

1. Todos los siguientes son criterios de PEWS salvo uno. Señálelo:

- A. Albúmina sérica <3,8 g/dl (determinación por verde bromocresol)
- B. Colesterol sérico <100 mg/dl
- C. Índice de masa corporal <23 kg/m² (excepto en algunas áreas geográficas)
- D. Pérdida de peso intencionada de >5% del peso en 6 meses o >10% en 1 año**
- E. Disminución del área muscular del brazo >10% en relación con el percentil 50 de la población de referencia

2. En relación con el paciente en prediálisis, es falso que:

- A. Se recomienda una ingesta proteica de 0,8-1 g/kg/día en filtrados mayores y de 0,6-0,8 g/kg en caso de proteinuria o de filtrados cercanos pero superiores a 25-30 ml/min/1,73 m²
- B. Aquellos pacientes con tendencia a presentar hiperpotasemia deben restringir la ingesta a menos de 3 g al día, pero siempre bajo la premisa de no comprometer la ingesta de fruta y verdura rica en fibra
- C. Hay que evitar alimentos ultraprocesados, precocinados o conservas, por su contenido en fósforo inorgánico
- D. Los HC deben suponer el 35% del VCT, siendo deseable utilizar sobre todo HC de alto índice glucémico**
- E. Los lípidos deben suponer el 30-40% del VCT, siendo preferibles las no saturadas y ricas en ácidos grasos ω -3 (que podrían además reducir la albuminuria y ayudar a preservar la función renal)

3. Señale la opción verdadera con respecto al paciente en terapia renal sustitutiva:

- A. La HD requiere restricción de potasio, que no es obligatoria en la DP**
- B. Se recomienda suplementar con 1.500 mg de calcio diarios en HD y en DP
- C. Debe emplearse en todos los casos una dieta hipoproteica de <0,8 g/kg/día para controlar la producción de amonio
- D. En la HD hay un mayor aporte de glucosa directo por el dializado que en la DP
- E. Debe restringirse la ingesta de fósforo a <500 mg/día en DP y en HD

4. Indique la opción falsa con respecto al paciente con síndrome nefrótico:

- A. Los requerimientos totales de energía son aproximadamente de 30-35 kcal/kg/día
- B. No se recomienda una dieta hiperproteica
- C. Han de evitarse especialmente las proteínas de soja en caso de hiperlipemia, puesto que aumentan las VLDL y APO-CIII**
- D. Se recomienda que, en ningún caso, los lípidos superen el 30% del VCT, con un 10% o menos de grasas saturadas y 300 mg o menos de colesterol diarios
- E. Salvo que se evidencie analíticamente una hiperpotasemia, no es preciso restringir el potasio de la dieta

5. ¿Cuál no es una ventaja de la NPID? Señálela:

- A. Permite administrar nutrientes de forma concentrada, sin el problema de la restricción de líquidos o minerales de la vía digestiva
- B. Se pueden ajustar los parámetros de la HD para evitar de forma eficaz la sobrecarga hídrica
- C. Se puede modificar la composición de la NP para adaptarla a las alteraciones en niveles de aminoácidos y otros elementos
- D. Alta tasa de retención de nutrientes, cercana al 90%

E. Es intermitente, ya que se administra solo durante las sesiones de HD, permitiendo, de forma cómoda para el paciente, administrar la totalidad de calorías requeridas, ahorrando costes y sin necesidad de suplementos orales adicionales

6. Con respecto al concepto y a los síntomas de la insuficiencia pancreática exocrina (IPE), ¿cuál es la respuesta falsa?

- A. La maldigestión proteica puede causar edemas o ascitis
- B. La IPE afecta a la digestión de las grasas, proteínas y carbohidratos
- C. Existen enfermedades digestivas no pancreáticas que asocian IPE
- D. La esteatorrea aparece en fases avanzadas de IPE

E. La IPE solo está presente en pacientes con pancreatitis crónica

7. Con respecto al diagnóstico y al tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina (IPE), ¿cuál es la respuesta falsa?

