OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 171/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 171/2018 de 14 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. NEFROLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO NEFROLOGÍA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 27a**
Fecha prueba: **27 de mayo de 2018**

***1. ariketa** / 1er. ejercicio*
A** Eredua / Modelo **A

1 LA NEFRINA

1a) Se expresa en el diafragma de hendidura (slit diaphragma) de las células viscerales epiteliales.
1b) Es muy ubicua. Aparece en diferentes partes del glomérulo y el túbulo.
1c) Sólo aparece en la época fetal, desapareciendo en adultos.
1d) Es uno de los componentes principales de las células intersticiales tipo 1.

2 DIGA CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA ENDOTELINA ES FALSA:

2a) La endotelina es un potente vasoconstrictor producido por células endoteliales vasculares.
2b) La endotelina 1 es la que se produce a nivel renal.
2c) La endotelina bloquea la secreción de prostaglandinas.
2d) Los receptores de la endotelina B se expresan en el glomérulo (células mesangiales y podocitos).

3 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENUNCIADOS RESPECTO A LAS FÓRMULAS DE ESTIMACIÓN DE FILTRADO GLOMERULAR ES CORRECTA?:

3a) Sirve para clasificar el grado de función tubular.
3b) La CKD-EPI tiene fórmulas diferentes según el valor de creatinina.
3c) Un filtrado glomerular de 15 corresponde a un estadio 5.
3d) En pacientes afroamericanos el coeficiente de corrección que se aplica es <1.

4 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES CON RESPECTO A LAS COMPLICACIONES DE LA BIOPSIA RENAL ES CIERTA?:

4a) La hipertensión arterial no controlada no aumenta el riesgo de sangrado.
4b) La microhematuria es una complicación poco frecuente.
4c) La fístula arteriovenosa es frecuente, pero suele ser asintomática.
4d) La desmopresina no es útil para reducir las complicaciones hemorrágicas.

5 REGULACIÓN DE LA OSMOLARIDAD PLASMÁTICA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES CIERTA?:

5a) Los osmorreceptores se encuentran en el tronco del encéfalo.
5b) Precisa de modificaciones >5% para que se corrija la osmolalidad.
5c) Se secreta la hormona antidiurética en la hipófisis anterior para regularla.
5d) La hormona antidiurética aumenta la permeabilidad hídrica de los túbulos colectores.

6 PACIENTE CON SIADH EN LA QUE POR ERROR SE ADMINISTRAN SOLUCIONES HIPOTÓNICAS CON DISMINUCIÓN DE LA NATREMIA DE 130 A 108 MEQ/L. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA?

6a) No se han descrito casos de fallecimiento.
6b) Las mujeres jóvenes tienen más riesgo de lesiones graves.
6c) La clínica neurológica solo se produce por la rápida reposición.
6d) La corrección de la natremia se debe realizar con suero salino isotónico.

7 ANTE UNA CISTITIS NO COMPLICADA QUE VA A TRATAR. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES CORRECTA?:

7a) La duración óptima si se usa amoxicilina-clavulánico es de 3 días.
7b) El moxifloxacino no estaría indicado para la cistitis.
7c) La fosfomicina trometamol se debe administrar durante 3 días.
7d) Si el germen es resistente al antibiótico usado, la tasa de curación es <10%.

8 EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME NEFRÓTICO, ¿QUÉ ALTERACIÓN EN LAS PROTEÍNAS PLASMÁTICAS ES CIERTA?:

8a) Aumento de α2 y β globulinas.
8b) Aumento de la proteína fijadora del cobre.
8c) Elevación de la IgG.
8d) Aumento del factor XII.

9 CON RESPECTO A LA GLOMERULOSCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA: ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS CONSIDERA CORRECTA?:

9a) Es una causa rara de síndrome nefrótico.
9b) No recidiva tras el trasplante.
9c) Se asocia a nefropatía por reflujo.
9d) No se asocia a fármacos.

10 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS ESTARÌA INDICADO PARA UN PACIENTE CON NEFROPATÍA IGA CON CREATININA DE 1,2 MG/DL Y PROTEINURIA DE 1,8 GR/DÍA A PESAR DE TRATAMIENTO CON ENALAPRIL Y ESPIRONOLACTONA?

10a) Corticoides solos.
10b) Corticoides y azatioprina.
10c) Micofenolato mofetilo.
10d) Rituximab.

11 ¿CUÁL DE ESTOS CUADROS <u>NO</u> SE ASOCIA A ENFERMEDAD DE CAMBIOS MÍNIMOS?

11a) Antiinflamatorios no esteroideos.
11b) Enfermedad de Hodgkin.
11c) Infecciones por estreptococos.
11d) Alergia al polen.

12 SI LE CONSULTAN PORQUE UN PACIENTE HA SIDO DIAGNOSTICADO DE GLOMERULONEFRITIS EXTRACAPILAR PAUCIINMUNE, ¿QUÉ ESPERARÍA ENCONTRAR?

12a) Función renal normal.
12b) Síndrome nefrótico sin hematuria.
12c) Riñones pequeños, hiperecogénicos.
12d) Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos positivos.

13 LA PLASMAFÉRESIS EN LA GLOMERULONEFRITIS EXTRACAPILAR:

13a) Se debe realizar a todos los pacientes que tienen creatinina >4 mg/dl.
13b) No se recomienda en pacientes con anticuerpos anti-membrana basal circulantes.
13c) La sustitución se realiza con plasma fresco congelado.
13d) Se recomienda para pacientes que precisan diálisis.

14 CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS SOBRE LA GLOMERULONEFRITIS POSTESTREPTOCÓCICA ES CIERTA:

14a) Puede ser de aparición esporádica o epidémica.
14b) La proteinuria suele ser de rango nefrótico.
14c) El tratamiento es con esteroides al diagnóstico.
14d) El hallazgo más característico son las jorobas subendoteliales.

15 LA GLOMERULONEFRITIS MEMBRANO-PROLIFERATIVA TIPO II O ENFERMEDAD DE DEPÓSITOS DENSOS:

15a) Suele tener en la inmunofluorescencia depósitos de IgG y C3.
15b) Los depósitos densos se asientan principalmente en la zona subepitelial.
15c) Se recomienda el tratamiento con prednisona y rituximab.
15d) Se asocia con niveles persistentemente bajos de C3.

16 EN EL SINDROME NEFROTICO POR CAMBIOS MÍNIMOS DEL ADULTO, ¿CUÁNDO CONSIDERARÍA QUE HAY RESISTENCIA A CORTICOIDES?

16a) No suele haber resistencia a esteroides.
16b) Tras 4 semanas de tratamiento.
16c) Tras 16 semanas de tratamiento.
16d) Tras 6 meses de tratamiento.

17 ANTE UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO EN LA BIOPSIA DE NEFROPATÍA MEMBRANOSA:

17a) Habría que tratar desde el diagnóstico con prednisona y ciclofosfamida.
17b) El tratamiento inicial recomendado es eculizumab.
17c) No se recomienda hacer búsqueda de tumores de forma habitual.
17d) Si nivel de albúmina <2 gr/dl se aconseja anticoagular.

18 RESPECTO A LA ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA, CUÁL DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS SERÍA CARACTERÍSTICO DE ESTA ENFERMEDAD:

18a) Gota capsular.
18b) Adelgazamiento de la membrana basal glomerular.
18c) Depósitos abundantes de IgA a nivel mesangial.
18d) Hialinosis arteriolar sólo de la arteriola aferente.

19 SEGÚN LA ADA, CUÁL DE LOS SIGUIENTES OBJETIVOS TERAPÉUTICOS A LOGRAR EN PACIENTES DIABÉTICOS ES CIERTO:

19a) Hemoglobina A1c ≤8,0%
19b) Tensión Arterial <140/90.
19c) Ingesta proteica >1,2 gr/kg·día
19d) LDL <130 en prevención primaria.

20 TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES DIABÉTICOS:

20a) El doble trasplante páncreas-riñón está indicado en todo paciente con diabetes mellitus.
20b) No se aconseja el trasplante de páncreas aislado.
20c) El drenaje del páncreas exocrino es preferible hacerlo a vía digestiva.
20d) El riesgo de rechazo agudo es bajo en el trasplante pancreático.

21 EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS E HIPERLIPEMIA, CUÁL DE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ES CIERTA:

21a) No se recomienda tratamiento combinado estatina-niacina.
21b) La hipetrigliceridemia se debe tratar si niveles de triglicéridos >150 mg/dl.
21c) Los inhibidores de PCSK9 están contraindicados en diabetes mellitus.
21d) Las estatinas se asocian con riesgo de deterioro neurológico.

