



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

CRIBADO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

*José Miguel Senabre Gallego, Juan José Alegre Sancho, Sonia Muñoz Gil, Elia Valls Pascual,
Isabel Martínez Cordellat y José Andrés Román Ivorra*

195-200

- 1. ¿Cuál es el síntoma inicial más frecuente de la hipertensión arterial pulmonar?**
 - a. La angina de reposo.
 - b. La disnea de esfuerzo.
 - c. Las palpitaciones.
 - d. La angina de esfuerzo.
 - e. La tos.

- 2. ¿Qué enfermedades reumáticas se relacionan con más frecuencia con la hipertensión arterial pulmonar?**
 - a. La esclerosis sistémica, el síndrome de Sjögren y la enfermedad mixta del tejido conectivo.
 - b. El lupus eritematoso sistémico, la esclerosis sistémica y la enfermedad mixta del tejido conectivo.
 - c. La esclerosis sistémica, la enfermedad mixta del tejido conectivo y la artritis psoriásica.
 - d. La esclerosis sistémica, la artritis reumatoide y la dermatomiositis-polimiositis.
 - e. La artritis reumatoide, la esclerosis sistémica y la enfermedad mixta del tejido conectivo.

- 3. A una paciente con diagnóstico de esclerosis sistémica limitada, sin clínica respiratoria, ¿con qué frecuencia está recomendada la realización de las pruebas de función respiratoria?**
 - a. No está recomendada su realización en las formas limitadas.
 - b. No está recomendada su realización sin clínica respiratoria.
 - c. Cada 3 o 4 meses.
 - d. Cada 6 o 12 meses.
 - e. Basalmente, al año y cada 2 años.

- 4. Señala la respuesta falsa.**
 - a. El derrame pericárdico, la dilatación de la aurícula derecha y el desplazamiento del tabique son hallazgos ecográficos predictores de mal pronóstico en pacientes con hipertensión arterial pulmonar grave.
 - b. En el electrocardiograma, el aumento de altura y amplitud de la onda P en la derivación II y los criterios de hipertrofia de ventrículo derecho de la OMS predicen la supervivencia en pacientes con hipertensión arterial pulmonar.
 - c. La disminución del cociente $CVF\%/DLCO\%$ (capacidad vital forzada%/difusión de monóxido de carbono%) predice el desarrollo de hipertensión arterial pulmonar en pacientes con esclerosis sistémica.
 - d. Una reducción de la saturación arterial de oxígeno $> 10\%$ durante la prueba de la marcha de 6 min se asocia con un incremento del riesgo de mortalidad en pacientes con hipertensión arterial pulmonar.
 - e. Los pacientes con esclerosis sistémica que muestran valores de N-TproBNP por encima de 395 pg/ml tienen una alta probabilidad de presentar hipertensión arterial pulmonar.

- 5. La hipertensión arterial pulmonar se define como:**
 - a. Presión arterial pulmonar sistólica > 25 mmHg en reposo o > 30 mmHg durante el ejercicio.
 - b. Presión arterial pulmonar sistólica > 25 mmHg durante el ejercicio o > 30 mmHg en reposo.
 - c. Presión arterial pulmonar media > 25 mmHg en reposo o > 30 mmHg durante el ejercicio.
 - d. Presión arterial pulmonar diastólica > 25 mmHg durante el ejercicio o > 30 mmHg en reposo.
 - e. Presión arterial pulmonar media > 25 mmHg durante el ejercicio o > 30 mmHg en reposo.



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

MIOPATÍA ESTEROIDEA

Mónica Fernández Castro, Javier Godo, Lucía Silva y José Luis Andreu

201-6

- 1. El proceso del envejecimiento condiciona una serie de cambios en el organismo que tendrán gran relevancia en aspectos farmacocinéticos. Indique las repuestas incorrectas.**
 - a. El transporte pasivo a través de la mucosa intestinal parece alterarse en la mayoría de sustratos.
 - b. En el anciano la grasa corporal aumenta entre el 20 y el 40% y el agua corporal disminuye entre el 10 y el 15%.
 - c. La mayoría de fármacos metabolizados en la fase I tienen un aclaramiento aumentado.
 - d. El cambio farmacocinético más significativo del envejecimiento es la disminución del filtrado glomerular.
 - e. Hipoclorhidria secundaria a gastritis crónica atrófica hasta en el 10% de los casos.

