

Nefrología

T1 Repaso anatomofisiológico

P050 MIR 2008-2009

Un paciente con antecedentes de trastorno de ansiedad, acude a urgencias, presentando: P C02 = 18 mmHg, pH = 7.6, $[\text{HCO}_3^-]$ = 20 mEq/l. ¿Qué trastorno puede padecer?:

- 1) Acidosis metabólica.
- 2) Alcalosis metabólica.
- 3) Alcalosis respiratoria aguda.
- 4) Acidosis respiratoria crónica.
- 5) Acidosis respiratoria aguda.

Respuesta correcta: 3

P094 MIR 2008-2009

Un paciente de 48 años acude al hospital por un cuadro de fiebre de 40°C, dolor lumbar izquierdo y disuria, con una tensión arterial de 90/50 mm Hg. En la analítica de sangre destaca: Na 137 mmol/l, K 5.1 mmol/l, Cl 103 mmol/l, pH 7.42, HCO_3^- 12 mmol/l, pCO_2 : 20 mm Hg, creatinina 1.6 mg/dl. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es cierto?:

- 1) Acidosis mixta con anión gap elevado.
- 2) El paciente no presenta alteraciones del equilibrio ácido-base, ya que el pH es normal.
- 3) Alcalosis mixta.
- 4) Alcalosis metabólica asociada a acidosis respiratoria.
- 5) Acidosis metabólica con anión gap elevado y alcalosis respiratoria.

Respuesta correcta: 5

P094 MIR 2007-2008

Un paciente de 52 años con el diagnóstico de úlcus pilórico y vómitos de repetición de una semana de duración acude al hospital con una tensión arterial de 100/58 mmHg y la siguiente analítica: plasma Na^+ 140 mmol/l, K^+ 2.2, mmol/l, Cl^- 86 mmol/l, CO_3H^- 42. mmol/l, pH 7.53, pCO_2 53 mmHg y creatinina 2,9 mg/dl; orina Na^+ 2 mmol/l, K^+ 21 mmol/l, pH 5. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es cierto?:

- 1) Alcalosis mixta.
- 2) Acidosis metabólica con vacío aniónico normal.
- 3) Alcalosis metabólica.
- 4) Alcaluria paradójica.
- 5) Acidosis hipoclorémica.

Respuesta correcta: 3

P097 MIR 2005-2006

Le consultan por un paciente de 60 años con trastornos de la conciencia de pocos días de evolución que tiene una hiponatremia de 120 mEq/l. No vómitos ni edemas. No ha realizado tratamiento alguno. ¿Cuál es la posibilidad diagnóstica más frecuente?:

- 1) Insuficiencia cardíaca.
- 2) Síndrome de secreción inadecuada de ADH.
- 3) Síndrome nefrótico.
- 4) Hipertensión portal.
- 5) Insuficiencia renal aguda.

Respuesta correcta: 2

P096 MIR 2004-2005

Paciente de 68 años diabética, que consulta por malestar general. En la gasometría venosa destaca pH 7,25, bicarbonato 15 mmol/l (normal 24-28 mmol/l). Hiato anionico (anión GAP): 11 mmol/l

(normal 10-12 mmol/l). ¿Cuál de las siguientes entidades NO descartaría como diagnóstico?:

- 1) Cetoacidosis diabética.
- 2) Insuficiencia renal crónica.
- 3) Acidosis tubular renal.
- 4) Ingesta de salicilatos.
- 5) Acidosis láctica.

Respuesta correcta: 3

P097 MIR 2004-2005

Cuando un paciente bajo tratamiento diurético con tiazidas o furosemida incumple la dieta y come más sal de la prescrita, el resultado analítico esperable es:

- 1) Mayor hipernatremia.
- 2) Mayor hiponatremia.
- 3) Mayor hiperpotasemia.
- 4) Mayor hipopotasemia.
- 5) Mayor acidosis.

Respuesta correcta: 4

P224 MIR 2004-2005

¿Cuál de los siguientes fármacos NO aumenta los niveles plasmáticos de potasio?:

- 1) Captopril.
- 2) Ibuprofeno.
- 3) Amiloride.
- 4) Nifedipino.
- 5) Espironolactona.