22 ALGUNOS FÁRMACOS SE ASOCIAN A MAYOR RIESGO DE FORMACIÓN DE LITIASIS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ASOCIACIONES ES CIERTA?:

22a) Vitamina C – Hipercalciuria.
22b) Inhibidores de la anhidrasa carbónica – Hipercitraturia.
22c) Corticoides – Hiperoxaluria.
22d) Triamterene – fármaco insoluble.

23 DENTRO DE LAS CAUSAS DE SÍNDROME DE FANCONI ADQUIRIDO <u>NO</u> SE ENCUENTRA:

23a) Vancomicina.
23b) Mieloma múltiple.
23c) Enfermedad de Dent.
23d) Intoxicación por plomo.

24 UN PACIENTE ETIQUETADO COMO SÍNDROME DE BARTTER PRESENTA ADEMÁS NEFROCALCINOSIS E HIPOCALCEMIA. ¿CÓMO LO CLASIFICARÍA?:

24a) S. Bartter tipo I.
24b) S. Bartter tipo III.
24c) S. Bartter tipo V.
24d) S. Gitelman,

25 ¿CON CUÁL DE LOS SIGUIENTES QUISTES RENALES SE RECOMIENDA HACER UN SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO?:

25a) Bosniak 2.
25b) Bosniak 2F.
25c) Bosniak 3.
25d) Bosniak 4.

26 UN PACIENTE ESTÁ DIAGNOSTICADO DE RIÑÓN EN ESPONJA MEDULAR. ¿QUÉ SINTOMA ESPERARIA ENCONTRAR?:

26a) Metástasis pulmonar.
26b) Insuficiencia renal avanzada.
26c) Mayor riesgo de infecciones urinarias.
26d) Hipocalciuria.

27 SI UN PACIENTE TIENE UN FEOCROMOCITOMA, ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS ESPERARÍA ENCONTRAR?:

27a) La tríada (cefalea, sudoración, taquicardia) en >50% de los enfermos.
27b) Hipoglucemia.
27c) Hipotensión ortostática.
27d) Ausencia de respuesta a IECA.

28 HAY MUCHOS FÁRMACOS QUE PUEDEN INTERFERIR EN LA DETERMINACIÓN DEL COCIENTE RENINA ALDOSTERONA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA?:

28a) El amlodipino puede dar un falso negativo.
28b) La furosemida puede dar un falso positivo.
28c) El bisoprolol puede dar un falso negativo.
28d) La doxazosina puede dar un falso positivo.

29 ANTE UN PACIENTE DE 70 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTENOSIS DEL 60% EN EL ANGIO-TC, ¿QUÉ DEBERÍA HACER?

29a) Usar IECA/ARA-II como hipotensor.
29b) Mantener como TA objetivo 160/100.
29c) Angioplastia de entrada.
29d) Anticoagular.

30 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES UN FACTOR DE RIESGO DE PREECLAMPSIA?:

30a) Edad materna mayor de 35 años.
30b) Índice de masa corporal >23 kg/m^2.
30c) Ausencia de complicaciones en las gestaciones previas.
30d) Diabetes mellitus.

31 ANTE UNA PACIENTE EMBARAZADA DE 28 SEMANAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y AMENAZA DE ABORTO PREMATURO, ¿QUÉ FÁRMACO PODRÍA ESTAR MÁS INDICADO?:

31a) Labetalol.
31b) Nifedipino.
31c) Alfa metildopa.
31d) Hidralazina.

32 UNA PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL QUE DESEA QUEDARSE EMBARAZADA, ¿QUÉ FÁRMACO NO DEBERÍA DISCONTINUAR PREVIO A LA GESTACIÓN?

32a) Micofenolato mofetilo.
32b) Everolimus.
32c) Losartan.
32d) Azatioprina.

33 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS TIENE MÁS RIESGO DE PRODUCIR ATROFIA DE VELLOSIDADES DUODENALES?:

33a) Enalapril.
33b) Olmesartán.
33c) Amlodipino.
33d) Doxazosina.

34 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS NO SE RECOMIENDA COMO PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÒN ARTERIAL?:

34a) Clortalidona.
34b) Enalapril.
34c) Minoxidilo.
34d) Nifedipino.

35 ANTE UN PACIENTE CON NEFROPATÍA MEMBRANOSA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ES MENOS PROBABLE QUE PUDIERA ORIGINAR UNA NEFROPATÍA SECUNDARIA?:

35a) Hepatitis B.
35b) Hepatitis C.
35c) Citomegalovirus.
35d) Sífilis.

36 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS DE LA NEFROPATÍA MEMBRANOSA TIENE MÁS EVIDENCIA CIENTÍFICA?:

36a) Prednisona.
36b) Prednisona + clorambucilo.
36c) Micofenolato mofetilo.
36d) Rituximab.

37 LOS ANTICUERPOS ANTI-RECEPTOR FOSFOLIPASA A2 EN LA NEFROPATÍA MEMBRANOSA:

37a) Tiene alta especificidad.
37b) Son igual de positivos en nefropatía membranosa primaria y secundaria.
37c) Tiene baja sensibilidad (<30%).
37d) Persisten niveles elevados independientemente de la evolución de la enfermedad.

38 LA NEFROPATÍA C1Q:

38a) Recuerda clínica e histológicamente a la nefropatía membranosa y a la mesangial IgA.
38b) La mayor parte de los pacientes tiene síntomas por síndrome nefrótico y es el principal motivo de diagnóstico.
38c) La hematuria es poco frecuente.
38d) La evolución renal es favorable.

39 EN LOS PACIENTES CON GLOMERULONEFRITIS C3 QUE EVOLUCIONA A DIÁLISIS Y SE TRASPLANTAN:

39a) La recidiva es poco frecuente.
39b) Si recidiva, ésta es precoz (primer año).
39c) El trasplante pancreático simultáneo puede ser beneficioso.
39d) Los niveles de C3 en suero no predicen recurrencia.

40 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA ERITROPOYETINA ES CIERTA?:

40a) La detección de la hipoxia se realiza a través del TGFβ (tumor growth factor).
40b) El principal sitio de producción es el bazo.
40c) La eritropoyetina se elimina en la médula ósea.
40d) El principal punto de acción es en el paso de normoblasto a reticulocito.

41 EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA Y ANEMIA, ¿QUÉ FACTORES RECOMIENDAN LAS GUIAS KDIGO INCLUIR EN LA EVALUACIÓN INICIAL?

41a) Niveles sanguíneos de eritropoyetina.
41b) Recuento de reticulocitos.
41c) Niveles de ferritina.
41d) Vitamina B12.

42 EN PACIENTES CON ANEMIA POR INSUFICIENCIA RENAL Y QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ERITROPOYETINA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES CORRECTA?:

42a) Se recomienda mantener niveles de hemoglobina >13 gr/dl.
42b) No usar hierro i.v. en pacientes en prediálisis, independientemente de los niveles de ferritina.
42c) Pasar a hierro i.v. si con hierro oral se alcanzan valores de ferritina>500 ng/ml e I.Sat>30%.
42d) Se aconseja corregir el déficit de hierro antes de pautar EPO.

43 ANTE UN PACIENTE CON FALTA DE RESPUESTA A LA ERITROPOYETINA, ¿QUÉ HARÍA?:

43a) Si hay una hemoglobinopatía, subir la dosis de EPO.
43b) Usar andrógenos como coadyuvante.
43c) Si hay >130.000 reticulocitos, buscar pérdidas sanguíneas o hemólisis.
43d) Si se desarrolla aplasia pura de células rojas aumentar hierro i.v. y mantener dosis EPO.

44 EL FGF23 ES UNA SUSTANCIA QUE (SEÑALE LA CORRECTA):

44a) Inhibe la 1α-hidroxilasa.
44b) Se sintetiza preferentemente en riñón.
44c) Tiene acción hipofosfatúrica.
44d) Sus niveles disminuyen en la insuficiencia renal.

45 ANTE UN PACIENTE CON UNA INTOXICACIÓN POR METANOL, ¿QUÉ TÉCNICA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL USARÍA PREFERENTEMENTE?:

45a) Diálisis peritoneal.
45b) Hemoperfusión.
45c) Hemofiltración continua venovenosa.
45d) Hemodiálisis alto flujo.

46 UN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON LITIO POR UN CUADRO BIPOLAR ACUDE A URGENCIAS POR DETERIORO NIVEL DE CONCIENCIA CON TEMBLOR, DEBILIDAD MUSCULAR Y CONFUSIÓN QUE EVOLUCIONA A CONVULSIONES Y COMA. SU NIVEL DE LITEMIA ES 2,5 MQ/L. ¿QUÉ DEBERÍA HACER?:

46a) Si función renal presente, usar sólo diuréticos.
46b) Realizar hemodiálisis.
46c) Hacer hemoperfusión por alta fijación a proteínas.
46d) Buscar otra causa, no es una intoxicación por litio.

