



PRUEBAS SELECTIVAS CONVOCADAS PARA EL INGRESO EN LA CATEGORÍA DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA, POR ORDEN SAN/161/2020, DE 14 DE FEBRERO, PUBLICADA EN EL BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN NÚM. 37, DE FECHA 24 DE FEBRERO DE 2020

**FASE DE OPOSICIÓN
ÚNICO EJERCICIO**

ADVERTENCIAS

NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE.

- Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- El tiempo máximo establecido en las bases de la convocatoria para la realización de este ejercicio es de 180 minutos.
- Preguntas de la parte general del programa: nº 1 a 20
- Preguntas de la parte específica del programa: nº 21 a 150
- Preguntas de reserva de la parte general del programa: nº 151 a 152
- Preguntas de reserva de la parte específica del programa: nº 153 a 165



1.- El Presidente de la Gerencia Regional de Salud es:

- a) El Director Gerente.
- b) El Consejero de Sanidad.
- c) El Secretario Gerente.
- d) El Director económico, presupuestario y financiero.

2.- En relación con la promoción interna, señale la afirmación correcta:

- a) El personal seleccionado por el sistema de promoción interna tendrá preferencia para la elección de plazas con respecto al personal seleccionado por el sistema de acceso libre.
- b) Es requisito de participación en procesos selectivos mediante el sistema de promoción interna haber prestado servicios como personal estatutario fijo, al menos, un año en la categoría de procedencia.
- c) Las plazas que no se provean por el sistema de promoción interna han de reservarse para la siguiente convocatoria de proceso selectivo.
- d) Puede participar el personal estatutario fijo de cualquier servicio de salud perteneciente al Sistema Nacional de Salud.

3.- Según la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León, el personal sustituto:

- a) Es personal interino.
- b) Es contratado ante ausencias por vacaciones, permisos y excedencias sin reserva de plaza.
- c) Cesa por incorporación a la plaza de un nuevo titular.
- d) Será nombrado por periodos no superiores a tres meses.

4.- Quién puede participar en el concurso de traslados:

- a) Sólo el personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León.
- b) El personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León y del resto de Servicios de Salud, que participará con otros requisitos.
- c) El personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León y del resto de Servicios de Salud, con las mismas condiciones y requisitos.
- d) El personal estatutario fijo e interino del Servicio de Salud de Castilla y León.

5.- La duración del nombramiento como personal directivo o como Jefe de Servicio asistencial:

- a) Tendrá una duración de cuatro años, sin poder presentarse nuevamente.
- b) Tendrá una duración de cuatro años, pudiendo participar, quien lo ocupara hasta ese momento, en la nueva convocatoria que se efectúe.
- c) Tendrá una duración de cuatro años prorrogables por otros dos.
- d) No tiene límite de duración.

6.- En relación con la historia clínica, señale la afirmación correcta:

- a) La historia clínica ha de archivar en formato digital, independientemente de que se encuentre también en otros soportes.
- b) La historia clínica identifica a los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales de cada paciente.
- c) Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica como mínimo, cuatro años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- d) Una vez finalizado el proceso asistencial, sólo tiene derecho a recibir un informe de alta el paciente o en su caso, su representante legal.

7.- Es un derecho de las personas en relación con la salud:

- a) La confidencialidad de la información referida al patrimonio genético.
- b) Recibir información sobre su salud y tratamiento médico, excepto si son menores de edad.
- c) Obtener información de sus procesos asistenciales en todo caso, no pudiendo renunciar a dicha información.
- d) Formular quejas y sugerencias en relación con el funcionamiento de los servicios de atención a la salud del Sistema de Salud de Castilla y León, siempre que estas no sean anónimas.

8.- En relación con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, señale la opción incorrecta en relación con la información básica que el facultativo debe proporcionar al paciente antes de recabar su consentimiento escrito:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad y las contraindicaciones.
- b) El equipo médico que va a efectuar la intervención.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

9.- En relación con las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud, señale la afirmación correcta:

- a) Existen actuaciones preventivas frente al riesgo de agresión, con mecanismos de seguridad activa y pasiva.
- b) Será preceptivo el tratamiento psicológico para los supuestos en que se determine la movilidad del puesto de trabajo del profesional agredido.
- c) El registro de agresiones registrará toda la información del episodio, excepto la identidad de los testigos, por motivos de confidencialidad.
- d) Los mecanismos de seguridad pasiva consisten en la colaboración y coordinación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

10.- En relación con las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, señale la afirmación incorrecta:

- a) Deben utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empresario, de acuerdo con las instrucciones recibidas de éste.
- b) Deben informar de inmediato a su superior jerárquico directo, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.
- c) Deben colaborar en la elaboración de las instrucciones que, en materia de seguridad en el trabajo, tiene que publicitar semestralmente el empresario.
- d) Deben cooperar con el empresario para que éste pueda garantizar unas condiciones de trabajo que sean seguras y no entrañen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

11.- Para tener derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos, hay que encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Tener reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier título jurídico, siempre que tenga su residencia habitual en territorio español y exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.
- b) Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.
- c) Ser persona extranjera sin residencia pero con cónyuge que reside en territorio español.
- d) Tener nacionalidad española, sin obligación de residencia en territorio español.

12.- Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la atención sanitaria siempre que cumplan todos los siguientes requisitos:

- a) No tener acuerdo de colaboración con el país de origen, no existir tercero obligado al pago y no tener permiso de trabajo en España.
- b) No tener cónyuge residente en territorio español y no existir un tercero obligado al pago.
- c) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, no poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia y no existir un tercero obligado al pago.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

13.- Según la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del servicio de salud de Castilla y León, el personal se clasifica por el tipo de nombramiento en:

- a) Personal estatutario sanitario y personal estatutario de gestión y servicios.
- b) Personal Licenciado, Diplomado y de Formación Profesional.
- c) Personal estatutario fijo y personal estatutario temporal.
- d) Personal estatutario sanitario y personal estatutario no sanitario.

14.- Los procedimientos para la valoración del puesto de trabajo por causa de salud:

- a) Se inician por los delegados de prevención.
- b) Se inician por el Comité de Seguridad y Salud.
- c) Se inicia por el interesado o por el delegado de prevención.
- d) Serán puestos en conocimiento del Comité de Seguridad y Salud de Área y de los delegados de prevención.

15.- El traslado por causa de salud del trabajador se producirá cuando:

- a) Conste la existencia de riesgos para la salud del trabajador en su puesto de trabajo, la imposibilidad de adaptación del puesto y la inexistencia de plaza vacante compatible.
- b) Conste la existencia de riesgos para la salud del trabajador en su puesto de trabajo, la solicitud de adaptación del puesto por parte del trabajador y la inexistencia de plaza compatible.
- c) Se acredite la posibilidad de movilidad a una plaza de igual o superior nivel a la desempeñada hasta ese momento y en la misma Gerencia.
- d) Tras la adaptación del puesto durante un periodo de seis meses, se acredite que persiste riesgo para la salud del trabajador.

16.- De la documentación en materia de Prevención de Riesgos Laborales, señale la que no forma parte del esquema piramidal en el que ésta se estructura:

- a) Política de prevención de riesgos laborales.
- b) Planes de prevención.
- c) Procedimientos específicos GRS.
- d) Evaluación de riesgo del puesto de trabajo.

17.- La resolución del procedimiento para la valoración del puesto de trabajo por causa de salud cuando el trabajador sea apto o apto con limitaciones corresponderá:

- a) Al Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.
- b) Al Comité de Seguridad y Salud de Área.
- c) A la Consejera de Sanidad.
- d) Al Gerente del centro o institución sanitaria donde el trabajador preste servicios.

18.- En relación con las prestaciones de salud pública, señale la respuesta incorrecta:

- a) Incluye la protección y promoción de la sanidad ambiental.
- b) Incluye la evaluación de impacto en salud.
- c) Incluye la protección y promoción de la salud laboral.
- d) Incluye la atención a la salud bucodental.

19.- Si el traslado por causa de salud del trabajador tiene carácter provisional:

- a) Su duración no será superior a seis meses.
- b) Perdurará mientras se mantengan las circunstancias que dieron lugar al mismo.
- c) Podrá finalizar en cualquier momento a solicitud del trabajador.
- d) Transcurrido un año, se convertirá en traslado forzoso.

20.- En relación con las prestaciones de atención especializada, señale la respuesta incorrecta:

- a) Comprende la atención a la salud mental.
- b) Comprende la atención paliativa a enfermos terminales.
- c) Comprende la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
- d) Comprende la prestación básica de salud pública.

