

**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 sinala 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. - En caso de erro tipográfico ou de transcripción entre o texto editado en galego e o editado en castelán, do cuestionario bilingüe, prevalece este último aos únicos efectos da súa comprensión lóxica, sen prexuízo das aclaracións vinculantes que de viva voz poida advertir o tribunal durante a realización desta proba. Así mesmo, algúns termos técnicos, neoloxismos ou outras expresións de difícil correspondencia na tradución, poderán expresarse de maneira unívoca.
  9. - 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.

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

**EXAME EN GALEGO**



**1. En cal dos seguintes casos podería valorarse a retirada de eculizumab tras tratamento con resposta completa de síndrome hemolítico urémico atípico:**

- A) Presenza de mutación en xene MCP sen historia familiar tras 12 meses mínimo de tratamento e con monitorización estreita tras suspensión.
- B) En pacientes que non recuperan función renal tras 2 semanas en diálise.
- C) En pacientes con mutación coñecida no xene do Factor I do complemento, sen historia familiar e con monitorización estreita tras suspensión.
- D) En pacientes menores de 25 anos sen historia familiar con monitorización estreita posterior.

**2. Con respecto ao Síndrome de Bartter Tipo I, sinale a correcta das seguintes:**

- A) Cursa típicamente con acidose.
- B) Cursa habitualmente con hiperpotasemia.
- C) Os pacientes adoitan ter tensión arterial normal.
- D) Simula o efecto do tratamento crónico con tiazidas.

**3. Os criterios diagnósticos de síndrome hepatorenal inclúen os seguintes excepto:**

- A) Hepatopatía aguda ou crónica con fallo hepático e hipertensión portal.
- B) Fracaso renal agudo, atendendo na valoración á marcada redución de xeración de creatinina neste tipo de pacientes.
- C) Ausencia doutra posible causa recente de dano renal.
- D) Un diagnóstico previo de enfermidade renal crónica exclúe o diagnóstico de síndrome hepatorenal.

**4. Cal dos seguintes enunciados que fan referencia á prevención de peritonite en pacientes en diálise peritoneal segundo as guías 2016 da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal non considera correcto?**

- A) Cada unidade de diálise peritoneal debe elixir a pauta de profilaxe antibiótica máis adecuada antes da implantación do catéter baseándose na situación do seu hospital en canto a resistencia aos antibióticos.
- B) Non hai datos suficientes que apoien a eficacia da detección sistemática e a erradicación de portadores nasais de staphylococcus aureus antes da inserción do catéter.
- C) Segundo a maioría dos estudos a incidencia de peritonite diminúe significativamente cando o catéter se implanta mediante técnica laparoscópica fronte a outras técnicas de implantación.
- D) O tipo de catéter utilizado e a dirección do túnel ou posición do orificio de saída non teñen efecto sobre o maior ou menor risco de peritonite.

**5. Con respecto ao tratamento da diabetes mellitus tipo 2 nos pacientes con enfermidade renal crónica (ERC), é falso que:**

- A) O emprego de metformina considérase razoablemente seguro se o filtrado glomerular está entre 45–60 ml/m/1,73m<sup>2</sup>, e se monitoriza a función renal periódicamente.
- B) Recoméndase suspender temporalmente a metformina ante circunstancias que poñan en risco a función renal (vómitos, diarrea, cirurxía maior, ...).
- C) O risco de hipoglucemia por sulfonilureas increméntase en pacientes con ERC polo que, en xeral, o seu uso non é recomendable.
- D) A repaglinida non debe empregarse na ERC debido ao seu metabolismo maioritariamente renal.

**6. Que enunciado é correcto en relación coa infección por virus da hepatite C (VHC) nos pacientes en diálise?**

- A) Nos pacientes en hemodiálise que desenvolven elevación de transaminasas de causa descoñecida debe solicitarse a viremia do virus C (RNA VHC).
- B) Segundo as guías KDIGO recoméndase o uso de máquinas de diálise exclusivas para os pacientes infectados polo VHC.
- C) Os pacientes en diálise con infección por VHC teñen igual taxa de mortalidade que os non infectados.
- D) A infección por VHC en pacientes en hemodiálise incrementouse nos últimos anos.

**7. ¿Cal dos seguintes considérase un factor de progresión para a enfermidade renal nos pacientes con poliquistose renal autosómica dominante? Sinale a resposta correcta.**

- A) Muller
- B) Mutación PKD2.
- C) PKD1 mutación truncante.
- D) Todos os anteriores son factores de risco.

**8. No paciente con síndrome nefrótico, indique a resposta falsa:**

- A) O fenómeno central é unha alteración exclusivamente morfolóxica a nivel do podocito.
- B) A contía da proteinuria é determinante no prognóstico a longo prazo.
- C) Existe un estado de hipercoagulabilidade por aumento de factores procoagulantes e un descenso da antitrombina III entre outros factores.
- D) Nun neno non está indicada de entrada a biopsia renal e o máis correcto é iniciar tratamento con esteroides empíricamente.

**9. No diagnóstico dun caso de sospeita de Síndrome de Alport ligado a X nun varón, o estudo inmunohistolóxico da distribución da cadea alfa 5 do coláxeno IV (alfa5 COL4) usando anticorpo monoclonal (anticorpo anticadea alfa5 do coláxeno 4) sobre biopsia de pel, é correcto que:**

- A) Pode facerse o diagnóstico de síndrome de Alport ligado a X se a cadea alfa 5 COL4 está claramente ausente na biopsia de pel.
- B) Descártase Enfermidade de Alport Ligado a X si se demostra presenza da cadea alfa 5 COL4 na biopsia de pel.
- C) Descártase enfermidade de Alport tanto ligado a X como autosómico si se demostra a presenza de cadea alfa5 COL4 na biopsia de pel.
- D) Todas son correctas.

**10. En caso de sospeita de disección aórtica, iniciaremos betabloqueantes e vasodilatadores cun obxectivo terapéutico:**

- A) Baixar TA diastólica a 90 mm Hg ou menos en 24 horas.
- B) Obter unha redución de TA dun cuarto das cifras iniciais en 1 hora.
- C) Reducir a TA sistólica a 120 mm Hg en 20 minutos.
- D) Todas son correctas.

11. Remítennos desde Uroloxía un varón de 40 anos por hematuria illada tras descartar causa urolóxica. No estudo para diagnóstico sería útil todo o seguinte excepto:

- A) Historia familiar completa.
- B) Valoración oftalmolóxica e otorrinolaringolóxica.
- C) Valoración psiquiátrica.
- D) Estudo de xenes COL4A3 e COL4A4.

12. Na poliquistose renal autosómica dominante, ¿ Cal dos seguintes fármacos demostrou enlentecer o crecemento do tamaño renal?, sinale a correcta:

- A) Análogos da somatostatina.
- B) Sirolimus.
- C) Tolvaptan.
- D) Todos os anteriores.

13. Cal é o acceso vascular preferido nos pacientes con enfermidade renal crónica estadio 5, en orde descendente, comezando polo máis recomendable, sendo: a = catéter non tunelizado en vea iugular interna dereita; b = fístula arteriovenosa nativa; c = fístula arteriovenosa protésica; d = catéter tunelizado en vea iugular interna dereita?

- A) abcd.
- B) acbd.
- C) bcda.
- D) bdca.

14. En cal dos seguintes supostos indicaría o inicio de tratamento con calcimimético (cinacalcet) nun paciente que recibe tratamento con hemodiálise 3 días/semana?

- A) Niveis de PTHi 400 pg/ml, Calcio plasmático 7,4 mg/dl, Fósforo plasmático 3 mg/dl.
- B) Niveis de PTHi 290 pg/ml, Calcio plasmático 8,5 mg/dl, Fósforo plasmático 4 mg/dl.
- C) Niveis de PTHi 700 pg/ml, Calcio plasmático 9 mg/dl, Fósforo plasmático 6 mg/dl.
- D) En ningún dos anteriores.

15. Sinale o enunciado falso en relación co hidrotórax secundario a comunicación pleuroperitoneal nunha paciente en diálise peritoneal.