Respuesta correcta: 4

P183 MIR 2002-2003

¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas NO está indicada en el tratamiento de la hiperpotasemia?:

Nefrología

- 1) Glucosa e insulina.
- 2) Bicarbonato sódico.
- 3) Gluconato cálcico.
- 4) Resinas de intercambio iónico.
- 5) Glucocorticoides.

Respuesta correcta: 5

P066 MIR 2000-2001

Un muchacho de 12 años acude al hospital con disminución del apetito, aumento de la sed, micción frecuente y pérdida de peso durante las últimas tres semanas. En las últimas 24 h aparece letárgico. Los análisis muestran una natremia de 147 mEq/l, una potasemia de 5,4 mEq/l, un cloro de 112 mEq/l, un bicarbonato de 6 mEq/l, una glucosa de 536 mg/dl, una urea de 54 mg/dl, una creatinina de 2 mg/dl y un pH de 7,18. La cetonuria es positiva. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define mejor el estado de su equilibrio ácido-base?:

- 1) Acidosis metabólica con vacío aniónico normal.
- 2) Acidosis metabólica con vacío aniónico alto.
- 3) Alcalosis metabólica con vacío aniónico alto.
- 4) Acidosis mixta.
- 5) Acidosis metabólica con vacío aniónico descendido.

Respuesta correcta: 2

P130 MIR 2000-2001

¿Cuál es el lugar de acción de la furosemida (diurético)?:

- 1) Túbulo contorneado distal.
- 2) Túbulo colector.
- 3) Túbulo contorneado proximal.
- 4) Porción descendente del asa de Henle.
- 5) Porción ascendente gruesa del asa de Henle.

Respuesta correcta: 5

P135 MIR 2000-2001F

De entre los siguientes fármacos, ¿cuál es el que produce hiponatremia con más frecuencia?:

- 1) Furosemida.
- 2) Digital.
- 3) Prednisona.

- 4) Penicilina.
- 5) Tiacidas.

Respuesta correcta: 5

P141 MIR 2000-2001F

Una paciente de 35 años de edad con aspiración nasogástrica por estenosis pilórica presenta un potasio sérico de 2 mEq/l (valores normales 3,5-5 mEq/l) al tercer día de su ingreso. Señale cuál de estas afirmaciones es la correcta en este contexto:

- 1) La causa más importante de la hipopotasemia es por la aspiración nasogástrica.
- 2) Las pérdidas renales de potasio son mínimas como mecanismo compensatorio renal ante las pérdidas digestivas.
- 3) Se requeriría la administración de volumen y cloruro sódico para su corrección.
- 4) Rara vez se acompaña de alcalosis metabólica.
- 5) La estenosis pilórica es una causa muy rara de hipopotasemia, por lo que habría que buscar otras causas.

Respuesta correcta: 3

P038 MIR 1998-1999

Un paciente de 83 años acude a urgencias tras cuatro días de diarrea y vómitos con intolerancia total. Presenta signos clínicos de deshidratación y el examen del laboratorio muestra Glu 110 mg/dl, creatinina 2,8 mg/dl, Na 126 mEq/l, K 3,5 mEq/l y Na en orina 8 mEq/l. De los siguientes, el tratamiento más correcto es administrar:

- 1) Suero salino al 0,9% i.v. para corregir la hipernatremia en 24 horas.
- 2) Suero salino al 2% i.v. para corregir la hipernatremia en 24-48 horas.
- 3) Suero salino al 0,45% i.v. y suero glucosado al 5% para corregir la hipernatremia en 24-72 horas.
- 4) Antibióticos y dieta astringente.
- 5) Loperamida y dieta astringente.

Respuesta correcta: Anulada

P131 MIR 1998-1999

El tratamiento correcto de un paciente con hiponatremia severa y disfunción neurológica secundaria es la:

- 1) Corrección rápida de la hiponatremia en 6 horas con suero salino hipertónico.
- 2) Inducción de coma barbitúrico y manitol i.v.
- 3) Corrección paulatina de la hiponatremia en más de 24 horas para evitar la desmielinización osmótica.
- 4) Administración de vasopresina i.v.
- 5) Infusión de dextrosa al 5%.