- 21.- La capacidad de los riñones de añadir glucosa a la sangre en periodos prolongados de ayuno, se denomina:**
- a) Glucolisis.
 - b) fermentación.
 - c) gluconeogénesis.
 - d) reteniendo glucosa.
- 22. En relación con los mecanismos de excreción y regulación de eliminación renal de diferentes sustancias señale la respuesta INCORRECTA**
- a) La capacidad de concentración de orina radica principalmente en la formación de un intersticio hiperosmolar.
 - b) Más de 95% de la glucosa filtrada se reabsorbe en el tubulo contorneado proximal gracias a la acción del co-transportador Na-Glucosa tipo 2.
 - c) El fosforo no ligado se filtra libremente y en el túbulo contorneado proximal es donde se regula su reabsorción por co-transportadores Na/P.
 - d) Los péptidos natriuréticos auriculares aumentan el volumen de diuresis porque inhiben la reabsorción de agua y sodio a nivel del túbulo contorneado proximal.
- 23.- En pacientes hospitalizados la aparición de hiponatremia hipoosmolar es frecuente y un factor de mal pronostico en cualquier patología. ¿Cuál no seria una caUsa en estos pacientes? :**
- a) Ingesta excesiva de agua
 - b) administración iv de sueros hipotónicos.
 - c) uso de diuréticos.
 - d) Hipertiroidismo.
- 24.- En un paciente con hiponatremia aguda <48 horas, severa Na<120mEq/L y sintomática cual de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación con el tratamiento de la hiponatremia:**
- a) Nunca utilizar suero salino hipertónico porque puede provocar desmielinización osmótica.
 - b) Se iniciará tratamiento con salino hipertónico al 3% de inicio a ritmo es variable según la severidad de los síntomas, monitorizando el sodio sérico cada poco tiempo y ajustando el ritmo según el incremento de sodio obtenido
 - c) Se pautará inicialmente salino isotónico para reponer el déficit de sodio y si no responde valorar salino hipertónico.
 - d) Si se sospecha SIADH debe instaurarse precozmente tratamiento con antagonistas de receptores de la vasopresina (tolvaptan)
- 25.- Cual no es causa de HIPERNATREMIA por diuresis osmótica:**
- a) diabetes mellitus mal controlada
 - b) El uso crónico de litio.
 - c) dietas muy ricas en proteínas .
 - d) infusiones prolongadas de manitol.
- 26.- Señale la opción CORRECTA en relación con la HIPERNATREMIA**
- a) Es más frecuente que la hiponatremia.
 - b) En pacientes ambulantes casi siempre se debe a un exceso de aporte de sal.
 - c) La perdida de agua es la causa más frecuente de hipernatremia.
 - d) Los estudios de Osmolaridad urinaria **no** ayudan para el diagnostico diferencial de las causas de hipernatremia.
- 27.- Entre las causas de alcalosis respiratoria se encuentran las siguientes EXCEPTO:**
- a) Tratamiento con salicilatos.
 - b) Aldosteronismo primario.
 - c) Crisis asmática.
 - d) Cuadros febriles.

28.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación a las alteraciones del equilibrio ácido-base?

- a) El pH arterial se regula por la ecuación de Henderson-Hasselbach y es de 7.35-7.45.
- b) La causa más frecuente de hipercapnia (aumento de la pCO₂) es consecuencia del aumento de producción de CO₂.
- c) La acidosis metabólica ocurre por aumento de producción endógena de ácidos, acumulación de ácidos y/o pérdida de bicarbonatos.
- d) En los pacientes con acidosis láctica es frecuente encontrar un anión GAP elevado (superior a 12 mmol/l).

29.- Un hiato aniónico ("anion-gap") elevado es congruente con:

- a) Uso de diuréticos.
- b) Edema pulmonar.
- c) Diarrea aguda.
- d) Cetoacidosis diabética.

30.- Varón de 69 años diabético, bebedor. En tratamiento habitual con metformina e insulina. Según refiere la familia los días previos ha tenido diarrea (3 deposiciones) y fiebre. Es traído a urgencias por disminución de nivel de conciencia. TA: 90/60 mmHg, signos de mala perfusión distal. pH: 7.21 Co3H :12 Cl:103, Na 135, K: 5.7 (anión GAP:20) en la analítica destaca CR:3.2, urea: 198mg/dl, Glucemia 105mg/dl. Señale la respuesta incorrecta:

- a) Acidosis láctica por metformina
- b) Acidosis láctica por mala perfusión y/o sepsis
- c) Acidosis por pérdidas digestivas
- d) Acidosis por intoxicación por alcohol

31.- La acidosis metabólica con anión gap (hiato aniónico) aumentado puede ser producida por las todas las siguientes causas menos una. Señalela:

- a) Cetoacidosis diabética.
- b) Acidosis láctica.
- c) Diarrea aguda.
- d) Intoxicación por metanol.

32.- En un paciente con un estado edematoso refractario en el que se están usando diuréticos de asa que presenta alcalosis metabólica e hipopotasemia cual de las siguientes NO es una opción de tratamiento.

- a) Suero salino con cloruro potásico para mejorar la excreción de bicarbonato.
- b) La utilización de diuréticos ahorradores de potasio puede mejorar la alcalosis.
- c) En las alcalosis metabólicas asociadas a estados edematosos con uso de altas dosis de diuréticos de asa se puede utilizar bajas dosis de acetazolamida para eliminar bicarbonato siempre que se monitorice el potasio.
- d) Restricción de sal y con suplementos de potasio oral.

33.- Una enferma de 60 años diagnosticada de broncopatía crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial y tratada desde hace 4 meses con Omeprazol, Metformina, Salbutamol, Bromuro de Ipratropio y Enalapril 20 mg + Hidroclorotiazida 25 mg. Acude a su médica por cansancio, disminución de apetito, con ligera disnea y tos ocasional, deposiciones variables, a veces blandas y sin síntomas urinarios. Unos análisis muestran leucocitos 10.000/mm³, Hto 35%, VCM 80, Glucosa 150 mg/dl, Urea 80 mg/dl, Creatinina 1,6 mg/dl, Sodio 133 meq/l y Potasio 2,9 mEq/l. ¿Cuál es la causa más probable de la hipopotasemia?:

- a) Insuficiencia renal.
- b) Hiponatremia.
- c) Antihipertensivo.
- d) Metformina.

34.- Mujer 35 años remitida para estudio de hipertensión de reciente comienzo. No antecedentes de interés, ni toma de fármacos. Exploración física: TA: 170/100 mmHg. Bien hidratada. En analítica destaca pH: 7.46, Bicarbonato: 28 mEq/l pCO₂: 45mmHg K 2.9 mEq/l, K orina 60mEq/l. Cuál de las siguientes OPCIONES DESCARTARÍA como causa de la hipopotasemia.

- a) Hiperaldosteronismo primario.
- b) Estenosis de arteria renal.
- c) Tumor secretor de renina.
- d) Síndrome de Bartter

35.- Señala cuál es el tratamiento que actúa de forma más rápida para reducir los niveles de potasio en la hiperpotasemia:

- a) Poliestirensulfonato cálcico.
- b) Infusión de insulina y glucosa.
- c) Bicarbonato sódico.
- d) Gluconato cálcico.

36.- En relación con el tratamiento de la hiperpotasemia grave señale la opción CORRECTA.

- a) La primera medida es la utilización de bicarbonato i.v aunque no exista acidosis metabólica asociada
- b) La diálisis debe realizarse siempre que exista hiperpotasemia grave ($k > 6.5 \text{ mEq/l}$) independientemente de que exista o no insuficiencia renal.
- c) El salbutamol y la insulina con glucosa i.v deben ser utilizados conjuntamente.
- d) El gluconato calcio i.v debe utilizarse en pacientes con alteraciones en el ECG porque disminuyen la concentración de K sérico al favorecer la entrada de K en la célula.

37.- ¿Cuál de los siguientes fármacos produce hiperpotasemia por un mecanismo distinto de interferir con la liberación o secreción de aldosterona?:

- a) Amilorida.
- b) Heparina.
- c) Antagonistas de los receptores de angiotensina.
- d) Inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina.

38.- En relación con el riesgo de hiperpotasemia secundarias a fármacos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) señale la opción INCORRECTA

- a) El doble o triple bloqueo del sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) se ha asociado a mayor riesgo de hiperpotasemia por lo que actualmente no se recomienda de rutina.
- b) El doble o triple bloqueo del SRAA es seguro y está indicado en pacientes con ERC y proteinuria.
- c) Cuando se usan altas dosis de antialdosterónicos en pacientes con insuficiencia cardíaca y ERC el potasio sérico debe ser monitorizado periódicamente.
- d) Los AINEs pueden provocar hiperpotasemia al inhibir la síntesis de renina dependiente de prostaglandinas

39.- Señala cuál de las siguientes no es una causa de hipercalcemia:

- a) Uso de tiazidas.
- b) Fase de instauración del fracaso renal agudo por rhabdomiólisis.
- c) Insuficiencia suprarrenal.
- d) Administración crónica de litio.

40.- Uno de los fármacos que se citan está contraindicado en el tratamiento de la hipercalcemia, señálelo:

- a) Bifosfonatos
- b) Calcitonina
- c) Diuréticos tiazídicos
- d) Glucocorticoides

41.- Señala cuál de las siguientes no es causa de hipocalcemia:

- a) malnutrición.
- b) síndrome nefrótico.
- c) Cirrosis.
- d) Tirotoxicosis.

42.- Señale la opción INCORRECTA en relación con el tratamiento de la hipocalcemia.

- a) En la hipocalcemia crónica la administración de calcio oral debe acompañarse de administración de vitamina D si esta es deficitaria.
- b) En los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben suplementos de calcio y vitamina D de manera crónica el calcio objetivo es de 10 mg/dl.
- c) En pacientes con suplementos de calcio y vitamina D de manera crónica se recomienda medir calciurias de manera periódica y en pacientes con hipercalciuria a pesar de calcemia bajas conviene utilizar tiazidas porque disminuyen la excreción renal de calcio.
- d) En pacientes con hipocalcemia en el contexto de rabdomiolisis con FRA hay que ser cauto en la corrección de calcio.

43.- ¿Cuál de las siguientes no es causa de hipofosfatemia?:

- a) Cetoacidosis alcohólica.
- b) Resistencia a la vitamina D.
- c) Síndrome de lisis tumoral.
- d) Diarrea crónica.