47 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES RELACIONES ANTICUERPO – RECEPTOR ES <u>FALSA</u>:

47a) Alemtuzumab – CD52.
47b) Basiliximab – CD25.
47c) Tofacitinib – JAK3.
47d) Belatacept – CD20.

48 LA RETIRADA DE CORTICOIDES DE LOS PROTOCOLOS DE INMUNOSUPRESIÓN:

48a) Empeora la hipertensión.
48b) Se recomienda en pacientes de alto riesgo inmunológico.
48c) La mayoría de los protocolos lo suspenden entre 3 y 6 meses.
48d) La retirada después del primer año del trasplante está contraindicada.

49 DENTRO DE LAS CAUSAS DE FUNCIÓN RETARDADA DEL INJERTO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES MENOS PROBABLE?

49a) Necrosis tubular aguda.
49b) Rechazo hiperagudo.
49c) Nefrotoxicidad crónica por anticalcineurínicos.
49d) Fuga urinaria.

50 EL BELATACEPT EN TRASPLANTE RENAL:

50a) Se asocia a mayor riesgo de trastornos linfoproliferativos.
50b) Ha mostrado mejor supervivencia que ciclosporina A.
50c) La tasa de filtrado glomerular fue ligeramente peor que con ciclosporina A.
50d) Es de indicación en pacientes con serología virus Epstein Barr negativa.

51 QUÉ CARACTERÍSTICAS, DE LAS SIGUIENTES, DIFERENCIARÍA UN RECHAZO AGUDO MEDIADO POR ANTICUERPOS FRENTE A UN RECHAZO CELULAR:

51a) Ausencia de anticuerpos anti-HLA o ABO del donante.
51b) Existencia de tinción C4d en la biopsia.
51c) Mejor pronóstico que el rechazo agudo celular.
51d) Infiltrado por células mononucleares en intersticio.

52 LOS FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA TIENEN MUCHAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS QUE PUEDEN ALTERAR SUS NIVELES. SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ASOCIACIONES ES CIERTA:

52a) Eritromicina – disminuye niveles sanguíneos.
52b) Primidona – aumenta niveles.
52c) Efavirenz – disminuye niveles.
52d) Hierba de San Juan – aumenta niveles.

53 UN PACIENTE EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL LE PREGUNTA POR LA POSIBILIDAD DE RECIDIVA DE SU ENFERMEDAD RENAL. DIGA CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA:

53a) La nefropatía IgA es infrecuente que recidive.
53b) Los niveles de Ac anti-PLA2R no se correlacionan con la posibilidad de recidivas.
53c) La recidiva de poliangeítis microscópica son raras y suelen responder a ciclofosfamida.
53d) La GNC3 no responde a eculizumab.

54 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES FAVORECE LA HIPOFOSFATEMIA POST-TRASPLANTE?:

54a) Niveles bajos de FGF23.
54b) Toma de sirolimus.
54c) Niveles elevados de vitamina D.
54d) Hipoparatiroidismo.

55 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES VACUNAS NO ACONSEJARÍA A UN PACIENTE CON UN TRASPLANTE RENAL DE 8 MESES DE EVOLUCIÓN?:

55a) Poliomielitis oral.
55b) Difteria-tétanos-tosferina.
55c) Gripe.
55d) Tifoidea V.

56 INFECCIÓN POR POLIOMAVIRUS EN TRASPLANTE RENAL:

56a) Son virus ARN.
56b) La nefropatía BK aparece tardíamente (>2 años).
56c) La piedra angular es el tratamiento con leflunomida.
56d) La viremia suele preceder a la nefropatía BK.

57 EL RECHAZO CRÓNICO MEDIADO POR ANTICUERPOS:

57a) Es una causa poco frecuente de pérdida de injerto renal.
57b) Es característico el depósito de C4d en capilares peritubulares.
57c) Es llamativo la ausencia de fibrosis intersticial.
57d) El rituximab se ha demostrado altamente eficaz.

58 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS SIRVE PARA CONSIDERAR QUE EL AGUA ES ULTRAPURA?:

58a) Niveles de aluminio <5 mcg/L.
58b) Valores bacterianos <0,1 UFC/ml.
58c) Ausencia de cloraminas.
58d) Niveles de endotoxinas <0,25 UE/ml.

59 CANALIZACIÓN DE LA VENA YUGULAR:

59a) La micropunción con aguja 21G evita complicaciones.
59b) La ecografía no ha demostrado mejoría respecto a la referencia anatómica.
59c) Es preferible canalizar la vena yugular externa antes que la interna.
59d) La variabilidad anatómica de la vena yugular es escasa.

60 RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL:

60a) Es recomendable hacer cultivos protocolizados cada 3 meses.
60b) Se recomienda obtener muestras de sangre del catéter y de vena periférica.
60c) Se recomienda tratar durante 10 días.
60d) Si se retira el catéter no se recomienda cultivar la punta del catéter.

61 ANTES DE HACER UNAS FÍSTULA ARTERIOVENOSA.

61a) Un diámetro venoso de 1 mm es aceptable.
61b) La exploración se debe hacer a nivel de muñeca.
61c) Un flujo de arteria braquial de >40 ml/min predice buenos resultados.
61d) En el estudio doppler la onda arterial normal es trifásica.

62 ANTE UN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS CON PRESIÓN EN RAMA ARTERIAL DE -300 MMHG ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CAUSAS ES MENOS PROBABLE?:

62a) Espasmo del vaso de acceso (sólo en fístulas protésicas).
62b) Colapso por elevación del brazo.
62c) Utilización de aguja de pequeño calibre y flujo alto.
62d) Hipotensión arterial.

63 ANTE UN PACIENTE QUE ACABA DE INICIAR HEMODIÁLISIS:

63a) La función renal residual no se debe tener en cuenta a la hora de prescribir la HD.
63b) Un Kru >2 ml/min puede permitir pautar 2 sesiones/semana.
63c) El Kru se estima por fórmulas con muestras de creatinina en sangre.
63d) El Kru no se ajusta a superficie corporal.

64 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES FAVORECE LA HIPOTENSIÓN INTRADIÁLISIS?:

64a) Temperatura 36ºC en el baño.
64b) Administración de noradrenalina intradiálisis.
64c) Neuropatía autonómica.
64d) Sodio en dialisate 140 mEq/L.

65 RESPECTO AL USO DE MIDODRINA EN HEMODIÁLISIS, DIGA CUÁL ES CIERTA:

65a) Se usa para regular el nivel de potasio.
65b) Se puede utilizar en pacientes con cardiopatía isquémica activa.
65c) Es especialmente útil en pacientes con insuficiencia autonómica.
65d) El uso de doxazosina contrarresta sus efectos.

66 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES CAUSA DE CALAMBRES INTRADIÁLISIS?:

66a) Hipovolemia.
66b) Alta tasa de ultrafiltración.
66c) Uso de soluciones bajas en sodio.
66d) Hipertensión.

67 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES CAUSA DE HEMÓLISIS INTRAVASCULAR?:

67a) Temperatura 37ºC del baño de diálisis.
67b) Solución de diálisis hipertónica.
67c) Glucosa en dialisate 1 gr/L.
67d) Contaminación del baño con cloraminas.

68 ANTE UN PACIENTE CON TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA, ¿QUÉ PODRÍA UTILIZAR?

68a) Heparinización regional.
68b) Enoxaparina.
68c) Argatroban.
68d) Citrato sistémico.

69 ¿CÓMO SE DEFINE EL FALLO DE ULTRAFILTRACIÓN CON EL PET 3,86/4,25%?

69a) D/P creat 4h: <0,64.
69b) UF 4h: <400 ml.
69c) D/P creat 4h: <0,60.
69d) UF 4h: <200 ml

70 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS RESPECTO A LAS SOLUCIONES BIOCOMPATIBLES EN DIÁLISIS PERITONEAL ES CORRECTA?:

70a) Pueden llevar lactato.
70b) Permite esterilizar la glucosa en medio alcalino.
70c) El bicarbonato va en el mismo apartado que el calcio.
70d) No se esterilizan por calor.

71 LA DIÁLISIS PERITONEAL "TIDAL":

71a) Es una técnica habitual en DPCA.
71b) Puede aumentar las alarmas por drenaje insuficiente.
71c) Disminuye el dolor que aparece al finalizar el drenaje.
71d) Permite incrementar el KTV con menor volumen total.