- 2. Indique la respuesta incorrecta respecto al tratamiento con corticoides en el anciano.**
 - a. Los efectos adversos principales están relacionados con la dosis y la duración.
 - b. La euforia y el insomnio están relacionados con el uso a largo plazo.
 - c. Los pacientes tratados con altas dosis de corticoides y con hipoalbuminemia tendrán mayores efectos secundarios.
 - d. La prednisona experimenta principalmente transformación hepática.
 - e. Se utilizan asociados a los opiáceos como coadyuvantes en el dolor debido a compresión nerviosa o medular.

- 3. Respecto a las reacciones adversas medicamentosas en el anciano, ¿cuál es la respuesta correcta?**
 - a. El grupo farmacológico en nuestro medio con mayor porcentaje de efectos adversos son los psicofármacos.
 - b. La polifarmacia es superior en el medio residencial respecto al medio hospitalario de agudos.
 - c. Las reacciones adversas tipo A son menos frecuentes que las tipo B.
 - d. La falta de adherencia al tratamiento justifica hasta un 11% la causa misma de la hospitalización.
 - e. Las interacciones fármaco-fármaco predominan sobre las fármaco-enfermedad.

- 4. Con relación a las enfermedades reumatológicas en el anciano puede decirse que la distribución sigue la secuencia descrita en la repuesta:**
 - a. Inflamatorias, degenerativas, metabólicas y enfermedades del tejido conectivo.
 - b. Degenerativas, metabólicas, inflamatorias y enfermedades del tejido conectivo.
 - c. Metabólicas, degenerativas, inflamatorias y enfermedades del tejido conectivo.
 - d. Metabólicas, degenerativas, enfermedades del tejido conectivo e inflamatorias.
 - e. Degenerativas, metabólicas, enfermedades del tejido conectivo e inflamatorias.

- 5. ¿Cuáles de los siguientes fármacos deberían tener un uso restringido en geriatría (según los criterios de Beers)?**
 - a. Indometacina.
 - b. Alopurinol.
 - c. Glucocorticoides.
 - d. Ibuprofeno.
 - e. Colchicina.





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

PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Sergio Ariño Blasco

207-18

- 1. El proceso del envejecimiento condiciona una serie de cambios en el organismo que tendrán gran relevancia en aspectos farmacocinéticos. Indique las repuestas incorrectas.**
 - a. El transporte pasivo a través de la mucosa intestinal parece alterarse en la mayoría de sustratos.
 - b. En el anciano la grasa corporal aumenta entre el 20 y el 40% y el agua corporal disminuye entre el 10 y el 15%.
 - c. La mayoría de fármacos metabolizados en la fase I tienen un aclaramiento aumentado.
 - d. El cambio farmacocinético más significativo del envejecimiento es la disminución del filtrado glomerular.
 - e. Hipoclorhidria secundaria a gastritis crónica atrófica hasta en el 10% de los casos.

- 2. Indique la respuesta incorrecta respecto al tratamiento con corticoides en el anciano.**
 - a. Los efectos adversos principales están relacionados con la dosis y la duración.
 - b. La euforia y el insomnio están relacionados con el uso a largo plazo.
 - c. Los pacientes tratados con altas dosis de corticoides y con hipoalbuminemia tendrán mayores efectos secundarios.
 - d. La prednisona experimenta principalmente transformación hepática.
 - e. Se utilizan asociados a los opiáceos como coadyuvantes en el dolor debido a compresión nerviosa o medular.

- 3. Respecto a las reacciones adversas medicamentosas en el anciano, ¿cuál es la respuesta correcta?**
 - a. El grupo farmacológico en nuestro medio con mayor porcentaje de efectos adversos son los psicofármacos.
 - b. La polifarmacia es superior en el medio residencial respecto al medio hospitalario de agudos.
 - c. Las reacciones adversas tipo A son menos frecuentes que las tipo B.
 - d. La falta de adherencia al tratamiento justifica hasta un 11% la causa misma de la hospitalización.
 - e. Las interacciones fármaco-fármaco predominan sobre las fármaco-enfermedad.

- 4. Con relación a las enfermedades reumatológicas en el anciano puede decirse que la distribución sigue la secuencia descrita en la repuesta:**
 - a. Inflamatorias, degenerativas, metabólicas y enfermedades del tejido conectivo.
 - b. Degenerativas, metabólicas, inflamatorias y enfermedades del tejido conectivo.
 - c. Metabólicas, degenerativas, inflamatorias y enfermedades del tejido conectivo.
 - d. Metabólicas, degenerativas, enfermedades del tejido conectivo e inflamatorias.
 - e. Degenerativas, metabólicas, enfermedades del tejido conectivo e inflamatorias.

- 5. ¿Cuáles de los siguientes fármacos deberían tener un uso restringido en geriatría (según los criterios de Beers)?**
 - a. Indometacina.
 - b. Alopurinol.
 - c. Glucocorticoides.
 - d. Ibuprofeno.
 - e. Colchicina.