Respuesta correcta: 3

P132 MIR 1998-1999

Un varón de 45 años llega comatoso a urgencias. Presenta PaCO₂ basal 25 mmHg, pH 7,15, hipocalcemia moderada con gap aniónico y osmolar elevados, leucocitosis y cristaluria. Con más probabilidad este paciente tiene una intoxicación por:

- 1) Barbitúricos.
- 2) Monóxido de carbono.
- 3) Etilenglicol.
- 4) Benzodiazepinas.
- 5) Salicilatos.

Respuesta correcta: 3

P134 MIR 1998-1999

En el tratamiento de la hiperpotasemia grave de un paciente urémico NO está indicado administrar:

- 1) Resinas de intercambio catiónico (sodio, calcio).
- 2) Bicarbonato sódico i.v.
- 3) Glucosa con insulina i.v.
- 4) Gluconato cálcico o cloruro cálcico i.v.
- 5) Tiazidas por vía oral.

Respuesta correcta: 5

P215 MIR 1998-1999

Señale de cuál de las siguientes situaciones es característica una gasometría arterial con valores de pH 7,34, PCO₂ 60 mmHg, HCO₃⁻ 32 mmol/l:

- 1) Acidosis respiratoria crónica.
- 2) Alcalosis metabólica compensada.
- 3) Acidosis respiratoria aguda.
- 4) Acidosis metabólica aguda.
- 5) Acidosis de causa mixta.

Respuesta correcta: 1

Nefrología

P136 MIR 1998-1999F

En un paciente con nefropatía secundaria a reflujo vesicoureteral que presenta proteinuria en rango nefrótico con niveles normales de albúmina sérica, ¿cuál es el patrón histológico glomerular habitual?:

- 1) Glomerulonefritis membranosa.
- 2) Glomerulonefritis membrano-proliferativa.
- 3) Glomerulosclerosis focal y segmentaria.
- 4) Glomerulonefritis proliferativa mesangial.
- 5) Glomerulonefritis proliferativa extracapilar.

Respuesta correcta: 3

P204 MIR 1997-1998

¿Cuál es la presentación más frecuente de la nefropatía por IgA?:

- 1) Hematuria aislada recurrente.
- 2) Proteinuria severa progresiva.
- 3) Síndrome nefrítico agudo.
- 4) Síndrome nefrítico.
- 5) Insuficiencia renal aguda.

Respuesta correcta: 1

P210 MIR 1997-1998

Un varón de 40 años tiene un síndrome nefrótico sin evidencia de enfermedad sistémica. ¿Cuál es la causa más probable de su síndrome nefrótico idiopático?:

- 1) Enfermedad de cambios mínimos.
- 2) Glomerulonefritis membrano-proliferativa.
- 3) Nefropatía membranosa.
- 4) Amiloidosis.
- 5) Glomerulonefritis focal.

Respuesta correcta: 3

P213 MIR 1997-1998

En la nefropatía de cambios mínimos, las afirmaciones siguientes son ciertas, EXCEPTO una. Señálela:

- 1) Es responsable de al menos el 75% de los síndromes nefróticos en la infancia.
- 2) Suele responder a los esteroides a dosis adecuadas.
- 3) No evoluciona nunca a la glomerulosclerosis focal.

- 4) Puede presentarse como fracaso renal agudo.
- 5) Suele cursar sin hematuria.

Respuesta correcta: 3

P244 MIR 1997-1998

Mujer de 24 años diagnosticada, año y medio antes, de hepatitis crónica por virus C, en tratamiento con interferón alfa. Actualmente presenta proteinuria e hipocomplementemia, con edemas intensos en extremidades inferiores y púrpura secundaria a vasculitis leucocitoclástica. ¿Cuál es el diagnóstico más probable, entre los siguientes?:

- 1) Glomerulopatía IgA asociada a hepatopatía crónica.
- 2) Glomerulonefritis mesangiocapilar por crioglobulinemia mixta.
- 3) Afectación glomerular por la vasculitis.
- 4) Glomerulonefritis lúpica.
- 5) Nefropatía intersticial por interferón alfa.