- A) Describiuse en aproximadamente nun 2% dos pacientes en relación con defectos diafragmáticos conxénitos ou adquiridos e tradicionalmente con maior incidencia en mulleres e no lado dereito.
- B) O tratamento de elección é o descanso peritoneal con transferencia do paciente a hemodiálise durante 2 semanas acompañado de pleurodese con talco sendo a taxa de recidiva ao retornar a diálise peritoneal moi baixa.
- C) A análise bioquímica do líquido obtido por drenaxe pleural que indica unha diferenza líquido/plasma de glicosa maior de 50 mg/dL implica 100% de especificidade e sensibilidade no diagnóstico.
- D) Dependendo da cantidade e tempo de evolución pode ser asintomático, provocar disnea de diferente intensidade, tose, dor torácica e frecuentemente diminución da ultrafiltración.

16. Unha muller de 36 anos sen antecedentes de interese e sen tratamentos crónicos aparte de anticonceptivos transdérmicos, é remitida a Urxencias polo seu médico de cabeceira por cefalea, malestar xeral, diarrea nos últimos 4 días e diagnóstico de HTA grao 3 con retinopatía hipertensiva grao 3 en fondo de ollo. Na analítica realizada en Urxencias destaca trombopenia, anemia e elevación de LDH. Cal dos seguintes resultados obrigaría a seguir valorando o diagnóstico de síndrome hemolítico urémico atípico?:

- A) Actividade baixa de ADAMTS 13.
- B) Test Coombs Directo positivo.
- C) Actividade normal de ADAMTS 13.
- D) Positividade de H1N1.

17. En relación coa nefrite por virus BK no transplante renal, cal é o tratamento de elección inicial xeralmente aceptado?

- A) Quinolonas.
- B) Cidofovir.
- C) Reducir a inmunosupresión.
- D) Inmunoglobulina intravenosa.

18. Con respecto á hipertensión arterial (HTA) na hemodiálise, que enunciado considera incorrecto?

- A) A expansión de volume é a maior causa de HTA nos pacientes en diálise.
- B) Se se realiza monitorización ambulatoria da presión arterial (MAPA) é recomendable realizala durante 44 horas, durante o período interdialítico.
- C) As medicións de presión arterial pre e post-hemodiálise correlaciónanse moi bien coas obtidas mediante MAPA, polo que son as recomendables para diagnóstico e monitorización do tratamento hipotensor.
- D) A redución do peso seco para conseguir a euvolemia pode normalizar a presión arterial ou facer a HTA máis fácil de controlar na maioría de pacientes en hemodiálise.

19. A infección por citomegalovirus (CMV) é unha das máis importantes nos receptores de transplante renal (TR). Que enunciado é o correcto?

- A) Os receptores seronegativos para CMV de doantes seronegativos teñen baixo risco de infección por CMV, polo que non adoitan recibir profilaxe.
- B) A enfermidade por CMV grave ou con afectación gastrointestinal debe tratarse con valganciclovir oral durante unha semana.
- C) A enfermidade por CMV preséntase xeralmente no primeiro mes post-TR.
- D) B e C son correctos.

20. Con respecto a afectación extrarrenal da poliquistosis renal autosómica dominante, sinale a incorrecta das seguintes:

- A) A afectación pancreática na maioría dos casos e asintomática.
- B) O risco de rotura de aneurisma cerebral nun paciente relaciónase coa existencia de antecedentes familiares de: poliquistosis renal autosómica dominante con aneurismas intracraneales.
- C) A afectación hepática é a afectación extrarrenal máis frecuente.
- D) A afectación valvular cardíaca valorada por ecocardio é excepcional, en torno ao 1 por cento dos pacientes.

**21. Sinale dos seguintes fármacos cal é o menos aconsellable nunha gestante con nefropatía lúpica que precisa terapia:**

- A) Azatioprina
- B) Hidroxicloroquina
- C) Ciclosporina
- D) Micofenolato Mofetil

**22. Un varón de 51 anos acode a consulta de seguimento tras presentar un episodio de insuficiencia renal aguda durante un ingreso prolongado por politraumatismo nun accidente de tráfico; obxectivamos recuperación completa de función renal. Na exploración destaca TA sistólica 140 mm Hg e diastólica 90 mm Hg. A actitude correcta sería:**

- A) Prescribir monitorización ambulatoria de tensión arterial ou automedida de tensión arterial domiciliaria segundo dispoñibilidade.
- B) Realizar o diagnóstico de Hipertensión Arterial e iniciar tratamento farmacolóxico.
- C) Indicar control de tensión arterial no seu Centro de Saúde unha vez ao mes para valorar o diagnóstico de hipertensión arterial.
- D) Esa cifra en toma de tensión arterial en consulta exclúe o diagnóstico de hipertensión arterial.

**23. Cal sería o tratamento hipotensor máis adecuado entre as seguintes opcións nun home de 68 anos ex-fumador, con clínica de prostatismo e función renal normal, cunha media de Tensión Arterial de 188/99 en monitorización ambulatoria de TA de 48 horas e retinopatía grao II. Xa se implementaron medidas non farmacolóxicas en semanas previas.**

- A) Doxazosina Neo.
- B) Ingreso para inicio de estudo e tratamento.
- C) Ramipril e Atenolol.
- D) Ramipril e amlodipino.

**24. Indique o enunciado falso entre as seguintes afirmacións sobre a Glomerulonefrite membranoproliferativa:**

- A) O termo "Glomerulonefrite membranoproliferativa" refírese a un patrón de dano glomerular descrito en Microscopía Óptica patognomónico de Enfermidade de Depósitos Densos.
- B) A clasificación en tipo I, II e III segundo resultado de estudo con Microscopio electrónico non ten en todos os casos correspondencia coa etiopatoxenia .
- C) A técnica de inmunofluorescencia sobre a biopsia renal é imprescindible para a clasificación etiopatoxénica da Glomerulonefrite membranoproliferativa.
- D) O patrón histolóxico de glomerulonefrite membranoproliferativa en microscopio óptico sen depósitos de inmunoglobulinas nin complemento en microscopio de inmunofluorescencia pode producirse na fase de curación de varias nefropatías.

**25. Segundo a guía EULAR/ERA-EDTA 2016 ( Recomendacións sobre o manexo das vasculite asociadas a ANCA). Nun paciente con novo diagnóstico de vasculite asociada a ANCA con afectación renal por glomerulonefrite rápidamente progresiva, sinala das seguintes, en relación coa indicación de tratamento con Plasmaférese, a que considere incorrecta:**

- A) A plasmaférese debería considerarse cando hai deterioro severo da función renal.
- B) Pode realizarse plasmaférese en pacientes con hemorraxia alveolar difusa e insuficiencia respiratoria.
- C) Non está en xeral indicada a plasmaférese se o paciente precisa xa diálise no momento do diagnóstico.
- D) Pode ter a plasmaférese potenciais beneficios naqueles pacientes con Anticorpos anti Membrana Basal Glomerular positivos.

**26. Con respecto á Glomerulonefrite Membranoproliferativa mediada por complemento, cal das seguintes afirmacións é falsa?:**

- A) Resulta sempre da excesiva activación da vía clásica do complemento.
- B) A Enfermidade de Depósitos Densos e a Glomerulonefrite C3 comparten vía patoxénica.
- C) O estudo do Factor H e Factor nefrítico C3 pode axudar no diagnóstico.
- D) No tratamento utilízouse recambio plasmático, infusión de plasma, inmunosupresión e anticorpo monoclonal con diferentes resultados.

**27. Segundo as recomendacións das guías da SEN para o manexo das alteracións do metabolismo óseo-mineral na enfermidade renal crónica (ERC) non en diálise, sinala a correcta:**

- A) Recoméndanse niveis de fósforo por debaixo de 2,5 mg/dl.
- B) Recoméndanse niveis de calcio sérico superiores a 9,5 mg/dl.
- C) Recoméndanse niveis de PTHi en ERC graos 4 e 5 entre 70–110 pg/ml.
- D) Recoméndanse niveis de PTHi en ERC grao 3 entre 150–300 pg/ml.

**28. Cal das seguintes complicacións non infecciosas de diálise peritoneal non está directamente relacionada cun aumento da presión intraperitoneal?**

- A) Hernias.
- B) Fugas pericatéter.
- C) Hidrotórax.
- D) Dor lumbar.