72 SI A UN PACIENTE QUE VA A EMPEZAR DIÁLISIS PERITONEAL SE LE PRESCRIBE DIÁLISIS INCREMENTAL, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES CIERTA?:

72a) La pauta inicial es DPCA 4 recambios/día.
72b) La pauta inicial es DPA 5 ciclosx2L en 9h + última infusión 2L.
72c) No está indicada en pacientes anúricos.
72d) Se define por el aumento progresivo de la concentración de glucosa.

73 ¿QUÉ HARÍA PARA INCREMENTAR LA ULTRAFILTRACIÓN EN UN PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL?:

73a) Pasar de DPA a DPCA.
73b) Quitar la icodextrina de la pauta de DP.
73c) Acortar los tiempos de permanencia.
73d) Cambiar a bolsas de 1,36/1,5%.

74 EL KTV EN DIÁLISIS PERITONEAL REPRESENTA:

74a) Reducción de urea durante la sesión de DP.
74b) Aclaramiento semanal de urea.
74c) Tipo de transporte peritoneal.
74d) Ultrafiltración.

75 ANTE UNA INFECCIÓN PERITONEAL, ¿QUÉ PAUTA ANTIBIÓTICA INICIAL RECOMIENDA LA ISPD?

75a) Cefazolina y penicilina benzatina.
75b) Daptomicina y meropenem.
75c) Amikacina y vancomicina.
75d) Vancomicina y ceftazidima.

76 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FRASES RESPECTO A LA INFECCIÓN DEL ORIFICIO DE SALIDA DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL ES CIERTA?:

76a) Las infecciones por hongos son frecuentes.
76b) El tratamiento tópico es suficiente para curar la infección.
76c) A veces se requiere extruir el dacron externo para curarla.
76d) Es muy raro que se asocie a peritonitis.

77 EL HIDROTÓRAX:

77a) Es la complicación mecánica más frecuente.
77b) Es más frecuente en lado derecho.
77c) La composición del líquido es un exudado.
77d) El paso a DPA resuelve el problema.

78 NUTRICIÓN PARENTERAL INTRADIÁLISIS:

78a) Puede disminuir mortalidad en pacientes con albumina <3,4 gr/dl.
78b) Se usa tanto en HD como en DP automática.
78c) El ritmo de infusión habitual es 1 L/h, con un total de 2000 cal/sesión.
78d) Sobreestima el KTV por la infusión de aminoácidos.

79 CON LOS NUEVOS ESTUDIOS, CUÁL DE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES RESPECTO AL INICIO DE DIÁLISIS ES CIERTA:

79a) Se debe comenzar diálisis con FG <15 ml/min en pacientes diabéticos.
79b) Se debe comenzar diálisis con FG <5-6 ml/min aunque no tenga síntomas urémicos.
79c) Se debe comenzar diálisis con FG <10 ml/min si iones controlados.
79d) Sólo se debe comenzar diálisis si síntomas urémicos.

80 HIPERTENSIÓN EN PACIENTES EN DIÁLISIS. SEÑALE CUÁL ES CORRECTA:

80a) En diálisis peritoneal no se recomiendan los IECA/ARA-II.
80b) La bioimpedancia no ayuda a ajustar el peso seco.
80c) Una elevación de la presión arterial postdiálisis puede ser reactivo a una disminución excesiva del peso seco.
80d) La función renal no ayuda al mantenimiento de la euvolemia.

81 LA PARATIROIDECTOMÍA SE USA POCO ACTUALMENTE, PERO SIGUE TENIENDO ALGUNAS INDICACIONES. SEÑALE CUÁL PODRÍA SER UNA DE ELLAS:

81a) Hiperparatiroidismo con buena respuesta a cinacalcet.
81b) Hiperparatiroidismo con hipocalcemia.
81c) Hiperparatiroidismo con necrosis cutánea idiopática diseminada.
81d) PTH 300 pg/ml a pesar de tratamiento con paricalcitol y cinacalcet.

82 ANTE UN PACIENTE CON SÍNDROME NEFRÓTICO POR CAMBIOS MÍNIMOS, CORTICO-RESISTENTE, CONTESTE LA CORRECTA:

82a) La ciclofosfamida no es eficaz.
82b) La ciclosporina se usa a dosis iniciales de 5 mg/kg·día.
82c) El rituximab no está indicado.
82d) No se utiliza el micofenolato.

83 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS RESPECTO AL SÍNDROME ANTI-FOSFOLÍPIDO ES CIERTA?:

83a) A nivel renal sólo afecta a los vasos grandes.
83b) El S. antifosfolípido catastrófico se define por la presencia de trombosis venosa profunda bilateral.
83c) Se recomienda anticoagular con INR objetivo>3,0
83d) Es típico la microhematuria con proteinuria leve (<1 gr/día).

84 UN PACIENTE ES DIAGNOSTICADO DE ARTERITIS DE TAKAYASU. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES CORRECTA?:

84a) Suele producir hipertensión sin elevación de renina.
84b) Afecta principalmente a vasos del plexo esplácnico.
84c) Puede haber glomerulonefritis mesangial proliferativa.
84d) El tratamiento habitual es corticoides + ciclofosfamida.

85 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO AL SÍNDROME DE ALPORT ES CORRECTA?:

85a) No debuta como Glomerulonefritis rápidamente progresiva tipo I.
85b) Solo afecta a varones.
85c) Se produce por una alteración en los lisosomas.
85d) Se trata con corticoides.

86 ANTE UN PACIENTE CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES CORRECTA?:

86a) La afectación renal es solo por glomerulonefritis.
86b) La hipocomplementemia es específica para enfermedad renal.
86c) No se acompaña de semilunas.
86d) La activación del complemento suele ser por la vía clásica.

87 NEFROPATÍA VIH:

87a) La lesión característica es la GN mesangioproliferativa.
87b) Son característicos los depósitos inmunitarios en la microscopía electrónica.
87c) No se han encontrado restos de ARN viral en las biopsias renales.
87d) La enfermedad túbulo-intersticial es más severa.

88 TOLVAPTÁN EN POLIQUISTOSIS RENAL:

88a) Se administra en una sola dosis diaria
88b) Disminuye los episodios de dolor.
88c) Ha demostrado estabilizar la función renal.
88d) La tasa de abandonos es baja.

89 ENFERMEDAD QUÍSTICA MEDULAR (TUBULOINTERSTICIAL FAMILIAR):

89a) La alteración de la uromudolina se suele asociar a gota.
89b) Es de transmisión autosómica recesiva.
89c) Se han detectado >10 genes involucrados.
89d) La MUC-1 codifica la renina.

90 EL USO DE CONTRASTE INTRAVENOSO EN ECOGRAFÍA:

90a) Es nefrotóxico.
90b) Diferencia con precisión los quistes corticales renales para la clasificación Bosniak.
90c) No sirve para evaluar las complicaciones postquirúrgicas del trasplante.
90d) La eliminación es hepática.

91 FIBROSIS SISTÉMICA NEFROGÉNICA:

91a) Todos los contrastes de gadolinio tienen un riesgo similar.
91b) La fotoforesis está contraindicada.
91c) El trasplante renal puede detener su progresión.
91d) Desde el punto de vista histopatológico hay depósitos de eosinófilos.

92 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

92a) La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria.
92b) La atención primaria comprende la atención paliativa a enfermos terminales.
92c) La atención primaria comprende la asistencia especializada en consultas.
92d) La atención primaria comprende la atención a la salud bucodental.

93 EN RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD DE EUSKADI, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

93a) Su aprobación corresponde al Gobierno Vasco.
93b) Su contenido incluirá, entre otros determinantes, los indicadores de evaluación de los objetivos de salud, gestión y de calidad del sistema.
93c) Su evaluación anual corresponde al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
93d) En él se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles.

94 LA COMPETENCIA PARA LA REORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ADSCRITOS A OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD MEDIANTE LA MODIFICACIÓN, FUSIÓN O SEGREGACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS EXISTENTES Y QUE NO DISPONGAN DE PERSONALIDAD JURÍDICA PROPIA, CORRESPONDE:

94a) Al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94b) Al Consejo de Gobierno.
94c) A la persona titular del departamento al que esté adscrito Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94d) A la Dirección General de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

95 CONFORME A LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SE OTORGARÁ POR ESCRITO:

95a) Cuando se otorgue por representación.
95b) Siempre.
95c) Cuando se trate de la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
95d) Las 3 afirmaciones anteriores son falsas.

96 A LOS EFECTOS DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, TIENE LA CONSIDERACIÓN DE DATO DE CARÁCTER PERSONAL:

96a) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas.
96b) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.
96c) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas o identificables.
96d) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas.

97 CONFORME A LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, LA DEFENSA DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE SEXO EN EL SECTOR PRIVADO CORRESPONDE:

97a) Al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de Igualdad.
97b) Al Gobierno Vasco, a las Diputaciones Forales y a los Ayuntamientos.
97c) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.
97d) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y al Gobierno Vasco.

