



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Formación médica continuada

Osteoporosis secundaria a fármacos

Meritxell Sallés y Mario Saul Gelman

1. Cuál es la causa más frecuente de osteoporosis secundaria?

- a. Osteoporosis secundaria a déficit de vitamina D.
- b. Osteoporosis secundaria a hipertiroidismo.
- c. Osteoporosis secundaria a glucocorticoides.
- d. Osteoporosis secundaria a artritis reumatoide.
- e. Osteoporosis secundaria a enfermedades hematológicas.

2. Ante un paciente que inicie tratamiento con glucocorticoides por vía oral:

- a. Sólo recomendaremos medidas para prevenir la osteoporosis si realizan tratamiento con >5 mg de prednisona durante al menos 3 meses.
- b. No es necesario realizar densitometría ósea si presenta una fractura osteoporótica.
- c. Los únicos fármacos que se pueden utilizar son los bifosfonatos.
- d. Los suplementos de calcio sólo deben administrarse si el paciente presenta hipocalcemia.
- e. Según el tipo de glucocorticoide que se utilice iniciaremos tratamiento o no.

3. Ante un paciente oncológico que inicie tratamiento con inhibidores de la aromatasa o con un fármaco que produce hipogonadismo:

- a. Recomendaremos una ingesta mínima de 1.500 mg/día de calcio y 800 UI/día de colecalciferol.
- b. Si necesitan tratamiento farmacológico, los fármacos de elección son los bifosfonatos.
- c. Sólo iniciaremos tratamiento farmacológico si el valor de T es inferior o igual a -2,5 DE.
- d. Las respuestas a y b son correctas.
- e. Las respuestas a, b y c son correctas.

4. El tratamiento de elección ante un paciente en tratamiento con glucocorticoides o inhibidores de la aromatasa es:

- a. Teriparatida.
- b. Ranelato de estroncio.
- c. Alendronato.
- d. Calcitonina.
- e. Alendronato o risedronato.

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. La L-tiroxina a dosis fisiológicas aumenta el riesgo de fracturas.

- b. Los neurolépticos pueden producir hiperprolactinemia, y ésta una disminución de la densidad de masa ósea.
- c. Los antiepilepticos pueden producir un déficit de vitamina D.
- d. El riesgo de padecer osteoporosis es más bajo con heparina de bajo peso molecular que con heparina no fraccionada.
- e. El omeprazol puede disminuir la absorción del carbonato cálcico.

EPOC y osteoporosis

Nuria Galofré Alvaro

1. ¿Cuál es la prevalencia de la osteoporosis en los pacientes con EPOC?

- a. 10%.
- b. 20%.
- c. 25%.
- d. 30%.
- e. Ninguna de las anteriores.

2. Uno de los factores de riesgo para la osteoporosis no se ha descrito en el paciente con EPOC.

- a. Fumar.
- b. Debilidad muscular.
- c. Tratamiento con corticoides.
- d. Inflamación sistémica.
- e. Menopausia.

3. ¿Qué mecanismo patogenético intervendría en la aparición de la osteoporosis en el paciente con EPOC?

- a. Un incremento del estrés oxidativo, provocado por el tabaco, favorecería el desarrollo de la osteoporosis.
- b. La activación del sistema RANK-L en respuesta a la elevación de la proteína C reactiva tendría como resultado una pérdida de masa ósea.
- c. La elevación de los valores séricos de TNF- α tiene un papel central en las manifestaciones sistémicas de la EPOC, entre ellas la osteoporosis.
- d. Se ha observado que el tabaco tiene un efecto directo sobre las células óseas con una inhibición de los osteoblastos.
- e. Los genes del colágeno tipo I (COLIA I) son los principales causantes de la baja densidad ósea de los pacientes con EPOC.

4. Señale la opción correcta:

- a. La osteoporosis, en el paciente con EPOC, se diagnostica por dolor de espalda.