Respuesta correcta: 2

T9 Riñón y enfermedades sistémicas

P100 MIR 2008-2009

La afectación renal de la Amiloidosis se caracteriza por:

- 1) La presencia de proteinuria, frecuentemente de rango nefrótico.
- 2) La presencia de microhematuria con brotes frecuentes de hematuria macroscópica.
- 3) Presentarse en el 90% de los casos como Fracaso Renal Agudo.
- 4) Desarrollar muy frecuentemente hipertensión arterial maligna.
- 5) No evolucionar generalmente hacia la esclerosis renal.

Respuesta correcta: 1

P096 MIR 2007-2008

Señale la respuesta correcta referida a la púrpura de Henoch-Schönlein:

- 1) La lesión glomerular, idéntica a la de la nefropatía IgA (enfermedad de Berger), se carac-

teriza por depósitos de IgA en el mesangio glomerular.

- 2) Es una entidad exquisitamente sensible al tratamiento con corticoides.
- 3) Se detectan Ac anticitoplasma de neutrófilos en el 80% de pacientes.
- 4) Debe sospecharse en pacientes con hemoptisis e insuficiencia renal aguda.
- 5) La presencia de proteinuria masiva es clave en el diagnóstico de esta enfermedad.

Respuesta correcta: 1

P097 MIR 2007-2008

Una mujer de 24 años acude a urgencias remitida por su médico de atención primaria porque al realizarle una analítica por astenia, artralgias, febrícula y aparición de edemas maleolares, objetiva anemia normocítica normocrómica (hemoglobina de 9 g/dl), creatinina sérica de 2 mg/dl, sedimento con microhematuria y proteinuria en tira reactiva de 500 mg/dl. ¿Cuál o cuáles serían las exploraciones complementarias que usted solicitaría en primer lugar dado el diagnóstico de presunción?:

- 1) Cuantificación de proteinuria en orina de 24 horas y aclaramiento de creatinina.
- 2) Tomografía axial computerizada renal.
- 3) Test de Coombs, haptoglobina, ferrocínica.
- 4) C3, C4, ANA, AntiDNA.
- 5) Biopsia renal.

Respuesta correcta: 4

P099 MIR 2007-2008

Señale cuál de las siguientes medidas NO es adecuada para evitar la progresión de la nefropatía diabética:

- 1) Restricción de proteínas en la dieta.
- 2) Control glucémico estricto en los diabéticos tipo 1.
- 3) Control glucémico estricto en los diabéticos tipo 2.
- 4) Incremento de la presión de perfusión glomerular.
- 5) Tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, en pacientes con microalbuminuria.

Respuesta correcta: 4

Nefrología

P098

MIR 2006-2007

NO es propio de la nefropatía diabética:

- 1) Hipertensión arterial.
- 2) Aumento del filtrado glomerular en fases iniciales.
- 3) Hiperrreninismo hiperaldosteronémico.
- 4) Microalbuminuria.
- 5) Necrosis papilar.

Respuesta correcta: 3

P100

MIR 2006-2007

Hombre de 47 años, ex adicto a drogas parenterales. Positividad conocida a VHC desde hace 9 años, con datos analíticos de hepatopatía crónica. Acude a urgencias por lesiones maculopapulosas, edemas marcados en ambos miembros inferiores y artralgias. La analítica muestra proteinuria de 6 gr en 24 h, hematuria con hematíes deformados, CCr de 68 ml/min, y descenso del componente C4 del complemento, con C3 normal. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

- 1) Nefritis en el seno de infección meningocócica.
- 2) Glomerulonefritis mesangiocapilar secundaria a crioglobulinemia.
- 3) Glomerulonefritis mesangial con depósito de IgA.
- 4) Glomerulonefritis membranosa secundaria a VHC.
- 5) Granulomatosis de Wegener.

Respuesta correcta: 2

P258

MIR 2006-2007

¿Cuál será, entre los siguientes, el fármaco antihipertensivo de elección en un paciente con diabetes mellitus tipo 2, más hipertensión arterial y proteinuria?:

- 1) Bisoprolol.
- 2) Amlodipino.
- 3) Hidroclorotiacida.
- 4) Losartán.
- 5) Furosemida.