98 LOS PRINCIPIOS QUE INSPIRAN EL PLAN DE SALUD SON:

98a) La universalidad, la calidad de los servicios, la sostenibilidad, la responsabilidad de las personas, la humanización de la atención y la coordinación sociosanitaria.
98b) La universalidad, la suficiencia financiera, la participación de los profesionales, la sostenibilidad y la mejora de la esperanza de vida.
98c) La universalidad, la solidaridad, la equidad, la calidad de los servicios de salud, la participación ciudadana y la sostenibilidad.
98d) La universalidad, la equidad, la responsabilidad de las personas, la profesionalidad, la sostenibilidad, la suficiencia financiera y la mejora de la esperanza de vida.

99 SOBRE EL RETO Y PROYECTO DE MEJORAR LA ACCESIBILIDAD ASISTENCIAL, EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO PERSEGUIDO POR OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

99a) El objetivo es mejorar los sistemas de gestión, planificación, producción y control de las listas de espera.
99b) El objetivo es mejorar la organización y calidad de los servicios sanitarios para agilizar los plazos de atención.
99c) Mejorar y estabilizar el número de pacientes y su demora en las listas de espera de consultas, pruebas diagnósticas y especialmente la demora quirúrgica, introduciendo criterios de calidad en su gestión.
99d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

100 EN RELACIÓN CON LA ROTULACIÓN DE LAS DEPENDENCIAS DE OSAKIDETZA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

100a) A partir del primer año desde la aprobación del II Plan de Euskera, la rotulación de las dependencias de Osakidetza-Servicio vasco de salud deberá estar redactada en las dos lenguas oficiales.
100b) Cuando las palabras que han de aparecer yuxtapuestas en el rótulo tengan una grafía muy similar y la utilización del euskera no impida la comprensión por parte de las personas que no sean vascoparlantes, se rotulará solamente en euskera.
100c) Cuando el mensaje del rótulo vaya expresado mediante imágenes que garanticen su comprensión, el texto que lo acompañe podrá ir indistintamente en cualquiera de los dos idiomas.
100d) Las tres respuestas anteriores son falsas.

PREGUNTAS RESERVA

101 CUÁL DE LAS SIGUIENTES INTOXICACIONES PRODUCE ACIDOSIS METABÓLICA HIPERCLORÉMICA:

101a) Tolueno.
101b) Salicilatos.
101c) Metanol.
101d) Etilenglicol.

102 UN PACIENTE CON HIPERPOTASEMIA PRESENTA GTTK 2,3. ¿QUÉ DIAGNÓSTICO PODRÍA SER MÁS PLAUSIBLE?:

102a) Hipoaldosteronismo.
102b) S. Liddle.
102c) Acidosis metabólica.
102d) Sólo es útil en hiponatremia.

103 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA ES CIERTA?:

103a) La disminución de la presión arterial debe ser lenta, independientemente del órgano diana afectado.
103b) En disección de aorta se aconseja reducir la TAs <140 en <2 horas.
103c) El nitroprusiato está contraindicado.
103d) En el ictus isquémico agudo se recomienda tratar si TA>185/110 y es candidato a reperfusión.

104 EL DÉFICIT DE 25(OH)VITAMINA D. SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:

104a) Los pacientes con insuficiencia renal suelen tener niveles normales.
104b) Se asocia a enfermedad de Crohn.
104c) No se aconseja suplementarla en enfermedad renal crónica.
104d) Su administración junto con calcio aumenta el riesgo de fracturas.

105 EN FRACASO RENAL AGUDO SEÑALE LA ASOCIACIÓN CORRECTA:

105a) FRA prerrenal – FE.Na>1%.
105b) Trombosis arterial – Aumento de fosfatasa alcalina.
105c) Ateroembolia – Hipocomplementemia.
105d) Lisis tumoral – Proteinuria nefrótica.

106 UN FRACASO RENAL AGUDO ESTADIO 2 SEGÚN AKIN SE DEFINIRÍA POR:

106a) Aumento 2,0 – 2,9 veces la creatinina basal.
106b) Diuresis <0,5 ml/kg·h x6 horas.
106c) Aumento ≥0,3 ml/min la creatinina.
106d) Anuria.

107 EL TOLVAPTÁN EN POLIQUISTOSIS:

107a) Está indicado tanto en PQRAD tipo I como tipo II.
107b) El mecanismo de acción es por inhibir el receptor de la aldosterona.
107c) Produce una caída inicial de filtrado glomerular, reversible al suspender el fármaco.
107d) No tiene toxicidad hepática.

108 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO DE LA NEFROPATÍA LÚPICA ES CORRECTA?:

108a) La nefropatía mesangial se clasifica como clase III.
108b) La tipo V se caracteriza por una hipocomplementemia en la mayoría de los pacientes.
108c) La tipo VI precisa tratamiento con rituximab.
108d) La tipo II no precisa tratamiento dirigido al riñón.

109 LA AMILOIDOSIS:

109a) Da birrefringencia roja bajo luz polarizada y con tinción rojo Congo.
109b) No hay cuadros hereditarios.
109c) En amiloidosis AL se usan fármacos similares a los del mieloma.
109d) En amiloidosis AA se usan antiinflamatorios no esteroideos.

110 EN RELACIÓN CON LA ESTRATEGIA REFERIDA A LAS BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES <u>FALSA:</u>

110a) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable en las personas con problemas de circulación sanguínea.
110b) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable de los pacientes encamados.
110c) El riesgo de sufrir una caída aumenta considerablemente durante el ingreso hospitalario.
110d) Se estima que casi 1/3 de las caídas durante el ingreso hospitalario se pueden prevenir.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 OPE 2017

FAK. ESP. NEFROLOGIAKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO NEFROLOGIA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 A	031 B	061 D	091 C
002 C	032 D	062 A	092 C
003 B	033 B	063 B	093 C
004 C	034 C	064 C	094 A
005 D	035 C	065 D	095 C
006 B	036 B	066 D	096 B
007 B	037 A	067 D	097 C
008 A	038 D	068 C	098 C
009 C	039 D	069 B	099 D
010 A	040 C	070 A	100 Baliogabetua (*)
011 C	041 Baliogabetua	071 C	101 A
012 D	042 D	072 C	102 A
013 D	043 C	073 C	103 D
014 A	044 A	074 B	104 B
015 D	045 D	075 D	Erreserbak / Reservas
016 C	046 B	076 C	105 C
017 D	047 D	077 B	106 A
018 A	048 C	078 A	107 C
019 B	049 C	079 B	108 D
020 C	050 A	080 C	109 C
021 A	051 B	081 C	110 A
022 D	052 C	082 B	
023 Baliogabetua (*)	053 C	083 Baliogabetua (*)	
024 C	054 B	084 C	
025 B	055 A	085 A	
026 C	056 D	086 D	
027 C	057 B	087 D	
028 A	058 B	088 B	
029 A	059 A	089 A	
030 D	060 B	090 B	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

Osakidetza

2016 OPE 2017

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 171/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 171/2018 de 14 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. NEFROLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO NEFROLOGÍA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 27a**
Fecha prueba: **27 de mayo de 2018**

***2 ariketa** / 2 ejercicio*

CASO PRÁCTICO Nº 1

Paciente que acude por primera vez a nuestra consulta de Nefrologia a los 22 años de edad para estudio de posible Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (PQRAD).

Antecedentes Familiares
Abuelo materno fallecido a los 60 años por uremia
Madre con diagnóstico de PQRAD y enfermedad renal crónica (ERC) Tío materno en hemodiálisis desde los 58 años por la misma patología
Padre con diagnóstico de HTA

Antecedentes Personales
Alergia a ácaros en la infancia, resto sin interés

Enfermedad Actual
El paciente acude a nuestra consulta para estudio, con el fin de descartar o diagnosticar PQRAD. Desde hace 3 meses se ha detectado HTA
No refiere ninguna sintomatología relativa a la posible enfermedad renal ni a ninguna otra patología

Exploración
Consciente, orientado. PA 145/91 mmHg sin tratamiento . Peso 78 Kg. Talla 181cm, IMC 23.8
Tórax: Sin hallazgos y auscultación normal
Abdomen: Normal, no masas ni megalias
Extremidades normales

Analítica
Hemograma, iones, perfil lipídico y hepático normal, creatinina 0.9 mg/dl, GFR por CKD-EPI 98 ml/min. Orina y sedimento normal, no proteinuria

Ecografía abdominal: Normal, sin quistes renales ni hepáticos

PREGUNTAS:

1.- Se puede hacer el diagnóstico de PQRAD en este paciente?