- A. La desnutrición es una indicación de tratamiento sustitutivo con enzimas pancreáticas
- B. Es preciso evaluar la eficacia del tratamiento enzimático sustitutivo

C. La ausencia de esteatorrea descarta la IPE

- D. La dosis de enzimas es de 50.000 Ph.U en las comidas principales
- E. La elastasa fecal no es el patrón oro en el diagnóstico de IPE

8. Sobre el soporte nutricional de pacientes con pancreatitis aguda grave, ¿cuál es la respuesta verdadera?

- A. Las fórmulas peptídicas son la primera opción
- B. Una dieta oral rica en grasas puede iniciarse progresivamente
- C. No es posible el uso de sonda nasogástrica

D. La nutrición enteral es la primera línea de tratamiento

- E. No está indicado el inicio precoz del soporte nutricional

9. En el soporte nutricional de los pacientes con pancreatitis crónica, ¿cuál es la respuesta verdadera?

A. Se recomienda una dieta pobre en fibra

- B. Hay que valorar, pero nunca corregir, los déficits de micronutrientes
- C. Hay que asociar enzimas pancreáticas sustitutivas para aumentar la esteatorrea
- D. La supresión de los hábitos tóxicos no mejora el éxito del tratamiento
- E. El 50% de las calorías pueden darse como grasa

10. En los pacientes con cáncer de páncreas, ¿cuál es la respuesta falsa?

A. Un adecuado soporte nutricional permitirá un tratamiento oncológico completo y menores toxicidades

B. La malnutrición no es un factor de mal pronóstico

C. Los diferentes tratamientos aplicados son una causa de desnutrición

D. La desnutrición afecta a la calidad de vida de los pacientes

E. La prevalencia de desnutrición es superior al 80%

11. Respecto a las fístulas intestinales, señale la falsa:

A. Son comunicaciones anormales entre el tubo digestivo y otra víscera o entre el tubo digestivo y la piel

B. Son enterocutáneas cuando comunican el tubo digestivo con la piel

C. Para conocer su trayecto se emplea la fistulografía con contraste con yodo

D. Las fístulas altas son aquellas que se encuentran por encima del ligamento de Treitz

E. Las de débito medio son aquellas con un débito entre 500 y 1.000 ml

12. Los enfermos con fistulas intestinales tienen unas necesidades energéticas aumentadas, que dependen del débito de la fistula, del estado nutricional previo y de la existencia de sepsis. El factor de estrés a aplicar al gasto energético basal en las de alto débito es de:

A. 1-1,3

B. 1,3-1,5

C. 1,5-2

D. 2-2,5

E. 2,5-5

13. En el síndrome de intestino corto se pueden producir litiasis por oxalato en aquellos pacientes:

A. Que tienen colon en continuidad

B. Con yeyunostomía y menos de 1 metro de intestino

C. En tratamiento con teduglutide

D. Con déficit severo de zinc.

E. Con déficit de vitamina B₁₂

14. Respecto al tratamiento de síndrome de intestino corto, señale la falsa:

A. En pacientes sin colon hay depleción frecuente de sodio, que se debe corregir con soluciones de rehidratación orales isotónicas o cápsulas de sal

B. La hiperfagia inicial enlentece la adaptación intestinal

C. El teduglutide permite retirar la nutrición parenteral domiciliaria en algunos pacientes

D. El tratamiento farmacológico incluye enlentecedores del tránsito e inhibidores de secreciones gástricas e intestinales

E. El trasplante intestinal es una opción de tratamiento cuando hay un fracaso de la nutrición parenteral por enfermedad hepática, trombosis de accesos o sepsis frecuentes

15. Respecto a los pacientes con ileostomía, señale la falsa:

- A. En el caso de resección extensa de íleon terminal, deben recibir suplementación con vitamina B₁₂
- B. Tienen elevados requerimientos de agua y sodio
- C. Deben hacer 5 a 6 comidas al día y en pequeña cantidad, cada 3-4 horas
- D. La cantidad normal de pérdidas fecales es de 2.000 ml/día**
- E. Se debe beber al menos 1,5-2 litros de agua o suero oral fuera de las comidas

