
FORMACIÓN CONTINUADA
REVISTA DE LA SED

Coordinación: 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*

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

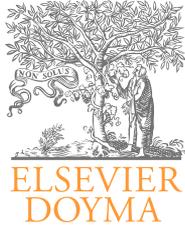
- La evaluación se realizará a través de internet (www.elsevier.es/resed) respondiendo a un cuestionario tipo test.
- Los suscriptores podrán realizar la evaluación y conocer de forma inmediata si han superado los requerimientos mínimos exigidos (70%).
 - La fecha definitiva para la entrega de las evaluaciones 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

Efectividad de la acupuntura en el alivio del dolor refractario al tratamiento farmacológico convencional

1. ¿Cuál de los siguientes criterios no se considera de inclusión en el presente estudio?
 - a. Diagnóstico preciso.
 - b. Exclusión de solución quirúrgica.
 - c. Embarazo.
 - d. Dolor fibromiálgico.
 - e. Dolor central referido.
2. ¿Cuál de los siguientes criterios de exclusión se considera como tal en el presente estudio?
 - a. Los profesionales varones miden el dolor con más frecuencia.
 - b. Enfermedad psiquiátrica grave en actividad.
 - c. Rentofilia o litigio laboral por causa del dolor.
 - d. Proceso febril.
 - e. Ausencia injustificada de tratamiento previo.
3. ¿En cuál de las siguientes enfermedades hubo una mejoría estadísticamente significativa con la acupuntura en el presente estudio?
 - a. Gonalgia.
 - b. Artritis reumatoide.
 - c. Coccigodinia.
 - d. Prostatitis.
 - e. Fascitis plantar.

Introducción de la suplementación con formulaciones Vimang® en el síndrome doloroso regional complejo: experiencia en 15 pacientes

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el síndrome doloroso regional complejo (SDRC) es falsa?
 - a. Se ha demostrado el daño mínimo persistente en las terminaciones nerviosas del SDRC tipo I.
 - b. El daño de las terminaciones nerviosas predomina en las fibras nerviosas de mediano diámetro responsables del dolor.
 - c. Las manifestaciones clínicas del SDRC agudo mimetizan los síntomas cardinales de la inflamación.
 - d. Se ha demostrado facilitación de la inflamación neurogénica tras la estimulación transcutánea de las fibras C y concentraciones elevadas del péptido relacionado con el gen de la calcitonina en el suero de pacientes con SDRC.
 - e. En un modelo de SDRC tipo I inducido por fractura tibial en ratas y de SDRC tipo II por sección del nervio ciático, se demostró que el edema, los cambios vasculares y óseos periféricos de la pata trasera, el dolor y la alodinia mecánica eran dependientes, al menos en parte, de la vía de la sustancia P.
5. ¿Qué se demostró en un modelo de ligadura del nervio espinal?
 - a. Incremento de los umbrales mecánicos en relación con la reducción de la actividad y los campos receptivos de las neuronas de amplio rango dinámico en el cuerno dorsal espinal.
 - b. Aumento de la fosforilación del receptor N-metil-D-aspartato en las láminas I-II y III-VI.

- c. La administración intratecal de fenil N-tertbutylnitrona reduce la hiperalgnesia neuropática de estos modelos a través de mecanismos espinales.
- d. A y C son correctas.
- e. Todas son correctas.

6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre Vimang® es correcta?

- a. Tiene propiedades antioxidantes, analgésicas, antiinflamatorias e inmunomoduladoras.
- b. Es un facilitador de la activación del factor transcripcional κ B.
- c. Químicamente se caracteriza por una mezcla de polifenoles, terpenoides, esteroides, ácidos grasos, azúcares, polialcoholes y microelementos.
- d. A y C son correctas.
- e. Todas son correctas.

7. ¿Qué resultados se obtuvieron en el presente estudio tras la terapéutica asociada con formulaciones Vimang® en el síndrome doloroso regional complejo?

- a. Reducción de las puntuaciones diarias medias del dolor.
- b. Disminución de la intensidad de la alodinia mecánica dinámica, al frío y somática profunda con respecto a sus valores iniciales.
- c. Disminución del edema.
- d. Mejoría del trofismo de la piel.
- e. Todas son correctas.

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre el síndrome doloroso regional complejo?

- a. Se ha demostrado el papel de los receptores aminoácidos excitatorios periféricos en la regulación del dolor inflamatorio.
- b. Las citocinas proinflamatorias están implicadas experimentalmente y en los estados dolorosos exagerados tras el traumatismo.
- c. Las citocinas proinflamatorias pueden inducir hiperalgnesia por mecanismos directos e indirectos.
- d. El TNF- α se encuentra sobreexpresado en los modelos de dolor neuropático y su receptor TNF- α -R1 se ha considerado, por algunos, el responsable de la hiperalgnesia experimental.
- e. Todas son correctas.