a) Si, no tiene quistes y por tanto es sano
b) No tiene quistes, pero presenta HTA y por tanto tiene la enfermedad
c) No tiene PQR, porque a esa edad, según los criterios de Ravine debería tener 1quiste en cada riñón o 2 quistes en uno de los riñones
d) En este momento, al paciente solo se le puede realizar un diagnóstico cierto de PQRAD por estudio genético

2.-Se estima que, antes de presentar un deterioro de la función renal, los pacientes con PQRAD padecerán HTA

a) el 100%
b) el 60%
c) el 45%
d) La HTA no es complicación de la PQRAD

3.- Se estima que de los pacientes con PQRAD tipo 1, que llegan a los 70 años de edad padecen ERCT

a) el 100%
b) el 75%
c) el 50%
d) el 25%

4.-Los pacientes con PQRAD tienen mayor mortalidad que la población general

a) casi 3 veces superior
b) la causa es siempre renal
c) la causa es siempre neurológica y cardiovascular
d) todas son ciertas

5.-El estudio TEMPO mostró las ventajas del tratamiento con tolvaptan enlenteciendo el deterioro de la función renal. Debe usarse en pacientes que reúnan varios criterios, entre ellos

a) mayores de 50 años
b) con filtrado glomerular mayor de 40 ml/min
c) a y b son falsas
d) a y b son ciertas

CASO PRÁCTICO Nº 2

Mujer de 30 años con HTA diagnosticada hace 3 meses y en tratamiento con enalapril 20 mg + HCTZ 12,5 mg, con adherencia irregular.

Remitida a Urgencias de Oftalmología por visión borrosa y cefalea, de varios días de evolución, apreciando edema de papila bilateral y algunos exudados retinianos. No signos de cruce vascular.

TA 185/110. No cardiomegalia en RX ni sobrecargas en ECG. Función renal normal, con K 2,3, bicarbonato 41, y albuminuria de 70 mg/dL. Sedimento normal.

Reinterrogada, refiere no hacer dieta hiposódica, olvidos de medicación en el 50% de las tomas. Aficionada a infusiones diversas que no precisa. IMC 24.

A.F.: Padre hipertenso desde los 40 años.

PREGUNTAS:

6- El diagnóstico inicial es de HTA acelerada pero destaca la alcalosis hipopotasémica. Cuál es el enfoque diagnóstico que sugiere?

a) HTA secundara a hiperaldosteronismo primario, que se ha malignizado (acelerado)
b) HTA probablemente esencial en fase acelerada, que justifica un hiperaldosteronismo hiperreninemico (secundario)
c) HTA acelerada en paciente tomadora de infusiones probablemente diuréticas que explican la alcalosis hipopotasémica.
d) HTA acelerada con vómitos y fracaso renal que justifican la alcalosis hipopotasémica.

7- Qué exploración propone como la más resolutiva en cuanto a diagnóstico en este caso?

a) Un AngioTAC abdominal.
b) Unos iones urinarios
c) Una determinación del cociente Aldosterona / Renina en plasma.
d) Una determinación de Aldosterona en sangre y orina tras normalizar el K.

8- El Na Urinario al ingreso fue de 150 mmol/L mientras que el Cl Urinario era 100 mmol/L. ¿qué te sugiere?

a) Ingesta de diuréticos no prescritos, o de productos de herboristería con ese efecto.
b) Síndrome de Gitelman.
c) Síndrome de Liddle.
d) Bicarbonaturia.

9- Si encontramos un AngioTAC normal, pero la Renina es 0 y la Aldosterona es también baja, cómo lo interpreta?

a) Que toma o se aplica Glucocorticoides exógenos
b) Pseudohiperaldosteronismo.
c) Renina y aldosterona suprimidas a causa de la hipopotasemia y el fracaso renal.
d) Nódulo suprarrenal maligno productor de un mineral-corticoide diferente de la Aldosterona

10- En un caso que sugiera pseudohiperaldosteronismo, como diferenciarías un Síndrome de Liddle de una ingesta habitual de regaliz?

a) Un tratamiento de prueba con Eplerenona baja la TA sólo en el Liddle
b) Mediante la respuesta a la retirada del regaliz.
c) El Cl urinario es inferior a 40 en el Liddle
d) La terapia con Amiloride solo normaliza la TA y la Renina en la HTA por regaliz.

CASO PRÁCTICO Nº 3

Mujer de 51 años de edad diagnosticada de trastorno bipolar que acude a urgencias por síndrome general, diarrea moderada de 5 días de evolución, disminución de la diuresis en las últimas 48 horas y deterioro cognitivo leve. En pruebas analíticas destaca: Litemia de 3,2 mEq/L, creatinina sérica 4,8 mg/dL; urea 188 mg/dL; Calcio 9,8 mg/dL; fósforo 5,9 mg/dL; pH 7,20; bicarbonato 15 mEq/L; potasio 3,1 mEq/L y sodio 148 mEq/L; hemoglobina 10 g/dL; hematocrito 30%. La paciente ingresa en cuidados intensivos (UCI) para vigilancia neurológica e inicio de tratamiento de depuración extracorpórea. En relación a este caso clínico, responda a las siguientes

PREGUNTAS:

11- En la Insuficiencia Renal Aguda Prerrenal se favorece la retención renal de Na+ y/o de agua por diferentes mecanismos. ¿Cuál de los siguientes NO es correcto?:

a) actividad nerviosa simpática renal aumentada
b) la Angiotensina II favorece la reabsorción de Na^+ a nivel del túbulo proximal al activar de forma directa el intercambiador sodio-hidrógeno
c) cierre del canal epitelial de sodio en el túbulo colector, favoreciendo así un potencial electropositivo en la luz tubular a este nivel
d) aumento de liberación de hormona antidiurética y catecolaminas, especialmente noradrenalina

12- Se prescribe un tratamiento con Hemodiafiltración Veno-Venosa Continua (HDFVVC) con los siguientes parámetros: Flujo de sangre (Qb)=150 mL/min; Flujo de dializante (Qd) = 2.000 mL/h; Flujo de reposición en post-dilución o postfiltro (Qr-post) = 2.000 mL/h; Balance Negativo (BN) = 200 mL/h. Flujo de heparina 700 UI/h (7 mg/h). Con esta pauta se consigue una Fracción de Filtración (FF) de 35%. La sangre del circuito se coagula cada 6-8 horas, obligando al cambio de filtro y líneas. Qué estrategia considera más eficaz, manteniendo el resto de parámetros, para reducir la FF por debajo del 25%

a) subir Q_b a 200 mL/min y reducir Q_d a 1.000 mL/h
b) reducir Q_r-post a 1.500 mL/h
c) cambiar Q_r-post a Q_r en pre-dilución (Q_r-pre)
d) subir Q_b a 200 mL/min y pasar a Q_r-pre

13- A pesar de la reducción en la FF el set de hemodiafiltración no alcanza una duración de 24 horas. El tiempo parcial de tromboplastina activada (tiempo de cefalina) en este momento es de 43" (control 31") y el recuento de plaquetas 68.000/mm3. Que estrategia de las siguientes considera más indicada para mejorar la eficiencia de esta terapia:

a) incrementar la dosis horaria de heparina sódica de 10 a 20 UI/kg
b) administrar Antitrombina III, porque se sospecha falta de eficacia de la heparina para formar complejo antitrombina III-heparina-trombina
c) administrar epoprostenol (prostaciclina) al inicio del circuito a dosis de 5 ng/(kg·min)
d) anticoagular con citrato, sustituyendo el líquido de diálisis con bicarbonato (32 mEq/L) por otro con calcio (3,8 mEq/L) y lactato (40 mEq/L)

14- ¿Con cuál de las siguientes pautas conseguiríamos mayor aclaramiento extracorpóreo de Litio en 24h? (p.m. carbonato de litio 74 Da; ligazón a proteínas 0%; volumen de distribución 0,6 L/kg).

a) Con una sesión de Hemodiálisis Convencional de 4h; Q_b 300 mL/min; Q_d 500 mL/min (Filtro de poliamida-polyaryletersulfona de 2,1 m^2 con aclaramiento de urea de 275 mL/min para estos flujos)
b) Con Hemodiálisis Veno-Venosa Continua (HDVVC) durante 24h, con Q_d 2,5 L/h y balance negativo de 200 mL/h
c) Con Hemodiafiltración Veno-Venosa Continua (HDFVVC) durante 24h, con Q_d 1 Litro a la hora y Q_r en post-dilución Q_r-pos de 1,5 L/h y sin balance negativo
d) Con Hemofiltración Veno-Venosa Continua (HFVVC) 24 horas, con reposición en predilución con Q_r–pre 2 L/h y un balance negativo de 200mL/h