**29. Un varón de 16 anos é remitido a consulta de Nefroloxía para estudo de microhematuria e proteinuria de 0.5 gramos en 24 horas obxectivo durante o estudo dun cadro autolimitado de gastroenterite, artrálixas e dor escrotal. Á exploración obxectivamos lesións compatibles con púrpura palpable en membros inferiores que segundo o paciente son ocasionalmente prurixinosas e apareceron nas últimas semanas. Cal das seguintes afirmacións é correcta con respecto ao establecemento do diagnóstico?:**

- A) Está indicada a biopsia de pel afectada, con procesamento para inmunofluorescencia. O achado de vasculite leucocitoclástica en biopsia de pel afecta, con depósitos de inmunocomplexos contendo IgA, apoiaría o diagnóstico clínico de Púrpura de Henoch Schönlein.
- B) A biopsia renal é imprescindible para o diagnóstico e tratamento neste caso.
- C) Un título elevado de ASLO e detección de Staphilococcus Aureus en frotis nasal, confirmaría o diagnóstico.
- D) Está indicada unha biopsia duodenal para o diagnóstico neste caso, o achado de depósitos de IgA a este nivel confirmaría o diagnóstico.

**30. Con respecto a afectación renal da vasculite asociada a ANCA, sinale das seguintes a incorrecta.**

- A) Estímase que a afectación renal maniféstase aproximadamente nun 70–80 por cento dos pacientes dentro do primeiro ano de desenvolvemento da enfermidade.
- B) A biopsia renal é recomendable para confirmar o diagnóstico, con todo o tratamento non debería ser demorado simplemente para a obtención da biopsia.
- C) A Síndrome nefrótica é unha forma moi común de presentación.
- D) Pode presentar distintos graos de hematuria acompañada de cilindros hemáticos no sedimento.

**31. Un varón de 60 anos de idade, ten unha fractura de cadeira tratada de xeito conservador, sendo na alta hospitalaria a analítica normal. 6 meses máis tarde, na analítica realizada no preoperatorio para cirurxia programada por dor persistente obxetívase Cr 4.2 mg/dl; Potasio 5.2 meq/L; Hgb 11.2 g/dL sendo os demais parámetros da bioquímica (albúmina, sodio, calcio, transaminasas) e hemograma normais. Nese tempo recibiu tratamento intermitentemente con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) e Omeprazol. Cal das seguintes afirmacións é correcta:**

- A) O diagnóstico de nefrite túbulointersticial aguda (NTIA) por fármacos é improbable polo curso temporal dos síntomas.
- B) A ausencia de rash, febre e eosinofilia descarta o diagnóstico de nefritis túbulointersticial aguda por fármacos.
- C) Deberíase facer citoloxía de ouriños xa que a presenza de eosinófilos é patognomónica de NTIA.
- D) Debe retirarse a medicación e considerar biopsia renal se non mellora a función renal.

**32. Na síndrome nefrótica/ proteinuria por amiloidose AL (primaria), sinale das seguintes a incorrecta:**

- A) Aproximadamente, a cuarta parte dos pacientes presentan síndrome nefrótica no momento do diagnóstico.
- B) A hipercolesterolemia preséntase máis frecuentemente e máis severa que noutras formas de síndrome nefrótica.
- C) Cunha biopsia renal adecuada, se o paciente presenta unha enfermidade renal clínica, a sensibilidade do diagnóstico alcanza practicamente o 100%.
- D) A análise de ouriños coas tiras reactivas pode non detectar as cadeas lixeiras.

**33. No tratamento da nefropatía membranosa debemos ter en conta:**

- A) Recoméndase a instauración de tratamento inmunosupresor naqueles pacientes que manteñen proteinuria nefrótica tras un período de observación de 3 meses tras instaurar medidas conservadoras con antiproteinúricos.
- B) Nos casos de persistencia da síndrome nefrótica tras o período de observación e sen deterioración da función renal a combinación de corticoides con axentes alquilantes (ciclofosfamida ou clorambucil) en forma cíclica (esquema de Ponticelli) debe considerarse a primeira opción terapéutica.
- C) Estudos retrospectivos randomizados demostraron que tanto a ciclosporina como o tacrolimus son efectivos como alternativa ao esquema de Ponticelli cunha taxa de recidiva inferior ao 20%.
- D) En caso de obxectivar recidiva tras unha pauta de tratamento debe instaurarse un novo ciclo de tratamento cun rexime diferente ao previo.

34. Un paciente de 35 anos acode a consulta por edemas en cara, pálpebras e en extremidades inferiores con hipoalbuminemia. Por biopsia renal se diagnóstica de enfermidade de cambios mínimos e iníciase tratamento con esteroides sen resposta obxectivándose ao mesmo tempo deterioración da función renal e aparición de hipertensión. Decídese facer unha segunda biopsia renal na que ven afectados preferentemente os glomérulos xustamedulares. Cal considera con maior probabilidade é a glomerulopatía que presenta o paciente nesta segunda biopsia cos datos achegados?:

- A) Cambios mínimos.
- B) Glomeruloesclerose focal e segmentaria.
- C) Nefropatía membranosa.
- D) Glomerulonefrite mesangiocapilar ou membranoproliferativa.

35. Con respecto ao curso e pronóstico da amiloidose. Sinale a correcta das seguintes:

- A) Na amiloidose AL (primaria), a causa máis frecuente de morte é a cardíaca seguida da renal.
- B) A supervivencia para estos pacientes é maior en hemodiálise que en diálise peritoneal, cando precisan terapia renal substitutiva.
- C) Na amiloidose AA (secundaria) o pronóstico é malo e irreversible sempre, inda que se trate e controle a enfermidade causal.
- D) En amiloidose hereditarias por fibrinóxeno, as recidivas no transplante renal prodúcense nunha porcentaxe moi pequena de casos.

36. Con respecto ao deseño dun sistema de tratamento de auga para hemodiálise, que afirmación non é correcta?

- A) Debe existir un pretratamento para eliminar a maioría dos elementos indesexables, que debe estar constituído por descalcificadores, filtros de carbón activado e microfiltros.
- B) O elemento fundamental do tratamento é a osmose inversa, sendo recomendable o uso de dous osmoses inversas en serie.
- C) É moi recomendable, para garantir o suministro de auga, dispoñer de tanques de almacenamento de auga tratada.
- D) Os materiais máis recomendados actualmente para o circuito de distribución da auga son o acero inoxidable de grao farmacéutico e o polietileno expandido/reticulado (PEXA).

37. Unha paciente de 63 anos diagnosticada hai 12 meses de esclerose sistémica e con rápida progresión da afectación cutánea polo que se iniciaron corticoides orais hai 4 meses, presenta elevación progresiva da tensión arterial desde hai 2 meses obxectivándose na consulta retinopatía hipertensiva grao II e elevación de Creatinina plasmática sen alteracións significativas na analítica de ouriños. O tratamento inicial máis adecuado será:

- A) Eculizumab.
- B) Captopril e reducir ou suspender corticoides.
- C) Biopsia renal previa a inicio de Ciclofosfamida IV.
- D) Nitroprusiato sódico.

**38. Sinale a resposta correcta en relación coas neoplasias no transplante renal (TR):**

- A) O cancro de pel non amosa incidencia aumentada nos pacientes con TR.
- B) Nos pacientes con sarcoma de Kaposi recoméndase o emprego de inhibidores de mTOR xunto cunha redución da inmunosupresión total.
- C) A transmisión dunha neoplasia presente no donante prodúcese cunha frecuencia arredor do 10% de transplantes.
- D) No linfoma e as enfermidades linfoproliferativas post-TR non se atopou relación coa intensidade ou tipo de réxime inmunosupresor empregado.

**39. Todos os seguintes son Biomarcadores en desenvolvemento de utilidade diagnóstica e prognóstica no fracaso renal agudo, excepto un. Indíqueo:**

- A) Cistatina C.
- B) Fracción de excreción de sodio.
- C) KIM-1.
- D) IL-18.

**40. ¿Cal das seguintes situacións clínicas pode asociarse a acidose metabólica con aniión gap elevado?. Sinale a correcta.**

- A) Acidose tubular tipo I
- B) Acidose tubular tipo II
- C) Inhibidores da anhidrase carbónica.
- D) Tratamento con Metformina.

