



Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

NEUMOPATÍA INTERSTICIAL EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

L. Silva Fernández, P. Muñoz Carreño, J. Sanz Sanz y J.L. Andreu Sánchez

7-1

- 1. En pacientes con esclerosis sistémica (ES), se ha considerado factores de riesgo de neumonitis intersticial a todos los siguientes excepto:**
 - a. Raza negra.
 - b. Edad > 40 años.
 - c. Presencia de anticuerpos anti-Scl 70.
 - d. Presencia de afección cardíaca.
 - e. Corta duración de la ES.
- 2. Ante un paciente diagnosticado de ES que desarrolla disnea progresiva, sería recomendable realizar:**
 - a. Radiografía de tórax.
 - b. Pruebas de función respiratoria.
 - c. Ecocardiograma.
 - d. TACAR de tórax.
 - e. Todas las anteriores.
- 3. Los valores de las pruebas de función respiratoria (PFR) que mejor se correlacionan con el grado de afección pulmonar en la neumonitis intersticial en la esclerosis sistémica son:**
 - a. Capacidad vital forzada (CVF) y volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS).
 - b. CVF y capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO).
 - c. CVF y capacidad pulmonar total (CPT).
 - d. DLCO y CPT.
 - e. DLCO y VEMS.
- 4. Respecto de los glucocorticoides en la neumonitis intersticial de la esclerosis sistémica, señale la opción correcta.**
 - a. Están contraindicados por el riesgo de precipitar crisis renales.
 - b. Se ha sugerido que añadidos en dosis bajas a la ciclofosfamida (CF) intravenosa pueden mejorar las pruebas de función respiratoria.
 - c. Se ha sugerido que añadidos en dosis altas a la CF intravenosa pueden mejorar las PFR.
 - d. Habitualmente consiguen detener la enfermedad por sí solos sin necesidad de añadir tratamiento inmunosupresor.
 - e. Ninguna de las anteriores es cierta.
- 5. De los resultados del Scleroderma Lung Study se puede concluir que:**
 - a. La ciclofosfamida (CF) mejora drásticamente el pronóstico de los pacientes con esclerosis sistémica en la neumonitis intersticial (NI-ES), al mejorar parámetros de las pruebas de función respiratoria (PFR), como la CVF y la DLCO.
 - b. El uso de CF oral parece enlentecer el deterioro de las PFR en pacientes con NI-ES modificando fundamentalmente la CVF.
 - c. A pesar de la clara mejoría de la función pulmonar, la CF no ha logrado mejorar otros parámetros, como la esclerosis cutánea o los índices de disnea y de calidad de vida.
 - d. Los graves y frecuentes efectos secundarios de la CF oral contraindican su uso en pacientes con NI-ES.
 - e. Nada de lo anterior.





Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

QUÉ SIGNIFICA LA CALIDAD ÓSEA

L. Mellibovsky Saidler y A. Díez Pérez

7-2

1. La resistencia ósea esta determinada por:

- a. La densidad mineral ósea (DMO).
- b. Los marcadores de recambio óseo.
- c. La calidad ósea.
- d. a + c.
- e. Índice de masa corporal.

2. La DMO determinada por absorciometría dual con rayos X (DXA):

- a. Correlaciona bien con el riesgo de fractura.
- b. Correlación bien con la resistencia mecánica de huesos analizados en condiciones experimentales.
- c. Correlación bien con la DMO determinada mediante ultrasonidos.
- d. Es superior a la radiografía convencional para discriminar variaciones de la masa ósea.
- e. Sólo c es falsa.

3. El riesgo de fractura se determina de forma independiente por:

- a. La edad.
- b. La DMO.
- c. Marcadores de recambio óseo en población no tratada.
- d. a + b + c.
- e. Calcemia y/o calciuria.

4. Los marcadores de remodelado óseo:

- a. Son predictores independientes del riesgo de fractura en población no tratada.
- b. Predicen la respuesta antifracturaria a distintos tratamientos mejor que las variaciones en la DMO.
- c. Tienen poca variabilidad individual.
- d. Son imprescindibles para determinar el diagnóstico de OP.
- e. a y b son correctas.

5. La calidad ósea se mide con:

- a. La DMO.
- b. Test biomecánicos in vitro.
- c. Marcadores de recambio óseo.
- d. Histomorfometría ósea.
- e. No existe una prueba que mida la calidad ósea.



Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

ANTIBIOTICOTERAPIA PARENTERAL DOMICILIARIA

M.A. Goenaga Sánchez y C. Garde Orbáiz

7-3

- 1. ¿Cuál de los siguientes antibióticos puede ser administrado en embolada intravenosa?**
 - a. Vancomicina.
 - b. Levofloxacino.
 - c. Gentamicina.
 - d. Ceftriaxona.
 - e. Claritromicina.
- 2. ¿Cuál de los siguientes antibióticos no puede utilizarse con bombas de infusión por no ser estable en solución 24 h?**
 - a. Penicilina G.
 - b. Piperacilina-tazobactam.
 - c. Ceftazidima.
 - d. Amoxicilina-clavulánico.
 - e. Ampicilina.
- 3. ¿Qué tipo de infecciones pueden ser tratadas en el domicilio con antibióticos parenterales?**
 - a. Infecciones de tejidos blandos.
 - b. Endocarditis.
 - c. Infecciones urinarias.
 - d. Infecciones del tracto respiratorio bajo.
 - e. Todas las anteriores.
- 4. En un tratamiento intravenoso cuya duración se supone mayor de 3 semanas, ¿qué vía intravenosa se recomienda?**
 - a. Vía periférica de grueso calibre.
 - b. Vía central de inserción periférica.
 - c. Reservorio intravenoso.
 - d. Cualquiera.
 - e. Ninguna, porque no se aconsejan tratamientos tan largos en los domicilios.
- 5. ¿Cuál de los siguientes antibióticos no se debe administrar en dosis única diaria?**
 - a. Ertapenem.
 - b. Teicoplanina.
 - c. Gentamicina.
 - d. Levofloxacino.
 - e. Cefepima.





Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS BACTERIANA

D. Palma Sánchez y C. Marras Fernández-Cid

7-4

1. En artritis séptica que afectan a articulaciones axiales, la duración de tratamiento antibiótico aconsejado es de:

- a. 4 semanas.
- b. 3 semanas.
- c. 6 semanas.
- d. 8 semanas.
- e. 2 semanas.

2. En cuanto a la etiología de la artritis séptica, señale lo falso:

- a. El principal microorganismo causante es *Staphylococcus aureus*.
- b. *S. epidermidis* es el agente más común en las infecciones protésicas.
- c. En los últimos años se ha producido un aumento en la incidencia de bacilos gramnegativos como agentes etiológicos.
- d. En los últimos años, estreptococos como los neumococos han disminuido en su incidencia.
- e. La artritis séptica por *Salmonella* es poco frecuente.

3. Señale lo cierto:

- a. La artritis séptica es una emergencia médica.
- b. El tratamiento antibiótico se debe iniciar una vez obtengamos el resultado del cultivo del líquido sinovial.
- c. La duración aconsejada de antibioterapia es de 3 semanas.
- d. Se recomienda la vía oral como vía de administración del tratamiento antibiótico.
- e. Siempre debe intervenir.

4. El lavado articular por artroscopia:

- a. Es superior al lavado por artrocentesis diaria.
- b. Se indica en artritis bacteriana de cadera en niños.
- c. Es de menor riesgo que el lavado articular por artrocentesis diaria.
- d. Permite observar la evolución diaria de la infección.
- e. Permite obtener muestras de cultivo.

5. Señale lo falso:

- a. Se aconseja movilizar la articulación los primeros días para conservar la amplitud de movimiento.
- b. La tinción de Gram es positiva en el 95% de los casos de artritis bacteriana por grampositivo.
- c. Se ha producido en los últimos años un aumento importante de las multirresistencias de los patógenos.
- d. En patógenos multirresistentes se recomienda el linezolid como tratamiento antibiótico de elección.
- e. La artritis séptica polimicrobiana es menos frecuente que la monomicrobiana.



Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

LOS ANTICUERPOS ANTICÉLULA ENDOTELIAL EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

P. García de la Peña Lefebvre

7-5

- 1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con relación a los anticuerpos anticélula endotelial (AACE) es cierta?**
 - a. Los AACE son un grupo homogéneo de anticuerpos dirigidos contra diferentes antígenos.
 - b. Los AACE son un grupo homogéneo de anticuerpos dirigidos contra un único antígeno.
 - c. Los AACE son un grupo heterogéneo de anticuerpos contra un único antígeno.
 - d. Los AACE son un grupo heterogéneo de anticuerpos dirigidos contra diferentes antígenos.
 - e. Todas son falsas.
- 2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la célula endotelial (CE) es verdadera?**
 - a. Su citoplasma contiene unas vacuolas llamadas cuerpos de Weibel-Palade.
 - b. Las CE son unas células pequeñas de 4-5 nm.
 - c. Las CE están recubiertas de un glucocálix rico en proteoglicanos cargados positivamente.
 - d. La b y la c son verdaderas.
 - e. Todas son falsas.
- 3. En los estudios realizados en la esclerosis sistémica (ES) los tres tipos de CE más utilizados son:**
 - a. Vena umbilical de recién nacido (HUVEC).
 - b. Microcirculación humana de piel (HMVEC-d).
 - c. Microcirculación humana de pulmón (HMVEC-l).
 - d. La a y la b son ciertas.
 - e. La a, b y c son ciertas.
- 4. ¿Es cierto que...?**
 - a. La técnica de inmunoblot cuantitativo no nos permite comparar los perfiles de reactividad de los AACE de los pacientes con ES.
 - b. La apoptosis de las CE es uno de los principales fenómenos que tienen lugar en la piel de los enfermos con ES.
 - c. La presencia de los AACE no se asocia con mayor incidencia de manifestaciones vasculares en la ES.
 - d. Los AACE sólo han sido detectados en la ES.
 - e. La a y la d son ciertas.
- 5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con relación a los AACE es falsa?**
 - a. Ningún estudio ha evidenciado que los AACE de tipo IgG van dirigidos contra la ADN topoisomerasa 1 en pacientes con esclerosis sistémica cutánea difusa (EScd).
 - b. Algunos de los antígenos contra los que están dirigidos los AACE se localizan en el citoplasma.
 - c. Los antígenos contra los que van dirigidos los AACE comprenden desde proteínas de la matriz extracelular a moléculas que se adhieren a la CE, como el ADN.
 - d. Las HUVEC son fáciles de conseguir tanto técnica como económicamente, pero presentan la desventaja de la gran heterogeneidad de sus donantes.
 - e. La b y la c son falsas.

