JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

Categoría: **F.E.A. Nefrología**

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES (B.O.J.A.: 22 de junio de 2007).

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en la hoja de examen que le han entregado constan sus datos personales.
- El **tiempo conjunto** de realización de las dos pruebas de este ejercicio es de un máximo de **cuatro horas**.
- **No abra** los cuadernillos hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rasgue el lado derecho perforado según se puede observar en la figura (esquina inferior derecha).
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo consta de 103 preguntas de las cuales las 3 últimas son de reserva. Las preguntas de este cuadernillo deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO», entre los números 1 y 103.
- Sólo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Examen».
- Todas las preguntas de este cuadernillo correspondiente a la «1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO» tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con 1/4 del valor del acierto.
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Examen» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.
- En cada pregunta existe una y sólo una respuesta correcta.

– SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN SU «HOJA DE EXAMEN», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.
– UNA VEZ FINALIZADO EL EJERCICIO, PUEDE DISPONER DEL CUADERNILLO.

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

APERTURA

©COPYRIGHT 2007 PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

1. Según la Ley de Salud de Andalucía el Servicio Andaluz de Salud es:
   A. Una Empresa Pública adscrita a la Consejería de Salud.
   B. Un Organismo Autónomo adscrito a la Consejería de Salud.
   C. Una Empresa Pública del Sistema Sanitario Público Andaluz.
   D. Una Sociedad Pública adscrita a la Consejería de Sanidad.

2. El Decreto 96/2004 establece como plazo máximo de respuesta para los procedimientos diagnósticos el de:
   A. 45 días
   B. 30 días
   C. 15 días
   D. 1 mes

3. De conformidad con la Ley 5/2003 la declaración de volunta vital anticipada podrá ser emitida:
   A. Solamente por las personas mayores de edad
   B. Por las personas mayores y menores de edad, indistintamente
   C. Por las personas mayores de edad y menores de edad si éstos cuentan con autorización del padre, madre o tutor
   D. Por las personas mayores de edad y menores emancipados

4. En el Servicio Andaluz de Salud la carrera profesional se organiza en:
   A. Tres niveles: inicial, intermedio y superior.
   B. Tres niveles: inicial, avanzado y excelente.
   C. Cinco niveles: I, II, III, IV y V.
   D. Dos niveles: experto y excelente.

5. El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece como herramientas fundamentales para avanzar en la gestión de la calidad de los Servicios Sanitarios:
   A. La promoción de la salud pública y la prevención.
   B. La gestión de los servicios basada en el procedimiento diferencial.
   C. La gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión de competencias.
   D. La gestión del conocimiento basada en la globalización.

6. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la estandarización de tasas de mortalidad por edad es correcta:
   A. La estandarización por edad permite la comparación de las tasas de mortalidad entre poblaciones con diferentes niveles de envejecimiento.
   B. El método que se utiliza más frecuentemente es el indirecto.
   C. El método directo es de elección cuando queremos estandarizar las tasas de mortalidad en poblaciones de pequeño tamaño.
   D. El método directo se utiliza en los casos en que desconocemos las tasas de mortalidad específicas por edad de la población cuyas tasas queremos estandarizar.

7. Cuál de las siguientes no es una característica de los estudios de casos y controles:
   A. Son estudios observacionales
   B. El criterio de selección de los sujetos es la presencia o no de enfermedad
   C. Son estudios longitudinales
   D. Son estudios prospectivos

8. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre pruebas diagnósticas es correcta:
   A. El valor predictivo positivo aumenta cuando la prevalencia de la enfermedad aumenta.

B. La sensibilidad es la probabilidad de que un individuo sano tenga la prueba positiva.
C. El valor predictivo negativo es la probabilidad de que un individuo enfermo tenga la prueba negativa.
D. Los valores predictivos no dependen de la prevalencia de la enfermedad.

9. ¿Cuál de los siguientes estudios son los que aportan mayor evidencia científica?:
   A. Los meta-análisis de estudios observacionales
   B. Los estudios de cohortes
   C. Los ensayos clínicos aleatorizados y controlados
   D. Los estudios de casos y controles

10. Cuál de estas medidas no es una medida de centralización:
   A. Media
   B. Mediana
   C. Moda
   D. Rango o recorrido.

EXAMEN DE NEFROLOGÍA

11.- La eritropoyetina es una hormona estimuladora de la eritropoyesis que se libera en el riñón en respuesta de:

A) La hipotensión arterial.
B) La hiponatremia.
C) La hipoxia hística aunque no exista hipoxemia arterial.
D) La anemia con hipoxemia sin necesidad de hipoxia hística simultánea.

12.- Una de las siguientes afirmaciones acerca del metabolismo del bicarbonato no es cierta. Señálela:

A) La hiperpotasemia aumenta la reabsorción tubular de bicarbonato.
B) La recuperación del bicarbonato ocurre simultáneamente a la excreción de hidrogeniones.
C) En los túbulos colectores corticales cada ion de bicarbonato se absorbe junto a uno de sodio.
D) La mayor parte de los hidrogeniones secretados en el túbulo renal se combinan con tampones de tipo fosfato disódico.

13.- El magnesio se reabsorbe principalmente en:

A) Túbulo contorneado proximal.
B) Porción descendente del asa de Henle.
C) Porción ascendente del asa de Henle.
D) Túbulo distal.

