CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
F.E.A. EN NEFROLOGÍA

(Resolución 1920E/2025, de 9 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

25 de febrero de 2026

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

PREGUNTAS - Prueba casos clínicos

CASO 1

Mujer de 29 años, remitida a Nefrología desde Medicina interna para estudio por síndrome general larga evolución y proteinuria nefrótica.

Historia de meses de evolución de cefalea severa acompañada de febrícula intermitente, flushing y artralgias. Entre sus antecedentes destaca extirpación de tumor cerebral hace años con hidrocefalia posterior. Normotensa y alopecia intermitente

El estudio realizado previo a la biopsia renal destaca, anemia normocítica y normocrómica, leucocitosis 12.000/µL con neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda, PCR y VSG, C3 19 mg/dL, con C4 indetectable, ANAs positivo y ANCA-PR3 78Uds/ml, AntiDNA 25UI/mL, proteinograma normal. Función renal conservada (sCr 1,1 mg/dL; FGe 70ml/min), albumina 16g/l. Orina con proteinuria 7g/24h y microhematuria.

La biopsia renal muestra un patrón membranoproliferativo y proliferación endocapilar principalmente. La IF positividad para C3, C1q, IgM pero IgG negativa. Con patrón granular de manera difusa.

---

1. Antes estos hallazgos, cual consideras la medida más indicada a realizar como PRIMERA opción:

a) Realizar ecocardiograma transesofágico para descartar endocarditis.
b) AngioRM para descartar vasculitis cerebral.
c) Hemocultivos y cultivos de LCR con latencia prolongada.
d) Medir anticoagulante lúpico.

2. Dentro de las patologías renales hipocomplementémicas, destacan las siguientes EXCEPTO:

a) Vasculitis asociada a ANCA.
b) Gammapatía monoclonal de significado renal.
c) GN post-estreptocócica.
d) Nefritis del shunt.

3. Con la sospecha diagnóstica, ¿cuál cree que es el tratamiento INICIAL más adecuado?:

a) Metilprednisolona 250mg ev x3 + prednisona 1mg/kg + Mofetil Micofenolato 500mg cada 8horas e hidroxicloroquina.
b) Metilprednisolona 250mg ev x3 + prednisona 1mg/kg + Rituximab 1000mg dos dosis separadas 15días + AVACOPAN 30mg cada 12h.
c) Antibioterapia dirigida contra bacterias gran negativas y estafilococo de crecimiento lento.
d) Plasmaféresis con recambio con albúmina 5% 7 sesiones + iniciar anticoagulación.

CASO 2

Varón de 65 años, que acude al servicio de Urgencias refiriendo disnea progresiva y oliguria de aproximadamente dos semanas de evolución. Refiere astenia marcada, anorexia y una pérdida de peso no intencionada de aproximadamente 5 kg en el último mes, acompañados de febrícula intermitente durante las últimas tres semanas. Además, artralgias migratorias en rodillas y tobillos y la aparición de lesiones cutáneas purpúricas palpables en miembros inferiores. A nivel renal, el paciente notó orinas oscuras ("color coca-cola"), hace aproximadamente 10 días.

Exploración física, TA 160/95 mmHg, FC de 105 lpm y temperatura de 37.8°C Palidez mucocutánea y un mal estado general. Auscultación cardio-pulmonar: crepitantes bilaterales en las bases y ritmo cardiaco regular sin soplos. Exploración ORL: Normal. Edemas con fóvea hasta las rodillas y una púrpura palpable no blanqueante.

Analítica: Hemoglobina de 8.5 g/dL (normocítica normocrómica), leucocitosis 14.000/µL con neutrofilia, plaquetas de 350.000/µL. sCr 4.8 mg/dL; (incremento de 1.5 mg/dL desde hace 2 semanas), FGe 12mL/min, urea de 180 mg/dL, K 5.8 mEq/L y bicarbonato de 18 mEq/L. El análisis de orina muestra un sedimento activo que contiene más de 50 hematíes por campo (dismórficos), cilindros hemáticos y granulosos. La proteinuria de 24 horas es de 1.8 g/día. Anticuerpos anti-MPO con un título de 356UI/dL. Anticuerpos ANA, anti-ADN y el complemento C3 y C4 normales. Anticuerpos anti-MBG negativos. Marcadores inflamatorios: VSG 110 mm/1ªh y PCR 180 mg/L. La radiografía de tórax revela infiltrados alveolares bilaterales difusos.