**41. Con respecto á glomerulonefrite rapidamente progresiva, cal das seguintes afirmacións é falsa?:**

- A) A causa máis frecuente de glomerulonefrite rapidamente progresiva en nenos é mediada por inmunocomplexos.
- B) A forma máis frecuente de glomerulonefrite rapidamente progresiva en adultos maiores é a glomerulonefrite pauciinmune con formación de semilúas, en xeral asociada a ANCAS.
- C) A presenza de anticorpos antimembrana basal glomerular descarta o diagnóstico de glomerulonefrite rapidamente progresiva.
- D) O termo "glomerulonefrite rapidamente progresiva" refírese a unha síndrome clínica caracterizada por perda rápida de función renal, acompañado a miúdo por anuria ou oliguria e datos de glomerulonefrite incluíndo cilindros eritrocitarios e proteinuria glomerular.

**42. Con respecto á afectación renal do Mieloma Múltiple, sinale a incorrecta das seguintes.**

- A) Aproximadamente o cincuenta por cento dos pacientes con Mieloma Múltiple experimentan fracaso renal agudo ou insuficiencia renal crónica nalgún momento durante o curso da enfermidade.
- B) Coas novas terapias basadas en Bortezomib, non se evidencia, en ningún estudo, beneficio na supervivencia naqueles pacientes que precisan diálise.
- C) A diálise a precisa dende o 1 ata o 12 por cento, segundo as series, dos pacientes con Mieloma Múltiple por afectación severa da función renal aguda ou crónica.
- D) Coas novas terapias basadas en Bortezomib obtense melloría na supervivencia dos pacientes con insuficiencia renal leve ou moderada.

**43. Con respecto á dislipemia na enfermidade renal crónica (ERC) segundo as guías KDIGO, sinale a resposta incorrecta:**

- A) Nos pacientes con diagnóstico recente de ERC recoméndase avaliación con perfil de lípidos (colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol e triglicéridos).
- B) Nos adultos maiores de 50 anos con filtrado glomerular inferior a 60 ml/m/1,73m<sup>2</sup> sen diálise ou transplante renal recoméndase tratamento con estatina ou combinación de estatina e ezetimiba.
- C) Nos pacientes con idade entre 18 e 49 anos con ERC non en diálise ou transplantados renales suxírese tratamento con estatinas sempre.
- D) Nos pacientes adultos con ERC e hipertrigliceridemia recoméndase aconsellar cambios terapéuticos de estilo de vida.

**44. Cal das seguintes afirmacións sobre a nefropatía diabética (ND) non é certa?:**

- A) A administración dun IECA diminúe a concentración de TGF-beta aumentada no paciente con ND reducindo desta maneira a apoptose celular.
- B) As glitazonas teñen un papel beneficioso non soamente a nivel sistémico mellorando a sensibilidade á insulina e a hiperglicemia senón tamén a nivel local sobre os podocitos reducindo a albuminuria e podocituria.
- C) A expresión do factor de crecemento vascular endotelial (VEGF) podocitario vese incrementada.
- D) A utilización de fármacos que diminúan a acción da angiotensina II ten un papel beneficioso exclusivamente polos efectos hemodinámicos que leva.

**45. Ante un paciente en diálise peritoneal con peritonite fúnxica o máis recomendable é?**

- A) Retirada inmediata do catéter peritoneal e transferencia do paciente a hemodiálise iniciando tratamento antifúnxico empírico sistémico simultaneamente.
- B) Retirada inmediata do catéter pepritoneal con re inserción dun novo catéter no mesmo acto cirúrxico e completar o tratamento antifúnxico polo menos 4 semanas.
- C) Instilación con anfotericina B intraperitoneal, previa realización de lavados peritoneais ata que o líquido sexa claro e diálise peritoneal con solucións hipertónicas para favorecer a ultrafiltración.
- D) Tratamento con fluconazol ou itraconazol sistémico valorando a resposta ao tratamento nos 5 días seguintes.

**46. Nun paciente en hemodiálise con anemia e escasa resposta a factores estimulantes de eritropoiese, cal das seguintes situacións xustificarlíao?**

- A) Kt/V 0,8.
- B) Ferritina sérica 500 ng/ml e saturación de transferrina 30%.
- C) Proteína C reactiva 0,8 mg/L.
- D) Tódolos anteriores.

**47. Que declaración é falsa en relación coa hipertensión renovascular?**

- A) A prevalencia é baixa en pacientes con elevación leve ou moderada de tensión arterial.
- B) A arteriografía renal proporciona a mellor imaxe e información anatómica da estenose de arteria renal.
- C) O tratamento revasculizador está indicado en tódolos pacientes tralo diagnóstico de estenose de arteria renal.
- D) Debe sospeitarse nun paciente hipertenso con ingresos hospitalarios repetidos por insuficiencia cardíaca.

**48. Cal dos seguintes fármacos se asociou con glomeruloesclerose focal e segmentaria variante colapsante?**

- A) Alfa-tocoferol.
- B) Ranitidina.
- C) Pamidronato.
- D) Calcitonina.

**49. Describiuse fracaso renal agudo por depósito de cristais de oxalato nas seguintes situacións excepto dunha, indíquea:**

- A) Hiperoxaluria Primaria.
- B) Intoxicación por polietilenglicol.
- C) Síndrome de intestino curto.
- D) Administración de doses elevadas de vitamina A.

**50. Paciente con enfermidade renal crónica estadio 4 que acode a Urgencias con cuadro de diarrea dunha semana de evolución con analítica de sangue con urea 350 mg/dl, creatinina 8 mg/dl, Na 145 mEq/l, K 7,4 mEq/l. No EKG bradicardia sinusal e ondas T hiperagudas e intervalo QT acurtado. Que actitude non recomendaría?**

- A) Gluconato cálcico intravenoso.
- B) Glucosa con insulina intravenosa.
- C) Hemodiálise urgente.
- D) Tiazidas por vía oral.

**51. Sinale a correcta das seguintes con respecto ao tratamento de mantemento da nefropatía lúpica tipo IV (Clasificación ISN/RPS 2004)**

- A) A azatioprina é o tratamento de elección naquelas pacientes que queren ter unha xestación.
- B) O micofenolato mofetil e a azatioprina teñen similares resultados en eventos infecciosos.
- C) A ciclosporina é unha alternativa naqueles pacientes que non toleran micofenolato mofetil ou azatioprina.
- D) Todas as anteriores son correctas.

**52. No tratamento hipoglucemiante do paciente con nefropatía diabética podemos afirmar que:**

- A) O uso de Metformina e Sulfonilureas é seguro con filtrado glomerular (FG) por encima de 30 mL/min/1.73m<sup>2</sup> non sendo recomendable o seu uso por baixo dese FG.
- B) En pacientes con FG menor de 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> ou en diálise o tratamento de elección debe ser a insulina pero se a hiperglucemia non é moi marcada tanto a repaglinida como os inhibidores de DPP4 son alternativas a valorar.
- C) En pacientes con FG maior de 45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. nos que non se consegue o obxectivo de control glicémico con metformina pódese asociar un inhibidor do cotransportador sodio-glicosa tipo 2.
- D) En pacientes con FG menor de 45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> aconséllase a combinación de insulina con secretagogos polo baixo risco de hipoglicemia que leva.

**53. ¿Cal das seguintes situacións non é característica da tubulopatía de Fanconi?. Sinálea.**

- A) Glucosuria normoglucémica
- B) Hipouricemia
- C) Acidose tubular tipo I
- D) Aminoaciduria

54. Segundo a guía da práctica clínica española para lupus eritematoso sistémico (2015), sinala das seguintes a correcta con respecto ao tratamento inmunosupresor de mantemento da nefropatía lúpica tipo IV (clasificación ISN/RPS 2004):

- A) Recoméndase o tratamento de mantemento para todos os pacientes que alcanzasen polo menos unha resposta parcial tras o tratamento de inducción.
- B) Recoméndase prolongar o tratamento de mantemento 1 ou 2 anos máximo.
- C) Que a suspensión total do tratamento de mantemento non se faga antes dun período de quiescencia clínico e analítico mínimo de 6 meses.
- D) Unha vez tomada a decisión de retirar o tratamento de mantemento esta será rápida.