14.- La excreción urinaria de potasio se realiza fundamentalmente por:

A) Filtración glomerular.
B) Secreción tubular proximal.
C) Secreción tubular distal.
D) Secreción tubular proximal y en el túbulo colector

15.- Un aumento en la concentración plasmática de inulina durante la infusión, qué cambios produce sobre el aclaramiento renal de inulina.

A) Aumenta
B) Disminuye
C) No cambia.
D) Depende de la concentración plasmática de proteínas.

16.- Dos pacientes presentan valores de pH plasmático de 7.39 y 7.41 respectivamente. ¿Cual es su estado ácido-base?:

A) Uno presenta acidosis y otro alcalosis.
B) Ambos presentan un estado ácido-base normal.
C) No hay suficiente información.
D) Los dos presentan una acidosis mixta.

17.- La acción más importante de la vitamina D es:

A) Estimular el deposito de calcio en el hueso
B) Resorción de calcio del hueso.
C) Absorción de calcio en el tracto gastrointestinal.
D) Reabsorción de calcio en el túbulo renal.

18.- En respuesta a un rápido descenso en el calcio plasmático, ¿de donde procede la mayor cantidad de calcio para la restauración de los niveles plasmáticos?:

A) Túbulo renal.
B) Hueso.
C) Tracto gastrointestinal.
D) Calcio intracelular

19.- Durante el ejercicio, el gasto cardiaco aumenta. ¿Que ocurre con el flujo sanguíneo renal?.

A) Aumenta.
B) Disminuye.
C) No cambia.
D) Depende del tipo de ejercicio (aeróbico-anaeróbico).

20.- Entre la acciones del péptido natriurético auricular se encuentran las siguientes:

A) Disminuye la excreción de sodio y agua.
B) Aumenta las catecolaminas circulantes.
C) Desciende los niveles circulantes y renales de la angiotensina II.
D) Aumenta la actividad nerviosa simpática

21.- Un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva severa y elevada concentración de aldosterona, ¿la excreción de potasio está?:

A) Aumentada
B) Disminuida.
C) Normal.
D) La insuficiencia cardiaca no influye.

22.- La complicación más frecuentes de la biopsia percutánea es:

A) Hematuria macroscópica prolongada.
B) Punción de una víscera hueca.
C) Infección local.
D) Hemoperitoneo .

23.- En un embarazo normal, se producen las siguientes variaciones, excepto:

A) Aumento del tamaño renal (1 cm).
B) Elevación del filtrado glomerular y flujo plasmático renal.
C) Balance de sodio positivo.
D) Disminución de la renina aldosterona.

24.- Los siguientes cuadros pueden producir hipopotasemia, excepto:

A) Intoxicación por bario.
B) Abuso de laxantes.
C) Trombocitosis.
D) Intoxicación por tolueno.

25.- El raquitismo hipofosfatémico resistente a vitamina D:

A) Se asocia a osteomalacia.
B) No se asocia a retraso del crecimiento.
C) Existe aumento de la reabsorción tubular de fosfato.
D) Se transmite con carácter autonómico recesivo.

26.- En individuo normal tras la ingesta de un gran volumen de agua no se produce uno de los siguientes fenómenos:

A) Disminución de la osmolaridad plasmática.
B) Disminución de la osmolaridad urinaria.
C) Aumento de la secreción de ADH
D) Orina diluida.

27.- ¿Que efecto produce una infusión de manitol?:

A) Aumenta la excreción de sodio.
B) Disminuyen la excreción de sodio.
C) No modifica la excreción de sodio.
D) Produce un aumento importante de la excreción de potasio

28.- Si administramos un inhibidor de la anhidrasa carbónica se producen los siguientes efectos, excepto:

A) Aumenta la reabsorción de HCO_3^-.
B) Reduce el pH arterial.
C) Reduce la excreción de acidez titulable.
D) Diminuye la excreción final de H^+

29.- Una PCO_2 baja tendrá las siguientes consecuencias, excepto:

A) Eleva el pH arterial.
B) Disminuye la reabsorción de HCO_3^-.
C) Disminuye el pH arterial
D) Disminuye la concentración plasmática de HCO_3^-.

30.- En la isquemia renal crónica una de las siguientes afirmaciones <u>no es correcta</u>:

A) Deplección de ATP y generación de oxidantes en células tubulares y vasculares.
B) Aumento del calcio intracelular.
C) Presencia de depósitos subendoteliales
D) Glomeruloesclerosis.

31- ¿En cual de las siguientes situaciones <u>no es preciso</u> realizar biopsia renal?:

A) En el niño con síndrome nefrótico puro y en el paciente diabético
B) En los pacientes con enfermedades sistémicas y signos de enfermedad renal
C) En los pacientes con insuficiencia renal aguda de causa no clara
D) En los pacientes con trasplante renal

32.- Entre las causas de Fracaso Renal Agudo prerrenal ¿<u>cuál es falsa</u>?:

A) Aumento del volumen extracelular efectivo
B) Disminución del gasto cardiaco
C) Vasodilatación periférica
D) Vasoconstricción renal

33.- En la uropatía obstructiva <u>no es cierta</u> una de las siguientes afirmaciones:

A) La incidencia de la uropatía obstructiva muestra una distribución bimodal (infancia-mayores de 60 años)
B) La hipertensión arterial es frecuente.
C) Es frecuente una acidosis metabólica hiperclorémica.
D) La ausencia de dilatación en los sistemas excretores renales descarta la uropatía obstructiva

