

FORMACIÓN CONTINUADA

REVISTA DE LA SED

Coordinación: J. de Andrés^a y F. Neira^b

^a*Unidad del Dolor, Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor,
Hospital General Universitario, Valencia, España*

^b*Unidad del Dolor, Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor,
Hospital Universitario Puerto Real,
Cádiz, España*

La Sociedad Española del Dolor tiene en marcha un proyecto de acreditación para las personas que demuestren poseer unos conocimientos actualizados, que permitan reconocer su capacidad como médico en el tratamiento del dolor.

La sección "Formación continuada", coordinada por el Dr. J. de Andrés y el Dr. F. Neira, incluye una serie de preguntas sobre todos los artículos publicados en cada número de la revista.

Evaluación

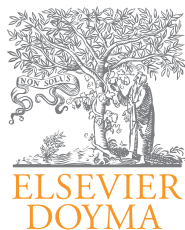
- La evaluación se realizará a través de internet (www.elsevier.es/resed) respondiendo a un cuestionario tipo test.
- Los suscriptores podrán realizar la evaluación y conocer de forma inmediata si han superado los requerimientos mínimos exigidos (70%).
 - La fecha definitiva para la entrega de las evaluaciones es el 30 de diciembre de 2009.
 - Próximamente se informará de la fecha de inicio de la evaluación, así como de los créditos otorgados.

Publicación de las respuestas correctas

- Las respuestas correctas correspondientes a todo el año 2009 se publicarán a partir de enero de 2010.

Diploma acreditativo

- El diploma acreditativo podrá descargarse inmediatamente desde internet después de haber superado la evaluación. Por cada número evaluado se dispondrá de un diploma.



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



FORMACIÓN CONTINUADA

Test de autoevaluación

J. de Andrés^a y F. Neira^b

^aUnidad del Dolor, Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital General Universitario, Valencia, España

^bUnidad del Dolor, Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, España

Evaluación del uso de metadona en el tratamiento del dolor neuropático

1. ¿Cuál de los siguientes mecanismos centrales está implicado en el dolor neuropático?

- a. Presencia de focos ectópicos en las aferentes primarias.
- b. Cambios plásticos en el asta dorsal.
- c. Parches de desmielinización.
- d. Distribución alterada de canales de sodio en nociceptores lesionados.
- e. Disminución del umbral de nociceptores.

2. ¿Cuál de los siguientes efectos adversos se presentó con mayor frecuencia en los pacientes tratados con metadona, en el presente estudio?

- a. Estreñimiento.
- b. Sedación.
- c. Náuseas.
- d. Disminución de apetito.
- e. Sudoración.

3. ¿En cuál de los siguientes diagnósticos se obtuvo una mayor mejoría clínica con el tratamiento de metadona, en el presente estudio?

- a. Dolor central.
- b. Dolor de canal lumbar estrecho.
- c. Neuralgia postherpética.
- d. Síndrome poslaminectomía.
- e. Neuropatía diabética.

Dosis efectiva de hidromorfona en pacientes con dolor crónico oncológico: experiencia de 4 años en el Centro Médico Nacional "20 de noviembre" ISSSTE

4. ¿Cuál de los siguientes datos epidemiológicos sobre el dolor oncológico es correcto?

- a. La prevalencia de dolor por cáncer es del 30% en el momento de ser diagnosticado.
- b. El 45% del dolor oncológico es causado por compromiso de estructuras orgánicas, provocado por el crecimiento tumoral.
- c. El 25% del dolor es causado por los diferentes tratamientos, como radioterapia, quimioterapia y cirugía.
- d. A y C son correctas.
- e. Todas son correctas.

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hidromorfona es correcta?

- a. Es un opiáceo semisintético, derivado de la morfina.
- b. Tiene una alta afinidad por el receptor mu.
- c. Es hidrofílica y con vida media similar a la morfina.
- d. El prurito, la sedación, las náuseas y el vómito se presentan con menor frecuencia que con la morfina.
- e. Todas son correctas.