55. Paciente home de 55 anos de idade, que acode á consulta refirindo tensión arterial (TA) no último ano superior a 150/90 mm Hg malia realizar exercicio con regularidade e diminuír o sal na dieta. Anteriormente recibía tratamento só con enalapril. Nos últimos meses foise axustando o tratamento, e actualmente recibe enalapril 20 mg, amlodipino 10 mg e hidrocolorotiazida 12,5 mg. Na consulta presenta TA 156/98 mm Hg, frecuencia cardíaca 72 lpm, sen sopros abdominais na exploración. Analítica no sangue: creatinina 1,2 mg/dl, Na 146 mEq/l, K 3,4 mEq/l. Na urina proteinuria mínima. EKG: Hipertrofia de ventrículo esquerdo. Que estudo indicaría para aclarar a razón da resistencia deste paciente ao tratamento hipotensor?

- A) Fondo de ollo.
- B) Catecolaminas na urina.
- C) Eco-doppler renal.
- D) Relación aldosterona/renina sérica.

56. Sinala a afirmación incorrecta sobre as membranas de hemodiálise:

- A) Observouse menor prevalencia de amiloidose asociada á diálise coa utilización de membranas de alta permeabilidade.
- B) As membranas clasifícanse segundo a permeabilidade á auga, determinada polo coeficiente de ultrafiltración (Kuf), en baixo fluxo se o Kuf é inferior a 10–12 ml/h/mmHg e alto fluxo se é superior a 20 ml/h/mmHg.
- C) O modo de esterilización por vapor era o máis empregado, pero estase restrinxindo o seu uso porque exige un cebado máis coidadoso e pode provocar reaccións anafilactoides severas.
- D) A leucopenia transitoria que se produce ao comezo da diálise é menor coas membranas sintéticas de alta permeabilidade que co cuprofán.

57. Cal é en xeral a dose mínima de diálise recomendada nas guías españolas para un réxime de hemodiálise de 3 sesións/semana?

- A) Kt/V equilibrado bicompartimental 1,1.
- B) Kt/V monocompartimental 1,5.
- C) Porcentaxe de redución de urea 55%.
- D) Kt mediante dialisancia iónica 55 litros.

**58. Sinale a resposta incorrecta:**

- A) O United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) demostrou que o tratamento intensivo da glicemia no paciente diabético tipo 2 reducía un 25% as complicacións microvasculares en xeral, un 33% a aparición de microalbuminuria e un 39% a progresión a proteinuria.
- B) No ensaio RENAAL o tratamento con losartán reduciu o risco relativo de dobrar a cifra de creatinina sérica basal nun 25% en comparación con placebo.
- C) No ensaio IRBESARTAN, os beneficios demostrados por Irbesartan respecto de placebo na progresión da nefropatía diabética foron dependentes do control das cifras de control arterial.
- D) A rama do control glicémico do estudo ACCORD foi interrompida de forma temperá por maior mortalidade no grupo de pacientes con control intensivo da glicemia en comparación co control estándar.

**59. Cal das seguintes afirmacións relativa á doazón en asistolia tipo III segundo a clasificación de Maastrich modificada é correcta?:**

- A) Refírese a un paciente ao que se aplica limitación do soporte vital tras acordo entre o equipo sanitario e representantes do paciente.
- B) É unha situación de doazón en asistolia controlada.
- C) Recoméndase un tempo de observación de 5 minutos para determinar o cesamento irreversible da función cardiorespiratoria.
- D) Todo o anterior é correcto.

**60. Cando se recomenda, segundo as novas guías de acceso vascular (AV) da SEN, a realización do acceso vascular para hemodiálise?**

- A) En pacientes con enfermidade renal crónica progresiva recoméndase considerar a creación do AV cando o filtrado glomerular estimado sexa inferior a 15/ml/m/1,73m<sup>2</sup> e/ou unha estimación de entrada en diálise en 6 meses.
- B) Recoméndase que a fístula arteriovenosa nativa se realice cunha antelación previa ao inicio da hemodiálise dun ano.
- C) Suxírese que a fístula arteriovenosa protésica estea realizada cunha antelación previa ao inicio da hemodiálise de entre 3 e 6 meses.
- D) A e C son correctas.

**61. Respecto das solucións de diálise peritoneal, cal non considera correcta:**

- A) As solucións bicamerais con pH máis fisiolóxico e con menor produción de produtos de degradación da glicosa (PDGs) son máis biocompatibles e menos daniñas para a membrana peritoneal que as solucións convencionais.
- B) A supervivencia do paciente en diálise peritoneal, sexa con solucións biocompatibles ou con solucións convencionais, é similar á supervivencia do paciente en hemodiálise.
- C) A solución de icodextrina achega maior poder osmótico e por tanto mellora a ultrafiltración e a extracción de sodio durante permanencias longas (8–12 horas), especialmente en pacientes altos transportadores.
- D) Existe unha evidencia firme de que as novas solucións biocompatibles melloran a supervivencia do paciente en diálise peritoneal.

**62. En relación á afectación da barreira de filtración na nefropatía diabética, unha das seguintes afirmacións non é certa:**

- A) A produción de proteinuria/albuminuria está en relación coa lesión dos podocitos.
- B) Prodúcese un aumento do número e densidade dos podocitos e fusión dos pés podocitarios.
- C) Existe un cambio no citoesqueleto de actina e diminución da carga eléctrica negativa.
- D) Hai un adelgazamento da barreira de filtración.

**63. Segundo a guía de práctica clínica sobre o diagnóstico e tratamento da hiponatremia (publicada en Nephrology Dialysis Transplantation ( NDT) 2014, Suplemento 2, e posteriormente en versión abreviada en Nefrología no 2017), elaborada por sociedades científicas europeas entre elas a European Renal Association–European Dialysis Transplant Association (ERA–EDTA), con respecto as recomendacións para unha adecuada aproximación diagnóstica na hiponatremia, sinala das seguintes a incorrecta:**

- A) A correcta interpretación das medicións de laboratorio require que as mostras de sangue e ouriños se recollesen simultaneamente.
- B) Por razóns prácticas a osmolaridade e o sodio urinario débense medir na mesma mostra de ouriños.
- C) A presenza de insuficiencia renal complica o diagnóstico diferencial da hiponatremia.
- D) A proba de sobrecarga de auga adoita ser útil para o diagnóstico de hiponatremia hipotónica e non entraña riscos.

**64. En canto ao cadro de nefropatía túbulointersticial crónica coñecida como nefropatía por analxésicos:**

- A) Relacionouse inicialmente coa inxesta prolongada e en doses altas dunha mestura de fenacetina, acetaminofeno ou salicilamida e aspirina que producen unha toxicidade de medula sinérxica, combinadas co efecto adictivo da cafeína con ou sen codeína.
- B) A imaxe en tomografía computerizada de riles pequenos de contorno irregular e con calcificacións papilares é patognomónica.
- C) A súa prevalencia aumentou nos últimos anos coincidindo co aumento da esperanza de vida.
- D) A e C son correctas.

**65. Os seguintes son efectos adversos frecuentes dos inmunosupresores inhibidores da calcineurina, excepto un:**

- A) Incidencia aumentada de linfocitos e atraso na cicatrización das feridas.
- B) Desenvolvemento de diabetes mellitus post transplante.
- C) Hipertensión arterial.
- D) Nefrotoxicidade aguda e crónica.

**66. No diagnóstico diferencial do fracaso renal agudo, que índice urinario dos que se citan non é indicativo de etiología prerrenal?:**

- A) Osmolaridade en ouriño maior de 450–500 mOsm/kg.
- B) Fracción de excreción de sodio menor do 1%.
- C) Cociente creatinina urinaria/creatinina en soro menor de 20.
- D) Cociente urea en ouriños/urea en soro maior de 8.

67. En estudos de biopsias renais y necropsias, ¿Cal dos seguintes achados anátomo patolóxicos preséntase con menos frecuencia en riles de pacientes con mieloma múltiple? Sinale a correcta.

- A) Nefropatía por cilindros de cadeas lixeiras (ril do mieloma).
- B) Amiloidose.
- C) Enfermidade por depósito de inmunoglobulina monoclonal.
- D) Infiltración intersticial por células plasmáticas.