Dada la alta sospecha clínica del diagnóstico, se decide iniciar tratamiento de forma inmediata sin esperar la biopsia renal.

---

4. ¿Cuál es el tratamiento de INDUCCION inicial más apropiado?:

a) Glucocorticoides en bolos ev (500mgx3) + Ciclofosfamida 500mg (x6 quincenal ev) + Inmunoglobulinas ev.
b) Glucocorticoides en bolos ev (500mgx3) +, asociados a Rituximab (1g x 2, quincenal), Ciclofosfamida (500mg x4, quincenal) y plasmaféresis.
c) Glucocorticoides en bolos ev (500mgx3) + Rituximab (1g x 2, quincenal) + Avacopan 30mg cada 12h.
d) Avacopan 30mg/12h+ Ciclofosfamida 500mg (x6 quincenal ev) + Plasmaféresis.

Posteriormente, se realiza una biopsia renal que confirma el diagnóstico,

5. ¿Qué hallazgo histológico es el más probable en este paciente, dentro del diagnóstico que ha planteado, y qué implicación pronóstica tiene según las guías KDIGO 2024?:

a) Glomerulonefritis esclerótica (al menos 50% de los glomérulos globalmente esclerosados), lo que indica un pronóstico renal irreversible.
b) Glomerulonefritis focal (al menos 50% de los glomérulos normales), lo que sugiere un pronóstico renal favorable.
c) Glomerulonefritis con al menos 50% de los glomérulos con semilunas celulares o fibróticas, lo que se asocia a un pronóstico renal potencialmente grave.
d) Glomerulonefritis mixta (con hallazgos que no encajan en las categorías anteriores), lo que implica un pronóstico renal incierto.

6. Respecto al papel del complemento en la patología con el diagnóstico sospechado, señale la INCORRECTA:

a) C5a es un anafilotoxina con un papel esencial en la fisiopatología y es la base para el uso de Avacopan, inhibidor de C5aR.
b) Se puede demostrar la presencia de trazas de complemento (C3d) mediante inmunohistoquímica en tejido renal a pesar de ser una patología con IF negativa.
c) Hay ensayos clínicos en marcha con inhibidores de C3 como Tarperprumig como tratamiento coadyuvante.
d) El uso de inhibidor directo de C5 (tanto eculizumab como ravulizumab) está indicado en los casos graves, pero hay que considerar el coste a la hora de la prescripción.

CASO 3

Un varón de 40 años, con enfermedad renal crónica secundaria a enfermedad de Fabry, recibió un trasplante renal hace 1 año, y ha precisado tratamiento recientemente por rechazo agudo celular (TCMR) Banff grado 2. Posteriormente ha mantenido niveles de Tacrólimus en torno 8-9 ng/mL, 500 mg cada 12 horas de Micofenolato de Mofetilo y 5 mg de Prednisona. Aunque la función renal mejoró inicialmente, ha vuelto a empeorar dos meses después, junto con aumento de la ratio albúmina/creatinina en orina. El estudio de DSA es negativo.

---

7. Se realiza biopsia renal. ¿Qué esperaría encontrar como dato histológico más CARACATERÍSTICO?

a) Tubulitis.
b) Inclusiones nucleares en células epiteliales con inflamación necrotizante aguda.
c) Inflamación mixta intersticial con esinofilia.
d) Endotelialitis.

8. ¿Cuál de las siguientes opciones sería tu indicación terapéutica MAS adecuada según los datos anteriores?

a) Realizar cambio de Agalsidasa alfa a Agalsidasa beta ya que la dosis quincenal es mayor.
b) Administración de Felzartamab (un antiDC38), ya que inhibe el daño del injerto causado por células NK según ensayo clínico en el rechazo agudo mediado por anticuerpos.
c) Reducir dosis de Tacrólimus y realizar conversión de Micofenolato de Mofetilo a un inhibidor de mTOR.
d) Iniciar recambios plasmáticos, administración de Inmunoglobulinas tras cada sesión de recambio plasmático y asociar tratamiento con Rituximab.

9. Sobre el trasplante renal, señala la CORRECTA:

a) La tinción positiva del antígeno T grande del SV40 se utiliza para el diagnóstico de CMV.
b) Maribavir está indicado como la profilaxis de CMV que es refractario a ganciclovir y valaciclovir según la AEMPS.
c) El primer xenotrasplante renal realizado con éxito y publicado en una revista científica fue realizado en Boston en 2024 por el equipo del profesor L. Riella.
d) La vacuna de herpes zoster Shingrix está contraindicada en pacientes esplenectomizados en los 5 años previos a su administración.