44.- Paciente alcohólico que consulta por molestias digestivas que trata con antiácidos. Refiere debilidad. En la analítica sanguínea presenta función renal normal Ca: 7.9 mg/dl, P 2.5, Albúmina 3mg/dl, orina elemental normal ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en este caso?

- a) La causa más probable de la hipofosfatemia es la ingesta de alcohol y antiácidos.
- b) La debilidad se debe a la hipofosfatemia.
- c) Hay que iniciar inmediatamente tratamiento con fósforo i.v.
- d) La causa más probable de la hipofosfatemia en este caso es un hiperparatiroidismo.

45.- ¿Que afirmación es falsa en relación con el metabolismo del magnesio?:

- a) El magnesio se elimina por vía renal.
- b) una elevada ingesta de fósforo aumenta su absorción.
- c) La vitamina D aumenta su absorción.
- d) El magnesio ingerido se absorbe en yeyuno e ileon.

46.- Mujer de 70 años con antecedentes de HTA en tratamiento con IECAs y diuréticos (no otros fármacos) más ERC estadio IIIa A1 (Cr: 1.6mg/dl) secundaria a nefroangioesclerosis. Es remitida por deterioro de función renal (Cr 3mg/dl) e hiperfosforemia (Pi: 7mg/dl), Calcio: 8mg/dl. EF: TA: 130/80mmHg ACP: normal, no edemas. 1 semana antes de ser remitida a consulta se realizó una colonoscopia con hallazgo de adenocarcinoma de colon de 3cm bien diferenciado. ¿Cuál de las siguientes opciones ve más probable como causa de hiperfosforemia y deterioro de función renal?.

- a) Hiperfosforemia secundaria a ERC
- b) Uso de enemas con alto contenido en fosfatos para la preparación de colonoscopia
- c) Síndrome de lisis tumoral
- d) Hiperparatiroidismo primario.

47.- Una de las siguientes opciones puede ser causa de hipermagnesemia:

- a) Insuficiencia renal crónica.
- b) Uso de ciclosporina A.
- c) Enfermedad de Bartter.
- d) Alcoholismo crónico.

48.- Señale la opción CORRECTA en relación con hipomagnesemia

- a) La mayoría de las hipomagnesemias son sintomáticas.
- b) Ante una hipocalcemia grave refractaria a calcio i.v debemos sospechar hipomagnesemia y si existe tratarla con magnesio i.v
- c) La mayoría de los suplementos de magnesio orales producen estreñimiento
- d) Suele ser un trastorno hidroelectrolítico aislado.

- 49.- Señala la respuesta incorrecta en relación al estudio microscópico del sedimento urinario:**
- Se considera normal la presencia de 1 a 3 hematíes por campo de 400 aumentos.
 - Hay que centrifugar la orina a 3000 revoluciones por minuto durante 3-5 minutos.
 - El sedimento puede estudiarse hasta 24 horas después de la micción.
 - El recuento de Addis se ha ido abandonando en los últimos años.
- 50. ¿Cómo definiría albuminuria moderadamente elevada o A2 utilizando el cociente albúmina/creatinina mg/g en muestra aislada de orina?.**
- 30-300mg/g
 - >200mg/g
 - 20-200mg/g
 - Para clasificar la albuminuria es necesario recogida de orina de 24 horas
- 51.- Señala cuál de las siguientes es una contraindicación absoluta, no relativa, para la realización de una biopsia renal:**
- Riñón único no trasplantado.
 - Hidronefrosis.
 - Poliquistosis.
 - Trastorno de la coagulación.
- 52.- ¿Cuál de las siguientes NO es considerada una CONTRAINDICACIÓN para la realización de biopsia renal percutánea?**
- Hipertensión arterial severa no controlada.
 - Riñones pequeños con cortical adelgazada.
 - Hidronefrosis.
 - Edad avanzada superior 80 años.
- 53.- En la proteinuria del síndrome nefrótico:**
- Esta indicado el tratamiento con IECs/ARA II solo en paciente hipertensos.
 - Está indicado el tratamiento con IECs/ARA II incluso en pacientes normotensos.
 - Se recomienda para su tratamiento dietas hiperproteicas.
 - Todas las anteriores son correctas.
- 54.- Señale la opción CORRECTA en relación con el síndrome nefrótico**
- La causa más frecuente de síndrome nefrótico en el adulto es la nefropatía por cambios mínimos.
 - Está indicada la realización de biopsia renal en todos los pacientes adultos con proteinuria en rango nefrótico.
 - Está indicada anticoagulación profiláctica en todos pacientes con Síndrome nefrótico con albúmina sérica inferior a 3 gr/dl.
 - La prevalencia de trombosis de la vena renal es desproporcionadamente alta en pacientes con nefropatía membranosa, especialmente si la proteinuria es > 10 gr/día
- 55.-Señala la frase correcta relacionada con el análisis de orina en los pacientes con nefritis intersticial aguda inducida por fármacos:**
- La hematuria macroscópica aparece en más del 20%.
 - Se encuentra hematuria microscópica en casi dos tercios de los pacientes.
 - Menos del 50% tienen leucocituria.
 - La ausencia de eosinófilos en la orina descarta el cuadro
- 56. Señale la opción INCORRECTA en le diagnóstico diferencial de la microhematuria**
- La aparición de hematíes dismórficos es patognomónico de enfermedad glomerular independientemente del grado de dismorfia y del porcentaje.
 - La aparición de 1-3 h/campo puede considerarse normal
 - La aparición de cilindros hemáticos y/o más del 60% de hematíes dismórficos es altamente sugestivo de enfermedad glomerular.
 - Hasta en un 20 % de los caso de microhematuria aislada no se detecta la causa y se cataloga de primaria o benigna.

57.- Valorar la situación de la función renal en el siguiente caso: Varón de 49 años, diagnosticado de miocarditis. Ingresa por disnea, objetivándose una situación de insuficiencia cardiaca extrema. La tensión arterial era de 70/40mmHg. La diuresis en las primeras 24 horas 400 ml, el sedimento era normal, la concentración urinaria de sodio de 8 mmol/l y su excrección fraccional de 0,4. La urea en sangre era de 90 mg/dL y la creatinina 2.6 mg/dL:

- a) Insuficiencia renal prerrenal producida por bajo gasto cardiaco.
- b) Fracaso renal parenquimatoso (necrosis tubular) por bajo gasto cardiaco.
- c) Sugerente de embolismo renal.
- d) Necrosis cortical.

58.- Señale la opción INCORRECTA en relación con la definición y el estadiaje del fracaso renal agudo (FRA):

- a) El RIFLE es el sistema más aceptado en la actualidad ya que tiene en cuenta el Filtrado glomerular estimado.
- b) La clasificación KDIGO de 2012 es la más utilizada en la actualidad y tienen en cuenta no sólo el incremento de creatinina sino también el volumen de diuresis.
- c) Un aumento de Crs ≥ 3 veces la basal (o Crs > 4 mg/dl) con un volumen de orina inferior a 0.3ml/kg/h durante más de 24horas o anuria de más de 12 horas son criterios de FRA estadio 3 (KDIGO).
- d) Según los criterios KDIGO antes de clasificar y estadiar un FRA se debe evaluar y optimizar el estado de volumen y excluir obstrucción.

59.- Un paciente de 65 años acude al servicio de urgencias por un cuadro de hipotensión ortostática, taquicardia y anuria de 24 horas de evolución. La exploración física y estudios complementarios revelan una reducción de la presión venosa, disminución de la turgencia cutánea, creatinina en plasma de 400 μ mol/L (4,47 mg/dl) y sodio urinario inferior a 10 mmol/l. El paciente refiere además un cuadro de gastroenteritis de 5 días de evolución y bajo aporte hídrico. Conteste la respuesta correcta:

- a) El fracaso renal agudo puede desaparecer rápidamente tras restablecer la perfusión renal.
- b) El tratamiento con antiinflamatorios no esteroides puede ser beneficioso para la resolución del cuadro.
- c) Es preciso realizar siempre una biopsia renal en estos casos para la obtención del diagnóstico.
- d) Es necesario la monitorización hemodinámica invasiva en la UVI.

60. Varón de 78 años con antecedentes de HTA e insuficiencia cardiaca (IC) en tratamiento habitual con Enalapril 10 y furosemida 80 mg al día. Refiere desde hace 2 días diarrea líquida (6-7 deposiciones al día) acude a urgencias por mal estar general, debilidad y oliguria. Exploración física TA: 100/60 mmHG, sequedad de mucosas, ACP: normal. En analítica Cr: 4 mg/dl (previa 1,1mg/dl) urea: 250mg /dl, Na: 140mEq/L, Hto: 40%. Analítica de orina: Na 40mEq/L, Cr 70mg/dl (Excrección fraccionada de sodio EFNa: 1.6%), cilindros hialinos.

Señale la afirmación CORRECTA en cuanto al diagnostico y tratamiento del fracaso renal agudo (FRA) de esta paciente

- a) La FENa $> 1\%$ confirma que el paciente tienen un FRA parenquimatosos
- b) La FENa $> 1\%$ junto con la presencia de cilindros hialino confirma que se trata de una Necrosis tubular aguda
- c) Debemos evitar la reposición con sueros intravenosos dado que el paciente tiene antecedentes de IC.
- d) No podemos descartar que se trate de un FRA prerrenal ya que la utilización de diuréticos puede hacer que se eleve la EFNa .