15- Trascurridos cinco días de evolución en UCI, la paciente no presenta mejoría de la función renal. Se realiza una biopsia renal que evidencia glomerulonefritis focal y segmentaria necrotizante, con 80% de semilunas celulares extracapilares; en inmunofluorescencia (IF) se ve patrón lineal periférico de IgG+++. La evaluación de autoinmunidad resulta positiva para Anticuerpos contra la cadena α-3 de Membrana Basal Glomerular. Se administran inmunosupresores (corticoides y ciclofosfamida intravenosos en bolos) y se pautan 5 recambios plasmáticos diarios, seguidos de otros 5 a días alternos. ¿Cuál de lo siguiente NO le parece correcto en una pauta de plasmaféresis?

a) la dosis de recambio por sesión se calcula: entre uno y 1,5 volúmenes de plasma del paciente, porque más cantidad no resulta eficiente
b) la Presión Transmembrana (PTM) debe estar comprendida entre 100 y 300 mmHg para evitar hemólisis; porque en este rango la relación es lineal (consiguiéndose mas plasma filtrado cuanta mayor sea la PTM)
c) la anticoagulación regional con citrato se basa en infundir citrato (citrato-ácido cítrico-dextrosa; ACD-A) a un ritmo 1:25 a 1:40 del flujo de sangre para descender en el circuito el calcio iónico (Ca^{++}) a valores <0,4mMol/L (<1,6 mg/dL), precisando infundir gluconato cálcico al final del circuito o por vía sistémica para conseguir Ca^{++} en el rango 1-1,2mMol/L (4-4,8mg/dL)
d) la reposición por lo general se realiza con albúmina al 5%, excepto si la indicación es por púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) u otras coagulopatías, porque el plasma fresco congelado es más costoso de conseguir, influye el grupo sanguíneo y puede producir reacciones anafilácticas

CASO PRÁCTICO Nº 4

Consulta una mujer de 68 años por edema bilateral en ambas extremidades inferiores. Niega fiebre, anorexia, pérdida de peso, sudores nocturnos, erupción cutánea, dolor en las articulaciones o cambio en el color de la orina. Antecedentes personales: Exfumadora, osteoartritis e hiperlipidemia. Niega medicamentos ni productos de herboristería

Su historia familiar es negativa para enfermedad renal, pero su madre había muerto de neo de colon y su hermana tiene un cáncer uterino.

TA 110/70

-Pruebas complementarias**:** Hb 13.1g/dL, Cr 0.9 mg/dl, FG 68 ml/min. Ionograma normal, Colesterol 313mg/d, HDL colesterol 84mg/dl, LDL 212.6 mg/dl, TG 82 mg/dl, PT 4.8 g/L, albúmina 2.6 g/dL, Proteinuria 6.2 g/24h; sedimento no patológico y urocultivo negativo. Resto de bioquímica normal.

En estudio inmunológico se objetiva: C3 y C4 del complemento normales, dosificación de inmunoglobulinas: IgG 337, resto de IgS normales. ANAS y ANCAS negativos. Crioglobulinas en rango normal. Marcadores tumorales normales. Marcadores VHB, VHC y VIH negativos.

-Ecografía abdominal: riñones de tamaño y estructura normal. Resto de vísceras abdominales normales se descarta trombosis de la vena renal, y la ecografía de las piernas no mostró trombosis venosa profunda.

-Se realiza biopsia renal: cilindro renal con 12 glomérulos de los cuales uno está esclerosado y el resto muestra un engrosamiento homogéneo y difuso de las paredes capilares sin aumento de celularidad, los vasos túbulos e intersticio no muestran alteraciones relevantes. Rojo congo negativo, IF: demuestra positividad granular para IgG y C3.

PREGUNTAS:

16- ¿Qué entidad sospecharía como primera opción?

a) Nefropatía IgA
b) Nefropatía membranosa
c) Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
d) Amiloidosis

17- ¿Cuál es el próximo paso más apropiado para manejar a esta paciente?

a) Solicitar pruebas de estudio genético
b) Descartar patología tumoral
c) Comenzar anticoagulación profiláctica con warfarina
d) Iniciar terapia inmunosupresora

18- ¿Qué afirmación orienta más a una patología primaria que secundaria del caso?

a) Predominio de depósito de la subclase IgG4 en la IF
b) Depósito de inmunocomplejos en mesangio y subendotelio
c) Presencia de proliferación celular glomerular
d) Presencia de estructuras tubuloreticulares en células endoteliales

19- Sobre los antígenos podocitarios y patogenia relacionados con esta patología señale lo FALSO:

a) La "Thrombospondin type-1domain-containing 7A" (THSD7A) puede ser responsable de un 10% de los casos negativos para anti-PLA2R
b) Se ha sugerido el papel patogénico de la "aldosa oxidasa" y "magnesio superoxido dismutasa"
c) Otro antígeno podocitario: "neutral-endopeptidasa" se ha asociado a síndrome nefrótico infantil
d) El sistema del complemento ejerce un papel patogénico importante en esta entidad

20- Se inicia tratamiento con ARA-2, estatina y furosemida. A los 6 meses presenta proteinuria 9gr/24h, creatinina 1.02 mg/dl, albúmina 2.6 g/dL
¿Según las "guías KDIGO 2012", cuál sería el tratamiento indicado en este caso?

a) Esteroides en monoterapia
b) Esteroides y agentes alquilantes
c) Esteroides y Micofenolato
d) Rituximab

CASO PRÁCTICO Nº 5

Paciente varón de 74 años de edad con antecedentes de Enfermedad renal crónica secundaria a Nefroangioesclerosis no biopsiada que inicia hemodiálisis el 13/03/2017
Hipertensión arterial de más de 25 años de evolución, hiperlipidemia en tratamiento médico, remitida a Consultas de Nefrología en junio 2016 con Cr 2,8 (FGe 22 ml/min/m2) por Cardiología.
Cardiopatía isquémica con infarto agudo de miocardio 7 años antes del inicio de la hemodiálisis, y posteriormente 3 cateterismos cardiacos con angioplastias coronarias tras ingresos por angor inestable. En tratamiento antiagregante con ácido acetil salicílico 100 mg al día y nitritos

Tratamiento actual:

Enalapril 10 mg en desayuno

Manidipino 20 mg/comida

Carvedilol 25 mg 1-0-1

AAS 100 mg/ en la comida

Nitroglicerina parche 10 mg cada 24 horas retirando a la noche

Atorvastatina 40 mg 0-0-1

Carbonato de Lantano 500 mg 1-1-1

Omeprazol 20 mg 1-0-0

Tras 2 años en consulta inicia programa de hemodiálisis con la siguiente pauta:

Técnica: HD convencional

Tiempo: T 240 min, lunes, miércoles y viernes mañanas

Dializador : polisulfona de 1.8 m2

Acceso vascular : FAV protésica humeroaxilar recta en brazo izquierdo tras fallo de dos FAVi en brazo izdo (FAVi radiocefalica y FAVi humerocefalica)

Flujo sanguíneo: 300 ml/min (FAVI con correcto funcionamiento)

Flujo del líquido de diálisis: 500 ml/min (bicarbonato 37 mmol/l)

Anticoagulación: HBPM , enoxaparina 40 mg al inicio

Peso seco: 72 kg, UF habitual < 1000 ml por sesión por mantener diuresis residual de 1200 ml/24 horas

Talla : 172 cm

TRATAMIENTO INTRADIALISIS:

- EPO 2000/UI/sesión
- Hierro 100 mg. 1 vial/15 dias
- Paricalcitol 5mcg/ IV / sesión

Tras dos meses de la inclusión en programa de hemodiálisis el análisis de la adecuación era: Kt/V **: 1** (monocompartimental) **0.88** (bicompartimental) PRU: **59%** con urea pre 168 urea post 69 , diuresis residual de 900 ml con aclaramiento residual de 1.67 ml/min

PREGUNTAS:

21- ¿Cuál sería la actitud a seguir respecto a la pauta?

a) Mantendría la misma pauta pues cumple las recomendaciones de adecuación
b) Al mantener diuresis pautaría diuréticos como primer paso para mejorar la adecuación dado que los actuales son suboptimos
c) Aumentaría el Qs y/o la superficie del dializador y/o tipo de dializador para optimizar el tratamiento
d) Aumentaría el flujo del liquido de diálisis como principal medida para mejorar la adecuación

22- En ese control en la analítica se objetiva hemoglobina 10,3 g/dl hto 30% VCM, CHM y CHCM normales, plaquetas 178.000, leucocitos normales con fórmula normal en hemograma y B12 455 pg/ml fólico 5.6 ng/ml hierro 127 mcg/dl ferritina 257 ng/ml transferrina 309 mg/dl, saturación de transferrina 43%

a) Suspendería el aporte de hierro
b) Añadiría acido fólico al tratamiento
c) Aumentaría la dosis de EPO ya que las dosis de eritropoyetina no son plenas (el IRE es de 8 y me permite aumentarlo) manteniendo hierro y vería la repercusión de la mejora de adecuación
d) Realizaría transfusión para subir la hemoglobina a > de 11 g/dl que es el objetivo que marcan las guías