6. ¿Cuál de las siguientes características de la hidromorfona es falsa?

- a. La dosis equianalgésica de la morfina con la hidromorfona va en un rango de 3:1 a 9:1, dependiendo de la vía de administración.

- b. La latencia es de 30 min posterior a la administración por vía oral del fármaco.
- c. La latencia es de 5 min posterior a la administración por vía intravenosa del fármaco.
- d. Se metaboliza en el hígado a hidromorfona 3-glucurónido y es excretada por el riñón.
- e. El metabolito hidromorfona 3-glucurónido tiene efectos analgésicos y puede tener efectos neurotóxicos.

7. En el presente estudio, ¿cuál fue la dosis efectiva de hidromorfona para conseguir una EVA < 4?

- a. 8 mg/día.
- b. 16 mg/día.
- c. 22 mg/día.
- d. 32 mg/día.
- e. 40 mg/día.

Iontoforesis en el abordaje del paciente con dolor crónico

8. Los sistemas actuales de iontoforesis son capaces de hacer emigrar moléculas con pesos moleculares de 7 KDa. ¿A partir de qué peso molecular se demuestra ineficaz?

- a. 12 KDa.
- b. 24 KDa.
- c. 36 KDa.
- d. 42 KDa.
- e. 46 KDa.

9. ¿Cuál de las siguientes contraindicaciones de la iontoforesis se considera absoluta?

- a. Ser portador de cualquier aparato controlado por telemetría.
- b. Alergia al fármaco que se pretende utilizar.
- c. Infección en la zona de aplicación.
- d. Dermatitis en la zona de aplicación.
- e. Todas son correctas.

Análisis retrospectivo de las complicaciones asociadas a los dispositivos implantables intravasculares

10. En el presente estudio, ¿en qué proceso neoplásico se implantó con mayor frecuencia el reservorio subcutáneo para la administración de quimioterapia?

- a. Carcinoma de ovario.
- b. Carcinoma de pulmón.
- c. Linfoma de Hodgkin.
- d. Carcinoma de mama.
- e. Adenocarcinoma de colon.

11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los dispositivos implantables intravasculares es falsa?

- a. Las principales complicaciones descritas son la infección y la trombosis venosa profunda.
- b. La tasa de infecciones oscila entre el 0,6 y el 27%.
- c. En pacientes inmunosuprimidos, se cita una incidencia de 0,8 infecciones/1.000 días de uso del catéter.
- d. Los principales microorganismos causantes de las infecciones son estafilococos coagulasa-negativos: *Staphylococcus aureus* y *Candida*.
- e. Hasta el momento, la anticoagulación profiláctica de rutina no se puede recomendar sobre la base de la evidencia disponible.

Dolor lumbar como manifestación inusual en una valvulopatía: ejemplo de dificultad en el diagnóstico etiológico de las lumbalgias crónicas

12. ¿Cuál de las siguientes etiologías puede causar lumbalgia?

- a. Aneurisma aórtico.
- b. Diverticulitis.
- c. Úlcus.
- d. Embarazo.
- e. Todas son correctas.

13. ¿Cuál de los siguientes signos nos puede alertar ante una posible causa neoplásica o infecciosa de la lumbalgia?

- a. Edad > 50 años o < 20 años.
- b. Retención urinaria.
- c. Debilidad muscular y “pie equino”.
- d. Incremento de la frecuencia e incontinencia “por sobreflujo”.
- e. Todas son correctas.

14. ¿Cuál de los siguientes signos puede alertar ante una lumbalgia por posible fractura por compresión?

- a. Trauma menor o esfuerzo de levantamiento.
- b. Pérdida inexplicable de peso.
- c. Uso de corticoides.
- d. A y C son correctas.
- e. Todas son correctas.

Manejo del dolor perioperatorio de los pacientes en tratamiento crónico con opioides

15. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el dolor crónico es falsa?

- a. Se estima que, en Europa, un 23% de pacientes con dolor crónico consume un fármaco opioide débil.

