



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



## FORMACIÓN CONTINUADA

### Test de autoevaluación

J. de Andrés<sup>a</sup> y F. Neira<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad del Dolor, Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital General Universitario, Valencia, España

<sup>b</sup>Unidad del Dolor, Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, España

#### Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico

##### 1. ¿Cuál de los siguientes datos obtenidos en la encuesta europea Pain in Europe es correcto?

- a. El dolor crónico afecta al 21% de la población española.
- b. La gran mayoría de los pacientes que presenta dolor (63%) está siendo tratada por el médico de atención primaria o por el traumatólogo.
- c. Los médicos, en su mayoría, utilizan antiinflamatorios para tratar el dolor, sea de la intensidad que sea.
- d. La mayoría de los pacientes afirma que el dolor es frecuente.
- e. Una cuarta parte de los pacientes refiere tener dolor diario durante todo el año.

##### 2. De la encuesta realizada a los médicos en el presente estudio, se derivan los siguientes aspectos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a. Los profesionales varones miden el dolor con más frecuencia que las mujeres.
- b. Los profesionales varones utilizan significativamente más la escala numérica.
- c. Las profesionales mujeres disponen con menor frecuencia de talonario de estupefacientes.
- d. Los profesionales varones piensan que el dolor crónico se asocia con depresión con más frecuencia que las profesionales mujeres.
- e. La preocupación por los efectos secundarios es más frecuente en los médicos de más de 55 años.

##### 3. ¿En qué especialidad médica es más elevada la prevalencia de dolor crónico no oncológico?

- a. Unidad del dolor.
- b. Atención primaria.
- c. Rehabilitación.
- d. Traumatología.
- e. Reumatología.

##### 4. ¿Qué especialidad médica mide la intensidad del dolor con menor frecuencia?

- a. Atención primaria.
- b. Unidad del dolor.
- c. Rehabilitación.
- d. Traumatología.
- e. Reumatología.

##### 5. ¿Cuál de las siguientes motivaciones para elegir el tratamiento del dolor es a la que menos importancia otorgan los médicos?

- a. El precio.
- b. La preferencia del paciente.
- c. La máxima eficacia.
- d. La seguridad.
- e. La comodidad de administración.

##### 6. ¿Cuál es la causa más frecuente de las reticencias del médico frente a los opiáceos mayores?

- a. Requieren receta de estupefacientes.
- b. Podrían producir adicción a la medicación.

- c. Tienen muchos efectos secundarios.
- d. Producen tolerancia.
- e. Sólo se deben utilizar en pacientes oncológicos.

### Efectos de la intercambiabilidad de fentanilo transdérmico

7. ¿Qué son especialidades farmacéuticas bioequivalentes para las administraciones sanitarias?
- a. Son las especialidades farmacéuticas en las que el intervalo de confianza del 90% de la diferencia entre las medias del ABC del original respecto al genérico se encuentre dentro del margen del 80 al 120%.
  - b. Son las especialidades farmacéuticas en las que el intervalo de confianza del 90% de la diferencia entre las medias del ABC del original respecto al genérico se encuentre dentro del margen del 70 al 110%.
  - c. Son las especialidades farmacéuticas en las que el intervalo de confianza del 90% de la diferencia entre las medias del ABC del original respecto al genérico se encuentre dentro del margen del 90 al 120%.
  - d. Son las especialidades farmacéuticas en las que el intervalo de confianza del 90% de la diferencia entre las medias del ABC del original respecto al genérico se encuentre dentro del margen del 90 al 110%.
  - e. Son las especialidades farmacéuticas en las que el intervalo de confianza del 90% de la diferencia entre las medias del ABC del original respecto al genérico se encuentre dentro del margen del 80 al 100%.
8. ¿En qué grupo de medicamentos, la Food and Drug Administration y la Agencia Europea del Medicamento desaconsejan el intercambio de productos?
- a. Antiepilépticos.
  - b. Antiarrítmicos.
  - c. Anticoagulantes.
  - d. Ciclosporina.
  - e. Todas son correctas.

### Bloqueo interescalénico ecoguiado: ventajas en pediatría

9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la anestesia regional es falsa?
- a. El abordaje interescalénico está especialmente indicado en neonatos y lactantes, dado que esta técnica no se asocia a bloqueo del nervio frénico.
  - b. El bloqueo del plexo braquial interescalénico es uno de los bloqueos más eficaces para la cirugía de hombro y antebrazo.
  - c. La ecografía en la anestesia locorregional permite localizar las estructuras que se pretenden bloquear y ver de forma directa la administración y difusión del anestésico local.

- d. La ecografía en la anestesia locorregional permite reducir los efectos secundarios o complicaciones.
- e. La utilización de ecografía en la anestesia locorregional facilita la realización del procedimiento.