23- En esa misma analítica aparece calcio 10.5 mg/dl P 5.7 mg/dl PTH 396 pg/mL, qué actitud considera es la más adecuada

a) Aumentaría el quelante carbonato de lantano doblando la dosis porque suele ser muy bien tolerado
b) Aumentaría la dosis de paricalcitol posthemodialisis
c) Añadiría cinacalcet para intentar controlar el hiperparatiroidismo secundario antes de que se haga autónomo y además lograr bajar la cifra de calcio y tendencia a calcificación
d) Dado que se trata de un hiperparatiroidismo secundario no controlado indicaría paratiroidectomia subtotal

24- Respecto al ACCESO VASCULAR ¿considera adecuado el plan realizado?

a) Estoy de acuerdo porque tras intentar una FAVi radiocefalica y otra humero cefálica se ha realizado la FAVi protésica en el brazo no dominante
b) Creo que antes de realizar una FAV protésica se debería haber explotado todas las posibilidades de las nativas incluidas las de brazo dominante previamente
c) Al tratarse de un paciente con antecedentes vasculares (renales, cardiacos) no debería haberse intentado hacer ninguna FAVi nativa ya que se podía presuponer no iban a ser funcionantes, sólo se ha perdido el tiempo
d) La FAVi protésica le aporta una menor tasa de complicaciones que la nativa en este tipo de pacientes añosos y vasculares

25- La monitorización de los parámetros del acceso vascular han mostrado:

- **Al inicio de diálisis con un flujo de bomba de 400 ml/min tiene una presión venosa (PV) de 165 mmHg, presión venosa dinámica (PVD) (Qb 200 mmHg, agujas 15 G) de 110 mmHg, y presión arterial (PA) de -100 mmHg**
- **Un año después, durante varias sesiones se comprobó aumento de PV (hasta 220-230 mmHg) no atribuido a malposición de las agujas. La PVD en ese momento era de 160 mmHg. Se solicito una recirculación del AV (Bp 137 arteria 103 venosa 57) que daba 42%**

¿qué actitud cree es la adecuada como screening?

a) Solicitaría una nueva FAVi al cirujano vascular por la elevada recirculación del AV
b) Solicitaría un angioTAC de troncos supraaorticos para valorar venas centrales
c) Solicitaría una ecografía como método que confirme la sospecha clínica de trombosis en el sector venoso que es la lesión más frecuente en las protésicas y en caso positivo solicitar una fistulografía diagnostica y terapéutica
d) Solicitaría una arteriografía que me valore la arteria humeral y su posible patología.

CASO PRÁCTICO Nº 6

Paciente de 27 años, con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal por nefropatía IgA en tratamiento renal sustitutivo mediante diálisis peritoneal desde hace 3 años con buena situación actual (trabaja e incluso juega al golf de forma ocasional), con pauta actual de 3 recambios/día de 2,5L de 1,5% con ultrafiltraciones habituales de ±800-900 ml/día y diuresis residual de 1 litro, con aclaramiento renal (medio) de creatinina de 2.1 ml/min y KTV total de 2.03, sin edemas y con tensión arterial controlada con enalapril 20 mg/12h y furosemida 1 comprimido/día.

Acude a la unidad de diálisis peritoneal refiriendo que en la última semana ha disminuido de forma llamativa el drenaje de líquido peritoneal, con efluente claro, llegando a hacer balances neutros e incluso ligeramente positivos. No presenta edemas en tobillos ni disnea y la tensión arterial ha subido a 160/100 refiriendo ansiedad por la situación actual.

PREGUNTAS:

26- Cuál de los siguientes posibles diagnósticos cree más probable?

a) Hidrotórax
b) Fallo de ultrafiltración tipo I
c) Fuga de pared abdominal
d) Infección peritoneal.

27- Si el paciente padeciera un hidrotórax, cuál de las siguientes actitudes sería más correcta?

a) Paso a diálisis peritoneal nocturna intermitente
b) Maniobra alfa para recolocar el catéter de diálisis peritoneal
c) Sellado del defecto en el diafragma a través de la cavidad peritoneal.
d) Paso a hemodiálisis.

28- Si fuera un fallo de ultrafiltración y finalmente padeciera peritonitis esclerosante, qué tendría que hacer?

a) Mantener en diálisis peritoneal con cicladora.
b) Cambiar a líquidos sin bicarbonato.
c) Usar prednisona y tamoxifeno
d) Trasplantar porque mejora con el tacrolimus.

29- Si fuera una fuga de pared abdominal, pericatéter, cuál de las siguientes afirmaciones correspondería?

a) El edema comenzaría en ambas extremidades inferiores.
b) Habría edema escrotal ipsilateral por paso a través conducto peritoneo-vaginal.
c) Suelen debutar con insuficiencia respiratoria
d) suele haber edema de pared y respeta línea media.

30- En este paciente y considerando el diagnóstico más probable, ¿qué actitud terapéutica tomaría?

a) Disminuir el volumen/recambio
b) Administrar antibióticos.
c) Pasar a cicladora con última infusión de 3 litros.
d) Administrar amchafibrin.

CASO PRÁCTICO Nº 7

Varón de 49 años de edad, pielonefritis crónica. Trasplante renal de donante vivo (padre) que fracasa a los 10 años por deterioro crónico sin diagnóstico histológico.

Segundo trasplante, de hermano HLA-haploidéntico. A los dos años, glomerulopatía del trasplante, con C4d siempre negativo o limitado a capilares glomerulares, luminex con PRA 2% sólo para clase II, sin anticuerpos donante-específicos.

A los 7 años la proteinuria alcanza 4 gr/24 hr, luminex positivo con un DSA anti DR (MFI 7000). Tratamiento con Rituximab (600mg) y una dosis de IVIG (1 gr/kg).

Evoluciona desfavorablemente con FG 15 ml/min y se plantea la posibilidad de un tercer trasplante renal anticipado con la esposa ABO-compatible. Presenta tres incompatibilidades HLA, cross-match CDC y citometría de flujo negativos, PRA calculado 2% sólo para clase II y sin DSA.

31- REVISANDO LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASPLANTES FRACASADOS, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

a) No debe realizarse un trasplante con un donante hermano, salvo que sea HLA-idéntico

b) El segundo trasplante debería haberse realizado tras esperar un año en diálisis

c) El segundo trasplante debería haberse pospuesto hasta realizar nefrectomía del primer injerto

d) Ninguna de las afirmaciones es cierta

32- SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA:

a) La glomerulopatía del trasplante casi nunca se asocia a rechazo crónico

b) Las dosis altas de corticoides son el mejor tratamiento para el rechazo crónico mediado por anticuerpos

c) La conversión a un inhibidor de mTOR es la mejor solución para el rechazo crónico mediado por anticuerpos

d) El rechazo crónico mediado por anticuerpos no tiene un tratamiento efectivo a día de hoy

33- ¿QUÉ ACTITUD DEBE ACONSEJARSE PARA ESTE POSIBLE TERCER TRASPLANTE RENAL?

a) Rechazar a la esposa dado que ya han fracasado dos trasplantes de vivo previamente

b) Aceptar a la esposa y realizar un trasplante anticipado dado que es inmunológicamente compatible

c) Iniciar hemodiálisis, retirar la inmunosupresión y repetir todo el estudio inmunológico con la esposa

d) Realizar nefrectomía del injerto y posteriormente el trasplante de donante vivo

34- ¿CUÁL SERÍA EL MANEJO INMUNOSUPRESOR ACONSEJABLE EN CASO DE REALIZAR EL TRASPLANTE CON LA ESPOSA?

a) Terapia triple (tacrolimus, micofenolato y corticoides) sin inducción con anticuerpos

b) Antes del trasplante realizar desensibilización con recambios plasmáticos, inmunogloblulinas y rituximab

c) Timoglobulina, tacrolimus, micofenolato y corticoides

d) Timoglobulina, tacrolimus, micofenolato y corticoides, con retirada rápida de corticoides en la primera semana

35- SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA:

a) Si se dispone de un posible donante vivo, el trasplante anticipado es una excelente opción

b) El trasplante de donante vivo entre cónyuges ofrece similares probabilidades de supervivencia que entre genéticamente relacionados (padres, hermanos no HLA-idénticos, etc.)

c) Los trasplantes entre hermanos HLA-idénticos son la mejor opción para pacientes de alto riesgo inmunológico

d) Todas las afirmaciones son ciertas