34.- Entre los mecanismos responsables de la disminución brusca de la filtración glomerular en la Necrosis Tubular Aguda (NTA) señale la respuesta que no es correcta:

A) Disminución del flujo sanguíneo renal y de la filtración glomerular
B) Retrodifusión del filtrado por el epitelio tubular dañado
C) Obstrucción mecánica intratubular
D) El depósito de proteína amiloide en el hígado

35.- En el Fracaso Renal Agudo la causa más frecuente de mortalidad es:

A) Fallo cardiaco y edema pulmonar
B) Hemorragia digestiva
C) Hiperpotasemia tóxica
D) Infecciones

36.- En la Nefropatía por Contraste (NC) una de las siguientes afirmaciones es falsa:

A) La insuficiencia renal (Ccr < 60 ml/min) es un factor de riesgo para NC
B) Los contrastes intravenosos de alta osmolaridad tienen mas riesgos que los de baja osmolaridad
C) La hidratación previa con líquidos IV es eficaz
D) La profilaxis farmacológica con diuréticos, dopa, factor natriurético, fenoldopan y antagonistas de la endotelina está especialmente indicada

37.- En la prevención primaria del Fracaso Renal Agudo secundario al síndrome de lisis tumoral no es de utilidad:

A) Bicarbonato sódico IV
B) Allopurinol
C) N-acetilcisteina
D) Rasburicasa

38.- En la intoxicación por Etilenglicol con Fracaso Renal Agudo, no es útil:

A) Tratamiento con fomepizole (agente con alta afinidad por el receptor alcohol-dehidrogenasa)
B) Infusión de etanol
C) Hemodiálisis cuando hay fallo renal con niveles plasmáticos de etilenglicol, afectación neurológica o acidosis metabólica severa
D) Restricción hídrica para prevenir el edema pulmonar

39.- En el Fracaso Renal Agudo (FRA) en el Mieloma Múltiple (MM) la primera medida terapéutica es:

A) Eritropoyetina recombinante
B) Talidomida e inhibidores proteosómicos
C) Corregir causas reversibles de FRA: deshidratación, hipercalcemia e hiperuricemia
D) Furosemida

40.- ¿Cuál de las afirmaciones sobre la enfermedad ateroembólica es falsa?

A) Es el resultado de la liberación masiva de émbolos de colesterol desde placas ateroescleróticas aórticas o renales
B) El deterioro de la función renal suele ser subagudo y se acompaña de microhematuria, leucocituria y leve proteinuria
C) El diagnóstico es muy fácil y nunca ocurre tras cirugía vascular, exploraciones angiográficas o IAM
D) Suelen afectarse más los mayores de 60 años, los hipertensos y los ateroscleróticos

41.- Señale la respuesta falsa en la Trombosis de la Vena Renal:

A) Puede ser aguda y habitualmente se produce en niños, por deshidratación por diarrea y/o vómitos
B) En los adultos se relaciona con estados de hipercoagulabilidad
C) Debe sospecharse en casos en los que el FRA se acompañe de fiebre, dolor abdominal o en flanco, renomegalia, leucocitosis, hematuria y aparición o empeoramiento de la proteinuria previa
D) La venografía no es diagnóstica

42.- En la necrosis cortical tras apoplejía placentaria se observa uno de los siguientes rasgos:

A) No progresión al fallo renal terminal
B) Vasoespasmo renal profundo con infartos focales en la corteza renal
C) La biopsia renal es el método diagnóstico de elección
D) Los estudios isotópicos y la arteriografía renal no son útiles en el diagnostico

43.- En el Síndrome Hemolítico-Urémico (SHU) una de las siguientes afirmaciones es falsa:

A) Puede presentarse asociado a enfermedad intestinal por E. Coli (O157,H7), shigella dysenteriae, salmonella, campylobacter...
B) Es primordial el uso de ciprofloxacino u otros antibióticos
C) Puede asociarse a diversos fármacos, quinina, ciclosporina, tacrolimus, anticonceptivos
D) Puede presentar pancreatitis y miocardiopatía

44.- Señale la opción falsa respecto a la etiopatogenia de las glomerulonefritis:

A) La apoptosis y la lisis mediada por el complemento se consideran las dos formas principales de muerte celular en el glomérulo inflamado
B) La fibronectina es una citoquina que tiende a amplificar la respuesta inflamatoria, causando o agravando la lesión glomerular
C) El factor nefrítico es un anticuerpo de tipo IgG que favorece la activación continua del complemento y el daño glomerular
D) Las integrinas son moléculas de adhesión expresadas en las células mesangiales que median la quimiotaxis de los leucocitos, regulan la producción de mediadores de la inflamación y de matriz extracelular

45.- En algunas enfermedades glomerulares, los depósitos subendoteliales:

A) Son depósitos anómalos localizados entre la membrana basal y el epitelio
B) En la glomerulonefritis membranosa, presentan un aspecto típico en forma de pequeñas jorobas revestidas por el citoplasma de la célula epitelial
C) Son característicos de las glomerulonefritis postinfecciosas, donde adoptan una disposición arrosariada e irregular
D) Se localizan entre la membrana basal y el endotelio