- b. Se estima que, en Europa, un 5% de pacientes con dolor crónico consume un fármaco opioide fuerte.
- c. Según datos de la National Survey on Drug Use and Health, de 2002, un 4,8% de la población norteamericana realiza un uso abusivo de analgésicos opioides.
- d. Se estima que un 19-37% de la población española experimenta dolor crónico de intensidad moderada a severa y que su prevalencia aumenta en mujeres y personas ancianas.
- e. Es común la presencia de depresión, ansiedad, insomnio y astenia, que se acompañan de regímenes farmacológicos muy complejos.

16. ¿Cuál de las siguientes variables puede influir en un peor control del dolor y en un aumento de los requerimientos analgésicos postoperatorios?

- a. Sexo mujer.
- b. Edad joven.
- c. Ansiedad y depresión.
- d. El consumo preoperatorio de analgésicos.
- e. Todas son correctas.

17. El síndrome de privación opioide se caracteriza por todo lo siguiente, excepto:

- a. Hipotensión.
- b. Taquicardia.
- c. Diaforesis.
- d. Diarrea.
- e. Mioclonías.

18. El inicio de los síntomas de privación opioide varía dependiendo del tipo de opioide, así en el caso del fentanilo es de:

- a. 2-6 h.
- b. 6-18 h.
- c. 20-24 h.
- d. 5-10 días.
- e. 3-21 días.

19. La tolerancia opioide no se desarrolla en relación con:

- a. Miosis.
- b. Analgesia.
- c. Euforia.
- d. Sedación.
- e. Depresión respiratoria.

20. ¿Cuál es el objetivo en el manejo perioperatorio del paciente en tratamiento crónico con opioides?

- a. Prevención de los síntomas debidos a la privación opioide.
- b. Tratamiento sintomático de los trastornos psicológicos, como la ansiedad.
- c. Tratamiento sintomático efectivo en la fase de dolor agudo.

- d. Previsión de un plan viable de rehabilitación de su terapia crónica opioide.
- e. Todas son correctas.

21. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones se debe seguir en el manejo preoperatorio de los pacientes en tratamiento crónico con opioides?

- a. Todos los sistemas implantados de infusión continua de opioide epidurales o intratecales se mantendrán durante el período perioperatorio.
- b. Suspender la administración de su opioide habitual la misma mañana de la intervención quirúrgica.
- c. Se debe reducir o suspender la administración intratecal de baclofeno.
- d. En los casos de tratamientos de deshabituación con metadona, se debe suspender la toma matinal preoperatoria.
- e. Todas son correctas.

22. 10 mg de morfina intravenosa se corresponden con:

- a. 80 mg de tramadol.
- b. 70 mg de meperidina.
- c. 0,6 mg de buprenorfina.
- d. 10 mg de fentanilo.
- e. 20 mg de metadona.

23. ¿Cuál de las siguientes ventajas de la metadona es correcta?

- a. Vida media clínica e intervalo de administración corta.
- b. Alta biodisponibilidad oral.
- c. Presencia de metabolitos activos.
- d. Efecto agonista NMDA.
- e. Todas son correctas.

24. ¿Cuál de los siguientes inconvenientes corresponde con la metadona?

- a. Riesgo de acumulación y sobredosificación.
- b. Metabolitos tóxicos.
- c. Altas dosis y formulaciones intravenosas se pueden asociar con alargamientos del QT y un potencial riesgo de arritmias.
- d. A y C son correctas.
- e. Todas son correctas.

25. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones se debe seguir en el período intraoperatorio de los pacientes en tratamiento crónico con opioides sometidos a anestesia general?

- a. Se recomienda una técnica anestésica balanceada utilizando fármacos neuromoduladores.
- b. Se recomiendan los analgésicos no opioides y una infusión de opioides, como fentanilo, en su dosis efectiva mínima.
- c. Revertir el bloqueo neuromuscular.
- d. Evitar colocar fuentes de calor en la proximidad de los parches transdérmicos.
- e. Todas son correctas.