CASO 4

Un hombre de 58 años con antecedentes de enolismo y enfermedad renal crónica estadio 3 A con proteinuria y hematuria dismórfica, que pierde seguimiento tras una valoración inicial en la consulta es traído a urgencias por somnolencia. Su pareja refiere cuadro de 10 días de evolución de deposiciones diarreicas.

Los resultados de laboratorio muestran un de sodio de 152 mmol/L (136-146), potasio 6,9 mmol/L (3,5-5,1), bicarbonato plasmático 13 mmol/L (21-31), magnesio 0,6 mg/dL (1.9-2,5), urea 267 mg/dL (17-43), y creatinina sérica 12,5 mg/dL (0,51-0,95).

En la ecografía informan riñones pequeños bilaterales (7 cm con un grosor cortical notablemente reducido). El electrocardiograma muestra ondas T picudas.

El paciente es tratado con soporte fluidoterápico y medidas frente a la hiperpotasemia. Ante la ausencia de respuesta se toma la decisión de realizar hemodiálisis.

10. ¿Cuál de los siguientes NO es considerado un factor de riesgo del síndrome de desequilibrio dialítico en este paciente?:

a) Niveles elevados de urea.
b) Acidosis metabólica severa.
c) Hipernatremia.
d) Hipomagnesemia.

Posteriormente el paciente inicia programa crónico de hemodiálisis con un esquema de 3 sesiones a la semana y 4 horas de duración a través un catéter yugular derecho tunelizado. Se utiliza un dializador con un coeficiente de transferencia de masa (KoA) de 1050 ml/min, una superficie de 2,1 m2 y un coeficiente de permeabilidad hidraúlica (KUF) de 50 ml/h/mmHg.

El flujo sanguíneo prescrito (Qb) es de 300 ml/min, pero a menudo no se alcanza por disfunción del catéter, por lo que su Qb efectivo es de aproximadamente de 190 ml/min. El flujo del líquido de diálisis utilizado es de 600 ml/min. Sus valores de Kt/V monocompartimental son de aproximadamente de 0,8; y sus niveles de potasio y fosfato prediálisis son elevados.

Se realiza flebografía en la que se evidencia la presencia de una estenosis en la yugular interna derecha y en la vena cava superior, por lo que se ha planificado la colocación de un stent y la sustitución del catéter venoso central.

11. Mientras se espera el procedimiento, ¿cuál de las siguientes medidas consideras la más eficaz para optimizar la dosis de la diálisis en este caso?:

a) Aumentar el flujo del líquido de diálisis.
b) Aumentar el tiempo de diálisis.
c) Prescribir un dializador con mayor superficie.
d) Invertir la conexión de las líneas sanguíneas con las ramas del catéter venoso central.

Tras la colocación del stent y un nuevo catéter venoso central acude a su sesión de hemodiálisis habitual. A los 30 minutos de iniciada la sesión presenta disnea, hipotensión, broncoespasmo y cefalea.

12. Con respecto a las reacciones alérgicas a las membranas de hemodiálisis es INCORRECTO que:

a) El triacetato de celulosa produce una mayor activación del receptor de membrana de las plaquetas GPIIb/IIIa en comparación con la polisulfona.
b) La clasificación clínica clásica en tipo A / B actualmente no se considera útil, llegando, a dificultar el diagnóstico.
c) La inserción de polivinilpirrolidona (PVP), se relaciona con las reacciones alérgicas que sufren algunos pacientes con las membranas sintéticas.
d) La esterilización de las membranas mediante vapor de agua y radiación gamma han ayudado a disminuir la frecuencia de estas reacciones.

CASO 5

Varón de 32 años consulta por debilidad muscular progresiva, poliuria y litiasis renal recurrente. Refiere antecedentes de nefrolitiasis desde los 25 años y fractura osteoporótica de cadera a los 30 años.

En la exploración física destaca presión arterial normal, signos de osteomalacia (dolor óseo difuso, debilidad muscular y dificultad para caminar).