46.- Respecto a la epidemiología de la glomerulonefritis aguda postestreptocócica señale la opción falsa:

A) Puede presentarse de forma esporádica o epidémica
B) La forma epidémica se asocia con mayor frecuencia a cuadros de faringitis, mientras que las formas esporádicas se relacionan con afecciones cutáneas
C) Las características nefritogénicas de las cepas de estreptococos determinan su potencial para producir nefritis
D) La susceptibilidad de padecer nefritis tras una infección estreptocócica depende de factores individuales del huésped

47.- Señale la opción correcta respecto a las glomerulonefritis agudas postinfecciosas:

A) Algunos pacientes con glomerulonefritis aguda postinfecciosa presentan cuadros de encefalopatía atribuibles a hipertensión severa y/o vasculitis en el SNC
B) Es frecuente encontrar proteinuria en rango nefrótico si los pacientes presentan edemas
C) El pronóstico a largo plazo es excelente, aunque la hematuria microscópica suele persistir por períodos superiores a un año tras sufrir el episodio.
D) Una de sus causas es la anemia de células falciformes

48.- Señale la opción correcta en las glomerulonefritis rápidamente progresivas:

A) Siempre cursan con insuficiencia renal
B) El complemento sérico está disminuido
C) Histológicamente se caracterizan por el aumento de matriz mesangial, proliferación de células mesangiales y engrosamiento de la pared capilar.
D) Es la glomerulonefritis típica de la infancia

49.- Señale la opción correcta:

A) La glomerulonefritis extracapilar tipo I se asocia en un 75-90% de los casos con ANCA circulantes en suero.
B) La glomerulonefritis extracapilar tipo III tiene una inmunofluorescencia típica con depósitos lineales de IgG a lo largo de la membrana basal glomerular y tubular.
C) En la glomerulonefritis por depósitos de inmunocomplejos es frecuente la aparición de hipocomplementemia
D) La glomerulonefritis extracapilar tipo II se caracteriza histológicamente por la presencia de semilunas y lesiones necrotizantes en diferentes estadios evolutivos con inmunofluorescencia negativa

50.- ¿Cuál de las siguientes glomerulonefritis no se incluye entre las glomerulonefritis proliferativas?

A) Glomerulonefritis aguda postinfecciosa
B) Glomerulonefritis focal y segmentaria
C) Glomerulonefritis rapidamente progresiva
D) Nefropatía IgA

51.- ¿Cual de los siguientes datos se asocia a peor pronóstico de la función renal en las glomerulonefritis crónicas?

A) La presencia de hipertensión arterial
B) La magnitud del daño glomerular
C) Títulos de ANCA elevados
D) La magnitud de la fibrosis intersticial y de atrofia tubular

52.- En relación al síndrome nefrótico por nefropatía de cambios mínimos en el adulto, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

A) El tratamiento corticoideo a dosis de 1 mg/Kg/día consigue remisiones en el 81-90% de los casos
B) En los casos corticorresistentes se debe considerar la administración de un ciclo de fármacos citotóxicos
C) La expresión de podocina está aumentada en esta entidad
D) En casos de corticodependencia o recaedores frecuentes, además de los corticoides y citotóxicos está indicado el uso de ciclosporina A

53.- Paciente varón, diagnosticado de síndrome nefrótico secundario a nefropatía de cambios mínimos por biopsia renal, que es tratado con corticoides orales a dosis de 1 mg/Kg/día y presenta a las 8 semanas proteinuria de 200 mg/día, en tres determinaciones. ¿Cómo clasificaría la respuesta terapéutica?:

A) Corticorresistencia inicial
B) Remisión parcial
C) Recidiva
D) Remisión completa

54.- En relación a la glomerulonefritis membranosa (GNM) señale la respuesta falsa

A) Es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en el adulto
B) Habitualmente es idiopática
C) Las enfermedades neoplásicas son responsables de un 5 a 10% de los casos de GNM en adultos
D) Se caracteriza por la ausencia de lesiones histológicas relevantes por microscopia óptica y presencia de plegamientos en los pedicelos por microscopia electrónica

55.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la glomerulonefritis membranosa?:

A) Se caracteriza histológicamente por el depósito de inmunocomplejos a nivel subepitelial de la membrana basal glomerular
B) El síndrome nefrótico es la forma de presentación clínica en más del 80% de los casos
C) La hipertensión arterial es constante en los estadios iniciales de la enfermedad
D) Su incidencia es máxima en la quinta década y en el sexo masculino

56.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GFS)?

A) Es una entidad clínico patológica con diversas etiologías y mecanismos patogénicos.
B) Histológicamente se caracteriza por lesiones de esclerosis en un porcentaje variable de glomérulos y afectando a una parte de los mismos
C) Constituye una causa importante de síndrome nefrótico en niños y adolescentes
D) Es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en el adulto

57.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GFS)?