- b. La deformidad torácica no es una manifestación clínica de la osteoporosis en el enfermo con EPOC.
- c. La implicación clínica más importante de la osteoporosis en el paciente con EPOC es el compromiso de la función respiratoria.
- d. La fractura osteoporótica de mayor impacto en el paciente con EPOC es la fractura de pelvis.
- e. La osteoporosis se considera comorbilidad muy rara en el paciente con EPOC.

5. ¿Cuál es el tratamiento de elección de la osteoporosis en el paciente con EPOC?

- a. Suplementos de calcio.
- b. Alendronato.
- c. Risedronato.
- d. Suplementos de vitamina D.
- e. Todos los anteriores son correctos.

CALCIFILAXIS

Manuel Polaina Rusillo, Manuel David Sánchez Martos, María del Mar Biechy Baldan, Antonio Liebana Cañada.

1. En de la calcifilaxis, ¿qué factor no se ha identificado como de riesgo?

- a. Elevación del producto calcio-fósforo.
- b. Concentraciones elevadas de PTH.
- c. Valores bajos de calcio.
- d. Dislipemia.
- e. Diabetes.

2. La calcifilaxis puede afectar a cualquier órgano, pero con mayor frecuencia afecta a...

- a. Corazón.
- b. Pulmón.
- c. Riñón.
- d. Piel.
- e. Afecta por igual a todos.

3. En cuanto a la afectación vascular de la calcifilaxis, indique la respuesta falsa:

- a. Afecta a la adventicia.
- b. Afecta a la íntima.
- c. Ocasiona trombosis.
- d. Ocasiona isquemia.
- e. Afecta a todos los vasos sanguíneos.

4. Respeto a la frecuencia, la calcifilaxis:

- a. Afecta sobre todo a todos los individuos en diálisis peritoneal que está delgados.
- b. Afecta sobre todo a varones, negros y delgados.
- c. Afecta sobre todo a mujeres blancas, no diabéticas, obesas y en situación de prediálisis.
- d. Afecta sobre todo a mujeres blancas, obesas, en hemodiálisis.
- e. Todas las respuestas son ciertas.

5. En cuanto al tratamiento de la calcifilaxis:

- a. Es conveniente pinchar la piel para extraer el calcio.
- b. No es conveniente curar tópicamente las heridas.
- c. Es conveniente prescribir acenocumarol para tratar las trombosis.

- d. Son todas ciertas.
- e. Son todas falsas.

Problemas éticos al final de la vida: ¿todo es eutanasia?

Lucía Pantoja Zarza

1. Respeto a la eutanasia, señale la respuesta correcta:

- a. Toda actuación de un profesional sanitario llevada a cabo con objeto de finalizar con el sufrimiento de un paciente, porque tiene una enfermedad incurable, se puede considerar eutanasia.
- b. Para considerarse eutanasia es necesario que la actuación del profesional sanitario cause la muerte del paciente de forma directa y activa, para acabar con una situación de sufrimiento. No se precisa de ningún requisito más.
- c. No hay diferencias entre eutanasia y suicidio asistido; ambos términos se pueden usar indistintamente.
- d. La eutanasia tiene que ser directa, activa y voluntaria, es decir, realizada a petición expresa y reiterada en el tiempo por parte del paciente.
- e. El debate social actual está en la legalización de la eutanasia en nuestro país.

2. Señale la respuesta correcta:

- a. La película *Mar adentro* refleja un ejemplo de suicidio asistido.
- b. El caso de Terry Schiavo, en estado vegetativo permanente, fue un ejemplo de limitación de esfuerzo terapéutico.
- c. El caso de Inmaculada Echevarría fue un ejemplo de rechazo de tratamiento.
- d. El caso de Eluana Englaro, en estado vegetativo permanente, fue un ejemplo de limitación de esfuerzo terapéutico.
- e. Todas son ciertas.

3. Respeto a la limitación de esfuerzo terapéutico, señale la respuesta correcta:

- a. Se llama encarnizamiento terapéutico a la actuación cuyo objetivo es mantener la vida a toda costa, pero que si ve que el tratamiento es desproporcionado, se retira.
- b. En la limitación de esfuerzo terapéutico se retiran o no se inician medidas terapéuticas inútiles o fútiles que sólo mantienen la vida biológica pero sin posibilidad de recuperación funcional o sin calidad de vida.
- c. La limitación de esfuerzo terapéutico se considera incorrecta y mala praxis.
- d. Sólo se puede realizar limitación de esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos y ventilación mecánica.
- e. Decidir la limitación de esfuerzo terapéutico no suele crear ningún conflicto ético ni al médico, ni al paciente, ni a los familiares, por lo que habitualmente la decisión es sencilla.