Cefalea recurrente pospunción dural en una paciente con síndrome de Chiari tipo I no conocido

9. Las malformaciones de Chiari tienen en común la afectación del cerebelo. Se puede asociar a:

- a. Siringomielia.
- b. Descompresión de la unión cervicomedular.
- c. Hidrocefalia.
- d. A y C son correctas.
- e. Todas son correctas.

10. ¿Cuál de las siguientes características se presenta en el síndrome de hipotensión intracraneal?

- a. Colecciones de líquido subdurales.
- b. Herniación caudal de la parte posterior del cerebro.
- c. Alteraciones de los volúmenes de líquido cefalorraquídeo de la fosa posterior.
- d. Colecciones de líquido espinales.
- e. Todas son correctas.

11. ¿Cómo puede manifestarse el síndrome de Chiari?

- a. Cefalea tensional.
- b. *Thunder clap headache*.
- c. Síntomas migrañosos.
- d. A y C son correctas.
- e. Todas son correctas.

Tratamiento epidural del dolor en la isquemia vascular periférica (I)

12. ¿Con qué patología y frecuencia puede coexistir la enfermedad arterial isquémica?

- a. Enfermedad cerebral en un 20-60% de casos.
- b. Enfermedad renal en un 10-30% de casos.
- c. Enfermedad coronaria en un 20-40% de casos.
- d. A y C son correctas.
- e. Todas son correctas.

13. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no se corresponde con el síndrome compartimental?

- a. Ocurre por una disminución de la permeabilidad capilar.
- b. Cursa con dolor desproporcionado, parestesias y edema.
- c. El diagnóstico es clínico.
- d. Se produce un aumento de la presión intracompartimental (> 20 mmHg).
- e. El tratamiento consiste en realizar una fasciotomía.

14. ¿Cuál de los siguientes aspectos no se suele producir en una rabdomiólisis?

- a. Destrucción muscular importante.
- b. Mioglobinuria en un 20%.
- c. Insuficiencia hepática.
- d. Puede producirse insuficiencia renal.
- e. Aumento de la creatinofosfocinasa > 5.000 U.

15. ¿Con qué patología se debe realizar el diagnóstico diferencial de la isquemia arterial crónica?

- a. Estenosis de canal lumbar.
- b. Hernia discal.
- c. Artritis de cadera.
- d. Síndrome regional complejo tipo I.
- e. Todas son correctas.

16. ¿Cuál de los siguientes criterios se debe cumplir para objetivar una isquemia crítica de una extremidad por arteriosclerosis?
- Presión arterial sistólica en tobillo > 50 mmHg.
 - Presión arterial sistólica en el primer dedo del pie > 30 mmHg.
 - Presión transcutánea de oxígeno < 30 mmHg.
 - A y C son correctas.
 - Todas son correctas.
17. ¿A qué estadio de Fontaine corresponde el dolor isquémico en reposo?
- Estadio I.
 - Estadio IIa.
 - Estadio IIb.
 - Estadio III.
 - Estadio IV.
18. ¿Quién introdujo la técnica de la “gota pendiente”?
- Corning.
 - Pagés.
 - Gutiérrez.
 - Sicard.
 - Cathelin.
19. ¿Cuál de las siguientes indicaciones no corresponde con la neuroestimulación epidural medular?
- Dolor radicular. Neuropatía periférica.
 - Enfermedad vascular periférica (estadio I, II Fontaine).
 - Congelación.
 - Síndrome regional complejo.
 - Angina refractaria.

Terapia manual en epicondilalgia lateral (revisión sistemática)

20. ¿Cuál de las siguientes características se corresponde con la epicondilalgia lateral crónica?
- Prevalece en un 13% de la población general.
 - Prevalece un 35% en grupos de alto riesgo.
 - Se caracteriza por dolor en la región del epicóndilo lateral del húmero.
 - Hay un leve deterioro funcional y estructural.
 - No se produce déficit en el control motor fino.
21. ¿Cuál de las siguientes terapias es más eficaz en el tratamiento de la epicondilalgia lateral?
- Terapia manual.
 - Ultrasonido.
 - Masaje de fricción transversal.
 - Ejercicios de fortalecimiento.
 - Estiramientos musculares “a corto plazo”.

Bloqueos diagnosticoterapéuticos de carillas articulares cervicales

22. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es una contraindicación del bloqueo de las facetas?
- Trastornos de la coagulación.
 - Embarazo.
 - Alergia a alguno de los componentes.
 - Distorsiones o alteraciones anatómicas que dificulten el acceso, como la fusión vertebral, la obesidad o los tumores.
 - Todas son correctas.