A) La proteinuria es el dato clínico primordial, alcanzando en la GSF primaria el rango nefrótico en la mayoría de los casos
B) Aproximadamente el 50% de los casos presenta microhematuria, siendo excepcional la hematuria macroscópica en ausencia de trombosis de venas renales
C) La proteinuria no tiene ningún valor pronóstico
D) La hipertensión arterial es relativamente común (25-50% de los casos) en los pacientes adultos

58.- La característica anatomopatológica en microscopía óptica de los distintos tipos de glomerulonefritis mesangiocapilar es:

A) El aumento de matriz mesangial, la proliferación de células mesangiales y el engrosamiento de la pared capilar
B) El aumento de matriz mesangial e hipercelularidad mesangial
C) El engrosamiento de las paredes capilares, "espículas" y, en fases avanzadas, "imágenes de doble contorno"
D) La hipercelularidad del ovillo glomerular, con aumento de células endoteliales y mesangiales

59.- ¿Cuál de las siguientes entidades se asocia con menor frecuencia a la glomerulonefritis mesangiocapilar tipo I?:

A) Hepatitis C
B) Crioglobulinemia mixta
C) SIDA
D) Lipodistrofia parcial

60.- Paciente de 35 años de edad que consulta por proteinuria y microhematuria descubiertas en un reconocimiento rutinario. Como único antecedente refiere haber presentado en algunas ocasiones orinas oscuras color coca-cola coincidiendo con infecciones amigdalares. La función renal, TA y complemento sérico son normales, mientras que la tasa de IgA sérica está elevada. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

A) tuberculosis urinaria
B) glomerulonefritis mesangial de IgA
C) síndrome de Alport
D) glomerulonefritis membranoproliferativa tipo III

61.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones <u>es falsa</u> en la nefropatía mesangial de IgA (NIgA)?

A) Se caracteriza por el depósito difuso y generalizado de IgA en el mesangio glomerular, con morfología granular
B) Es la glomerulonefritis primaria más frecuente en casi todo el mundo, pero con algunas diferencias geográficas
C) La NIgA y la púrpura de Schönlein-Henoch tienen las mismas alteraciones histológicas e inmunohistoquímicas y una patogenia similar
D) Se caracteriza por un aumento difuso del número de células en el capilar glomerular, debida a la proliferación de células residentes, particularmente mesangiales, y a infiltración de células inflamatorias

62.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones <u>es falsa</u> en la afectación renal en la Sepsis?

A) El mecanismo patogénico principal es la vasoconstricción que acompaña a la sepsis y se acompaña de una elevada mortalidad
B) El sustrato histológico es la necrosis tubular aguda (NTA)
C) La sepsis de origen bacteriano (por Gram + fundamentalmente) y foco pulmonar, es la principal causa de FRA intrahospitalaria.
D) El mecanismo patogénico está mediado por anticuerpos anti-MBG

63.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en las glomerulonefritis de causa infecciosa no viral?:

A) Toda infección grave por piógenos puede acompañarse de una nefropatía glomerular, sea cual sea el foco y exista o no endocarditis.
B) La presentación clínica es polimorfa y el espectro clínico varía entre formas paucisintomáticas con alteraciones urinarias ligeras y formas graves que cursan con fracaso renal agudo
C) El pronóstico renal depende de la erradicación rápida y completa del foco infeccioso, más que de la naturaleza de la afectación renal
D) El tratamiento precoz de las infecciones graves no previene la aparición estas nefropatías

64.- Las vasculitis sistémicas constituyen un grupo de enfermedades que se caracterizan por:

A) Inflamación multifocal, necrosis de los vasos sanguíneos y, en ocasiones, se asocian a la formación de granulomas
B) La presencia de auto-anticuerpos y de inmunocomplejos circulantes
C) Inflamación articular crónica y manifestaciones extra-articulares
D) Incremento de la síntesis de colágeno por los fibroblastos en la piel y órganos internos

65.- En un varón de 60 años de edad con otitis media, infiltrados pulmonares nodulares múltiples e insuficiencia renal rápidamente progresiva ¿cuál es el diagnóstico mas probable?:

A) Crioglobulinemia mixta esencial
B) Vasculitis por hipersensibilidad
C) Granulomatosis de Wegener
D) Síndrome de Churg-Strauss

66.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES)?

A) La nefritis lúpica es la principal afectación orgánica que aparece con más frecuencia en el LES
B) La presencia de autoanticuerpos (principalmente anti-ADN) y de complejos circulantes son características principales de la nefritis lúpica y esenciales para que, a nivel renal, se depositen inmunoglobulinas y complemento.
C) La glomerulonefritis es la forma de afectación más frecuente de la nefritis lúpica
D) No se produce afectación renal en el LES

67.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en el síndrome de Sjögren?:

A) Las alteraciones renales están relacionadas con el tratamiento con AINE, sales de oro, D-penicilamina, metotrexato y antipalúdicos
B) La lesión renal más frecuente es la glomerulonefritis mesangial de IgM en el 87% de los casos
C) Es una enfermedad autoinmune crónica, caracterizada histológicamente por infiltrado linfocítico y destrucción de las glándulas exocrinas, predominantemente salivares y lacrimales
D) Es una entidad clínica que cursa con reducción del filtrado glomerular causado por una obstrucción ureteral bilateral

68.- Paciente de 62 años de edad con Artritis Reumatoide seropositiva de 23 años de evolución, en tratamiento exclusivamente con prednisona y piroxicam, consulta por aparición de edemas en miembros inferiores. Analítica: VSG 110 mm, hipoalbuminemia 2,4 g/dl, creatinina sérica 2,1 mg/dl y proteinuria de 6 g en 24 horas, sin otros hallazgos patológicos en el sedimento urinario. ¿Cuál de las siguientes entidades es la causa mas probable del cuadro que presenta el paciente?:

A) Nefropatía por AINE
B) Vasculitis reumatoide
C) Necrosis tubular aguda
D) Amiloidosis secundaria

69.- ¿Cuál de las siguientes definiciones de la Amiloidosis es correcta?:

A) Es un trastorno del metabolismo proteico que se caracteriza por el depósito extracelular de material proteico autólogo, fibrilar, con una estructura molecular terciaria en disposición de β-plegada
B) Es una tubulopatía primaria muy poco frecuente que asocia hipertensión arterial con hipocaliemia, alcalosis metabólica y supresión de las secreciones de renina y aldosterona
C) Es una complicación grave que se presenta en pacientes cirróticos caracterizada por disminución del flujo sanguíneo renal, del filtrado glomerular y oliguria
D) Es una entidad clínica que cursa con reducción del filtrado glomerular causado por una obstrucción de la arteria renal.

70.- La afectación renal en las amiloidosis sistémicas:

A) Es prácticamente constante (90%) siendo la afectación glomerular la más frecuente
B) Está relacionada con la precipitación aguda de ácido úrico en la luz tubular, que condiciona una nefropatía aguda obstructiva
C) No se produce afectación renal en las amiloidosis
D) Solo se produce afectación del intersticio renal en las amiloidosis

71.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en el Mieloma Múltiple?:

A) La forma en que se afecta el riñón puede dividirse en tres categorías principales: glomerular, túbulo-intersticial y vascular, siendo común la afectación de más de un compartimiento
B) Se produce una afectación del tracto aéreo superior en forma de otitis o rinitis purulenta y/o hemorrágica con necrosis vasculítica
C) La forma de presentación está limitada al riñón como una glomerulonefritis rápidamente progresiva con síntomas renales, fiebre y síntomas constitucionales
D) Los riñones no se afectan en esta enfermedad

72.- En la historia natural de la nefropatía diabética en la Diabetes Mellitus tipo 1 ¿cuál es el orden correcto?

A) Hipertrofia renal-hiperfunción, Lesión renal sin signos clínicos, Nefropatía incipiente, Nefropatía diabética establecida, Insuficiencia renal terminal
B) Lesión renal sin signos clínicos, Nefropatía diabética establecida, nefropatía incipiente, Hipertrofia renal-hiperfunción, Insuficiencia renal terminal
C) Hipertrofia renal-hiperfunción, Nefropatía incipiente, Lesión renal sin signos clínicos, Insuficiencia renal terminal, Nefropatía diabética establecida
D) Nefropatía incipiente, lesión renal sin signos clínicos, hipertrofia renal- hiperfunción, nefropatía diabética establecida, insuficiencia renal terminal

73.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la nefropatía diabética y el trasplante renal?:

A) Es el tratamiento de elección de la insuficiencia renal terminal en los diabéticos
B) Tanto el trasplante renal de donante vivo como el de donante cadáver en los diabéticos se asocian a una supervivencia muy superior a la obtenida en diálisis
C) Los resultados del trasplante son similares a los de la población no diabética
D) El trasplante renal está contraindicado en estos pacientes

74.- Ante un diabético tipo I que empieza a presentar valores elevados y repetidos de microalbuminuria ¿cuál de las siguientes actitudes no es correcta?:

A) Mejorar significativamente su control metabólico
B) Si es hipertenso, controlar mas exigentemente sus cifras tensionales
C) Añadir a su tratamiento habitual dosis bajas de corticoides, por ejemplo 5 mg/día de prednisona.
D) Añadir a su tratamiento habitual, aunque sea normotenso, fármacos inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, por ejemplo captopril

75.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en el síndrome hepatorrenal tipo I?:

A) Se caracteriza por un incremento rápido del nitrógeno ureico en sangre y creatinina, oliguria progresiva, hiponatremia dilucional e hiperpotasemia
B) Invariablemente hay poliuria, aumento de sodio en orina e hipernatremia
C) Nunca se produce en pacientes con mala función hepática y que, además de ascitis, también presentan otras complicaciones de la cirrosis, como ictericia o encefalopatía hepática
D) El diagnóstico diferencial entre el SHR tipo I y la necrosis tubular aguda es muy fácil

76.- En un paciente cirrótico el síndrome hepatorrenal se puede precipitar por:

A) Diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos y paracentesis con expansión de volumen insuficiente o con soluciones inadecuadas
B) Expansión del volumen extracelular con reinfusión de líquido ascítico
C) Trasplante hepático
D) Hemodiálisis, diálisis peritoneal o filtración arteriovenosa continua

77.- Con respecto a neoplasias y enfermedad renal ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

A) Diversos tipos de carcinomas se asocian con algunas formas de enfermedad glomerular, principalmente manifestadas como proteinuria masiva o insuficiencia renal progresiva
B) La glomerulonefritis de IgA es la lesión glomerular mas frecuente en la mayor parte de los carcinomas
C) La afectación renal en las neoplasias siempre es intersticial
D) No se produce afectación renal en las neoplasias

78.- ¿Cual de la siguientes afirmaciones sobre el Síndrome Hemolítico Urémico es falsa?:

A) La lesión anatómica básica es la microangiopatía trombótica
B) Un defecto intrínseco en las diferentes funciones endoteliales que protegen la microvasculatura de las trombosis es la hipótesis generalmente aceptada para su patogenia.
C) La lesión endotelial básica que le caracteriza es idéntica a la de la púrpura trombocitopénica trombótica
D) Fue descrito por Moskowitz en 1925

