



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

PAPEL DE MICA EN LA PATOGENIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Alejandro López-Soto y Segundo González Rodríguez

77-85

1. La artritis reumatoide:

- a. Se produce por causas exclusivamente genéticas.
- b. Es una enfermedad poligénica.
- c. Es una enfermedad monogénica.
- d. El gen que codifica para el HLA-DR es el único responsable de su susceptibilidad genética.
- e. La predisposición genética es suficiente para desencadenar la enfermedad.

2. En cuanto a las causas genéticas de la artritis reumatoide, es falso que:

- a. HLA-DR es el principal factor de susceptibilidad genética.
- b. MICB es un factor genético adicional en la susceptibilidad genética de la artritis reumatoide.
- c. Existen individuos sanos que portan alelos de susceptibilidad a la artritis reumatoide.
- d. Diversos alelos de HLA-DR que comparten 5 aminoácidos en su cadena β son responsables de la susceptibilidad genética a la enfermedad.
- e. El gen del TNF α es el principal factor genético responsable de la enfermedad.

3. En cuanto a la artritis reumatoide, es falso que:

- a. Es una enfermedad autoinmune.
- b. Se produce por la activación de linfocitos Th1 autorreactivos.
- c. Es una enfermedad mediada por linfocitos Th2 autorreactivos.
- d. Se pueden producir autoanticuerpos.
- e. La producción de TNF α por los macrófagos desempeña un papel esencial en su patogenia.

4. En cuanto a la función de MICA y MICB, es cierto que:

- a. Su expresión permite el reconocimiento por el sistema inmune de las células estresadas o dañadas.
- b. Presentan péptidos intracelulares a los linfocitos Th1.
- c. Participan en la patogenia de diversas enfermedades autoinmunes mediadas por linfocitos T.
- d. Participan en la activación de los macrófagos.
- e. La a y la c son correctas.

5. En cuanto a la patogenia de la artritis reumatoide:

- a. MICA se expresa en los linfocitos Th1 de los pacientes con artritis reumatoide.
- b. MICA se expresa en los sinoviocitos de los pacientes con artritis reumatoide.
- c. MICA ejerce un efecto citotóxico directo sobre los sinoviocitos.
- d. Los linfocitos T citotóxicos que expresan el receptor NKG2D tienen un papel preponderante en el desarrollo de la enfermedad.
- e. MICA participan en la producción de autoanticuerpos.





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

DIAGNÓSTICO DE LA NECROSIS CUTÁNEA

Cristina Muniesa Monserrat, Yolanda Fortuño Ruiz y Jesús González Rupérez

86-95

1. ¿Cuál es la causa más frecuente de necrosis cutánea?

- a. Los agentes exógenos.
- b. Las infecciones.
- c. La oclusión vascular.
- d. Las alteraciones de la hemostasia.
- e. Los fármacos.

2. Señale la vasculitis en la que es menos probable observar necrosis cutánea:

- a. Vasculitis leucocitoclástica.
- b. Granulomatosis de Wegener.
- c. Vasculitis asociada a artritis reumatoide.
- d. Panarteritis nudosa.
- e. Vasculitis asociada a lupus eritematoso.

3. Señale la respuesta correcta respecto a la necrosis cutánea por cumarínicos:

- a. Es más frecuente en varones mayores de 60 años.
- b. Suele afectar a pacientes con déficit congénito de proteínas C y/o S.
- c. La necrosis cutánea se localiza en zonas acras.
- d. Los primeros síntomas de lesión cutánea suelen aparecer entre la segunda y la tercera semana desde el inicio del tratamiento.
- e. La biopsia cutánea muestra siempre vasculitis e inflamación.

4. Una de las siguientes infecciones no suele cursar con necrosis cutánea:

- a. Impétigo contagioso.
- b. Ectima gangrenoso.
- c. Gangrena gaseosa.
- d. Fascitis necrosante.
- e. Sepsis meningocócica.

5. Ante un paciente con necrosis cutánea pueden ser útiles las siguientes determinaciones, excepto una:

- a. Pruebas de coagulación.
- b. Cultivo microbiológico.
- c. Analítica con inmunología.
- d. Biopsia cutánea.
- e. Ecografía.