Plasma	Orina
Creatinina= 0, 8 mg/dL (0, 51-0, 95). Urea= 35 mg/dL (17-43)	pH= 6,5
Sodio= 137 mEq/L (136-146)	Sodio= 170 mEq/L (28-153)
Potasio= 3,3 mEq/L (3,5-5,1)	Potasio= 90 mEq/L (20-80)
Cloro= 115 mEq/L (101-110)	Cloro= 190 mEq/L (76-174)
Bicarbonato= 15 mEq/L (21-31)	Cociente calcio/creatinina = 0,4 (<0.20)
pH= 7,30. pO2 90. pCO2 30	Citrato = 200 mg/24 horas (320-1260)

La ecografía renal revela nefrocalcinosis medular bilateral y múltiples cálculos renales.

13. ¿Cuál es el trastorno ácido-base que presenta la paciente?:

a) Acidosis metabólica con anión gap elevado.
b) Acidosis metabólica con anion gap normal.
c) Acidosis respiratoria crónica.
d) Acidosis metabólica con alcalosis respiratoria asociada.

14. ¿Cuál es el PRINCIPAL defecto fisiopatológico en esta entidad?:

a) Disminución de la reabsorción proximal de bicarbonato.
b) Resistencia a la aldosterona a nivel tubular.
c) Incapacidad para secretar protones de la célula intercalada α del túbulo colector.
d) Disminución de la producción renal de amonio.

15. ¿Cuál es el tratamiento de elección en esta paciente?:

a) Citrato potásico.
b) Acetazolamida.
c) Furosemida.
d) Fludrocortisona.

CASO 6

Varón de 26 años, sin antecedentes relevantes que interés, que es traído a urgencias por sus padres por malestar general, obnubilación, confusión, taquipnea y vómitos.

Necesita intubación orotraqueal para protección de la vía aérea. Antes de la intubación no es posible obtener ninguna información adicional.

En la exploración física presenta mucosas secas, y su presión arterial es 90/45 mmHg y su frecuencia cardiaca es de 100 lpm.

Plasma	Orina
Sodio= 139 mEq/L (136-146)	Densidad urinaria 1019 (1005-1030)
Potasio= 4,5 mEq/L (3,5.5,1)	pH=5,4
Cloro= 95 mEq/L (101-110)	Proteínas= +
Bicarbonato= 8 mEq/L (21-31)	Hematíes= negativo
Creatinina= 4,8 mg/dL (0,51-0,96)	Cuerpos cetónicos= negativos
Urea= 154 mg/dL (17-43)	Cristales de oxalato cálcico
Glucosa = 85 mg/dL (74-100)	
Albúmina = 36 g/L (35-52)	
Osmolaridad plasmástica= 330 mOsm/L	
Gasometría. pH:6,9. pCO2: 22. PO2: 102. Lactato: 13,4 mg/dl (0-15,8)	

16.- Basado en los datos disponibles, ¿cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable de este paciente?:

a) Cetoacidosis diabética.
b) Pérdidas digestivas por vómitos.
c) Intoxicación por alcoholes.
d) Sepsis.

17.- Con respecto al tratamiento, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:

a) La absorción desde el tracto gastrointestinal del agente causal sospechoso del cuadro es rápida, por lo que el empleo de carbón activado debe iniciarse a los 30 o 60 minutos para ser eficaz.
b) El inicio precoz de la hemodiálisis no forma parte del tratamiento inicial del cuadro, sólo se iniciará una vez se alcancen cifras de urea por encima de 250mg/dL.
c) La corrección de la acidosis metabólica permite aumentar la excreción renal de los metabolitos del agente causal sospechoso.
d) El Fomepizol retrasa el metabolismo del agente causal sospechoso del cuadro y precisa ajuste de dosis tras el inicio de la hemodiálisis.

18.-Con respecto a la sustancia sospechosa de causar el cuadro, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:

a) Se trata de una molécula pequeña, con un peso molecular de 62 Da.
b) Su volumen de distribución es 0,5-0,8 l/kg.
c) Tiene una alta unión a proteínas.
d) Se metaboliza, vía ADH, en una variedad de compuestos tóxicos incluyendo el ácido glicólico y el ácido oxálico.