### Utilidad de las formulaciones Vimang® en pacientes con osteoartritis de rodilla

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la gonartrosis es falsa?
- a. Rara vez se presenta antes de los 50 años.
  - b. La incidencia es de 240/100.000 personas/año.
  - c. La prevalencia es del 30% en los pacientes de 70 años o mayores.
  - d. El dolor es el síntoma predominante.
  - e. El dolor se debe a la deformidad del tejido periarticular y hueso subcondral.
11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del Vimang® es correcta?
- a. Es una marca comercial registrada en Cuba.
  - b. Cubre varios tipos de formulaciones a partir del extracto de la corteza del árbol de mango.
  - c. Posee propiedades antioxidantes, analgésicas, antiinflamatorias e inmunomoduladoras.
  - d. El Vimang® podría frenar la actividad antidrómica de fibras C liberadoras de sustancia P, péptidos relacionados al gen de la calcitonina y péptido intestinal vasoactivo, sustancias vasodilatadoras que aumentan la permeabilidad vascular y promueven el edema local.
  - e. Todas son correctas.
12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del extracto de la corteza del árbol de mango es falsa?
- a. In vitro inhibe completamente la proliferación celular mediada por el receptor de células T e inducida por enterotoxina B de *Staphylococcus aureus*.
  - b. A una concentración de 25 µg/ml previene, casi completamente, la entrada de las células en la fase SG2M del ciclo celular.
  - c. Inhibe la progresión del ciclo celular de los linfocitos T estimulados con *S. aureus*.
  - d. No inhibe la degradación del cartilago y el tejido conectivo de la articulación provocado por enzimas lisosomales.
  - e. Inhibe la actividad de la enzima beta-glucuronidasa en un modelo inflamatorio crónico de artritis reumatoide en ratas inducida por zimosan, de forma dependiente de la dosis.

**Bloqueo ciático continuo con catéter estimulador guiado mediante ecografía para tratamiento del miembro fantasma doloroso**

**13. Los pacientes con arteriopatía periférica que son amputados pueden presentar una menor incidencia de miembro fantasma doloroso. ¿Con qué incidencia se presenta?**

- a. 16%.
- b. 26%.
- c. 36%.
- d. 46%.
- e. 56%.

**14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del bloqueo ciático continuo con catéter estimulador guiado mediante ecografía para tratamiento del miembro fantasma doloroso es falsa?**

- a. Puede reducir los riesgos de complicaciones.
- b. Actualmente se ha demostrado una mejor visualización ecográfica de los catéteres estimuladores con relación a los no estimuladores.
- c. Incrementa la tasa de éxito hasta casi el 100%.
- d. En pacientes diabéticos con enfermedad vascular periférica del miembro inferior, la localización del nervio ciático mediante neuroestimulación puede ser dificultosa.
- e. No hay datos objetivos que apoyen la idea de que en pacientes con neuropatía haya una mayor dificultad para obtener una respuesta motora con neuroestimulación.

**Lumbalgia y ciática crónica, ¿usamos adecuadamente los opiáceos? ¿Cirugía de raquis o morfina en el paciente mayor?**

**15. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hiperalgesia inducida por opiáceos (HIO) es falsa?**

- a. Es el aumento de sensibilidad al dolor inducida por opiáceos.
- b. La administración continuada de opiáceos origina una disminución progresiva de los umbrales de excitabilidad de los nociceptores térmicos y mecánicos, aumentando la sensibilidad al dolor.
- c. La metadona produce más HIO que la morfina.
- d. Los pacientes con dolor neuropático que reciben opiáceos son más susceptibles a desarrollar HIO.
- e. Debe sospecharse una HIO ante una exacerbación inexplicable del dolor después de un período de eficacia.

**16. ¿Cuál de las siguientes medidas se considera útil para disminuir la posibilidad de desarrollar una HIO?**

- a. Disminuir la dosis del opiáceo.
- b. Rotación de opiáceos.
- c. Añadir medicación antagonista de los receptores N-metil-D-aspartato.
- d. Retirar los opiáceos.
- e. Todas son correctas.

**17. ¿Cuál es el hallazgo más frecuente, en la imagen funcional cerebral, de síndromes dolorosos crónicos de cualquier etiología (migraña, fibromialgia, cefalea crónica, miembro fantasma)?**

- a. Disminución de la densidad de sustancia gris de córtex cingular.
- b. Aumento de la densidad de la corteza orbitofrontal.
- c. Aumento de la densidad de la ínsula.
- d. Aumento de la densidad en el tronco cerebral.
- e. B y D son correctas.

**18. ¿Cuál es el efecto secundario más frecuente por el uso de opiáceos a largo plazo en el tratamiento del dolor lumbar?**

- a. Náusea.
- b. Sequedad de boca.
- c. Estreñimiento.
- d. Retirada de tratamiento.
- e. Mareos.

**19. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del alivio del dolor lumbar a largo plazo con opiáceos es correcta?**

- a. El porcentaje de pacientes que encuentra alivio del dolor a largo plazo es del 62%.
- b. La reducción de la intensidad del dolor lumbar tras la administración de opiáceos ha reflejado un descenso desde 9 a 3 en una escala de 0 a 10.
- c. Se ha observado cómo a largo plazo el 56% de los pacientes ha abandonado el tratamiento por efectos secundarios.
- d. Entre el 10 y el 23% de los pacientes puede estar cayendo en abuso de estos medicamentos.
- e. Todas son correctas.

**20. ¿En qué porcentaje se han incrementado las muertes asociadas a intoxicación con opiáceos entre los años 1999-2002 en Estados Unidos?**

- a. 51,2%.
- b. 61,2%.
- c. 71,2%.
- d. 81,2%.
- e. 91,2%.

21. ¿Cuál de los siguientes factores no se considera de riesgo para el abuso de opiáceos?

- a. Edad comprendida entre los 18 y los 25 años.
- b. Sexo femenino.
- c. Uso previo de marihuana.
- d. Uso previo de cocaína.
- e. Consumo elevado de alcohol.

22. El uso de opiáceos en fases tempranas del cuadro clínico se relaciona directamente con:

- a. Alta laboral precoz.
- b. Buenos resultados finales.
- c. Incremento de costes médicos.
- d. Menor probabilidad de ser sometido a una intervención quirúrgica.
- e. Todas son correctas.