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

¿ES ÚTIL EL EJERCICIO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE?

Alejandra López Robles, Rubén Queiro Silva, Marta Sánchez Menéndez, María Mercedes Alperi López, José Luis Riestra Noriega y Francisco Javier Ballina García

96-104

- 1. Los pacientes con espondilitis anquilosante (EA), ¿qué tipo de ejercicio deben realizar y con qué frecuencia deben realizarlo?**
 - a. Ejercicio suave, solamente cuando presenten algún brote.
 - b. Ejercicios bruscos (como deportes de contacto) de forma continuada.
 - c. Ejercicio moderado de forma continuada.
 - d. Ejercicio intenso de forma continuada.
 - e. No deben realizar ejercicio de forma habitual
- 2. ¿Cuál de estas medidas se ha demostrado más útil en el tratamiento de la EA?**
 - a. Ejercicios domiciliarios.
 - b. Hidroterapia junto con ejercicios domiciliarios.
 - c. Fisioterapia grupal supervisada.
 - d. Hidroterapia junto con fisioterapia grupal supervisada.
 - e. Fisioterapia grupal supervisada seguida de ejercicios domiciliarios.
- 3. ¿Cuál es la postura típica que se produce en la EA evolucionada en relación al plano lateral?**
 - a. Hiperlordosis cervical, hipercifosis dorsal, borramiento de la lordosis lumbar y flexo de caderas y rodilla.
 - b. Hiperlordosis cervical, hipercifosis dorsal, aumento de la lordosis lumbar y flexo de caderas y rodilla.
 - c. Hiperlordosis cervical, disminución de la cifosis dorsal, borramiento de la lordosis lumbar y flexo de caderas y rodilla.
 - d. Rectificación cervical, hipercifosis dorsal, borramiento de la lordosis lumbar y flexo de caderas y rodilla.
 - e. Hiperlordosis cervical, hipercifosis dorsal y borramiento de la lordosis lumbar.
- 4. ¿Cuál es la técnica más importante del tratamiento físico-rehabilitador en la EA?**
 - a. Hidroterapia.
 - b. Cinesiterapia.
 - c. Masoterapia.
 - d. Ergoterapia.
 - e. Electrotermoterapia.
- 5. ¿Cuál de estas opciones ayuda a mejorar el cumplimiento del programa físico-rehabilitador por parte de los pacientes con EA?**
 - a. Información al paciente sobre la enfermedad, los beneficios de la terapia física y seguimiento por un reumatólogo.
 - b. Información del paciente sobre los beneficios de la terapia física al inicio de la enfermedad.
 - c. No es necesaria ninguna explicación al paciente y visitas periódicas a su reumatólogo.
 - d. Información al paciente sobre la enfermedad y seguimiento de la enfermedad por un reumatólogo.
 - e. Información sobre la enfermedad y seguimiento por un reumatólogo.





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

TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN LA NEFRITIS LÚPICA TIPO IV

*Julio Ramírez García, Paula Cejas Cáceres, Esteban Rubio Romero, Juan Bautista Povedano Gómez
y Alicia García López*

105-10

1. ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta con respecto a la nefritis lúpica?

- a. La eficacia de la ciclofosfamida es similar en todos los grupos étnicos.
- b. La ciclofosfamida ha demostrado que disminuye la mortalidad en la nefritis lúpica.
- c. La ciclofosfamida tiene un muy buen perfil de seguridad.
- d. No está demostrado que la ciclofosfamida disminuya el número de recurrencias.
- e. La ciclofosfamida se muestra superior a los esteroides a la hora de estabilizar la función renal.

2. Señale la afirmación falsa en la nefritis lúpica.

- a. Más del 20% de las nefritis lúpicas son refractarias al tratamiento convencional.
- b. El objetivo de la biopsia renal en la nefritis lúpica refractaria es descartar otras posibles causas de deterioro de la función renal.
- c. El rituximab puede ser una opción terapéutica en la nefritis lúpica refractaria.
- d. Los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina pueden disminuir por sí mismos los valores de proteinuria.
- e. Tras un primer fracaso terapéutico, es obligatorio repetir la biopsia renal.

