevada de recidivas no transplante renal.
- B) Só se deben tratar con inmunosupresión as formas primarias.
- C) Á hora de establecer o tratamento adecuado non é preciso diferenciar entre formas primarias e secundarias.
- D) As respostas A e B son correctas.

**8. Con respecto á lesión renal aguda inducida por contraste, sinale a INCORRECTA:**

- A) Na prevención da lesión renal inducida por contraste recoméndase a administración de volume mediante bicarbonato ou soro salino isotónico intravenosos.
- B) En xeral, os pacientes sen lesión renal aguda coñecida e con TFGe maior ou igual a 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> non requiren de medidas profilácticas.
- C) A dose e o volume de contraste debe reducirse en pacientes de alto risco aínda sabendo que a exploración radiolóxica pode non ser diagnóstica nin eficaz.
- D) As guías KDIGO (2012) suxiren non utilizar a hemodiálise intermitente nin a hemofiltración para eliminar os medios de contraste en pacientes con maior risco de lesión renal inducida por contraste.

9. Sinale cal das seguintes medidas é a MENOS ADECUADA nun paciente de 45 anos laboralmente activo, a tratamento con diálise peritoneal automática, modalidade DPIN, Kt/V semanal de 1.3, diuresis residual de 500 cc/24 horas e perfil de transporte medio alto:

- A) Aumento da dose de diuréticos para aumentar o aclaramento renal e, en consecuencia, aumentar a cifra total de Kt/V.
- B) Aumento do volume dos ciclos coa mesma solución de dextrosa/glicosa.
- C) Cambiar a pauta de cicladora a DPCC con 2 litros de día húmido.
- D) Repetir a adecuación nunha semana antes de realizar cambios na pauta de diálise.

10. Baseándonos nas guías de acceso vascular para hemodiálise GEMAV (2017), sinale a FALSA:

- A) O acceso vascular adecuado e a súa localización debe individualizarse segundo as características do paciente e o resultado do mapa vascular.
- B) En pacientes de alto risco de isquemia suxírese a priorización de fístulas arteriovenosas proximais evitando as anastomoses de gran tamaño (maiores de 7 mm).
- C) Debemos considerar a creación do acceso vascular cando o filtrado glomerular estimado é menor de 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup> e/ou unha estimación de entrada en diálise de 6 meses.
- D) O dispositivo híbrido prótese-catéter tunelizado HeRO (Hemodialysis reliable outflow device) estaría indicado nos casos nos que existe unha obstrución venosa central que impide a realización de calquera outro acceso vascular na extremidade superior.