16. La malnutrición en los pacientes con enfermedad inflamatoria puede favorecer la presencia de:

- A. Anemia
- B. Inmunosupresión
- C. Retraso del crecimiento en los niños
- D. Disminución del riesgo de trombosis**
- E. Aumento del riesgo quirúrgico

17. Sobre el papel que juega la malnutrición en la enfermedad inflamatoria intestinal, señale la opción correcta:

- A. Su papel es secundario y basta con tratar la enfermedad de base para corregirla
- B. Su presencia puede aumentar el riesgo de muerte**
- C. Cuando se diagnostica debe indicarse nutrición parenteral
- D. La administración de suplementos es suficiente para tratarla
- E. Se presenta solamente si el paciente ha recibido tratamiento con corticoides

18. ¿Cómo debe ser la dieta recomendada para los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión?

- A. Preferentemente no debe de contener gluten
- B. Debe ser una dieta sin derivados lácteos
- C. Dieta equilibrada con fibra y lactosa**
- D. Debe ser una dieta blanda sin grasas
- E. No debe tener aporte de fibra soluble

19. ¿Qué considera que sería menos recomendable para un paciente celíaco?

- A. Tomar verduras frescas en ensaladas
- B. Comer fuera de casa
- C. Tomar vino en la comida
- D. Consumir principalmente productos elaborados sin gluten**
- E. Tomar productos que contengan quinoa

20. Sobre el tratamiento de la enfermedad celíaca, ¿cuál de los siguientes enunciados es cierto?

- A. Si el paciente está asintomático, bastará con eliminar los derivados del trigo
- B. Los alimentos manufacturados son seguros porque la cantidad de gluten que contienen es mínima
- C. Actualmente el gluten está prohibido como aditivo
- D. Los pacientes asintomáticos no precisan seguir una dieta sin gluten
- E. Los alimentos manufacturados pueden ser una fuente inadvertida de gluten**

21. En relación con el papel del hígado en metabolismo de los nutrientes, indique la respuesta correcta:

- A. Un exceso de nutrientes no ocasiona daño hepático
- B. El hígado tiene un papel anecdótico en el metabolismo de los nutrientes
- C. El hígado se encarga de la síntesis de varias proteínas plasmáticas, como la albúmina o la transferrina**
- D. El hígado no juega un papel importante en el almacenamiento de minerales
- E. En cuanto al metabolismo de los lípidos, se encarga únicamente de la producción de colesterol

22. Señale la respuesta verdadera en relación con la valoración nutricional de los pacientes con hepatopatías:

- A. La presencia de ascitis no interfiere con la valoración nutricional
- B. No existe una herramienta estándar para la valoración nutricional**
- C. El recordatorio de 24 horas es un método muy exacto
- D. La medición de los pliegues cutáneos no se considera válida
- E. El análisis de bioimpedancia es un método invasivo

23. Señale la respuesta correcta:

- A. La malnutrición en las enfermedades hepáticas se ocasiona únicamente por un defecto de nutrientes
- B. La malnutrición proteica es más común en enfermedades hepáticas**
- C. La malnutrición no afecta a la supervivencia
- D. Los pacientes cirróticos nunca presentan obesidad, ya que siempre están malnutridos
- E. La malnutrición en las enfermedades hepáticas es poco frecuente

24. Indique la respuesta falsa acerca del tratamiento nutricional de las enfermedades hepáticas:

- A. Es frecuente la presencia de anorexia o náuseas que dificultan una ingesta oral adecuada
- B. Se recomienda realizar pocas comidas al día (2-3), en grandes cantidades**
- C. Es importante el consumo previo al descanso nocturno
- D. En caso de necesitar nutrición artificial, es preferible la nutrición enteral frente a la nutrición parenteral
- E. Se recomienda realizar un seguimiento nutricional en estos pacientes