3. ¿Cuál de estas afirmaciones no es correcta?

- a. La ciclofosfamida es el único fármaco que dispone de información a largo plazo en la nefritis lúpica.
- b. El régimen clásico con 9 g de ciclofosfamida está relacionado con un mayor número de efectos secundarios que el régimen de ciclofosfamida 3 g propuesto en el ensayo Eurolupus.
- c. El régimen del ensayo europeo con dosis totales de 3 g de ciclofosfamida no precisa de hiperhidratación del paciente.
- d. El ensayo Eurolupus ha demostrado que la eficacia de la ciclofosfamida a dosis de 9 y de 3 g es similar en pacientes con gran deterioro de la función renal.
- e. La población caucásica tiene, a priori, un mejor pronóstico en la nefritis lúpica.

4. Marque la opción verdadera.

- a. La glomerulonefritis proliferativa difusa es el tipo histológico con peor pronóstico.
- b. La forma extramembranosa suele presentarse como un síndrome nefrótico con muy lenta evolución a insuficiencia renal.
- c. En la glomerulonefritis de cambios mínimos puede no existir clínica de afectación renal.
- d. La glomerulonefritis proliferativa focal puede transformarse en glomerulonefritis proliferativa difusa.
- e. Todas las anteriores son correctas.

5. De los siguientes fármacos, señale cuál dispone de algún estudio comparativo con la ciclofosfamida donde demuestre un mayor número de remisiones en la nefritis lúpica.

- a. Micofenolato de mofetilo.
- b. Azatioprina.
- c. Rituximab.
- d. Etanercept.
- e. Ninguno de los anteriores.





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

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Ana Sobrino López

111-22

1. ¿Qué es una mala noticia?

- a. Una noticia que afecta negativamente a la salud del paciente.
- b. Para ser catalogada como mala noticia tiene que incluir gravedad en su contenido.
- c. Sólo es mala noticia si el paciente va a reaccionar emotivamente.
- d. Una noticia que afecta negativamente a las expectativas previas de futuro.
- e. Cualquier noticia que al profesional le resulte difícil de comunicar.

2. Al comunicar una mala noticia, ¿es importante la manera de hacerlo?

- a. No, porque lo que importa al paciente es el contenido de la propia noticia.
- b. Sí, porque comunicar adecuadamente evitará que el profesional se sienta afectado.
- c. Sí, porque la forma en que se haga puede aumentar el impacto negativo de la noticia.
- d. No, porque la reacción del paciente depende de componentes subjetivos del propio paciente.
- e. No, porque depende del profesional y no afecta al contenido de la noticia.

3. La conducta empática del médico ayuda a la comunicación con el paciente.

- a. Hace saber al paciente que usted entiende que se encuentre mal al recibir una mala noticia.
- b. En el primer momento de la información el paciente puede estar tan impactado que es mejor no manifestar empatía, ya que podría enfadarse.
- c. Como sólo puede manifestarse verbalmente, es conveniente entrenarse en decir frases que la expresan para que al hacerlo resulte natural y no forzado.
- d. Con pacientes con los que la relación previa no es buena es mejor no manifestar empatía, porque se notaría que no es verdadera.
- e. Sólo se puede manifestar empatía ante situaciones en las que el médico se sienta identificado.

4. La estrategia por etapas de Buckman hace referencia a:

- a. Una estrategia para informar de malas noticias en el cáncer.
- b. Pautas de cómo manejar los aspectos psicológicos y emocionales después de dar la información.
- c. Una estrategia de cómo informar de malas noticias que incluye el apoyo emocional.
- d. Una estrategia para informar a las familias en situaciones inesperadas.
- e. Una estrategia de cómo manejar la conspiración de silencio.

5. En pacientes en situación de enfermedad progresiva y muy grave:

- a. La información se adecua a la fase de adaptación en la que se encuentre el paciente.
- b. La información debe ser dada siempre de manera objetiva y directa para no generar falsas esperanzas.
- c. No hace falta informar, porque el paciente ya conoce su situación de gravedad.
- d. Es suficiente con ir informando a la familia para no perjudicar al paciente.
- e. Nos centraremos sólo en el control de síntomas para que el paciente se sienta atendido.