CASO 7

Mujer de 56 años con ERC estadio G5D por nefropatía diabética, en diálisis peritoneal automatizada desde hace 5 años, anúrica desde hace 18 meses (<50 mL/día). Antecedentes de peritonitis bacteriana recurrente (dos episodios en los últimos tres años). En la evaluación actual presenta disnea NYHA III, edemas maleolares bilaterales y mal control tensional, con PA domiciliaria media de 165/92 mmHg,

Prescripción actual:

- DPA nocturna: 5 ciclos × 2 L (2 bolsas glucosa 1,5% y una bolsa 2,5%). 10 horas nocturnas
- Intercambio largo diurno: 2 L con glucosa 2,5%

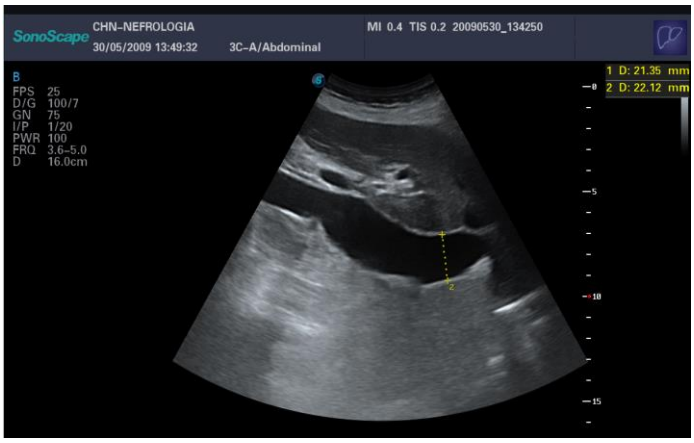
Adecuación:

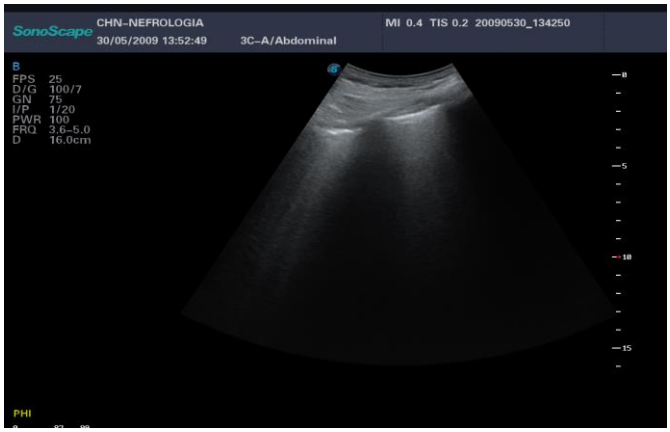
- Kt/V semanal total: 1,9
- UF del intercambio largo diurno: +150 mL

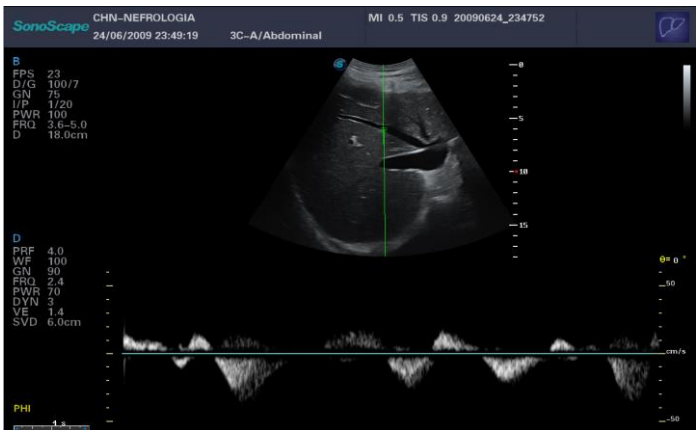
PET (test de equilibrio peritoneal):

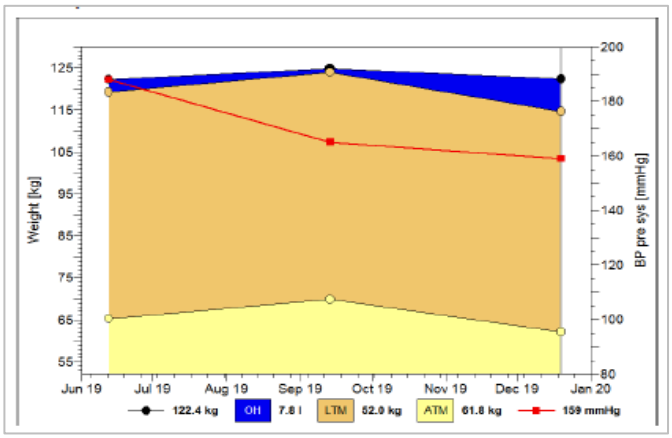
- D/P creatinina (4 h): 0,82
- Dip de Sodio a 60 min: 2 mmol/L

Evaluación del volumen









19. ¿Cuál es la interpretación global MÁS CORRECTA de los hallazgos clínicos, funcionales y de adecuación descritos?:

a) El Kt/V semanal es insuficiente y explica la sobrecarga de volumen observada.
b) Un Kt/V dentro de rango objetivo permite descartar problemas relevantes en la prescripción de diálisis peritoneal, siendo innecesarios cambios terapéuticos.
c) Existe un fallo de la prescripción de diálisis peritoneal y explica los problemas que presenta la paciente.
d) La sobrecarga de volumen es leve y no requiere cambios en la prescripción del tratamiento.