61.- En relación al fracaso renal agudo, señale la respuesta incorrecta:

- a) La biopsia renal será necesaria en aquellos casos que se hayan excluido causas pre y postrenales y la etiología del fracaso renal agudo no este clara.
- b) La ecografía renal es la prueba de elección , en la mayoría de los casos, para excluir uropatía obstructiva y buscar signos de enfermedad renal crónica.
- c) El reflujo vesico-ureteral nunca es causa de fracaso renal agudo.
- d) Puede afectar tanto a individuos con función renal normal, como a pacientes con enfermedad renal crónica.

62. Señale la opción INCORRECTA en relación con el fracaso renal agudo (FRA) por contraste yodados

- a) Todos los medios de contraste yodado se eliminan únicamente por filtración glomerular.
- b) La osmolaridad del contraste y el volumen utilizado no son factores de riesgo de FRA post contraste yodado.
- c) La edad avanzada, la Enfermedad renal previa y la diabetes son factores de riesgo de FRA post contraste yodado.
- d) Se recomienda interrumpir los inhibidores del sistema renina angiotensina y asegurarse la adecuada hidratación antes de una arteriografía coronaria en pacientes con riesgo moderado alto de FRA.

63.-En las enfermedades glomerulares. Señale la opción falsa:

- a) La inmunidad desempeña un papel fundamental en el desencadenamiento de muchos tipos de lesiones glomerulares.
- b) El numero de linfocitos T en los glomérulos normales es escaso, pero aumentan en varias glomerulonefritis.
- c) Los anticuerpos pueden reaccionar con antígenos fijos de la matriz extracelular o de las células glomerulares.
- d) La inflamación no juega un papel importante en la etiopatogenia de las enfermedades glomerulares.

64.- En cuál de las siguiente glomerulopatias primarias se han identificados antígenos podocitarios relacionados con su patogenia y la presencia de un anticuerpo circulantes contra uno o varios de estos antígenos se está utilizando en la práctica clínica para el diagnostico de esta nefropatía.

- a) Nefropatía por cambios mínimos.
- b) Nefropatía membranosa.
- c) Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- d) En ninguna nefropatía primaria se han identificado antígenos podocitarios relacionados con su patogenia.

65.- Respecto al síndrome nefrítico es cierto que:

- a) Varios de los procesos que producen un sedimento nefrítico y disminución del filtrado glomerular comúnmente se asocian a hipocomplementemia.
- b) Un sedimento nefrítico con función renal normal, podemos sospechar nefropatía IgA o una enfermedad de membrana basal delgada entre otros.
- c) La glomerulonefritis or C3 es una de las posibles enfermedades glomerulares asociadas a infección del tracto respiratorio superior.
- d) Todas la afirmaciones anteriores son ciertas.

66.- Mujer de 46 años con prótesis mitral mecánica. Remitida a urgencias por febrícula y artralgiyas de 15 días de evolución más de aumento de disnea y oliguria. En la analítica se detecta Cr 3.5mg/dl (hace 2 meses era normal), Urea 140mg/dl, Hto 30% normocítica y normocrómica . Orina elemental proteinuria +, microhematuria ++, leucos ++, cilindros eritrocitarios. Complemento disminuido. En espera del los cultivos y resto del estudio inmunológico ¿Cuál de la siguientes glomerulopatias DESCARTARÍA?

- a) Glomerulonefritis rápidamente progresiva pauce inmune en contexto de vasculitis
- b) GN en contexto de endocarditis.
- c) GN membrano proliferativa.
- d) Glomerulonefritis extracapilar tipo II (por inmunocomplejos).

67.- Cual de las siguientes afirmaciones no es característica de las glomerulonefritis rápidamente progresivas:

- a) Las semilunas evolucionan hacia la fibrosis, causando pérdida irreversible de la función renal.
- b) La GNRP Tipo 1 están asociadas con anticuerpos antimembrana basal glomerular.
- c) Las GNRP solo aparecen complicando a otras enfermedades glomerulares.
- d) La inmunofluorescencia es esencial para la clasificación de las GNRP.

68.- Varón de 65 años sin antecedentes de interés. Consulta por febrícula y MEG de 15 días de evolución, desde hace 2 días oliguria, disnea y esputos hemoptoicos. EF: TA: 170 /100mmHg, edemas ++/+++ hasta rodilla. Analítica: Cr: 5.5mg/dl, Hto: 32% , sedimento con cilindros celulares y microhematuria. Rx de tórax: infiltrados alveolares bilaterales. Señale la opción CORRECTA en relación con el diagnostico y/o actitud terapéutica.

- a) Ante la coexistencia de insuficiencia renal rápidamente progresiva (con síndrome nefrítico) y hemoptisis el diagnostico es prácticamente seguro de GNRP tipo 1
- b) Existe una alta sospecha de GNRP por lo que podemos iniciar pulsos de metilprednisolona iv (x3) y considerar la plasmaféresis, tras extraer analítica que incluya estudio inmunológico completo y en espera de poder realizar biopsia renal.
- c) Si la determinación de anti MBG es positiva no hace falta hacer biopsia ni pedir ANCAS porque nunca pueden coexistir GNRP tipo 1 y la tipo 3.
- d) En un paciente con insuficiencia renal rápidamente progresiva, con sospecha de GNRP y hemoptisis no instaurar ningún tratamiento inmunosupresor hasta tener resultados de la biopsia renal porque puede alterar los resultados.

69.- En el síndrome nefrótico por cambios mínimos esperaríamos encontrar:

- a) Mala respuesta a la terapia con corticoides.
- b) Mayor susceptibilidad a las infecciones , por pérdida de factores del complemento
- c) En la analítica, perfil lipídico sin alteraciones.
- d) Solo aparece en la infancia.

70.-En relación con el síndrome nefrótico asociado a cambios mínimos del señale la CORRECTA

- a) Es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en el adulto, por lo que no se precisa de biopsia para iniciar tratamiento con corticoides.
- b) Los corticoides orales a altas dosis son los fármacos de primera elección pero si no se obtiene remisión completa en 4 semanas se considera cortico resistente y se deben suspenderse e iniciar ciclofosfamida.
- c) El tratamiento con rituximab está indicado en caso de corticoresistencia.
- d) El tratamiento con rituximab es una de las opciones inmunosupresoras que puede considerarse en caso de Sme nefrótico secundario a lesiones mínimas con corticodependencia o recaídas.

71.- Paciente de 50 años, con HTA, hematuria y proteinuria nefrotica en el sedimento urinario. Discreto deterioro de función renal. Biopsia renal con datos de esclerosis focal y segmentaria. ¿ Qué afirmación es falsa?:

- a) Posiblemente remita de forma espontanea, por lo que no precisa tratamiento.
- b) La evolución y la respuesta al tratamiento la marca el grado de proteinuria.
- c) Si el paciente se transplanta, puede recidivar en el injerto.
- d) Entre las opciones de tratamiento estarían corticoides e inmunosupresores

72.- En cual de la siguientes causas de glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) es más frecuente la recaída tras el trasplante renal?

- a) GEFS idiopática primaria con síndrome nefrótico completo
- b) GEFS secundaria a obesidad
- c) Historia familiar de GEFS asociada a mutación en gen de podocito.
- d) La GEFS asociada a reflujo.

73.- Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta en la nefropatía IgA?:

a) Al criterio tradicional de proteinuria mayor 0.750-1g/día pese al bloqueo del eje sistema renina angiotensina aldosterona (BSRAA), habría que añadir la presencia de microhematuria persistente y significativa, para seleccionar al paciente candidato a tratamiento inmunosupresor.

b) La clasificación de OXFORD de la NIgA identifica 5 lesiones histológicas que predicen de manera independiente el deterioro de función renal.

c) En estudios retrospectivos, se observó que una proteinuria media superior a 0.5-1 g/día, se asoció a un mal pronóstico renal.

d) La desaparición de hematuria, acompañada por proteinuria menor de 0.2 g/día y función renal estable, se define como remisión clínica.

74.- Paciente varón de 40 años asintomático, estudiado por microhematuria y proteinuria de 1.1 gr/24 horas, función renal normal y con TA: 140 /85mmHg . La biopsia renal muestra aumento de matriz y celularidad mesangial en menos del 50 % de lo glomérulos, con depósitos de IgA y C3. Señale cual sería el tratamiento inicial

a) Iniciar IECAs y si persiste proteinuria asociar ARAII.

b) Iniciar IECAs y corticoides.

c) Iniciar IECAs o ARAII.

d) Iniciar IECAs y corticoides más ciclofosfamida o azatioprina

75.- Respecto a la nefropatía IgA secundaria, señale la respuesta correcta:

a) Puede aparecer depósitos mesangiales IgA, en la hepatopatías crónicas, especialmente las alcohólicas.

b) Se ha descrito su asociación con enfermedades reumáticas, siendo característico que no aparezca hematuria.

c) La NIgA asociada a enfermedades autoinmunes es más frecuente que la forma primaria.

d) En la NIgA secundaria no está indicado el tratamiento con IECA o ARA II para el control de la proteinuria.

76.- Señale en cual de las siguientes patologías NO esperaría encontrar deposito de IgA en una biopsia renal.

a) Cirrosis.

b) Diabetes mellitus con función renal y sedimento urinario normal.

c) Enfermedad Celiaca.

d) HIV.

77.- Señale la respuesta cierta en relación con la nefropatía membranosa.

a) Una de las características más importantes es la proliferación celular en la anatomía patológica.

b) Los valores de C3 están casi siempre disminuidos en la GNF membranosa idiopática.

c) La presencia de depósitos electrondensos a nivel mesangial y/o subendotelial sugiere una nefropatía membranosa secundaria.

d) La nefropatía membranosa tiene un sustrato inmunológico mediado por la respuesta inmune celular.