25. Indique la respuesta correcta en relación con la cirrosis:

A. La ascitis es la complicación más común de la cirrosis descompensada.

B. La ascitis es una acumulación de aire en la cavidad peritoneal.

C. Es beneficioso aumentar la ingesta de sal en presencia de ascitis.

D. Los pacientes con encefalopatía crónica siempre toleran las proteínas convencionales.

E. La principal toxina implicada en la encefalopatía hepática es el cobre.

26. En el ictus, la dieta está descrita como factor de riesgo modificable. ¿Cuál de las siguientes respuestas no es cierta al respecto?

A. La dieta mediterránea ha demostrado reducir la incidencia del ictus hasta un 39%, comparada con la dieta baja en grasa

B. La dieta DASH no se recomienda para prevención primaria del ictus

C. En la prevención del ictus se recomienda dieta rica en frutas y verduras

D. Se recomienda aumentar el consumo de pescado

E. Se recomienda disminuir el consumo de carne y derivados

27. En el soporte nutricional de los pacientes con ictus:

A. La calorimetría debe utilizarse, si está disponible, para determinar los requerimientos nutricionales de los pacientes con ictus

B. Los pacientes con procesos neurológicos agudos no tienen riesgo de desnutrición y no precisan, por tanto, *screening* de malnutrición al ingreso

C. Las necesidades calóricas, en caso de no disponer de calorimetría, se establecerán en 30-35 kcal/kg en el momento agudo

D. Las necesidades proteicas son iguales a población general en fase aguda: 0,8-1 g/kg/día

E. Se recomienda el uso rutinario de suplementos orales durante la hospitalización debido a que es una situación de elevado riesgo de desnutrición

28. En el paciente con ELA:

A. La colocación de la PEG se debe retrasar hasta que el paciente ya no pueda cubrir sus necesidades por vía oral

B. La gastrostomía se debe aconsejar cuando la CVF sea <50%, ya que en estas circunstancias el paciente presenta disnea que dificulta la correcta alimentación

C. En pacientes ventilados existe un incremento de requerimientos energéticos

D. No existe una fórmula de NE que haya demostrado claramente superioridad

E. Se aconseja poner inicialmente SNG y valorar la PEG a partir de las 4 semanas

29. La dieta cetogénica se puede emplear como parte del tratamiento de las siguientes patologías, excepto:

- A. Déficit de GLUT 1
- B. Déficit de PDH
- C. Epilepsia severa mioclónica de la infancia (síndrome de Dravet)
- D. Deficiencia de piruvato carboxilasa**
- E. Demencia tipo Alzheimer

30. En los pacientes con epilepsia que siguen una dieta cetogénica:

- A. Se recomienda mantenerla al menos 6 meses para poder valorar su eficacia
- B. Una vez conseguida la mejoría de las crisis se debe suspender por sus potenciales efectos adversos
- C. Se observa una ganancia ponderal en la mayoría de pacientes por su alto contenido en grasa
- D. Se debe suspender gradualmente a lo largo de 3 meses, como los fármacos**
- E. Durante la primera semana son recomendables los controles de glucemia horaria

31. Señale cuál de las siguientes no es una característica de la linfa:

- A. pH alcalino
- B. TG >110 mg/dl
- C. Colesterol total >200 mg/dl**
- D. Glucosa <100 mg/dl
- E. Aspecto lechoso

32. Respecto al diagnóstico del quilotórax, señale la correcta:

- A. El diagnóstico se debe basar en la clínica y en el análisis bioquímico del líquido**
- B. Si el líquido de drenaje tiene aspecto lechoso, se puede asegurar que existe presencia de linfa
- C. Si el líquido es seroso, lo podemos excluir, siempre que exista presencia de linfa
- D. Independientemente de las características del líquido, siempre se debe confirmar con la realización de una TAC
- E. Independientemente de las características del líquido, siempre se debe confirmar con la realización de una linfografía