20. Teniendo en cuenta los datos del D/P creatinina elevado junto con los datos del Dip de Sodio las siguientes afirmaciones son correctas, EXCEPTO:

a) El dip de Sodio atenuado sugiere una reducción del transporte de agua libre con menor ultrafiltración osmótica temprana.
b) La atenuación del dip de Sodio se asocia con pérdida precoz del gradiente osmótico, especialmente relevante en peritoneos de alto transporte.
c) Un dip de Sodio disminuido indica que la ultrafiltración convectiva de sodio está relativamente preservada, pero la ultrafiltración osmótica temprana está comprometida.
d) La presencia de un dip de Sodio atenuado descarta un fallo de ultrafiltración como causa de la sobrecarga de volumen y orienta preferentemente a causas extraperitoneales.

21. Dado el perfil clínico y fisiopatológico descrito, ¿cuál es la MEJOR estrategia terapéutica inicial?:

a) Incrementar la concentración de glucosa del intercambio largo diurno.
b) Aumentar el número de ciclos nocturnos sin modificar soluciones.
c) Sustituir el intercambio largo por Icodextrina,
d) Cambiar directamente a hemodiálisis por Kt/V inadecuado.

CASO 8

Varón de 74 años con insuficiencia cardiaca crónica avanzada, en clase funcional NYHA IV, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 35%, que ha presentado múltiples episodios de descompensación congestiva en el último año, con cuatro hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en los últimos 6 meses. Entre sus antecedentes relevantes destacan cardiopatía isquémica crónica, fibrilación auricular permanente y enfermedad renal crónica estadio G3b (FG CKD-EPI 32 mL/min/1,73 m²).

El paciente se encuentra en tratamiento médico optimizado, incluyendo iSGLT2 ARA2/ARNI a dosis máximas toleradas, betabloqueante, antagonista del receptor mineralocorticoide, así como diurético de asa a dosis altas (equivalente a >240 mg/día de furosemida) asociado a tiazida.

A pesar de este abordaje, persiste una congestión sistémica severa, con edemas masivos en extremidades inferiores, ascitis, ingurgitación yugular marcada y ganancia ponderal progresiva, compatibles con sobrecarga de volumen refractaria. La evaluación funcional y analítica muestra diuresis diaria reducida (900 mL), natriuresis muy baja, empeoramiento progresivo de la función renal (creatinina sérica 2,1 mg/dL) e hiponatremia (Na^+ 130 mmol/L).

---

22. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico clave que explica la persistencia de congestión a pesar del uso de diuréticos a dosis máximas en este paciente?:

a) Congestión venosa renal con aumento de la presión venosa central y deterioro de la natriuresis.
b) Disminución aislada del gasto cardiaco.
c) Hipovolemia intravascular secundaria a excesiva dosis de diurético.
d) Déficit absoluto de sodio.

23. ¿Cuál es la opción terapéutica más adecuada y fisiopatológicamente justificada para conseguir un estado de euvolemia de forma crónica?:

a) Intensificar el tratamiento diurético añadiendo tolvaptan, como estrategia principal para revertir la congestión sistémica severa en un contexto de natriuresis marcadamente reducida.
b) Pasar a diurético con bomba sucutánea de forma crónica.
c) Realizar diálisis peritoneal, por los criterios de inicio de terapia renal sustitutiva y con alto riesgo de inestabilidad hemodinámica.
d) Considerar la ultrafiltración peritoneal especialmente en el contexto de fracaso del tratamiento diurético y congestión crónica refractaria a tratamiento.