79.- De las siguientes afirmaciones sobre la Púrpura Trombocitopénica Trombótica ¿cual es falsa?:

A) Es una entidad poco común, de curso fulminante y con gran mortalidad. Más común en mujeres que en hombres, con una relación 3:2. No hay preferencia racial y es más frecuente en la cuarta década de la vida.
B) Los hallazgos histopatológicos son semejantes a los descritos en el SUH típico de la infancia, afectando a arteriolas y capilares y respetando las venas.
C) Un 74% de los pacientes con PTT presentan anemia hemolítica, trombocitopenia y síntomas neurológicos y sólo un 40% tienen, además, fiebre y fallo renal.
D) Fue descrito por Gasser y cols. en 1955

80.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en la Preeclampsia?:

A) Su inicio suele ser insidioso y no se acompaña de sintomatología clara
B) Generalmente afecta a primíparas, se inicia preferentemente al final de la gestación y raramente antes de la semana 20ª
C) Se manifiesta por hipertensión, edemas y proteinuria
D) Se caracteriza por un incremento rápido del nitrógeno ureico en sangre y creatinina, oliguria progresiva, hiponatremia dilucional e hiperpotasemia

81.- Son sugestivos de estenosis de la arteria renal los siguientes hallazgos excepto:

A. Alcalosis metabólica
B. Hiperpotasemia
C. Presencia de síntomas de insuficiencia vascular en otros órganos
D. Cuadros de tetania

82.- Un adulto joven presenta poliuria, insuficiencia renal progresiva, baja estatura, anemia y un síndrome pierde sal que no responde a los mineralcorticoides y K^+ normal. En la PIV los riñones aparecen pequeños y superficie irregular. El diagnóstico más probable sería:

A. Insuficiencia suprarrenal
B. Nifronoptisis
C. Síndrome de Bartter
D. Síndrome de Liddle.

83.- Respecto a la enfermedad quística renal conocida como riñón en esponja, una de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

A. Se caracteriza por la dilatación de los túmulos proximales.
B. Se considera un proceso no hereditario.
C. Por lo general es un trastorno grave con desarrollo de insuficiencia renal crónica (IRC) en la mayor parte de los casos.
D. El diagnóstico se realiza mediante TC abdominal con contraste.

84.- Varón de 45 años, diagnosticado de DMID hace 14, presenta un cuadro de gastroenteritis aguda. En un control reciente de su diabetes se observó un Aclaración de creatinina de 28 ml/m. Analítica actual: potasio 6.5 meq/l, cloro 120 meq/l, anión GAP 12 meq/l, pH 7.3, CO3H 16 meq/l, pCO2 30 mmHg, pO2 98mmHg. Esta analítica es compatible con:

A. ATR tipo 1
B. ATR tipo 4
C. Acidosis metabólica secundaria a la diarrea
D. ATR tipo 2

85.- Paciente que presenta glucosuria con glucosa sérica normal, hipofosfatemia, hipouricemia, hipopotasemia, aminoaciduria generalizada y proteinuria de bajo peso molecular. ¿ Cual de los siguiente síndromes sospecharía en primer lugar?:

A. Síndrome de Liddle
B. Síndrome de Fanconi
C. Síndrome de Gitelman
D. S. Bartter

86.- Señala la respuesta INCORRECTA de entre las siguientes afirmaciones sobre el carcinoma de pelvis renal:

A. Constituye el 5% de los carcinomas renales.
B. Hasta el 90% de todos los carcinomas de la pelvis son tumores de células transicionales, y el resto lo son de células escamosas ó adenocarcinomas.
C. Es unicéntrico
D. Entre el 80-90% de todos los pacientes tienen hematuria.

87.- Las nefropatías intersticiales responden a etiologías diversas pero comparten muchos hallazgos clínicos y anatomopatológicos, señale la opción FALSA respecto a los mismos:

A. En la mayoría de los casos la inmunofluorecencia es negativa.
B. En las formas crónicas los edemas palpebrales y maleolares son muy poco frecuentes.
C. La gran mayoría de las formas agudas acaban cronificándose consiguiéndose tasas de curación muy bajas.
D. En las formas agudas puede haber anemia normocítica normocrómica.

88.- Un paciente que va a urgencias por cólico abdominal y en la analítica observamos glucosuria y aminoaciduria con aumento del ácido δ-amino levulínico en orina, además de hiperuricemia. Refiere antecedentes de episodios gotosos y con tendencia a insuficiencia renal progresiva. Presenta HTA. El diagnóstico más probable sería:

A. Nefropatía gotosa
B. Nefropatía hipopotasémica
C. Nefropatía hipercalcémica
D. Nefropatía por plomo

89.- En relación a las infecciones urinarias señale la respuesta correcta:

A. La bacteriuria asintomática debe ser siempre tratada en las mujeres.
B. Las mujeres gestantes presentan una prevalencia de bacteriuria menor que las mujeres no gestantes.
C. El aumento del residuo postmiccional predispone a la infección urinaria
D. La cistitis en pacientes gestantes debe ser tratada con regímenes terapéuticos en monodosis

90.- Independientemente de la diabetes mellitus ¿cuál es la mayor causa etiológica de la enfermedad renal crónica?
A. Glomerulonefritis
B. Vasculopatía no diabética
C. Nefropatía crónica del trasplante
D. Nefropatías hereditarias

91.- Todos los trastornos señalados a continuación pueden aparecer en presencia de enfermedad renal crónica excepto uno, señálelo:
A. Aumento de estrés oxidativo
B. Calcificaciones de arterias coronarias
C. Disminución de la actividad simpática
D. Aumento de los niveles de ácido úrico

92.- En la encefalopatía urémica:
A. Las mioclonias y el síndrome de piernas inquietas la diferencian de otras formas de encefalopatía.
B. La principal causa es el aumento de PTH
C. Es una causa de anorexia e insomnio
D. El electroencefalograma establece es diagnóstico.