78.- Señale la respuesta CORRECTA en relación a la nefropatía membranosa

a) Generalmente cursa con proteinuria (nefrotica o no) y microhematuria .

b) La inmunosupresión con esteroides debe iniciarse precozmente tras el diagnostico independientemente del grado de proteinuria y la creatinina sérica.

c) Los anticuerpos anti receptor de la fosfolipasa A2 (antiPLAR2) son positivos en un alto porcentaje de pacientes con nefropatía membranosa primaria.

d) La nefropatía membranosa secundaria a sífilis debe tratarse con antibióticos y esteroides.

79.- En la nefropatía Mesangiocapilar o Membranoproliferativa, señale lo cierto:

a) La imagen de doble contorno por interposición de citoplasma de la célula mesangial entre la membrana basal glomerular y la célula endotelial , es una de las características anatomopatológicas más relevante.

b) Es el tipo de GN más frecuente en la última década y con tendencia creciente.

c) No se encuentra casi nunca en la inmunofluorescencia depósitos de C3.

d) El tratamiento de elección en este tipo de GN son los esteroides.

80. Señale la respuesta CORRECTA en cuanto a la glomerulonefritis membrano proliferativa (GNMP) también llamada mesangiocapilar

- a) La clasificación basada en la microscopia de la inmunofluorescencia nos da una aproximación patogénica distinguiendo entre las GNMP por inmunocomplejos y las debidas a activación del complemento.
- b) La clasificación en 3 tipos basada en la microscopia electrónica que identifica la localización de los depósitos es la más precisa y la de mayor utilidad en la clínica.
- c) Niveles séricos normales de C3 y C4 excluyen el diagnóstico de GN membrano proliferativa.
- d) La glomerulonefritis C3 es la forma más frecuente de GNMP y se debe a una activación de la vía clásica del complemento.

81.- Señale la respuesta correcta en el tratamiento de la nefropatía lúpica con Eculizimab:

- a) Está indicado cuando hay LES y microangiopatía trombótica
- b) Está indicado en la nefropatía lúpica que no responde a tratamientos estándar
- c) Está indicado en la nefropatía lúpica con podocitopatía
- d) a y b son ciertas

82.- ¿Cual de los siguientes es un error en el tratamiento de la nefropatía lúpica?:

- a) Usar Hidroxicloroquina rutinariamente.
- b) Usar el Micofenolato como tratamiento de inducción.
- c) Usar calcio, vitamina D y bifosfonatos para evitar la osteopenia por esteroides.
- d) Contraindicar la gestación de forma sistemática.

83.- De las siguientes afirmaciones es cierto:

- a) En el Síndrome de Goodpasture la presencia de Ac está en la membrana basal glomerular, pero no en el suero
- b) Los Ac en el síndrome de Goodpasture están dirigidos principalmente frente a la cadena α -3 del colágeno IV de la membrana basal glomerular y membrana basal tubular
- c) En la púrpura de Schönlein Henoch la afectación renal ocurre por depósito de Ac
- d) La púrpura de Schönlein Henoch es típicamente una vasculitis de mediano vaso

84.- Respecto a la afectación renal en la púrpura de Schölein-Henoch (vasculitis IgA). Señale la falsa:

- a) Ocurre entre pocos días y un mes desde el inicio de los síntomas generales.
- b) La presentación más frecuente es con microhematuria y proteinuria.
- c) Se precisa biopsia renal para el diagnóstico.
- d) Es más severa en adultos.

85.- Sobre la afectación renal en las vasculitis es cierto:

- a) La afectación renal en la poliangeítis microscópica es muy rara
- b) La afectación renal en la granulomatosis de Wegener es muy frecuente
- c) La afectación renal en el Chug-Strauss es frecuente
- d) La afectación renal es similar en todas las vasculitis

86.- Respecto al tratamiento de mantenimiento de las vasculitis asociadas a ANCA, los fármacos orales más utilizados son los siguientes excepto :

- a) Micofenolato.
- b) Metotrexato.
- c) Azatioprina.
- d) Ciclofosfamida.

87.- Respecto a las disproteinemias y paraproteinemias es falso:

- a) La nefropatía puede ser la primera manifestación de una gammapatía monoclonal
- b) Para la detección de cadenas ligeras la electroforesis y la inmunofijación son los mejores métodos
- c) Las gammapatías monoclonales pueden causar daño tubular directo por cadenas ligeras
- d) La presencia de paraproteínas puede dar lugar a una glomerulonefritis membranoproliferativa con depósito de inmonoglobulinas monoclonales

88.- Cual de las siguientes no suele ser la presentación clínica de la afectación renal debida a un Mieloma Múltiple u otras Gammopatías monoclonales:

- a) Hematuria.
- b) Fracaso Renal Agudo.
- c) Proteinuria.
- d) Anomalías hidroelectrolíticas.

89.- En la amiloidosis primaria es cierto:

- a) Puede aparecer en el seno de una gammapatía monoclonal
- b) Es una enfermedad sistémica debido al depósito de material fibrilar compuesto de cadenas ligeras, siendo la cadena ligera mayoritariamente implicada la κ
- c) La afectación renal es la que principalmente determina el pronóstico
- d) La principal manifestación renal es la aparición de hematuria (macro ó microscópica)

90.- Cual de las siguientes formas clínicas de afectación renal en la Amiloidosis es menos frecuente:

- a) Proteinuria intensa.
- b) Acidosis tubular renal tipo 1.
- c) Síndrome de Fanconi.
- d) Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva.

91.- Señale la respuesta correcta:

- a) El síndrome hepatorenal aparece en pacientes con cirrosis como consecuencia de una vasoconstricción de la circulación renal
- b) El síndrome hepatorenal tipo I debe tratarse con vasoconstrictores y albúmina
- c) Las afirmaciones a y b son falsas
- d) Las afirmaciones a y b son ciertas

92.- Señale la respuesta falsa respecto de la afectación glomerular por el virus C:

- a) Está mediada por inmunocomplejos que producen o no crioprecipitados.
- b) La expresión más frecuente es un S. Nefrótico normocomplementémico.
- c) Histológicamente suele asociarse a una GN mesangiocapilar tipo 1.
- d) Se pueden objetivar en las luces capilares pseudotrombos hialinos.

93.- En las infecciones urinarias es cierto:

- a) Son producidas en la mayoría de los casos por varias bacterias a la vez (polibacterianas)
- b) En la infecciones bacterianas del tracto urinario el germen más frecuentemente encontrado es el *Proteus Mirabilis*
- c) Los gérmenes que favorecen la aparición de litiasis infecciosa son las bacterias productoras de ureasa
- d) Las cistitis se manifiestan clínicamente por: disuria, polaquiuria, fiebre y, urgencia miccional

94.- Señale la aseveración cierta respecto de las infecciones del tracto urinario (ITU):

- a) Para la bacteriuria asintomática del embarazo se empleará un régimen de 4-7 días de betalactámicos, fosfomicina o fluorquinolonas.
- b) Se considera bacteriuria asintomática $> 10^5$ UFC/ml en una determinación de orina evacuada por una mujer.
- c) ITU no complicada es la que ocurre en una mujer no gestante con síntomas de vía urinaria baja o vía urinaria alta.
- d) El tratamiento de la bacteriuria asintomática únicamente está recomendada en gestantes.

95.- De las afirmaciones relacionadas con la infección del tracto urinario es falsa:

- a) La tasa de recurrencia de la pielonefritis aguda no complicada es baja
- b) Para descartar una pielonefritis enfisematosa la prueba más adecuada a realizar es una biopsia renal
- c) El daño crónico residual de las pielonefritis recurrentes da lugar a una enfermedad renal crónica de patrón túbulo-intersticial crónico
- d) Entre los factores predisponentes a las infecciones del tracto urinario complicadas están: diabetes, inmunosupresión, ser varón, catéteres urinarios y, reflujo vésico-ureteral

96.- Respecto de las ITU de vías altas señale la respuesta falsa

- a) La Pielonefritis aguda bacteriana focal se diagnostica con el TAC con contraste que muestra lesiones en forma de cuña que se realizan con contraste en uno o varios lóbulos renales.
- b) La necrosis papilar afecta a la médula interna y puede darse en el riñón trasplantado.
- c) La Pielonefritis aguda enfisematosa está producida por E. Coli como uropatógeno más frecuente.
- d) La Pielonefritis aguda no complicada puede dar bacteriemia en 10-50% y se iniciará búsqueda de complicaciones si no mejora en 24-48 horas.

97.- En la Anatomía-Patológica de la Nefritis Túbulo-Intersticial Aguda, qué lesión no esperaría encontrar:

- a) Infiltrado de linfocitos, macrófagos, eosinófilos y, células plasmáticas
- b) Necrosis de los túbulos renales
- c) Granulomas en el intersticio
- d) Edema intersticial

98.- Respecto de las Nefropatías intersticiales señale la respuesta verdadera:

- a) En la Nefritis Intersticial Aguda la triada de erupción fiebre y eosinofilia se produce en un 50% de los casos.
- b) La Nefritis Intersticial por Ig G4 se caracteriza por un infiltrado linfoplasmocitario rico en plasmáticas IgG4 positivas y puede cursar con hipocomplementemia.
- c) El periodo de latencia desde que se toma el fármaco nunca supera las 6 semanas.
- d) La ausencia de hallazgos urinarios como leucocituria o microhematuria en el sedimento, excluye la Nefritis Intersticial Aguda.