24. Desde un punto de vista fisiopatológico, ¿cuál es la razón principal por la que la estrategia seleccionada en la pregunta anterior resulta especialmente adecuada en este escenario clínico?:

a) Permite una depleción intravascular rápida mediante intensificación dietética y farmacológica, con un perfil de efectos adversos similar o inferior al de otras estrategias.
b) Proporciona una retirada continua, lenta de sodio y agua, favoreciendo la descongestión venosa sostenida con mínimo compromiso hemodinámico y menor activación neurohormonal.
c) Sustituye la función renal, corrigiendo las alteraciones analíticas presentes.
d) Establece una actitud conservadora, evitando intervenciones adicionales bajo el supuesto de que la evolución clínica es adecuada y solo requiere más tiempo.

CASO 9

Mujer de 60 años con nefropatía diabética, en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) desde hace 6 años, anúrica, con antecedentes de peritonitis recurrente (tres episodios previos, dos por bacilos gramnegativos).

Acude a urgencias por cuadro de 36 horas de evolución con dolor abdominal intenso, fiebre (38,5 °C) y efluente peritoneal turbio. El recuento inicial del efluente es de 4.200 leucocitos/µL (94% PMN). Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso empírico de amplio espectro conforme a las guías ISPD.

A las 72 horas persisten el dolor y la turbidez (1.100 leucocitos/µL, 90% PMN) y tras 5 días de tratamiento adecuado continúa sintomática, con efluente turbio y 900 leucocitos/µL, sin mejoría clínicamente significativa.

---

25. Según los criterios diagnósticos ISPD 2022, y considerando la evolución clínica y citológica descrita, ¿cuál es la interpretación diagnóstica más ajustada de este caso?:

a) El diagnóstico inicial no puede confirmarse sin un cultivo positivo, por lo que el cuadro debe considerarse una peritonitis probable por lo que no requiere de momento inicio de tratamiento.
b) Se trata de una peritonitis confirmada exclusivamente por la clínica, con hallazgos citológicos inespecíficos por lo que requiere cobertura de momento, con dosis altas de Vancomicina intravenosa.
c) El descenso posterior del recuento leucocitario hace improbable el diagnóstico e invalida el diagnóstico inicial de peritonitis.
d) Cumple criterios diagnósticos de peritonitis asociada a diálisis peritoneal, basados en clínica compatible y recuento leucocitario >100/µL con predominio de PMN, independientemente del resultado del cultivo y debe iniciar tratamiento empírico.

26. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico principal que justifica la falta de respuesta al tratamiento antibiótico y condiciona la conducta terapéutica?

a) Infraexposición antibiótica secundaria a absorción sistémica por haber administrado el antibiótico por via intravenosa
b) Persistencia de probable biofilm bacteriano en el catéter peritoneal, con inflamación mantenida y dificultad para la erradicación del microorganismo
c) Disminución del aclaramiento peritoneal de mediadores inflamatorios por agotamiento de la membrana peritoneal.
d) Activación predominante de la inmunidad humoral con reacción de hipersensibilidad local.

27. De acuerdo con las recomendaciones de la ISPD 2022, ¿cuál es la estrategia terapéutica más adecuada en este momento evolutivo?:

a) Prolongar el tratamiento antibiótico intravenoso dirigido hasta completar 21 días antes de decidir la retirada del catéter peritoneal.
b) Añadir cobertura antifúngica empírica manteniendo el catéter, dado que la evolución es lenta pero potencialmente favorable.
c) Proceder a la retirada del catéter peritoneal, con transición a hemodiálisis, completando el tratamiento antibiótico sistémico y valorando un reimplante diferido tras la resolución completa del proceso infeccioso.
d) Sustituir el tratamiento antibiótico intravenoso por antibióticos intraperitoneal manteniendo la técnica de diálisis peritoneal ya que asegura mejor abordaje terapéutico.

PREGUNTAS DE RESERVA- Casos Clínicos

CASO 1 – Pregunta 1

1. Entre el diagnóstico diferencial de glomerulonefritis membranoproliferativa, se encuentran las glomerulonefritis asociadas a gammapatias monoclonales (GM), respecto a esta entidad, señale la INCORRECTA:

a) La clasificación de las GM Significado Renal (GMRS) se basa en los resultados de la inmunofluorescencia y la apariencia ultraestructural
b) Todas las lesiones renales asociadas a GMRS se deben al depósito de inmunoglobulina monoclonal
c) En la GMRS nos encontramos con depósito granular de C3 principalmente en glomérulo con muy escasa presencia de IgG en la IF
d) Entre las categorías de lesión renal derivado de depósitos monoclonales se encuentra la amiloidosis relacionada a depósito de Inmunoglobulinas