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

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I. Rúa-Figueroa y C. Erausquin

219-34

- 1. Respecto a la mortalidad del lupus eritematoso sistémico (LES), una de las siguientes afirmaciones es falsa:**
 - a. La mortalidad es 2-3 veces superior a la de la población general.
 - b. El ratio de mortalidad estandarizada ha aumentado en la última década.
 - c. La mortalidad asociada al LES tardío es superior a la propia del LES que comienza a la edad habitual.
 - d. En la mayor mortalidad de las etnias no caucásicas tienen mayor peso los factores socioeconómicos.
 - e. La pobreza es un poderoso predictor de mortalidad.

- 2. Son factores de riesgo de muerte en pacientes con nefritis lúpica:**
 - a. Fallo en inducir la remisión con ciclofosfamida.
 - b. Alto índice de cronicidad.
 - c. Glomerulonefritis clase IV (OMS).
 - d. Aumento de colesterol.
 - e. Todas ellas son ciertas.

- 3. Respecto al índice de daño (SLICC/ACR/DI):**
 - a. Se asocia a mortalidad.
 - b. Predice mortalidad a corto plazo.
 - c. La ausencia de daño en el primer año tiene un alto valor predictivo de supervivencia.
 - d. a y c son ciertas.
 - e. Todas ellas son ciertas.

- 4. Son predictores de muerte durante el ingreso hospitalario de un paciente con LES:**
 - a. Fallo respiratorio.
 - b. Fiebre alta inexplicada.
 - c. Alto índice de comorbilidad.
 - d. a y c son ciertas.
 - e. Todas son falsas.

- 5. Son factores protectores en cuanto a mortalidad lúpica:**
 - a. Anticuerpos anti-RNP.
 - b. Uso de antipalúdicos.
 - c. Tiempo de remisión sin tratamiento.
 - d. Leucopenia.
 - e. Todos ellos.





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

¿CUÁNDO SOLICITAR LOS ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO?

Marta García-Castro, Francisco Javier López-Longo, María Dolores Casas, Irene Díez-Merchán, María Carpena y Luis Carreño Pérez

235-9

1. Respecto a las técnicas de identificación de los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, es cierto que:

- La IFI es la técnica de elección predilecta porque ofrece el valor añadido de la determinación antigénica.
- Los sueros con patrón citoplasmático en la IFI (C-ANCA) tienen especificidad antigénica para la enzima mieloperoxidasa.
- El ELISA es una técnica altamente sensible pero con baja especificidad.
- Pueden aparecer falsos positivos por ELISA en sueros de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana por la aparición de inmunoglobulinas inespecíficas.
- Se han detectado ANCA hasta en el 30% de individuos sanos.

2. Los C-ANCA:

- Tienen un 80-90% de especificidad para la proteína 3.
- Están frecuentemente presentes en pacientes con granulomatosis de Wegener.
- Se encuentran hasta en el 80% de los pacientes con poliangeítis microscópica.
- Todas son correctas.
- Sólo a y b son correctas.

3. Respecto de la granulomatosis de Wegener, es falso que:

- Es una vasculitis sistémica que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre.
- Los hallazgos histopatológicos típicos incluyen la necrosis, la inflamación granulomatosa y la glomerulonefritis paucimune en el daño renal.
- Es típica la afectación renal hasta del 50 al 80%, lo que diferencia la enfermedad sistémica de la localizada.
- Se detectan C-ANCA hasta en el 90% de los pacientes con enfermedad sistémica y activa.
- Es infrecuente la afección del trato respiratorio superior.

4. ¿Cuál es el hallazgo clínico más relevante en la poliangeítis microscópica?

- Afección glomerular.
- Capilaritis pulmonar.
- Fiebre.
- Mononeuritis múltiple.
- Artralgias.

5. Señale la respuesta correcta respecto al diagnóstico de las vasculitis sistémicas de pequeño vaso:

- Es absolutamente necesaria la confirmación histológica para el diagnóstico.
- El resultado de un test ANCA negativo excluye el diagnóstico de vasculitis.
- La presencia de A-ANCA se asocia fuertemente con la enfermedad de Churg-Strauss.
- En un paciente crítico con alta sospecha de vasculitis sistémica (hemorragia alveolar, fracaso renal agudo, mononeuritis múltiple en ausencia de otra causa justificante), signos indirectos de actividad inflamatoria y un test rápido de vasculitis positivo justifican el diagnóstico de vasculitis sistémica y el tratamiento precoz.
- Todas son falsas.