68. Elaborouse e publicouse a guía da practica clinica sobre o diagnóstico e Tratamento da hiponatremia, elaborada por sociedades científicas europeas, entre elas a European Renal Association– European Dialysis transplant Association ( ERA–EDTA) e publicada en Nephrology Dialysis Transplantation (NDT) 2014, suplemento 2, e en versión abreviada en Nefrología no 2017; segundo esta guía, con respecto as recomendacións para o tratamento da hiponatremia, sinale das seguintes a incorrecta:

- A) Con síntomas graves ou moderadamente graves hai que ter en conta na rapidez de corrección da natremia, que o risco agudo de edema cerebral é menor que o risco de desmielinización osmótica.
- B) Se hai hipopotasemia, a corrección da hipopotasemia contribuirá a incrementar a natremia.
- C) É aconsellable limitar o aumento da natremia a un total de 10 milimoles por litro durante as primeiras 24 horas.
- D) En ausencia de síntomas graves ou moderadamente graves, hai tempo para avaliar o diagnóstico, polo que o enfoque máis razoable é o tratamento das causas específicas.

69. O sistema RIFLE para a clasificación funcional da insuficiencia renal aguda fai referencia a todos estes aspectos menos un que non é correcto:

- A) Inclúe tres etapas de lesión renal e gravidade crecente (risk–injury–failure) e dúas de prognóstico clínico (loss–end).
- B) O período de tempo considerado para avaliar os cambios é de 48 horas.
- C) Os parámetros utilizados para estratificar a lesión renal aguda son descensos porcentuais do filtrado glomerular, elevacións relativas da creatinina con respecto a un valor basal e o descenso da diuresis.
- D) Para clasificar a un paciente débese utilizar o peor criterio (creatinina, filtrado glomerular ou diuresis) que lle sitúe nun maior estadio de gravidade.

70. Para o manexo inicial das peritonite e tendo en conta as guías 2016 da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal todas as seguintes son correctas, excepto:

- A) O tratamento empírico con vancomicina e ceftazidima parece superior a outros reximes terapéuticos no metanálise de diferentes estudos analizados, pero sen significación estatística.
- B) Para pacientes alérxicos ás cefalosporinas o aztreonam é unha alternativa válida.
- C) Na última década o tratamento en monoterapia con ciprofloxacino deu bos resultados en múltiples estudos publicados e debe ser valorado.
- D) A vía de administración de preferencia da antibioterapia é a intraperitoneal salvo que existan datos de sepsis e de utilizar aminoglicósidos deben evitarse cursos prolongados de tratamento.

**71. O consumo de cocaína adulterada con levamisol ¿A cal dos seguintes marcadores inmunolóxicos se asocia?. Sinale das seguintes a correcta.**

- A) ANAS
- B) ASLO
- C) Anticorpos- anti membrana basal glomerular
- D) ANCA

**72. Cal das seguintes afirmacións sobre o fracaso renal agudo é falsa?**

- A) En caso de toxicidade por aminogucósidos adoita cursar con diurese conservada.
- B) Moitos casos son asintomáticos e detectados ao realizar análises seriadas onde se obxectiva ascenso da creatinina.
- C) Os casos debidos a necrose tubular aguda son raros a nivel intrahospitalario.
- D) A maioría das veces é reversible e se cursa con diurese conservada ten mellor pronóstico.

**73. Sinale a opción correcta en relación coa valoración de receptores de trasplante de ril:**

- A) É precisa unha espera de 5 anos para incluír un paciente na lista de espera de trasplante de ril tralo diagnóstico de gammapatía monoclonal de significado incerto , unha vez excluído mieloma múltiple por Hematoloxía.
- B) A presenza de hipertensión pulmonar contraindica o trasplante de ril.
- C) A enfermidade vascular periférica asóciase a un aumento do risco de isquemia do inxerto de ril.
- D) Está indicado realizar hemicolectomía previo á realización de trasplante de ril en pacientes con enfermidade diverticular de colon.

**74. Nun paciente de 70 anos, con enfermidade renal crónica estadio 4b, secundaria á enfermidade poliquística, con tensión arterial controlada e hiperpotasemia moderada, que recomendacións dietéticas realizaría?**

- A) Inxesta proteica 1,2 g/kg/día.
- B) Inxesta proteica 0,8 g/kg/día.
- C) Inxesta de sodio de 3,5 g/día.
- D) Dieta rica en froitas e verduras.

**75. A mellor opción de tratamento da enfermidade renal crónica en termos de morbimortalidade é:**

- A) Transplante renal previo a diálise si se dispón de doante vivo.
- B) Transplante renal de doante vivo unha vez iniciada diálise peritoneal.
- C) Hemodiálise diaria domiciliaria.
- D) Hemodiafiltración On Line 6 días por semana.

**76. En referencia á insuficiencia renal aguda (IRA), cal non é certa?:**

- A) Dise que é oligúrica cando a diurese é inferior a 400 mL e adoita darse en casos de hipoperfusión renal.
- B) De maneira conxunta (adquiridos na comunidade e hospitalarios) máis da metade dos casos débense a IRA prerenal, un 40% renal ou parenquimatosa e un 5% post-renal ou obstrutiva.
- C) A mortalidade oscila entre o 15% nos casos de IRA adquirida na comunidade e máis do 50% naqueles que precisan tratamento substitutivo en unidades de críticos.
- D) Utilizando os criterios RIFLE a insuficiencia renal aguda complica o 5% de todos os ingresos hospitalarios.

**77. No tratamento do mieloma múltiple, ¿Que fármaco dos seguintes está descrito que pode causar microangiopatía trombótica? Sinala a correcta.**

- A) Dexametasona.
- B) Lenalidomida.
- C) Melfalán.
- D) Bortezomib.

**78. ¿Cal dos seguintes fármacos causa hiperkaliemia por producir unha redución da síntesis de Aldosterona na corteza suprarenal?. Sinala a correcta:**

- A) Amoxicilina.
- B) Furosemida
- C) Heparina
- D) Ningún dos anteriores.

**79. Entre os Biomarcadores urinarios tubulares de dano renal máis estudados na nefropatía diabética inclúense os seguintes menos un:**

- A) A lipoclina asociada a gelatinasa de neutrófilos (N-GAL).
- B) A molécula de lesión renal 1 (KIM-1).
- C) A proteína hepática de unión a ácidos graxos (L-FABP).
- D) A interleucina 6 (IL-6).

**80. En relación ao tratamento antihipertensivo na enfermidade renal crónica (ERC), segundo as guías KDIGO:**

- A) O obxectivo de control será presión arterial inferior a 140/90 nos pacientes con cociente albúmina/creatinina inferior a 30 mg/g.
- B) O obxectivo de control será presión arterial inferior a 130/80 en tódolos pacientes con ERC.
- C) O bloqueo dual con IECA e ARA II recoméndase na maioría dos pacientes con ERC.
- D) A maioría dos pacientes con ERC teñen un control óptimo de presión arterial cun só fármaco antihipertensivo.

**81. En referencia ás modalidades de diálise peritoneal un dos seguintes enunciados non é correcto:**

- A) A diálise peritoneal continua ambulatoria (DPCA) en xeral é a mais utilizada, realízase de forma natural e a cavidade peritoneal permanece chea de solución de diálise contiuamente.
- B) A diálise peritoneal nocturna intermitente (DPNI) realízase pola noite asistida por unha cicladora permanecendo durante o día a cavidade peritoneal baleira.
- C) Na diálise peritoneal con marea ou tidal (DPM) realízanse intercambios rápidos durante a noite cun volume de 1-1,5 litros (volume marea) entre os cales se intercalan períodos "secos" con obxecto de mellorar a supervivencia da membrana peritoneal a longo prazo.
- D) A diálise peritoneal adaptada (DPA adaptada) mestura intercambios con permanencias curtas e volúmenes de infusión baixos con outros de permanencias mais longas e volúmenes de infusión mais altos para mellorar a extracción de volume e o aclaramiento de solutos cunha menor carga metabólica.

**82. Nun paciente en hemodiálise que presenta episodios recorrentes de hipotensión intradiálise, cal das seguintes medidas non considera adecuada para a súa prevención?**

- A) Aumentar o tempo de diálise.
- B) Considerar un ensaio con midodrina ou sertralina.
- C) Evitar a inxesta de alimentos durante ou inmediatamente antes da diálise.
- D) Empregar líquido de diálise con baixa concentración de potasio (ao redor de 1 mEq/L).