4. En relación al rechazo de tratamiento, señale la afirmación correcta:

- a. Un paciente puede rechazar un tratamiento sólo si nos parece lógico y su rechazo no le conlleva la muerte.
- b. Todos los individuos son, mientras no se demuestre lo contrario, sujetos autónomos, es decir, capaces de tomar decisiones en todos los ámbitos de su vida, excepto en las decisiones sanitarias.
- c. El médico está obligado ética y jurídicamente a aceptar el rechazo de tratamiento de un paciente informado y capaz, independientemente de las consecuencias que ello pueda tener.

- d. El caso de Inmaculada Echevarría fue un ejemplo claro de eutanasia, tal como ella solicitó.
 e. Todas son correctas.
- 5. En relación a las situaciones clínicas al final de la vida, señale la sentencia incorrecta:**
- La difusión de los documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas puede ayudar a la toma de decisiones en las situaciones en torno al final de la vida.
 - La bioética ayuda a resolver los conflictos éticos que se plantean en la práctica clínica.
 - Llamar eutanasia a toda actuación médica al final de la vida sólo denota desconocimiento profundo de estos temas.
 - En la sedación paliativa no es necesario el consentimiento explícito del paciente, porque lo que se busca es mitigar los síntomas refractarios.
 - En la sedación paliativa no hay que confundir síntomas de difícil control con síntomas refractarios. Son estos últimos los que hacen necesaria la sedación.
- Las bases de datos bibliográficas españolas, un instrumento para el conocimiento y difusión de la producción científica**
- Elena Primo-Peña y José Manuel Estrada-Lorenzo*
- 1. Las bases de datos bibliográficas son:**
- Relaciones de autores que han publicado trabajos en revistas científicas.
 - Conjuntos ordenados y automatizados de referencias bibliográficas.
 - Conjuntos ordenados y en formato impreso de referencias bibliográficas.
 - Relaciones de revistas científicas, ordenadas cronológicamente y por materias.
 - Conjuntos de referencias bibliográficas únicamente procedentes de artículos científicos.
- 2. Las principales bases de datos bibliográficas españolas son:**
- IME, IBECS y MEDES.
 - IME, IBECS y LILACS.
- 3. Entre las funcionalidades básicas de toda base de datos bibliográfica deben considerarse:**
- Formularios de consulta, relación de revistas indizadas y ayuda.
 - Visualización y reordenación de registros, y guardar y exportar las referencias.
 - Formularios de consulta, visualización de registros, y guardar y exportar las referencias.
 - Únicamente son imprescindibles los formularios de consulta.
 - Formularios de consulta simple, reordenación de registros por autor e imprimir las referencias.
- 4. Los formularios de búsqueda por campos se diferencian de los formularios de búsqueda simple en que:**
- Permiten realizar búsquedas más exhaustivas, lo que no es posible en la búsqueda simple.
 - Con un formulario u otro se obtienen iguales resultados, lo que ocurre es que con el formulario simple la búsqueda resulta más fácil.
 - Es necesario conocer previamente las palabras clave que utiliza la base de datos para poder realizar una consulta, lo que no es necesario en el formulario simple.
 - Es obligatorio utilizar los operadores booleanos, mientras que en la búsqueda simple no.
 - Permiten realizar búsquedas más precisas por un campo determinado, lo que no es posible en una búsqueda simple, al consultar en toda la base de datos en general.
- 5. Una base de datos bibliográfica es útil en la medida que:**
- Tiene una mayor cobertura temporal.
 - Está actualizada.
 - Recoge un mayor número de títulos de revistas científicas.
 - Ofrece diferentes tipologías de documentos.
 - Todas las respuestas anteriores son correctas.