Respuesta correcta: 4

P100

MIR 2004-2005

Una mujer de 68 años acude al servicio de urgencias por malestar general que ha ido pro-

gresando en los últimos 15 días, a partir de un episodio gripal. Ha notado disminución progresiva del volumen de diuresis, edemas maleolares y dificultad respiratoria. Es hipertensa. En la analítica destaca una creatinina plasmática de 5 mg/dl, urea 180 mg/dl, Na 138 mEq/l, K 4,9 mEq/l. Las cifras de complemento son normales. Los anticuerpos antimembrana basal son negativos. En la orina presenta cilindros hemáticos, proteinuria de 1 g/l y microhematuria. Aporta una analítica de un mes antes, sin alteraciones. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:

- 1) PAN microscópica.
- 2) Brote lúpico.
- 3) Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.
- 4) Crioglobulinemia.
- 5) Enfermedad de Goodpasture.

Respuesta correcta: 1

P101

MIR 2004-2005

Con respecto a la nefropatía diabética, señale la respuesta FALSA:

- 1) La diabetes tipo 2 es la etiología más frecuente de insuficiencia renal terminal en el mundo occidental.
- 2) Más del 90% de los diabéticos tipo 1 desarrollan nefropatía a los 30 años del diagnóstico de diabetes.
- 3) La alteración renal más temprana es la hiperfiltración.
- 4) La existencia de microalbuminuria predice el desarrollo de nefropatía clínica.
- 5) La gran mayoría de los diabéticos tipo 1 con nefropatía tienen también retinopatía.

Respuesta correcta: 2

P081

MIR 2003-2004

Paciente de 82 años de edad, que refiere síndrome constitucional de tres semanas de evolución, con astenia, anorexia y pérdida de peso con oligoanuria progresiva en las veinticuatro horas previas al ingreso hospitalario. No signos de hiperhidratación. Creatinina plasmática 6 mg/dl. Proteinuria 1g/24h. Sedimento: microhematuria. Determinación de ANCA positivo, patrón p-ANCA anti-MPO. ECO renal que muestra riñón derecho pequeño y riñón izquierdo de tamaño normal. ¿Cuál cree que es

el procedimiento más adecuado y prioritario?:

- 1) Iniciar tratamiento sustitutivo con diálisis.
- 2) Proceder a practicar biopsia renal.
- 3) Iniciar tratamiento con pulsos intravenosos de metilprednisolona y ciclofosfamida oral.
- 4) Plantear plasmaféresis.
- 5) Iniciar tratamiento con prednisona oral.

Respuesta correcta: 3

P086

MIR 2003-2004

En relación con el tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2 con nefropatía, sólo una de las siguientes respuestas es correcta. Señálela:

- 1) La metformina se puede utilizar sin riesgo en diabéticos con insuficiencia renal de intensidad moderada (creatinina sérica 1,3-1,7 mg/dl).
- 2) Los bloqueantes de los canales de calcio, tipo dihidropiridina (por ejemplo, nifedipino) disminuyen el grado de proteinuria y detienen la progresión de la insuficiencia renal.
- 3) Los diuréticos del asa pueden aumentar la proteinuria, por lo que no deben ser utilizados en la nefropatía diabética con proteinuria en rango nefrótico.
- 4) Los betabloqueantes no son beneficiosos en la nefropatía diabética y, además están contraindicados en la diabetes.
- 5) Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) frenan la evolución de la nefropatía diabética tanto por su efecto hipotensor como por su efecto reductor de la proteinuria.

Respuesta correcta: 5

P255

MIR 2003-2004

¿Qué entenderemos por "riñón de mieloma"?:

- 1) Cualquier fracaso renal en un paciente portador de un mieloma.
- 2) La infiltración renal por el mieloma.
- 3) La precipitación de cadenas ligeras en los túbulos renales.
- 4) El depósito de proteína de Bence-Jones en el glomérulo.
- 5) El fracaso renal causado por la hipercalcemia del mieloma.

Respuesta correcta: 3