**83. Con respecto á afectación renal na sarcoidose é falso que:**

- A) Pode provocar nefrite túbulointersticial con ou sen formación de granulomas.
- B) A afectación glomerular é infrecuente e describíronse diferentes tipos de glomerulonefrite.
- C) O tratamento con corticoides adoita ser efectivo na afectación túbulointersticial aínda que a recuperación da función renal pode ser incompleta.
- D) A afectación renal máis frecuente é secundaria á hipercalcemia sen hipercalciuria que caracteriza a enfermidade.

**84. Unha das seguintes afirmacións sobre o rexeitamento mediado por anticorpos no transplante renal é falsa:**

- A) O rexeitamento agudo a miúdo é mediado por anticorpos, ou ben só ou en combinación co rexeitamento mediado por células.
- B) A revisión da clasificación de Banff 2013 establece que non pode ser diagnosticado en ausencia de C4d na biopsia renal.
- C) Opcións terapéuticas para o rexeitamento mediado por anticorpos inclúen plasmaférese ou inmuoadsorción, inmunoglobulina iv, anticorpos policlonais antilinfocitarios e rituximab.
- D) Os pacientes con transplante previo ou sometidos a protocolos de desensibilización teñen maior risco de rexeitamento mediado por anticorpos.

**85. Cal dos seguintes datos histolóxicos orienta a unha forma secundaria de nefropatía membranosa?**

- A) Depósitos de C3 na inmunofluorescencia con ausencia de C1q e outros marcadores de activación da vía clásica do complemento.
- B) Depósitos de inmunocomplexos en mesanxio e subendotelio ademais dos típicos depósitos subepiteliais.
- C) Predominancia de depósitos de IgG1 e IgG3.
- D) Ausencia de proliferación celular en glomérulo.

**86. Con respecto á hemodiafiltración en liña (HDF OL) sinale o enunciado incorrecto:**

- A) Emprega como líquido de substitución o propio líquido de diálise elaborado con auga ultrapura.
- B) Os dializadores empregados para a HDF OL deben fabricarse con membranas de baixa permeabilidade hidráulica (Kuf inferior a 12 ml/h/mmHg).
- C) Na HDF OL postdilucional recoméndase que o volume convectivo sexa superior ao 20% da sangue procesada.
- D) A e C son correctas.

**87. Con respecto á trombose de vea renal en casos de síndrome nefrótico é correcto:**

- A) Está indicada a anticoagulación profiláctica sempre que se diagnostique síndrome nefrótico.
- B) A prevalencia de trombose de vea renal en relación con síndrome nefrótico oscila entre 5 e 60 % das series publicadas, sendo o risco maior en glomerulonefrite membranosa aparentando ter relación coa severidade da hipoalbuminemia.
- C) Debe facerse screening rutineiro de trombose de vea renal nos casos de síndrome nefrótico.
- D) Todas son certas.

**88. Segundo a guía da práctica clínica sobre o diagnóstico e tratamento da hiponatremia, elaborada por sociedades científicas europeas entre elas a European Renal Association–European Dialysis Transplant Association ( ERA– EDTA) y publicada en Nephrology Dialysis Transplantation 2014, suplemento 2, e en versión abreviada en Nefrología no 2017, en relación cos criterios diagnósticos para o síndrome de antidiuresis inapropiada, sinala dos seguintes o que non se considera un criterio diagnóstico esencial:**

- A) Osmolaridad serica eficaz menor que 275 miliosmoles por kilogramo.
- B) Uso recente de diuréticos.
- C) Euvolemia clínica.
- D) Ausencia de insuficiencia adrenal, tiroidea, pituitaria ou renal.

**89. Cal das seguintes afirmacións con respecto á enfermidade por anticorpos antimembrana basal glomerular é correcta?:**

- A) A produción de anticorpos desencadéase habitualmente tras unha infección bacteriana .
- B) Os anticorpos producidos contra a cadea 5 do coláxeno IV non son patoxénicos.
- C) A afectación renal illada é máis frecuente en nenos e homes novos.
- D) Os anticorpos antimembrana basal glomerular reaccionan con epitopos das cadeas alfa 3 e alfa 5 do coláxeno tipo IV.

**90. ¿Cal das seguintes patoloxías pode producir hiperpotasemia en relación con hipoadosteronismo hiporreninémico?. Sinala a resposta correcta:**

- A) Diabetes mellitus
- B) Lupus eritematoso sistémico
- C) Mieloma Múltiple.
- D) Todas as anteriores.

**91. Segundo a guía EULAR/ERA–EDTA del 2016 ( recomendacións para o manexo das vasculite asociadas a ANCA), ¿Cal dos seguintes fármacos sería o menos recomendado para o tratamento de mantemento dun paciente con vasculite MPO ANCA+ con afectación renal, tras finalizar o tratamento de inducción e alcanzar a remisión?**

- A) Azatioprina
- B) Rituximab
- C) Mycofenolato Mofetil
- D) Ciclofosfamida

**92. Con respecto ao potasio e a súa distribución no organismo, sinala a resposta incorrecta das seguintes:**

- A) Sen outros factores adicionais, a insuficiencia renal produce elevación de cifras de potasio sérico cando o filtrado glomerular descende de maneira importante.
- B) A maioría do potasio filtrado reabsórbese a nivel do túbulo proximal e asa de Henle.
- C) Máis do 98 por cento do potasio é intracelular.
- D) O tecido óseo representa o maior depósito de potasio do organismo.

**93. No Mieloma Múltiple, un paciente con dolores óseos, que presenta aminoaciduria, acidose metabólica, glucosuria normoglucémica, sin síndrome nefrótica nin oligoanuria, e con leve deterioro da función renal, ¿Cal das seguintes parece a afectación renal máis probable? Sinala a correcta.**

- A) Nefropatía por cilindros de cadeas lixeiras.
- B) Amiloidose AL.
- C) Tubulopatía proximal por cadeas lixeiras.
- D) Necrose tubular aguda.

**94. Unha paciente de 60 anos, receptora dun transplante renal (TR) de doante cadáver (home de 55 anos, falecido de ACV, tempo de isquemia 16 horas), recibiu inmunosupresión triple con tacrolimus, prednisona e micofenolato. O inxerto foi inicialmente funcionante, e no noveno día pos-TR detectouse descenso de diuresis e elevación da creatinina plasmática. Realizouse biopsia renal que amosou inflamación intersticial significativa (máis do 25% do parénquima afectado: i2), e focos de tubulite moderada (t2) sen arterite. Cal é o diagnóstico máis probable e que tratamento considera indicado?**

- A) Rexeitamento agudo mediado por anticorpos. Tratamento con plasmaférese.
- B) Rexeitamento agudo mediado por células T IA. Tratamento con pulsos de esteroides intravenosos.
- C) Rexeitamento agudo mediado por células T IIB. Tratamento con inhibidores da calcineurina.
- D) Necrose tubular aguda. Mantemento da inmunosupresión basal.

**95. Con respecto á función renal residual, que afirmación considera incorrecta?:**

- A) Mantense máis tempo en diálise peritoneal que en hemodiálise.
- B) Demostrouse como un factor independente de supervivencia en pacientes en diálise peritoneal.
- C) O uso de furosemida a doses altas é eficaz para enlentececer a perda de función renal residual en diálise peritoneal.
- D) A función renal residual contribúe á dose total de diálise e á eliminación de sal e auga en diálise peritoneal.

**96. Un varón de 40 anos é remitido a consulta de Nefroloxía por Cr 1,5 mg/dl, proteinuria non cuantificada e alteracións do sedimento tras un episodio de púrpura palpable diagnosticada en biopsia de pel como Vasculite leucocitoclástica. Cal das seguintes determinacións non estaría indicada no estudo inicial?:**

- A) Proteinograma en sangue e ouriños, Factor Reumatoide, Crioglobulinas.
- B) Anticorpos antinucleares; Anticorpos anti DNA; Inmunoglobulinas IgA, IgM, IgG e determinación de factores do complemento C3 e C4.
- C) Anticorpos antitiroglobulina.
- D) Seroloxía virus hepatite B, Hepatite C e Virus da inmunodeficiencia humana.