99.- En la nefropatía por plomo es característico todo lo expuesto, excepto:

- a) Puede producir una nefritis túbulo-intersticial crónica
- b) La intoxicación aguda por plomo produce toxicidad a nivel del túbulo proximal
- c) La intoxicación aguda por plomo puede producir síndrome de Fanconi
- d) En la intoxicación crónica por plomo es característica la existencia de hipouricemia

100.-En un paciente con glucosuria no diabética e hiperuricemia con gota pensaremos en

- a) Síndrome de Fanconi primario.
- b) Intoxicación por litio.
- c) Saturnismo.
- d) Tratamiento con Tenofovir.

101.- De las siguientes afirmaciones, señale la falsa:

- a) La IRA (insuficiencia renal aguda) de causa obstructiva, tiene un alto grado de reversibilidad al corregir la causa que originó la obstrucción
- b) La uropatía obstructiva puede producir un daño túbulo-intersticial que da lugar a un síndrome pierde-sal
- c) Los cálculos coraliformes están formados a menudo por ácido úrico y calcio
- d) En los pacientes con malformación de la unión piélo-ureteral está aumentada la incidencia de litiasis

102.- Respecto de la fibrosis retroperitoneal (FR) señale la respuesta verdadera

- a) Es una enfermedad frecuente, obstructiva, caracterizada por presencia de tejido inflamatorio y fibroso alrededor de la posición infrarrenal de aorta y arterias ilíacas así como uréteres.
- b) La FR primaria es una enfermedad inmunomediada y puede presentarse aislada o dentro de una enfermedad IgG4.
- c) Raramente da clínica de dolor.
- d) La FR primaria incluye una masa confluyente que recubre la aorta , comprime la cava inferior y desplaza lateralmente los uréteres.

103.-El cambio estructural más temprano que aparece en la nefropatía diabética es:

- a) Pérdida de las fenestraciones endoteliales
- b) Engrosamiento de la membrana basal glomerular
- c) Pérdida de los podocitos con borramiento de sus pedicelos
- d) Expansión del volumen mesangial

104.- Respecto de la Nefropatía diabética señale la respuesta falsa:

- a) Según el Registro SEN el porcentaje de ERC estadio 5D por nefropatía diabética fue del 24% aproximadamente en 2017-2018.
- b) Un porcentaje elevado de Diabetes mellitus tipo 2 presenta lesiones vasculares inespecíficas y lesiones intersticiales sin afectación glomerular.
- c) La hiperglucemia causa desactivación del Feed-back tubuloglomerular que conlleva vasoconstricción de la arteriola aferente.
- d) En la diabetes tipo 1, una lesión temprana es la pérdida de podocitos con borramiento de sus pedicelos.

105.- Durante la gestación se producen las siguientes alteraciones funcionales a nivel renal, excepto una de ellas, señálela:

- a) Aumento del filtrado glomerular entre un 40-60%
- b) Aumento del flujo plasmático renal
- c) Disminución del sistema SRAA (sistema renina-angiotensina-aldosterona)
- d) Disminución de la absorción tubular de Ac. Úrico

106.- Respecto de la Preeclampsia (PE) señale la respuesta falsa:

- a) La PE es un Síndrome definido por Hipertensión Arterial después de la semana 20 de embarazo mas inicio de proteinuria (> 300 mg/ 24h o > 0,3 gr/ gr de cr).
- b) Se consideran factores de riesgo la edad de < 20 años o > 35-40 años .
- c) La nefropatía de la PE es una endoteliosis que expresa lesión celular endotelial y activación de la coagulación intravascular.
- d) Las tasas plasmáticas de Factor de crecimiento vascular (VEGF) asciende de forma significativa 5 semanas antes de se desarrolle la PE.

107.- En la HTA vásculo-renal, es cierto:

- a) Hay un aumento de la perfusión renal
- b) La prueba de referencia para el diagnóstico es la arteriografía renal
- c) El tratamiento más indicado es el Bypass
- d) Todas son ciertas

108.- ¿Cual de estas situaciones clínicas es mas específica de HTA renovascular?

- a) Debut de HTA grave o grado 3.
- b) HTA grado 3 en paciente aterosclerótico y antecedentes de tabaquismo,
- c) HTA grado 3 con riñón atrófico o asimetría renal de > 1,5 cm sin causa aparente.
- d) HTA y soplo abdominal lateralizado.

109.- La causa más frecuente de trombosis de la vena renal en adultos es:

- a) Tumoral
- b) Traumatismos
- c) Síndrome Nefrótico
- d) Deshidratación

110.- Respecto de la trombosis de vena renal señale la aseveración falsa

- a) La trombosis venosa renal aguda se sospechará en pacientes con factores de riesgo de hipercoagulabilidad e imagen de riñón agrandado.
- b) La trombosis venosa renal crónica se sospechará en ancianos con Síndrome Nefrótico con pocos síntomas y disminución gradual de la función renal.
- c) La Hipoalbuminemia aumenta la síntesis de tromboxano A2 proagregante de plaquetas y puede favorecer la depleción de volumen intravascular.
- d) La incidencia es más elevada dentro del S. Nefrótico en los que padecen cambios mínimos.

111.- En el Síndrome de Liddle es falso que:

- a) Se trata con espironolactona
- b) Cursa con hipopotasemia
- c) Cursa con HTA
- d) Hay una supresión de la aldosterona

112.- ¿Cual de estas aseveraciones sobre tubulopatías es falsa?

- a) El S. de Bartter se caracteriza por una tubulopatía pierde sal confinada a la rama ascendente gruesa del asa de Henle que se caracteriza por pérdida de función del cotrasportador NKCC2 (2Cl Na K).
- b) En el S. de Bartter es fundamental la hipopotasemia aunque la alcalosis metabólica y la hipocloremia suelen ser universales.
- c) La enfermedad de Gitelman se produce por mutaciones inactivantes del gen que codifica el cotrasportador NaCl sensible a tiazidas en el túbulo contorneado distal.
- d) En la Acidosis tubular renal hiperpotasémica tipo 4 los pacientes no pueden acidificar por debajo de 5,5 tras sobrecarga ácida y no pueden incrementar por lo tanto la excreción de amonio.

113.- Con respecto a la Poliquistosis renal autosómica recesiva es cierto que:

- a) Es más frecuentemente diagnosticada en la edad adulta
- b) Los riñones están generalmente muy aumentados de tamaño
- c) Se acompaña de fibrosis Hepática
- d) Son muy característicos los grandes quistes renales

114.- Respecto a las enfermedades quísticas hereditarias señale la respuesta verdadera

- a) La nefronoptosis familiar juvenil es de herencia autosómica recesiva y evoluciona a ERC terminal en las primeras dos décadas de la vida.
- b) La nefronoptosis familiar juvenil puede cursar con afectación de la concentración urinaria y déficit de reabsorción de sodio así como un sedimento con microhematuria y proteinuria ya desde el inicio.
- c) La enfermedad quística de la medular ahora dentro de la nefropatía intersticial hereditaria tiene un patrón autosómico recesivo.
- d) En la enfermedad quística de la medular los riñones son grandes y siempre con quistes.

115.-En la hipercalciuria idiopática es falso que:

- a) Cursa con una excreción urinaria de calcio > 300mg/d en hombres y > 250 mg/d en mujeres, con una dieta normal
- b) Es una causa rara de litiasis en población adulta
- c) Los niveles de calcemia y PTH son normales
- d) Es una causa relativamente frecuente de hematuria macroscópica en niños

116.-Señale la respuesta falsa con respecto a la litiasis renal.

- a) Una alta concentración de ácidos grasos libres en la luz intestinal favorece los cálculos de fosfato cálcico.
- b) El citrato potásico puede favorecer la formación y crecimiento de los cálculos de estruvita
- c) Los cálculos de urato pueden producirse sin hiperuricosuria.
- d) La hipercalciuria puede reducirse con una dieta

117.- En la IRC es falso que:

- a) Se pierde la capacidad de concentración urinaria
- b) Para retrasar la progresión de la IRC, se debe mantener una ingesta hídrica > de 2,5 l/d
- c) La excreción urinaria de calcio está disminuida
- d) Hay un aumento de la eliminación renal de la carga ácida

118.- De todos estos factores de riesgo de enfermedad renal crónica (ERC) señale el falso:

- a) Proteinuria
- b) Hiperfiltración glomerular
- c) Nacimiento con alto peso.
- d) Privación sociocultural.

119.- De las manifestaciones clínicas que afectan al sistema cardiovascular en el síndrome urémico, no es típica:

- a) La pericarditis
- b) La hipotensión
- c) Las arritmias
- d) La insuficiencia cardiaca congestiva

120.- Indique que enfermedad con ERC estadio 4-5 puede cursar con riñón de tamaño normal o aumentado:

- a) Nefritis tubulointersticial crónica.
- b) Amiloidosis.
- c) Enfermedad isquémica renal.
- d) Glomerulonefritis primaria membranoproliferativa.

121.- En un paciente añosos (>65 años) diabético con ERC estadio V. Señale la opción correcta en cuanto a la información sobre tratamiento renal sustitutivo:

- a) Actualmente no existe evidencia de superioridad de una técnica de diálisis frente a otra sobre otra en términos de supervivencia por lo que serán las preferencias de un paciente bien informado las que decidan
- b) Se les debe recomendar hemodiálisis (HD) puesto que los resultados de supervivencia son mejor que en Diálisis peritoneal (DP)
- c) Se le recomendará DP porque los resultados de supervivencia son mejor que en HD
- d) Da igual la técnica es el inicio precoz de la diálisis con aclaramiento de creatinina por encima de 10ml/min lo que mejora la supervivencia .