33. Señale la respuesta correcta respecto a las fístulas quilosas:

- A. Si el estado nutricional previo del paciente es bueno, no precisará de un soporte nutricional especializado
- B. Son raras las complicaciones infecciosas en los casos no tratados
- C. El tratamiento conservador es eficaz en todos los casos
- D. Si se realiza el tratamiento correcto, el pronóstico siempre es bueno
- E. Se debe realizar una valoración del estado nutricional de todos los pacientes con fístula quillosa**

34. Respecto al tratamiento conservador de las fístulas quilosas, señale la correcta:

- A. La nutrición parenteral es el tratamiento de primera elección en todos los casos
- B. Se debe evitar el aporte de lípidos en la nutrición parenteral
- C. Nunca debemos asociar TCM porque se absorben directamente al sistema linfático
- D. La tolerancia a la dieta pobre en grasas y los módulos de TCM no suele ser buena, lo que compromete el cumplimiento**
- E. El fármaco de elección a considerar siempre será el orlistat

35. Respecto al tratamiento de las fístulas quilosas, señale la falsa:

- A. Se debe implementar una dieta pobre en grasas
- B. La asociación de módulos de MCT ayuda a alcanzar los requerimientos calóricos
- C. La asociación de módulos de proteínas ayuda a alcanzar los requerimientos proteicos
- D. La nutrición parenteral puede ser útil si no es posible alcanzar los requerimientos nutricionales por vía oral
- E. La dieta pobre en grasas se puede mantener de forma indefinida porque no implica un riesgo nutricional a largo plazo**

36. Es cierto que, en los pacientes con EPOC:

- A. La desnutrición es infrecuente
- B. Existen cambios fenotípicos que se caracterizan únicamente por baja masa muscular y baja masa grasa
- C. La desnutrición es de origen multifactorial**
- D. La pérdida de masa muscular no va a afectar a la musculatura respiratoria
- E. Los cambios en la composición corporal no van a influir en el pronóstico de la enfermedad

37. Los pacientes con EPOC se caracterizan por:

- A. Presentan una prevalencia de desnutrición de entre el 19 y el 70%, según los estadios
- B. La valoración nutricional es necesario realizarla en todos los pacientes de manera periódica
- C. El abordaje terapéutico debe ser multifactorial
- D. Los suplementos nutricionales pueden emplearse en aquellos pacientes que no cubran los requerimientos con la dieta oral
- E. Las respuestas anteriores son todas correctas**

38. En los pacientes con distrés respiratorio agudo, señale la falsa:

- A. Puede haber sido originado por una patología primaria pulmonar o extrapulmonar
- B. Se debe administrar un elevado aporte de hidratos de carbono para favorecer la lipogénesis**
- C. El método de elección para el cálculo de los requerimientos será la calorimetría indirecta
- D. La vía de elección será la enteral
- E. El aporte de proteínas debe ser de al menos 1,3 g /kg/día

39. Los pacientes con fibrosis quística:

A. Raramente presenta desnutrición

B. En caso de que presenten insuficiencia pancreática exocrina, será necesario reducir los hidratos de carbono

C. Sus requerimientos de energía estarán disminuidos con respecto a los de una persona de su misma edad y sexo

D. En caso de falta de ganancia ponderal, se podría recomendar la colocación de una gastrostomía para administrar nutrición enteral complementaria

E. No es necesario suplementar con vitamina E de rutina

40. En relación con las fórmulas de nutrición enteral más adecuadas en los pacientes con fibrosis quísticas, es cierto que:

A. Las fórmulas hidrolizadas pueden estar indicadas en caso de intolerancia digestiva

B. Las fórmulas poliméricas hipercalóricas e hiperproteicas van a ser de elección de inicio

C. En caso de gastrostomía, se debe elegir la pauta según las preferencias del paciente y su familia

D. En caso de intolerancia o falta de eficacia de la nutrición enteral, se podría plantear la nutrición parenteral domiciliaria

E. Todas las anteriores son correctas