CASO 2 – Pregunta 2

2. En relación al tratamiento de mantenimiento de la patología sospechada, el documento de consenso sobre esta patología publicado en 2024 (E Morales et al, revista Nefrología), señale la respuesta CORRECTA:

a) Se recomienda mantener tratamiento con MMF de por vida según el ensayo IMPROVE
b) La opción más recomendable sería RTX semestral durante 4 años, siguiendo la pauta francesa del ensayo MAITRITSAN
c) La combinación de azatioprina + prednisona dosis bajas durante 2 años, según ensayo CYCAZAREM
d) Dada la hemorragia pulmonar, se recomienda RTX mensual durante 6 meses e introducción tardía de AVACOPAN para mantenerlo 5 años según el ensayo ADVOCATE

CASO 3 – Pregunta 3

3. ¿En el rechazo del transplante renal, señale la INCORRECTA:

a) Tociluzumab, inhibidor de IL-6R, se considera terapia de primera elección en el AMR crónico diagnosticado mediante DSA + C4d.
b) Los antiCD38 como daratumumab o felzartamab inhiben el daño del injerto causado por anticuerpos y NK y son opción terapéutica en el AMR en ensayos clínicos.
c) El rechazo celular se trata con esteroides en bolo + timoglobulina en casos severos (BANF grado III).
d) La presencia de rechazo borderline no es una indicación para el tratamiento con plasmaféresis.

CASO 4 – Pregunta 4

4.- El Servicio de Nefrología se plantea cambiar su planta de tratamiento de agua ante la presencia de contaminación persistente. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA con respecto a las consideraciones necesarias para realizar un correcto diseño de la nueva planta?:

a) Son requisitos fundamentales conocer la composición del agua suministrada y su estacionalidad.
b) El agua tratada debe circular en el circuito de distribución a una velocidad mayor de 1 m/seg para minimizar los riesgos de contaminación y formación de biofilm bacteriano.
c) Se considera que la dosis de desinfección por calor para eliminar el 99,9% de los microorganismos, y garantizar la eficiencia de la desinfección por calor en cualquier lugar de la instalación es de 8.000 Ao.
d) La ósmosis inversa es capaz de eliminar el aluminio coloidal.

CASO 5 – Pregunta 5

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre esta entidad es INCORRECTA?:

a) La sordera neurosensorial es una de sus manifestaciones extrarrenales.
b) La progresión de la enfermedad renal crónica a estadio 5 es frecuente pese a un tratamiento precoz y adecuado.
c) Recientemente se ha comercializado la molécula ADV7103 para facilitar la adherencia y el control metabólico.
d) Las recomendaciones dietéticas incluyen limitar las proteínas de origen animal, y aumentar la ingesta de frutas y verduras.

CASO 6 – Pregunta 6

6. En cuanto al soporte renal de la insuficiencia Renal Aguda y la depuración del agente sospechoso de causar el cuadro, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:

a) La afectación hepática es parte fundamental del cuadro, por lo que la utilización de sistemas de soporte extracorpóreo hepático es frecuente.
b) Como la sustancia tiene una alta unión a proteínas se deben realizar terapias adsortivas.
c) La diálisis peritoneal con Extraneal ® se considera la terapia inicial de elección.
d) El tratamiento con hemodiálisis con membranas de alto flujo reduce rápidamente sus niveles plasmáticos.

CASO 7 – Pregunta 7

7 ¿Cuál de las siguientes situaciones sería más sugestiva de fallo de ultrafiltración mediado por daño de acuaporinas (AQP-1) ?:

a) Dip de Sodio conservado con D/P creatinina bajo.
b) Ausencia de Dip de Sodio precoz, ultrafiltración muy reducida incluso con glucosa hipertónica, y antecedente de peritonitis repetidas.
c) D/P creatinina elevado con adecuada UF nocturna.
d) Kt/V peritoneal <1,5 con buena respuesta a Icodextrina.

CASO 8 – Pregunta 8

8. ¿Qué característica del ultrafiltrado es especialmente relevante en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca refractaria?:

a) Es hipotónico y pobre en sodio.
b) Carece de impacto sobre el balance de sodio.
c) Solo elimina agua libre.
d) Tiene una concentración de sodio similar al plasma.

CASO 9 – Pregunta 9

9. Según las definiciones ISPD 2022, ¿cuál es la clasificación diagnóstica más precisa del episodio en este momento?:

a) Peritonitis recurrente.
b) Peritonitis repetida.
c) Peritonitis con respuesta tardía.
d) Peritonitis refractaria.