122.- Indique la consideración cierta de la diálisis peritoneal respecto de la hemodiálisis:

- a) Peor control de la acidosis.
- b) Peor control de la anemia.
- c) Empeoramiento de la vasculopatía periférica.
- d) Peor control del fósforo y del hiperparatiroidismo.

123.- Con respecto a la nutrición en pacientes con IRC, es cierto que:

- a) El gasto energético en pacientes con ERCA ó en diálisis es semejante a los sujetos normales y por lo tanto lo son en sus requerimientos calóricos
- b) En pacientes en diálisis la ingesta proteica debe estar restringida a 0,6gr/kg/d
- c) Una dieta rica en cereales es recomendable en pacientes con IRC porque contribuye a reducir la carga ácida
- d) Las dietas bajas en proteínas, calcio y, fósforo en pacientes en HD han demostrado una clara mejoría de la supervivencia del paciente

124.- Señale la respuesta falsa respecto de la nutrición en hemodiálisis.

- a) El gasto energético es similar a los sujetos normales (30-35 Kcal /kg/peso ideal)
- b) La dieta proteica debe ser restringida a 1,1 - 1,2 gr /kg peso ideal / día.
- c) Para tratar de prevenir la hiperpotasemia se intentará no hacer ayunos.
- d) Los pescados azules son los que llevan más proporción fósforo/ gr de proteína.

125.- La indicación del inicio del tratamiento renal sustitutivo por diálisis en la IRC está contraindicado en:

- a) Demencia severa
- b) Edad avanzada
- c) Pacientes asintomáticos
- d) Todas las anteriores

126.- Señale la respuesta falsa respecto de la decisión de iniciar diálisis en ERC 5:

- a) Iniciar siempre que haya pericarditis o serositis urémica.
- b) La encefalopatía urémica es indicación de iniciar diálisis y suele ocurrir con EFG de < 5 ml/mto/ 1.7 m².
- c) Se debe iniciar la diálisis si la EFG es < 8 ml/mto/1,7 m² aunque no haya síntomas o signos urémicos.
- d) Hipertensión arterial refractaria y sobrecarga de volumen es indicación de inicio.

127.- Entre los factores que aumentan el riesgo de fracaso de la FAVI (fístula arterio-venosa) en pacientes en HD, señale cuál no es correcto:

- a) Diabetes Mellitus
- b) Antecedentes de catéter venosos central previo
- c) Bajo peso
- d) Arteriopatía periférica

128.- Señale la respuesta falsa respecto de las consecuencias de la fístula AV sobre el gasto cardiaco:

- a) Alto gasto cardiaco en adultos se define como > 8 litros /mto o un índice cardiaco de $> 3,9$ l/mto/m².
- b) El incremento del gasto cardiaco es proporcional al flujo de la fístula AV.
- c) La insuficiencia cardiaca de alto gasto puede ocurrir a partir de > 2 l/ mto de flujo de Fístula AV o a partir de > 0.3 del cociente flujo FAV/ gasto cardiaco.
- d) En los pacientes con Insuficiencia cardiaca (clase I-II de NYHA) se puede hacer una FAV proximal mientras que en clase avanzada (III-IV) se puede hacer una FAV distal.

129.- Una de las complicaciones de la heparinización, que se precisa en pacientes de hemodiálisis , no es cierta:

- a) Hipertriglicerinemias
- b) Osteoporosis
- c) Trombocitopenia
- d) Efecto estimulante de la aldosterona

130.-Respecto del modelo cinético de la urea (MCU) señale la respuesta falsa:

- a) El KT/V monocompartimental viene dado por la fórmula de Daugirdas, que tiene en cuenta la generación de urea intradiálisis y la ultrafiltración realizada.
- b) El KT/V bicompartimental o equilibrado es aproximadamente el 85% + 0,03 del monocompartimental en una diálisis de 4 horas.
- c) Las mujeres alcanzan más fácilmente un KT/V determinado gracias a un menor volumen de distribución.
- d) El KT/V mínimo de Daugirdas es de 1,2 y corresponde a un porcentaje de reducción de urea (PRU) de 76 %.

131.- De las siguientes afirmaciones en cuanto al tratamiento de hemodiálisis en la IRC, es falso que:

- a) Las medianas y grandes moléculas se eliminan mejor mediante el mecanismo de convección
- b) En los dializadores de baja eficiencia es importante para su rendimiento que los flujos sanguíneos sean superiores a 400 ml/min
- c) Para que la dosis de diálisis se considere adecuada el KT/V mínimo debe ser de 1.2
- d) El elemento fundamental para el tratamiento del agua de diálisis es la ósmosis inversa.

132.- Respecto de las membranas y dializadores de Hemodiálisis, señale la afirmación falsa:

- a) Los grupos Hidroxilos libres de una membrana contribuyen a su capacidad hidrofílica y su mayor biocompatibilidad.
- b) Las membranas con fuerte carga eléctrica negativa en su superficie (PAN, AN69) aumentan la generación de bradikinina.
- c) La principal ventaja de los dializadores capilares sobre los de placas, es el menor volumen sanguíneo de cebado.
- d) Las membranas sintéticas poseen una matriz esponjosa central, que les confiere el transporte difusivo y dos películas porosas, que le confieren el transporte convectivo.

133.- Con respecto al uso de acetato como tampón en los líquidos de diálisis peritoneal, es falso que:

- a) En la actualidad es de uso relativamente frecuente
- b) Puede causar vasodilatación
- c) Puede causar disminución de la contractilidad miocárdica
- d) Se ha relacionado con el desarrollo de peritonitis esclerosante

134.- Respecto de la peritonitis de la diálisis peritoneal señale la respuesta falsa.

- a) El germen más frecuente es el Estafilococo coagulasa negativo (S. Epidermidis)
- b) Un conteo leucocitario de > 100 leuc/μl y $> 50\%$ de polimorfonucleares es el marcado analítico principal además del cultivo.
- c) Un tratamiento empírico de Vancomicina y ceftazidima durante 2 semanas es adecuado si se sospecha Estafilococo coagulasa negativo.
- d) En el tratamiento de la peritonitis por hongos bastará con Fluconazol 100-200 mg/día durante varias semanas.

135.- En relación con las reacciones alérgicas a las membranas de Hemodiálisis es falso que:

- a) Es más frecuente que aparezca en la primera semana de exposición
- b) Es más frecuente su aparición con las membranas celulósicas que con las sintéticas
- c) En estas reacciones está implicada la activación de la vía alterna del complemento
- d) La causa de la reacción alérgica puede deberse al modo de esterilización de los dializadores

136.- Respecto a la biocompatibilidad del líquido de diálisis, señale la respuesta falsa:

- a) Las sustancias pirógenas de un PM > 100 KD pueden atravesar las membranas de hemodiálisis y activar los monocitos.
- b) El agua ultrapura conlleva ≤ 10 UFC/ml de bacterias en estudio microbiológico y $\leq 0,03/\mu\text{l}$ de toxinas en Test LAL.
- c) La activación de las citocinas puede producir pérdida de masa ósea, desnutrición e incremento de morbi-mortalidad.
- d) La Hemodiafiltración ON LINE requiere agua ultrapura.

137.-En la IRA las técnicas de depuración continuas (Hemofiltración y Hemodiafiltración), están indicadas en los pacientes críticos más graves, por las siguientes razones excepto por:

- a) Mayor capacidad para eliminar grandes volúmenes que la HDI (hemodiálisis intermitente) sin alterar la estabilidad hemodinámica del paciente
- b) Su aplicación puede ser realizada por personal de críticos al precisar menor tecnología
- c) Al utilizar la convección como mecanismo de depuración eliminamos mediadores de la respuesta inflamatoria
- d) Es la técnica indicada en las intoxicaciones por presentar una alta adsorción

138.- En relación con las técnicas de depuración aplicadas en la Insuficiencia renal Aguda señale la aseveración falsa:

- a) En técnicas continuas la dosis de heparina aconsejada será de 5-10 U/Kg/hora
- b) Según el estudio multicéntrico norteamericano (ATN) , la supervivencia en técnicas continuas es similar si se aplica una dosis standard de convección de 25 ml/Kg/hora frente a una dosis Intensiva de 40 ml/kg/hora.
- c) Si se aplican técnicas no continuas, la HD intermitente diaria mejoraba la supervivencia respecto de la HD cada 2 días (Helmet- Schiff).
- d) El añadir aclaramiento difusivo de pequeñas moléculas a la convección no mejora la supervivencia.

139.- De las siguientes afirmaciones referentes a los antígenos leucocitarios humanos (HLA) es cierto que:

- a) Se codifican en el cromosoma 10
- b) Hay 4 tipos de antígenos HLA: clase I, Clase II, clase III y, clase IV
- c) Los antígenos HLA de la clase I están en casi todas las células nucleadas del organismo
- d) Los antígenos HLA de clase II están en todas las células del organismo

140.- Respecto de la respuesta inmunológica del receptor frente al injerto señale la respuesta falsa:

- a) Las células presentadoras de Ag (CPA) son los linfocitos B, células dendríticas y macrófagos.
- b) Las moléculas del HLA clase I (Locus A,B,C) se especializan en presentar los péptidos procesados a los linfocitos TCD8 mientras que los de clase II (Locus DR,DP y DQ) los presentan a los linfocitos TCD4.
- c) La vía directa de reconocimiento del Ag sin procesar en la CPA del donante actúa preferentemente en las fases tardías y tendría su papel en el rechazo crónico.
- d) La expansión clonal de las células T es inducida por el incremento de $\text{IL}2$ y de los receptores de $\text{IL}2$ tras la señal principal y secundaria.