93.- Un hombre de 65 años presenta una enfermedad renal crónica estadio 4 debido a nefropatía diabética, el calcio sérico es de 10 mg/dl, el fósforo sérico de 4 mg/dl y la PTH intacta 60 pg/ml. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas implantarías como primera opción?
A. Restringir el fósforo de la dieta
B. Aportar calcio
C. Aportar un metabolito de la vitamina D
D. Evitar el aporte de calcio y metabolitos activos de la vitamina D

94.- En un paciente con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis que presenta anemia con cifras de Hb de 10 g/dl, recibiendo 1 microgr/Kg de darbepoetina y los valores de ferritina sérica son de 270 microg/l con un índice de saturación de hierro de 15%, ¿cuál considera la mejor opción terapéutica?
A. Empezar tratamiento con hierro intravenoso
B. Aumentar la dosis de darbopoetina
C. Cambiar darbepoetina por eritropoyetina
D. Iniciar tratamiento con vitamina C

95.-Respecto a la inflamación como nuevo factor de riesgo cardiovascular en la enfermedad renal crónica ¿cuál de las siguientes no es cierta?
A. Entre las posibles causas del estado inflamatorio de los pacientes renales se encontraría la disminución del aclaramiento renal de citoquinas proinflamatorias
B. Ante un valor de PCR elevado en un paciente con enfermedad renal crónica estaría indicado administrar IECA/ARAII y estatinas para reducir sus niveles y así el riesgo cardiovascular
C. La inflamación se asocia con un perfil proaterogénico con elevación del lipoproteína(a), fibrinógeno y disfunción endotelial
D. Los niveles de PCR se correlacionen con el grosor de la intima media carotidea y/o el número de placas ateroscleróticas en los pacientes con enfermedad renal crónica

96.- Entre los tratamientos indicados para la aplasia pura de células rojas, se puede incluir todos los siguientes a excepción de:

A. Aumento de la dosis de eritropoyetina
B. Transfusiones sanguíneas
C. Ciclosporina
D. Trasplante renal.

97. -¿Cuál de los siguientes fármacos no precisa ajuste de dosis en los pacientes en hemodiálisis?

A. Cloxacilina
B. Ceftacidima
C. Fluconazol
D. Levofloxacino

98.- En cual de las siguientes entidades clínicas el uso de plasmaféresis está ampliamente demostrada y aceptada su eficacia.

A. Anemia hemolítica autoinmune
B. Lupus eritematoso sistémico
C. Púrpura trombótica trombocitopénica
D. Mieloma múltiple.

99.- En cual de los siguientes paciente estaría menos indicado el tratamiento con diálisis peritoneal:

A. Paciente con retinopatía diabética proliferativa
B. Paciente con miocardiopatía dilatada y disfunción sistólica significativa
C. Pacientes con obesidad sin función renal residual
D. Paciente con síndrome de hipercoagulabilidad

100.- ¿ Cuál es la primera causa de pérdida de injerto en el primer año post-trasplante en el trasplante renal de cadáver?

A. La nefropatía crónica del injerto
B. La enfermedad recurrente
C. El rechazo agudo
D. La muerte del paciente

Preguntas de reserva

101.- La inervación renal procede principalmente del plexo:

A) Celíaco.
B) Aórtico-abdominal.
C) Mesentérico inferior.
D) Mesentérico superior.

102.- ¿Cual de las siguientes medidas terapéuticas <u>no es habitualmente necesaria</u> en la nefritis túbulo-intersticial aguda?:

A) Corticoides
B) Micofenolato mofetil.
C) Hemodiálisis
D) Suspensión de todos los fármacos sospechosos o conocidos como inductores de NIA.

103.- La Poliangeitis Microscópica consiste en:

A) Una inflamación granulomatosa que afecta al tracto respiratorio, y una vasculitis necrotizante que afecta a arterias, arteriolas, vénulas y capilares, incluido el capilar glomerular
B) Una vasculitis necrotizante que afecta a vasos muy pequeños, principalmente arteriolas de pequeño calibre, capilares y vénulas, fundamentalmente capilares glomerulares y, en ocasiones, capilares pulmonares, constituyendo parte del llamado síndrome reno-pulmonar
C) Una afectación de vasos del tipo de las arterias renales lobares, arcuatas o interlobares, pero, en principio, no se afectan las arteriolas renales y, sobre todo, no hay afectación del capilar glomerular
D) Una inflamación granulomatosa rica en eosinófilos que afecta al tracto respiratorio, con vasculitis necrotizante de vasos de tamaño pequeño o mediano y que se asocia a asma o eosinofília

JRI JRI JRI