**97. No tratamento do paciente con Nefropatía IgA, cal é correcta?:**

- A) O obxectivo do tratamento con inhibidores do sistema renina angiotensina aldosterona é diminuír a proteinuria a cifras inferiores a 1.5 g/día.
- B) O uso de ciclofosfamida está formalmente indicado asociado a esteroides e inhibidores do sistema renina angiotensina aldosterona cando hai proteinuria significativa e o filtrado glomerular sexa inferior a 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>.
- C) Non dispoñemos na actualidade de suficiente evidencia científica para poder aceptar ou rexeitar a efectividade do micofenolato mofetil como terapia de rescate a esteroides ou combinado con eles.
- D) O uso de azatioprina foi amplamente estudado con resultados satisfactorios como terapia de mantemento naqueles pacientes con filtrado glomerular menor de 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>.

**98. Unha muller de 57 anos fumadora, diagnosticada de dislipemia, hipertensión arterial e diabetes tipo II a tratamento con dieta. Ingresa para coronariografía e nos días posteriores á súa realización presenta dor abdominal e no estudo subseguinte detéctase insuficiencia renal e eosinofilia. Á exploración destaca lívedo reticularis e lesións purpúricas en dedos dos pés. Cal das seguintes probas diagnósticas pode dar o diagnóstico etiolóxico?**

- A) Biopsia renal.
- B) Fondo de ollo.
- C) Biopsia de pel.
- D) Todas as anteriores.

**99. Unha muller de 48 anos, diagnosticada de hipertensión esencial en tratamento con Valsartán e con función renal previa normal, acode a Urgencias por malestar xeral, náuseas e vómitos de 5 días de evolución. Relaciona o cadro con inxesta de Metamizol indicado no seu dentista e que xa suspendeu hai 3 días. Á exploración destacan datos de deplección hidrosalina, TA 102/58 mmHg, Fc 79 lpm sen claro ortostatismo e sen outros achados relevantes. Na analítica de sangue destaca: Cr 4.4 mg/dl, urea 203 mg/dl Potasio 5.9 meq/L, Bicarbonato 19 mmol/L e na urina elemental: densidade 1010, pH 6, proteinuria ++, nitritos negativo, leucocitos ++, con 25–50 leucocitos /c no sedimento. A fracción de excreción de sodio calculada é menor de 1%. Unha vez realizada reposición adecuada de volume, o seguinte paso sería:**

- A) Urocultivo e antibioterapia empírica e biopsia renal inmediata para decidir tratamento inmunosupresor.
- B) Retirar Valsartan e se en 3–7 días non se evidencia melloría realizar biopsia renal se é tecnicamente posible; se non é tecnicamente posible a biopsia renal, tratar empiricamente con prednisona 1 mg/kg.
- C) Iniciar bolus de 6 metilprednisolona intravenosa seguidos de prednisona oral ata 3 meses, e retirar valsartan.
- D) Tratamento empírico con ciprofloxacino 500 mg diario e prednisona 30 mg diario.

**100. Na Nefropatía IgA non é certo:**

- A) A manifestación clínica máis típica son os episodios recorrentes de hematuria macroscópica, con ou sen proteinuria, moitas veces asociados a infeccións do tracto respiratorio superior.
- B) Nun significativo número de pacientes o diagnóstico de presunción realízase ao obxectivar microhematuria, con ou sen proteinuria, nunha análise rutineira ou realizada por outro motivo.
- C) Hoxe en día segue sendo necesario a realización dunha biopsia renal para poder establecer o diagnóstico definitivo da enfermidade.
- D) Os depositos de IgA mesanxiais están compostos principalmente de IgA<sub>2</sub> monomérica.

Preguntas de reserva

1. Un varón de 40 anos acode a Urgencias do Hospital por un cadro de poucas horas de evolución de dor intensa en flanco esquerdo, náuseas, vómitos e febrícula. Na analítica de sangue de urxencia non hai alteracións (inclúe función renal, ións, GOT, GPT, hemograma e coagulación) e na urina proteinuria 1 cruz, e 1-5 hematies por campo no sedimento. Cal das seguintes probas axudaríanos no diagnóstico de urxencia?:

- A) TAC con contraste.
- B) Nivel de Lactodeshidroxenasa en sangue.
- C) Frotis de sangue periférica.
- D) A e B son correctas.

2. Referente aos estadios clínicos da nefropatía diabética, sinala a que non é correcta:

- A) Nos estadios I e II o filtrado glomerular está elevado ou aínda é normal sendo a presión arterial e a excreción de proteínas normal.
- B) O estadio III caracterízase por nefropatía incipiente con filtrado glomerular levemente diminuído, excreción de proteínas maior de 300 mg/día e presión arterial normal ou elevada
- C) No estadio IV hai nefropatía establecida con filtrado glomerular baixo, proteinuria significativa e presión arterial elevada.
- D) O estadio V caracterízase por filtrado glomerular moi baixo, proteinuria nefrótica e presión arterial elevada.

3. Dos seguintes, cal non é un factor de risco de progresión dunha enfermidade renal crónica?

- A) Idade avanzada.
- B) Hipertensión arterial.
- C) Tabaquismo.
- D) Hipouricemia.

4. Segundo a guía de xestión de calidade do líquido de diálise da SEN, a auga ultrapura para hemodiálise debe cumprir certos requisitos microbiolóxicos. Sinala a resposta correcta:

- A) A contaminación bacteriana máxima é de 10 UFC/100ml, e o contido en endotoxinas debe ser inferior a 0,03 UE/ml.
- B) A contaminación bacteriana máxima é de 100 UFC/ml e o contido de endotoxinas debe ser inferior a 0,25 UE/ml.
- C) A contaminación bacteriana máxima é de 1000 UF/ml e o contido de endotoxinas debe ser inferior a 25 UE/ml.
- D) Non debe cumprir requisitos bacteriolóxicos específicos.

5. Con respecto ao Mieloma Múltiple sinala a correcta das seguintes:

- A) É unha enfermidade que diminúe a súa incidencia a partir dos cincuenta anos.
- B) É moito máis frecuente en mulleres.
- C) É máis frecuente en negros que en brancos.
- D) Todas son falsas.

**6. Señale das seguintes a incorrecta con respecto ao lupus like o inducido por fármacos:**

- A) A afectación renal é moi común.
- B) Para o tratamento da maioría dos casos é suficiente a retirada do fármaco.
- C) A presenza de anticorpos antihistonas en ausencia de anticorpos anti DNA e outros marcadores de lupus orienta a lupus like.
- D) É frecuente que se presente con artralgias, mialxias ou serosite.

**7. Con respecto ao pronóstico vital e en canto á recuperación de función renal de pacientes diagnosticados de síndrome hemolítico urémico atípico con mutación coñecida no xene da proteína cofactor de membrana ( MCP ) é correcto:**

- A) A infusión de plasma e recambio plasmáticos melloran o pronóstico de forma significativa.
- B) As recurrencias post transplante son frecuentes.
- C) Sen tratamento máis do 80% entran en remisión espontaneamente.
- D) O tratamento actual recomendado é realizar transplante hepatorenal con eculizumab.

**8. Señale das seguintes a incorrecta con respecto ao Síndrome de Liddle:**

- A) Acompáñase de hipertensión arterial
- B) Presenta alcalose metabólica
- C) A Hiperkaliemia adoita estar presente.
- D) O tratamento é con amiloride.

**9. Das seguintes, señale a falsa con respecto á afectación hepática da poliquistose renal autosómica dominante:**

- A) O marcador Ca 19.9 élévase en cerca da metade dos pacientes con poliquistose hepática.
- B) O parénquima hepático adoita estar afectado e é frecuente a insuficiencia hepática.
- C) Os síntomas máis frecuentes son os derivados da hepatomegalia, por compresión de órganos veciños, como dor abdominal ou distensión abdominal.
- D) A prevalencia de enfermidade poliquística hepática é similar en ambos os sexos, aínda que as mulleres adoitan presentar os quistes no fígado a idades máis temperás.

**10. Con respecto aos principios físicos que regulan a eliminación de substancias na diálise extracorpórea, señale o que é incorrecto:**

- A) Os solutos de pequeno tamaño e gran mobilidade transfírense ben por difusión.
- B) A hemodiálise é unha técnica fundamentalmente difusiva.
- C) As técnicas convectivas xurden coa finalidade de aumentar a eliminación de moléculas de mediano e gran tamaño que se eliminan mal por difusión.
- D) As toxinas urémicas unidas ás proteínas elimínanse ben con técnicas difusivas.