141.- ¿Cuál de estos motivos no es contraindicación relativa para el trasplante renal ?

- a) Enfermedad coronaria.
- b) Enfermedad vascular periférica severa.
- c) Consumo activo de drogas o alcohol (> 60 gr en el varón y > 40 gr en la mujer)
- d) Hepatitis en actividad.

- 142.- ¿Que debemos hacer con un paciente en lista de espera de trasplante renal con un cribado de anticuerpos anti HLA clase I y II por luminex negativo?**
- Hacer un *single antigen* cada 3 meses para definir mejor especificidades.
 - Repetir el cribado cada 3 meses.
 - Repetir el cribado a la semana de una transfusión.
 - Es de bajo riesgo inmunológico y no se repite.
- 143.- Respecto de los Inmunosupresores, señale la aseveración falsa.**
- Los inhibidores mTOR tienen propiedades antivirales
 - Los niveles valle de tacrólimus en las primeras etapas son de 8-12 ng/ml
 - La Ciclosporina evita la expansión clonal de las células cooperadoras, las T citotóxicas y Linfocitos T supresores.
 - El ácido micofenólico está contraindicado en el embarazo por efectos teratógenos.
- 144.- En general, debido al alto riesgo de rechazo en el trasplante renal, se preconiza la triple terapia con inhibidor de la calcineurina, antimetabolito y corticoide. Uno de los siguientes fármacos no debe prescribirse en mujeres en edad fértil, con posibilidad de embarazo, señálelo:**
- Azatioprina.
 - Tacrolimus.
 - Prednisona.
 - Micofenolato Sódico.
- 145.- En cuanto a las complicaciones médicas precoces del injerto señale la respuesta falsa:**
- En la fase precoz postrasplante la causa más frecuente de función renal retrasada es la Necrosis tubular Aguda.
 - La Necrosis tubular Aguda va a favorecer el rechazo agudo.
 - La Ciclosporina y el Tacrólimus tienen el mismo efecto nefrotóxico y con la misma severidad.
 - La infección por CMV y virus BK puede cursar con disfunción aguda precoz del injerto.
- 146.- En un rechazo agudo humoral demostrado con biopsia, cual de los siguientes tratamientos se considera menos efectivo:**
- Plasmaferesis.
 - Inmunoglobulinas endovenosas.
 - Bolus de Metilprednisolona.
 - Rituximab.
- 147.- En cuanto a las infecciones del trasplante señale la respuesta verdadera:**
- Más allá del 2º mes postrasplante el realizar screening sistemático y tratamiento Antibiótico de las bacteriurias asintomáticas, aporta beneficio a estos pacientes.
 - El germen más frecuente dentro de las ITU postrasplante es el Enterococo .
 - En el caso de Enfermedad por CMV, si hay leucopenia se deberá reducir la dosis de antiviral (Valganciclovir oral o ganciclovir IV).
 - La incidencia de Enfermedad Linfoproliferativa Postrasplante en asociación con Epstein Barr es de 1-2%.
- 148.- Respecto a los inmunosupresores que se utilizan en el trasplante renal y la enfermedad cardiovascular, señale cual de los siguientes no contribuye a la aparición de Hipertensión Arterial:**
- Ciclosporina.
 - Everolimus.
 - Corticoides.
 - Tacrolimus.
- 149.- ¿En cuál de estas patologías estaría indicada la Plasmaféresis como primera línea de tratamiento?**
- Enfermedad por Ac antimembrana basal glomerular (Ac MBG).
 - Rechazo en trasplante renal
 - Síndrome Urémico Hemolítico .
 - Lupus Eritematoso sistémico.

150.- Señale en cual de las siguientes patologías que afectan al riñón hay menos evidencia de la utilidad de la aféresis terapéutica mediante recambios plasmáticos para su tratamiento:

- a) Recidiva de glomeruloesclerosis focal y segmentaria en el injerto renal.
- b) Síndrome de Good Pasture con hemorragia alveolar.
- c) Glomerulonefritis asociada a ANCA con necesidad de hemodiálisis.
- d) Síndrome de HELLP anteparto.

151.- La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud cuenta con las siguientes modalidades:

- a) Básica, secundaria y farmacéutica.
- b) Básica, suplementaria y de servicios accesorios.
- c) Básica, farmacéutica y de urgencia.
- d) Básica, farmacéutica y ortoprotésica.

152.- Los servicios de prevención de riesgos laborales en centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud:

- a) Pueden ser propios o ajenos, en función del número de trabajadores.
- b) Están formados por personal sanitario de la especialidad de Medicina del Trabajo.
- c) Tienen carácter interdisciplinar.
- d) Han de contar con titulados superiores en prevención de riesgos laborales y técnicos especialistas de prevención de riesgos laborales.

153.- Señale la falsa respecto al síndrome hepatorenal:

- a) El tipo 1 es un Fracaso Renal Agudo con progresión rápida.
- b) El tipo 2 tiene peor pronóstico.
- c) El tipo 1 se trata con vasoconstrictores y Albúmina iv.
- d) El tipo 2 es una insuficiencia renal moderada estable.

154.- Cual de las siguientes medidas tiene menos evidencias científicas para prevenir las Infecciones recurrentes del tracto urinario bajo en mujeres:

- a) Uso de probióticos vía oral o genital.
- b) Tratamiento estrogénico tópico vaginal en postmenopáusicas.
- c) Ingesta diaria de zumo de Arándanos.
- d) Evitar el uso de espermicidas.

155.- Son factores de riesgo para la pielonefritis aguda no obstructiva las siguientes condiciones excepto:

- a) Propensión familiar.
- b) Diabetes Mellitus.
- c) Relación sexual reciente.
- d) Exposición al frío .

156.- Entre las causas de nefritis intersticial aguda, no suele encontrarse:

- a) Rechazo del injerto.
- b) Fármacos.
- c) Agentes infecciosos.
- d) Idiopático.

157.-Respecto a la nefrotoxicidad por Litio señale la respuesta falsa:

- a) Induce una Diabetes Insípida Nefrogénica reversible.
- b) La prevalencia de enfermedad renal crónica terminal es similar a la de la población general.
- c) Se asocia a hiperparatiroidismo.
- d) la lesión histopatológica es una nefritis intersticial crónica.

158.- Al principio de una poliuria desobstructiva, la orina inicial es isostenúrica, en general, cual de los siguientes tipos de fluidos le parece más adecuado en la reposición:

- a) Salino 0,9%.
- b) Bicarbonato 1/6 molar.
- c) Glucosado 5%.
- d) Hiposalino 0,45%.

159.- Respecto a la enfermedad renal crónica asociada a la Diabetes Mellitus tipo II, señale la respuesta falsa:

- a) Siempre cursa con microalbuminuria o proteinuria.
- b) Es la causa más frecuente de ERCT en occidente.
- c) No suele tener microhematuria asociada.
- d) Suele presentarse con retinopatía también.

160.- Nos llaman al busca de guardia localizada desde el hospital la Ginecóloga porque tiene ingresada una embarazada de 30 semanas, asmática y con TA de 164/112 mmHg confirmada en 2 tomas separadas 5 minutos. ¿Cual de los siguientes fármacos indicaría para ese momento?:

- a) Nifedipino de liberación retardada.
- b) Labetalol iv.
- c) Alfa Metil Dopa.
- d) Hidralazina iv.

161.- En las siguientes situaciones está indicado descartar una HTA renovascular, excepto:

- a) HTA de grado 3 en exfumador de 55 años con arteriopatía isquémica.
- b) Soplo abdominal lateralizado en la exploración.
- c) Elevación transitoria del 20% de la Creatinina tras IECA oral.
- d) Debut de HTA de grado 3.

162.- Mujer de 53 años sin AP de interés, diarrea autolimitada reciente, deterioro de la función renal progresiva, anemia hemolítica microangiopática, en contexto de primer episodio de colecistitis aguda. Actividad del ADAMTS 13 normal. ¿Cual de los siguientes diagnósticos es más probable?:

- a) Síndrome Hemolítico Urémico atípico.
- b) Púrpura Trombótica Trombocitopénica autoinmune.
- c) Síndrome Hemolítico Urémico por toxina shiga.
- d) Púrpura Trombótica Trombocitopénica congénita.

163.- Señale cual de las siguientes características clínicas no forma parte del Síndrome de Fanconi renal:

- a) Proteinuria.
- b) Glucosuria.
- c) Hipercalciuria.
- d) Acidosis tubular renal distal.

164.-Indíquenos cual de las siguientes complicaciones se ha descrito como más frecuente en los pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante:

- a) Esclerosis múltiple.
- b) Diverticulosis colónica.
- c) Bronquiectasias.
- d) Gastritis crónica.

165.- El tratamiento de elección en los pacientes hipercalciúricos formadores de cálculos de calcio es la administración de Tiazidas junto con una de las siguientes medidas dietéticas, señálela:

- a) Aumento de la ingesta de Ácido Ascórbico.
- b) Disminuir la ingesta de calcio.
- c) Aumento en la ingesta de magnesio.
- d) Disminuir la ingesta de Sodio.

